

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации

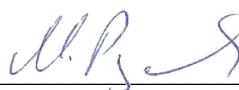
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУКИ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ РАН — ФИЛИАЛ ФНИСЦ РАН

УДК 316

УТВЕРЖДАЮ
Директор СИ РАН —
филиала ФНИСЦ РАН
д-р филос. наук, проф.
_____ В.В. Козловский
«__» _____ 2022 г.

ОТЧЕТ ПО ДОГОВОРУ НИР-2 НА ВЫПОЛНЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ
РАБОТ
КОМПЛЕКСНОЕ ТРЕХЛЕТНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА
«КАСКАД» И СООТНОШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ИНВЕСТИЦИЙ ПО
РЕЗУЛЬТАТАМ РЕАЛИЗАЦИИ И ВОЗДЕЙСТВИЯ ГРАНТА

Руководитель темы:
Ст. науч. сотр., канд. социол. наук

 25.07.2022 М.М. Русакова
подпись, дата

Директор БФ «Гуманитарное действие» _____

С.Г. Дугин
подпись, дата

Санкт-Петербург
2022

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Руководитель темы:

Ст. науч. сотр.,
канд. социол. наук


25.07.2022

(подпись, дата)

М.М. Русакова (введение,
основная часть)

Исполнители темы:

Ст. науч. сотр., канд.
псих. Наук


25.07.2022

(подпись, дата)

К.Ю. Ерицян (введение,
основная часть)

Науч. сотр.,


25.07.2022

(подпись, дата)

В.П. Авдеева (введение,
основная часть)

Старший лаборант


25.07.2022

(подпись, дата)

А.Р. Шаршов (введение,
основная часть)

Науч. сотр.,


25.07.2022

(подпись, дата)

О.Б. Ефимова (введение,
основная часть)

РЕФЕРАТ

Отчет 202 страницы, 8 рисунков, 38 таблиц, 70 источников, 8 приложений.

КОМПЛЕКСНОЕ ТРЕХЛЕТНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА «КАСКАД» И СООТНОШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ИНВЕСТИЦИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РЕАЛИЗАЦИИ И ВОЗДЕЙСТВИЯ ГРАНТА

Ключевые слова: ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА, МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ, РЕНТАБЕЛЬНОСТЬ, КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Отчет включает в себя информацию по следующим блокам: регионы сравнения для регионов реализации проекта: методика и результаты отбора; каскадный анализ; анализ пробелов в нормативно-правовой базе РФ по ВИЧ-инфекции; обзор литературы по методам оценки эффективности социально-ориентированных проектов и расчету рентабельности вложений в социальные проекты; разработка алгоритма обзора и представления достижений проекта по исполнению количественных и качественных индикаторов; обзор и оценка применимости математических подходов к моделированию эпидемии ВИЧ-инфекции с учетом профилактических вмешательств; качественный компонент исследования эффективности проекта, основанный на анализе мнений представителей различных заинтересованных сторон.

В процессе проведения качественного компонента исследования были проведены интервью с клиентами проекта «Каскад» из числа представителей ключевых групп населения, сотрудниками Консорциумов, участвующих в проекте «Каскад», экспертами государственных организаций и активистами Форумов. Также были проведены фокус-группы с клиентами проекта «Каскад», представителями разных ключевых групп населения.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
1. РЕГИОНЫ СРАВНЕНИЯ ДЛЯ РЕГИОНОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА: МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ОТБОРА	10
Методика отбора регионов	10
Результаты оценки	12
Регион сравнения для г. Москва	12
Регион сравнения для г. Санкт-Петербург	13
Регион сравнения для г. Челябинск	14
Заключение	14
2. КАСКАДНЫЙ АНАЛИЗ	16
Методика расчета	16
Каскадный анализ: ЛЖВ в целом, регионы проекта	17
Каскадный анализ: ключевые группы населения	23
Заключение	28
3. АНАЛИЗ ПРОБЕЛОВ В НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЕ РФ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	30
Резюме	30
Методология	31
Раздел 1. Правовые основания в преодолении барьеров и основные риски в обеспечении равного доступа к услугам по ВИЧ	32
Раздел 2. Реализация прав пациентов и механизмы их защиты	45
Раздел 3. Дискриминация: понятие, причины и последствия для КГН	49
Выводы	54
4. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО МЕТОДАМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРОЕКТОВ И РАСЧЕТУ РЕНТАБЕЛЬНОСТИ ВЛОЖЕНИЙ В СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ	57
1. Обзор и классификация методик оценки эффективности социально-ориентированных проектов	57
1.1 Методики, описывающие социальные результаты	57
1.2 Процессные методики	58
1.3 Методики, позволяющие измерить социальные результаты и социальный эффект	60
1.4 Методики, измеряющие социально-экономическую эффективность и социально-экономическую рентабельность	61
2. Выявление методов и подходов оценки результативности и эффективности, релевантных для данного проекта	65
5. АЛГОРИТМ ОБЗОРА И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДОСТИЖЕНИЙ ПРОЕКТА ПО ИСПОЛНЕНИЮ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИНДИКАТОРОВ	68
1. Оценка оказания сервисных услуг ключевым группам населения	68
1.1 Оценка социально-экономической рентабельности оказания сервисных услуг	68
1.2 Демонстрация социальной отдачи на инвестиции (социально-экономической эффективности) с использованием метода QALY/DALY	73
2. Оценка мероприятий по укреплению НКО	75
3. Оценка работы Форумов КГН	78
4. Оценка социального партнерства и адвокации	78
5. Оценка использования результатов исследований и новых методических подходов по работе с КГН	80
6. Общие рекомендации по демонстрации достижений проекта	81
Этап 1. Демонстрация социальной результативности	81
Этап 2. Демонстрация социально-экономической рентабельности	82
Этап 3. Демонстрация социально-экономической эффективности (отдачи на инвестиции)	82
6. ОБЗОР И ОЦЕНКА ПРИМЕНИМОСТИ МАТЕМАТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К МОДЕЛИРОВАНИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С УЧЕТОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	85
1. Методы на основе детерминистских популяционных моделей	86
2. Методы на основе стохастических популяционных моделей	88
3. Методы на основе имитационных моделей с пространственной структурой	90
4. Индивидуум-ориентированные и мультиагентные методы моделирования	93
5. Гибридные методы моделирования	96
Выбор и обоснование методики	97
Входные данные для моделирования	98
Пример применения выбранной методики	98

7. КАЧЕСТВЕННЫЙ КОМПОНЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА, ОСНОВАННЫЙ НА АНАЛИЗЕ МНЕНИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН	106
Цель исследования	106
Задачи исследования	106
Дизайн исследования	106
Обработка и анализ данных	113
Ограничения исследования	114
Результаты исследования	114
1. Оценка эффективности сервисного компонента	114
1.1. Информированность клиентов о доступных услугах	114
1.2. Оценка профилактических услуг клиентами проекта	117
1.2.1. Доступность услуг по профилактике ВИЧ в регионах проекта	117
1.2.2. Удовлетворенность клиентов профилактическими услугами	118
1.2.3. Рекомендации по профилактическому компоненту	120
1.3. Оценка услуг по тестированию	122
1.3.1. Доступность тестирования в регионах проекта	122
1.3.2. Удовлетворенность клиентов тестированием	124
1.3.3. Рекомендации по компоненту тестирования	125
1.4. Оценка правовой помощи	127
1.5. Оценка других услуг в сфере сохранения здоровья	127
1.6. Оценка услуг в области лечения ВИЧ	128
1.6.1. Доступность лечения в регионах проекта	128
1.6.2. Удовлетворенность услугами в области лечения	129
1.6.4. Рекомендации по оказанию помощи в области лечения ВИЧ	130
1.7. Общая оценка услуг проекта: приоритетные и излишние услуги	131
1.8. Оценка клиентов взаимодействия с сотрудниками НКО	132
2. Барьеры к получению услуг в сфере профилактики и лечения ВИЧ, с которыми сталкиваются представители КГН	133
2.1. Барьеры к услугам государственных организаций	133
2.2. Барьеры к доступу к услугам НКО	135
2.3. Способы преодоления барьеров	136
2.4. Сценарии развития эпидемии ВИЧ	138
3. Оценка мероприятий по укреплению НКО и организаций на базе сообществ	138
4. Оценка управления проектом и организации работы	139
5. Оценка работы Форумов КГН	142
6. Общая оценка проекта: сильные и слабые стороны	144
7. Оценка социального партнерства	149
Выводы	152
Рекомендации	155
8. ПРИЛОЖЕНИЯ	157
Приложение 1. Отбор регионов сравнения: статистические таблицы	157
Приложение 2. Иерархия нормативно-правовых актов РФ	166
Приложение 3. Суммирующий анализ по методикам методам оценки эффективности социально-ориентированных проектов	167
Приложение 4. Карта результатов	170
Приложение 5. Расчет ЕСР по прямым затратам (на основе произвольных данных)	171
Приложение 6. Расчет ЕСР по производственным затратам (на основе произвольных данных)	172
Приложение 7. Путеводители интервью и фокус-групп, информированные согласия	174
Путеводитель фокус-групп с представителями КГН	174
Путеводитель интервью с представителями КГН	178
Путеводитель интервью с активистами, представителями Форумов	181
Путеводитель интервью с поставщиками услуг (представителями Консорциумов)	183
Путеводитель интервью с экспертами государственных организаций	185
Форма информированного согласия для фокус-групп с представителями ключевых групп населения	187
Форма информированного согласия для интервью с поставщиками услуг, членами Консорциумов	189
Форма информированного согласия для интервью с представителями ключевых групп	191
Форма информированного согласия для экспертных интервью с представителями комитетов по здравоохранению/руководителями ЦС/другими экспертами	193
Приложение 8. Список использованных источников	195

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

- АРВ (АРВТ) — антиретровирусная терапия
- ВЕЦА — Восточная Европа и Центральная Азия
- ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
- ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
- ИГ — инициативная группа
- КГН — люди, относящиеся к одной или нескольким ключевым группам населения
- КоАП РФ — Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях
- КП — клиент проекта
- ЛЖВ — люди, живущие с ВИЧ
- ЛУИН — люди, употребляющие инъекционные наркотики
- МЗ — Министерство Здравоохранения РФ
- МСМ — мужчины, практикующие секс с мужчинами
- НКО — некоммерческие организации
- НПА — нормативно-правовые акты
- ПИН — потребители инъекционных наркотиков
- РФ — Российская Федерация
- СК — сотрудник Консорциума
- СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита
- СР — секс-работники/цы
- ТГЛ — трансгендерные люди
- УК (УК РФ) — Уголовный кодекс РФ
- ФГ — фокус-группа
- ФЗ — Федеральный закон
- ФР — Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека
- ФЦ — Федеральный центр по профилактике и борьбе со СПИДом
- ЦНИИОИЗ — Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»
- ЦС — центр СПИД
- ЭГ — эксперт государственной организации
- ЮНЭЙДС — Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ВВЕДЕНИЕ

В России продолжает развиваться эпидемия ВИЧ, на 31 декабря 2021 г. в стране проживало 1 137 596 россиян с лабораторно подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции. Пораженность населения ВИЧ-инфекцией составила 782,0 на 100 тысяч населения России, то есть с зарегистрированной ВИЧ-инфекцией жили 0,8% всего населения России и 1,5% населения в возрасте от 15 до 49 лет. Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации. Однако, по данным официальной статистики, лишь около половины людей с официально зарегистрированным диагнозом ВИЧ-инфекция (56,4%) получают лечение. Среди тех, кто состоит на диспансерном наблюдении, получают лечение 82,2% пациентов¹.

Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года нацелена на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации путем достижения постоянного снижения числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди населения и снижения смертности от заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, чтобы к 2030 году это заболевание перестало быть угрозой общественному здоровью². Привлечение людей с ВИЧ-инфекцией к эффективному лечению является важным инструментом как для снижения смертности, так и для снижения числа новых случаев ВИЧ-инфекции.

Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ и СПИДу (ЮНЭЙДС) в 2014 году были поставлены следующие задачи:

- к 2020 году 90% всех людей, живущих с ВИЧ, должны знать о своем статусе;
- к 2020 году 90% всех людей, у которых диагностирована ВИЧ-инфекция, должны стабильно получать антиретровирусную терапию;
- к 2020 году у 90% людей, получающих антиретровирусную терапию, должна наблюдаться вирусная супрессия³.

Данная концепция получила название «care continua» (далее — каскад лечения). К 2030 году показатели каскада лечения планируются повысить до 95% в каждой категории⁴. Каскад лечения используется для оценки эффективности ухода и лечения хронических и

¹ Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2021 г. <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2022/03/Spravka-VICH-v-Rossii-na-31.12.2021-g.pdf>

² Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года от 21 декабря 2020 года N 3468-р. <https://docs.cntd.ru/document/573200412>

³ «90–90–90: амбициозные цели, приближающие победу над эпидемией СПИДа». <https://www.unaids.org/ru/resources/909090>

⁴ UNAIDS, Fast-Track: accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf

инфекционных заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекции⁵. Параллельно с концепцией каскада лечения также был предложен каскад профилактики ВИЧ⁶. В нем акцент смещается с людей, живущих с ВИЧ-инфекцией на тех, кто находится в группе риска и кому могут быть полезны первичные профилактические вмешательства⁷ или комбинированные вмешательства для предотвращения передачи ВИЧ половым путем⁸. Совместное использование данных каскадов и согласование последовательности действий (профилактика плюс лечение) позволит улучшить здоровье ключевых групп населения и свести к минимуму риск передачи ВИЧ-инфекции.

Оценка актуальных показателей каскада лечения ВИЧ-инфекции с помощью специальных методов позволяет обеспечить основу для принятия решений государственными структурами и иными субъектами профилактики. Так, ответы на следующие вопросы позволяют определить, какие пробелы существуют в сфере лечения людей с ВИЧ в области предоставления устойчивого, качественного обслуживания:

- Сколько людей, живущих с ВИЧ, проходят тестирование и знают свой диагноз?
- Из них, какое количество получают медицинскую помощь?
- Из них, сколько продолжают получать помощь?
- Из них, сколько получают АРВТ?
- Из них, сколько продолжают лечение и достигают неопределяемой вирусной нагрузки?

Проект «КАСКАД», реализуемый БФ «Гуманитарное действие», нацелен на разработку и внедрение модели предоставления услуг по профилактике ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения на основе тесной координации и сотрудничества между социально ориентированными некоммерческими организациями, государственными учреждениями, органами здравоохранения и социальной защиты. Проект реализуется в трех регионах Российской Федерации (г. Санкт-Петербург, г. Москва, г. Челябинск) и охватывает такие ключевые группы, как мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), работники секс-бизнеса (СР) (в том числе женщины, мужчины и трансгендерные

⁵ Uusku^ula A, Vickerman P, Raag M, Walker J, Paraskevis D, Eritsyan K, et al. (2020) Presenting a conceptual framework for an HIV prevention and care continuum and assessing the feasibility of empirical measurement in Estonia: A case study. PLoS ONE 15(10): e0240224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240224>

⁶ Garnett GP, Hallett TB, Takaruzza A, Hargreaves J, Rhead R, Warren M, et al. Providing a conceptual framework for HIV prevention continuums and assessing feasibility of empirical measurement with data from east Zimbabwe: a case study. Lancet HIV. 2016; 3(7): e297–e306. [https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(16\)30039-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(16)30039-X/fulltext)

⁷ Kelley CF, Kahle E, Siegler A, et al. Applying a PrEP Continuum of Care for Men Who Have Sex with Men in Atlanta, Georgia. Clin Infect Dis. 2015; 61(10):1590–1597. <https://academic.oup.com/cid/article/61/10/1590/302887>

⁸ Moorhouse L, Schaefer R, Thomas R, et al. Application of the HIV prevention continuum to identify, develop and evaluate interventions to improve use of prevention methods: examples from a study in east Zimbabwe. J Int AIDS Soc. 2019; 22 Suppl 4(Suppl Suppl 4): e25309.

люди, а также СР, употребляющие наркотики), люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН), трансгендерные люди (ТГЛ), люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ) с особым фокусом на тех ЛЖВ, которые сталкиваются с определенными барьерами при обращении за услугами (т.е. ключевые и уязвимые группы населения). Во всех ключевых группах особое внимание уделяется подгруппам в рамках этих ключевых групп, которые подвержены особенно высокому риску инфицирования ВИЧ.

Проект включает четыре модуля, ориентированные на оказание услуг ключевым группам: профилактика (предоставление годового пакета базовых услуг); услуги на основе дифференцированного подхода к тестированию на ВИЧ; помощь в постановке на учет и содействие приверженности лечению; снижение барьеров при получении доступа к услугам в сфере ВИЧ, правовая поддержка.

Кроме того, еще пять модулей включают организацию проектной деятельности и взаимодействие с партнерами: развитие сильных и устойчивых систем оказания медицинских и немедицинских услуг в связи с ВИЧ-инфекцией: укрепление систем сообществ ключевых групп; управление и планирование, в том числе информационные системы управления, мониторинг и оценка; системы финансового управления; исследования; управление проектной деятельностью.

В рамках проекта предусмотрено комплексное исследование его эффективности, основанное на сочетании различных методов, в том числе математического моделирования и экономического анализа.

В данном отчете представлены результаты исследования по следующим направлениям:

Таблица 1. Разделы отчета и авторы:

№	Раздел отчета	Авторы
1	Регионы сравнения для регионов реализации проекта: методика и результаты отбора	Ерицян К.Ю. к. пс. н., Усачёва Н.М., Шаршов А.Р.
2	Каскадный анализ	Ерицян К.Ю. к. пс. н.
3	Анализ пробелов в нормативно-правовой базе РФ по ВИЧ-инфекции	Романяк Е.В.
4	Обзор литературы по методам оценки эффективности социально-ориентированных проектов и расчету рентабельности вложений в социальные проекты	Рождественская Н.В. к. э. н.

5	Разработка алгоритма обзора и представления достижений проекта по исполнению количественных и качественных индикаторов	Рождественская Н.В. к. э. н.
6	Обзор и оценка применимости математических подходов к моделированию эпидемии вич-инфекции с учетом профилактических вмешательств	Леоненко В.Н. к. ф.-м. н
7	Качественный компонент исследования эффективности проекта, основанный на анализе мнений представителей различных заинтересованных сторон	Авдеева В.П., Ефимова О.Б., Шаршов А.Р., Ерицын К.Ю. к. пс. н., Русакова М.М. к. с. н.

1. РЕГИОНЫ СРАВНЕНИЯ ДЛЯ РЕГИОНОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА: МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ОТБОРА

Выбор регионов сравнения с регионами реализации проекта осуществлялся для последующего использования при анализе показателей каскада, экономической оценки и математического моделирования эпидемии, планирующихся на следующих этапах проекта.

Методика отбора регионов

Отбор регионов проводился в несколько этапов.

На первом этапе для обеспечения базовой сопоставимости социальных условий реализации профилактических воздействий список регионов был ограничен городами с численностью постоянного населения не менее 1 миллиона человек. По данным Федеральной службы государственной статистики на 1 января 2021 года таких городов на территории Российской Федерации насчитывалось 15⁹, включая три региона проекта (Москва, Санкт-Петербург и Челябинск) и 12 потенциальных кандидатов в регионы сравнения (Новосибирск, Екатеринбург, Казань, Нижний Новгород, Самара, Омск, Ростов-на-Дону, Уфа, Красноярск, Воронеж, Пермь, Волгоград).

На втором этапе были подобраны показатели, релевантные для сопоставления регионов в контексте проектной деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп. Были выделены три категории показателей:

1) Показатели, характеризующие эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в целом:

a. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией: число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом ВИЧ-инфекции (на 100 тысяч), 2021 год, (данные ЦНИИОИЗ, предоставлены по запросу);

b. Пораженность ВИЧ-инфекцией: количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (на 100 тысяч) 2020 год¹⁰.

2) Показатели, характеризующие эпидемиологическую ситуацию по уязвимым группам:

В данном случае были выбраны показатели, характеризующие размер и пораженность ВИЧ-инфекцией группы ЛУИН, как имеющей наибольшее эпидемическое значение и систематически измеряемые медицинской статистикой.

⁹ Табл. 23. Численность населения Российской Федерации по муниципальным образованиям на 1 января 2021 года. <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13282>.

¹⁰ ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора. Москва, 2021 [Byulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf](https://www.hivru.org/ru/46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf) (hivru.org).

а. Зарегистрированная распространенность потребления инъекционных наркотиков на территории: сведения о потребителях инъекционных наркотиков (ПИН), зарегистрированных амбулаторной наркологической службой (на 100 тысяч населения), 2020 г.¹¹;

б. Зарегистрированная пораженность ВИЧ-инфекцией группы ЛУИН: удельный вес ВИЧ-позитивных среди зарегистрированных ПИН (%), 2020 г.¹².

3) Показатели, характеризующие социально-экономическое развитие регионов:

а. Валовой региональный продукт на душу населения, 2019 г.¹³;

б. Уровень занятости, 2020;

с. Уровень безработицы, 2020;

д. Среднедушевые денежные доходы населения, 2020.

В связи с недоступностью большинства показателей для городов исследования, в качестве прокси-показателей были использованы данные, характеризующие субъект федерации, столицей которого является данный город (например, Новосибирская область, Свердловская область, Республика Татарстан и пр.).

На третьем этапе проведена обработка показателей по каждому направлению. Алгоритм обработки был следующим: для каждого из показателей был выстроен рейтинг всех регионов (одного региона проекта и 12 регионов-кандидатов в регионы-сравнения). Затем, внутри группы показателей для каждого региона был рассчитан кумулятивный показатель различия с регионом проекта (сумма разниц между рейтинговыми местами по всем показателям). Это позволило количественно оценить близость каждого из потенциальных регионов сравнения к региону действия проекта отдельно по показателям эпидемиологии ВИЧ-инфекции, эпидемиологической ситуации по уязвимым группам и уровню социально-экономического развития и сформировать соответствующие рейтинги. Чтобы каждая из данных трех групп показателей вносила равный вклад в итоговую оценку, был рассчитано суммарное значение данных рейтинговых позиций по всем трем регионам. Исходные данные и результаты обработки представлены в Приложении 1.

¹¹ Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2019-2020 годах: Аналитический обзор. — М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2021. — 192 с.

¹² Там же

¹³ Здесь и далее использовался рейтинговый показатель (рейтинг среди всех субъектов Российской Федерации), представленный в сборнике Федеральная служба государственной статистики Регионы России. Социально-экономические показатели - 2021 г. https://gks.ru/bgd/regl/b21_14p/Main.htm.

Результаты оценки

Регион сравнения для г. Москва

По сравнению с другими городами-миллионниками Москва характеризуется самой низкой зарегистрированной заболеваемостью ВИЧ-инфекцией (13 случаев на 100 тыс. населения) и поражённостью ВИЧ-инфекцией также ниже среднего уровня (634 на 100 тыс. населения) (Приложение 1, Таблица 22). По этим показателям наиболее близкими к Москве регионами являются Казань, Воронеж и Волгоград. Казань и Воронеж сходны с Москвой по относительно низкой заболеваемости, а Волгоград и по уровню поражённости.

Ситуация с зарегистрированными эпидемиологическими показателями наркопотребления в Москве также достаточно благополучная: регистрируемая распространённость ВИЧ среди ЛУИН крайне низка (14,3%) и сравнима разве что с аналогичным показателем в Ростове-на-Дону (11,4%) (Приложение 1, Таблица 23). Зарегистрированная распространённость ЛУИН находится на среднем уровне (122 случая на 100 тыс. населения). В целом, по этой категории показателей к Москве наиболее приближены Нижний Новгород (с несколько более высокими показателями поражённости ВИЧ группы ЛУИН) и Ростов-на-Дону, отличающийся несколько большей распространённостью наркопотребления.

Наибольшую сложность представляет выбор региона сравнения по критерию социально-экономического развития, поскольку по этим характеристикам Москва ожидаемо существенно опережает все иные возможные регионы (Приложение 1, Таблица 24). Несколько более других приближается к показателям Москвы, хотя и с существенным отрывом, лишь Казань.

По сумме всех показателей наиболее близка к Москве Казань (Таблица 22). Однако в случае использования данного региона как региона сравнения следует учитывать его драматическое отставание по социально-экономическим показателям, несколько более высокий темп прироста случаев ВИЧ-инфекции и более сложную ситуацию с наркопотреблением при в целом меньшей распространённости ВИЧ-инфекции, а значит меньшей нагрузке на систему здравоохранения.

Вторым кандидатом является Нижний Новгород, который наиболее приближен к Москве по ситуации с наркопотреблением и поражённостью ВИЧ-инфекцией, а также, насколько это возможно, сравним по социально-экономическим показателям. Однако заболеваемость ВИЧ-инфекцией в этом регионе несравнимо выше, что говорит о совершенно иных темах эпидемиологического процесса.

Таблица 2. Итоговые показатели близости регионов по сумме трех измерений

Регион	Суммарное значение рейтинговых позиций		
	Москва	Санкт-Петербург	Челябинск
Новосибирск (Новосибирская область)	26	17	9
Нижний Новгород (Нижегородская область)	9	13	23
Екатеринбург (Свердловская область)	27	20	21
Самара (Самарская область)	19	15	6
Казань (Республика Татарстан)	5	12	23
Ростов-на-Дону (Ростовская область)	12	25	23
Уфа (Республика Башкортостан)	25	20	22
Омск (Омская область)	26	18	9
Красноярск (Красноярский край)	15	19	21
Воронеж (Воронежская область)	12	23	24
Пермь (Пермский край)	21	16	12
Волгоград (Волгоградская область)	18	27	25

Регион сравнения для г. Санкт-Петербург

Среди городов-миллионников Санкт-Петербург занимает среднее положение по заболеваемости (40,8 на 100 тыс. населения) и пораженности (1082 на 100 тыс. населения) ВИЧ-инфекцией (Приложение 1, Таблица 25). Сравнимыми по данным показателям являются Омск, Уфа, Нижний Новгород и Волгоград, хотя пораженность ВИЧ-инфекцией населения в последних трех регионах несколько ниже.

Ситуация с ЛУИН в Санкт-Петербурге также может быть охарактеризована как средняя по тяжести. В городе зарегистрировано 123 ЛУИН на 100 тысяч населения и 43% зарегистрированных имеют позитивный ВИЧ-статус (Приложение 1, Таблица 26). По данным показателям крайне схожи с Санкт-Петербургом Пермь и Самара.

Санкт-Петербург и Москва являются ожидаемыми лидерами по социально-экономическим показателям и ни один из изучаемых регионов не сопоставим с ними по этим параметрам (Приложение 1, Таблица 27). Как и в предыдущем случае, только Казань приближается к этим двум мегаполисам по уровню социально-экономического развития, далее с существенным отрывом следует Нижний Новгород

Несмотря на разительное расхождение по эпидемиологическим показателям между Санкт-Петербургом и Москвой, выбранные с помощью такой методики регионы сравнения для них идентичны: это Казань и Нижний Новгород.

По сравнению с Санкт-Петербургом в Казани существенно ниже интенсивность развития эпидемии и пораженность ВИЧ-инфекцией населения, при несколько более напряженной ситуации в сфере инъекционного наркопотребления.

В Нижнем Новгороде ситуация с ВИЧ-инфекцией в целом существенно более сходна, а заболеваемость даже несколько выше, чем в Санкт-Петербурге. Однако пораженность ВИЧ-инфекцией ЛУИН существенно ниже.

Регион сравнения для г. Челябинск

Челябинск — регион с показателями тяжести эпидемии ВИЧ-инфекции существенно выше среднего значения по изучаемым регионам. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией находится на уровне 70 случаев на 100 тыс. населения, а пораженность почти достигает 1,5% (Приложение 1, Таблица 28). Сходная ситуация в Новосибирске, где показатели чуть ниже и Самаре, где они, напротив, чуть выше.

Ситуация с эпидемией ВИЧ среди ЛУИН в этом регионе также несколько более тяжелая, чем в среднем по регионам (Приложение 1, Таблица 29). Официально зарегистрировано 151 ЛУИН на 100 тыс. населения, из которых 41,3% имеют ВИЧ-инфекцию. По данным показателям к Челябинску наиболее близка Пермь, и чуть менее — Воронеж, Омск, Казань и Самара.

По социально-экономическим показателям Челябинск находится примерно в середине из всех 89 регионов России (Приложение 1, Таблица 30). Исключение составляет уровень занятости — по нему Челябинская область входит в 15 наиболее благополучных российских регионов. Среди регионов с городами-миллионниками наиболее схожа с Челябинской Омская область.

В целом по сумме показателей наиболее подходящим регионом сравнения для Челябинска выступает Самара. В тоже время ее характеризует более высокая пораженность ВИЧ-инфекцией и более высокий зарегистрированный уровень инъекционного наркопотребления, при несколько более благоприятном социально-экономическом положении региона.

Заключение

Ориентируясь на важность отсутствия драматических различий по всем трем группам показателей между регионами для целей оценки проекта «КАСКАД» в качестве регионов сравнения были выбраны:

- 1) Для Москвы — Казань;
- 2) Для Санкт-Петербурга — Нижний Новгород;
- 3) Для Челябинска — Самара.

Следует, однако, учесть, что использование данных регионов в качестве сравнения сопряжено с существенными и непреодолимыми ограничениями. Так, и Москва и Санкт-Петербург являются уникальными для России мегаполисами, существенно превосходящими все иные города, как по численности населения, так и по уровню социально-экономического развития. При этом оба этих показателя являются существенными для мощности и эффективности профилактических воздействий. При сходном уровне финансирования проект имеет существенно более высокие шансы повлиять на эпидемиологическую ситуацию в городе с меньшей численностью населения, поскольку в нем возможен значительный охват КГН. Уровень социально-экономического развития региона также играет значимую роль в вопросе профилактики ВИЧ-инфекции. Уровень развития инфраструктуры, как медицинской, так и социальной, в которые могут быть направлены и перенаправлены представители КНГ, является той данностью, на которую проект не может повлиять. В тоже время он может оказать огромное влияние на показатели лечения и достижения социального благополучия КГН.

Россия обладает высоким уровнем регионального разнообразия. Не представляется возможным найти идентичный или, по крайней мере, крайне близкий к регионам проекта регион по всем трем группам показателей. При этом за рамками сравнения остаются иные характеристики региона, в том числе количественные характеристики и социальное положение других КГН (например, МСМ, СР и ТГЛ), которые наряду с ЛУИН являются основными целевыми группами проекта. Если бы было возможно включить в анализ и эти характеристики, систематических данных по которым на региональном уровне не собираются, можно предположить, что различия между регионами проекта и регионами сравнения были бы еще более выражены.

2. КАСКАДНЫЙ АНАЛИЗ

Методика расчета

Для оценки продвижения по каскаду диагностики и лечения ВИЧ-инфекции была использована статистическая информация, централизованно собираемая Минздравом и Роспотребнадзором РФ. Несмотря на ограничения в имеющихся данных, как содержательные, так и временные, данный подход позволяет обеспечить сопоставимость данных между регионами. Предполагается, что источники смещений будут действовать однонаправленно во всех регионах РФ.

Предоставляемые Федеральным центром по профилактике и борьбе со СПИДом¹⁴ данные позволяют оценить количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция в региональном разрезе, а также получить вспомогательную информацию о количестве и доле тестирований на ВИЧ-инфекцию, проведенных среди ключевых групп населения. Динамика данных показателей может косвенно говорить о продвижении по каскаду лечения (первый этап) представителей КГН в регионе.

Предоставляемые Министерством здравоохранения¹⁵ данные позволяют оценить полный спектр показателей, относящихся к каскаду лечения — количество диагностированных ЛЖВ, их нахождении в контакте с медицинской СПИД-службой, получении АРВТ и достижении неопределяемой вирусной нагрузки. Эти данные, однако, имеются исключительно в региональном разрезе и не позволяют оценить специфику каскада лечения у КГН.

Следует отметить, что данные о количестве живущих ЛЖВ с известным статусом, предоставляемые независимо обоими источниками, сильно разнятся. Эта разница может достигать 2,5 раз, как в случае Москвы (Таблица 3). При этом во всех случаях оценки Федерального центра выше оценок Минздрава. В связи с отсутствием подробных методических разъяснений, а также официальной информации о причинах расхождений между этими источниками данных, в данном отчете они используются совместно. Данные Федерального центра рассматриваются как данные о всех диагностированных ЛЖВ, включая тех, которые после постановки диагноза не были в контакте с медицинской системой. Данные Минздрава вероятнее могут быть интерпретированы как ЛЖВ, когда-либо находившимися в контакте с Центрами по профилактике и борьбе со СПИДом¹⁶.

¹⁴ ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора. Москва, 2021 [Byulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf \(hivruddia.info\)](#).

¹⁵ Статистическая информация по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации за 2020 год (Данные Минздрава РФ) — данные предоставлены Росстатом по запросу.

¹⁶ Интервью академика ВВ Покровского [«Одна таблетка будет полгода защищать от ВИЧ» - Газета.Ru \(gazeta.ru\)](#) 20.11.2022.

Ограничением является и временной период: на период подготовки отчета доступны данные лишь за 2020 год. Предварительные данные 2021 года опубликованы в системе МИАЦ ЦНИИОИЗ, однако они не включают в себя весь круг необходимых показателей. Еще одним существенным ограничением является то, что данные устойчиво собираются в региональном разрезе, то есть на уровне субъектов федерации. В данном исследовании два региона (Москва и Санкт-Петербург) являются самостоятельными субъектами, тогда как Челябинск и регионы сравнения — столицами субъектов. Это также может вносить существенные помехи в сравнение показателей.

Существенным ограничением также является отсутствие валидизированных оценок общего числа ЛЖВ, как в регионах РФ, так и на уровне страны в целом. Последние оценки сделаны на уровне страны 7 лет назад, согласно ним на каждый известный случай ВИЧ-инфекции приходится примерно один не диагностированный¹⁷. По экспертным оценкам академика В.В. Покровского, количество ЛЖВ, не информированных о своем статусе, может составлять 300 тысяч человек¹⁸. В таком случае первый этап каскада — доля ЛЖВ, знающих о своем статусе на уровне страны может составлять 78,6% (1 млн. 100 тыс. из- 1 млн. 400 тыс.). Пробел в подобного рода данных также в некоторой степени может быть перекрыт данными выборочных био-поведенческих исследований среди КГН, которые, с определенной регулярностью проводятся в некоторых регионах РФ, в том числе регионах проекта.

Каскадный анализ: ЛЖВ в целом, регионы проекта

В таблице 3 представлена подробная информация о показателях каскада лечения в регионах проекта. Во всех регионах итоговый показатель — доля ЛЖВ с неопределяемой нагрузкой от всех диагностированных ЛЖВ находится на уровне 50-60%, если использовать консервативную оценку Минздрава. Наименьший показатель регистрируется в Москве, а наивысший — в Челябинске. При перерасчете на данные Федерального центра СПИДа, он снижается до 23,2% в Москве, 32,3% в Санкт-Петербурге и 41,0% в Челябинске.

В *Москве* наибольшие потери при прохождении по каскаду лечения приходятся на этап установления контакта с системой здравоохранения на уровне диспансерного наблюдения: от 28% (МЗ¹⁹) до 68% (ФЦ²⁰) людей с установленным диагнозом не находятся на диспансерном наблюдении. Также существенные потери наблюдаются при

¹⁷ Покровская А.В. Противозидемические лечебные мероприятия среди населения, инфицированного вирусом иммунодефицита человека. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва 2021.

¹⁸ https://www.gazeta.ru/science/2022/01/20/14437423.shtml?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2Fnews%2Fsearch%3Ftext%3D&updated.

¹⁹ Здесь и далее — данные Министерства Здравоохранения.

²⁰ Здесь и далее — данные Федерального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

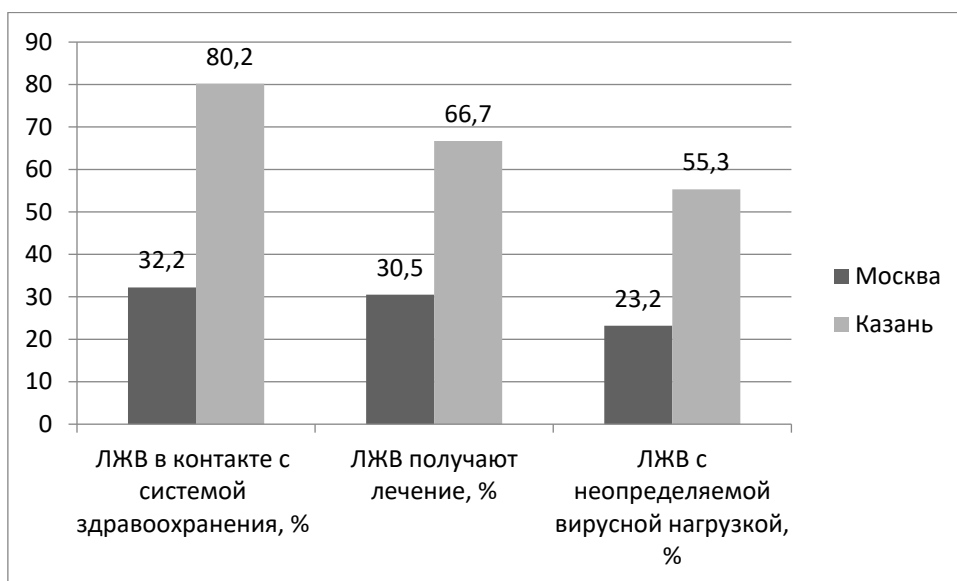
формировании приверженности к лечению — у 24% ЛЖВ, получающих терапию, не достигнута неопределяемая вирусная нагрузка. При этом назначение терапии согласно представленным данным практикуется для практически всех ЛЖВ, находящихся на диспансерном наблюдении — лишь 5% находящихся на ДУ не получали лечение в 2020г.

В *Санкт-Петербурге*, напротив, наибольшие потери происходят на этапе назначения лечения — около 30% ЛЖВ, находящихся на диспансерном учете, не получают лечения. Еще 18% потерь происходит на этапе формирования приверженности лечению и достижению показателей неопределяемой вирусной нагрузки. При этом на этапе установления контактов с системой здравоохранения потери относительно небольшие — порядка 10% (МЗ), однако, если учитывать данные ФЦ, то они намного существеннее и составляют практически 50%

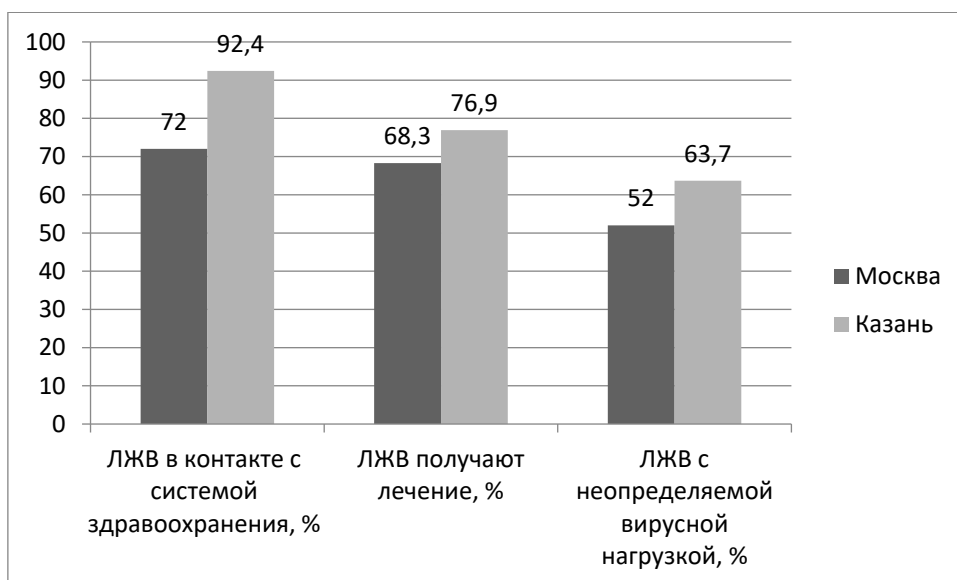
Для *Челябинска* в целом характерна наиболее благоприятная ситуация по сравнению с другими регионами проекта. Как и в Санкт-Петербурге, наибольшую сложность представляет этап назначения лечения — здесь происходит потеря 21% ЛЖВ, находящихся на диспансерном наблюдении. У порядка 10% получающих лечение не достигается неопределяемая вирусная нагрузка. По консервативным данным (МЗ) потери ЛЖВ на этапе привлечения к контакту с системой здравоохранения минимальны и составляют около 5%. По данным ФЦ этот показатель в 8 раз выше и составляет около 42%.

На предыдущем этапе проекта (Глава 1) на основании анализа основных характеристик эпидемии ВИЧ-инфекции, эпидемиологии инъекционного потребления и социально-экономических параметров были отобраны регионы сравнения для регионов проекта. В данном разделе представлено сопоставление выбранных регионов сравнения и регионов проекта по параметрам каскадного анализа.

Рисунок 1. Каскадный анализ: Москва и Казань



А) По данным ФЦ



Б) По данным МЗ

Таблица 3. Показатели каскадного анализа для регионов проекта

Показатель		Москва			Санкт-Петербург			Челябинск		
		Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага
Оценочное общее число ЛЖВ (включая недиагностированных)		Оценки отсутствуют ²¹								
Установлен диагноз	Количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (1)	80315		Нет данных	58282		Нет данных	48547		Нет данных
	Зарегистрировано пациентов, больных ВИЧ-инфекцией (2)	35886			34572			30133		
Находятся в контакте с системой здравоохранения (linked to care)	Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года (2)	25846	32,2% (1) / 72,0% (2)		31454	54,0% / 91,0% (2)		28323	58,3% (1) / 94,0% (2)	
Находятся на лечении	Число пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ) (2)	24499	30,5% (1) / 68,3% (2)	94,8%	22170	38,0% (1) / 64,1% (2)	70,5%	22326	46,0% (1) / 74,1% (2)	78,8%
Имеют неопределяемую вирусную нагрузку	Из числа пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших АРВТ в отчетном году вирусная нагрузка при последнем исследовании в отчетном году ниже порога определения (2)	18663	23,2% (1) / 52,0% (2)	76,2%	18218	32,3% (1) / 52,7%	82,2%	19914	41,0% (1) / 66,1% (2)	89,2%

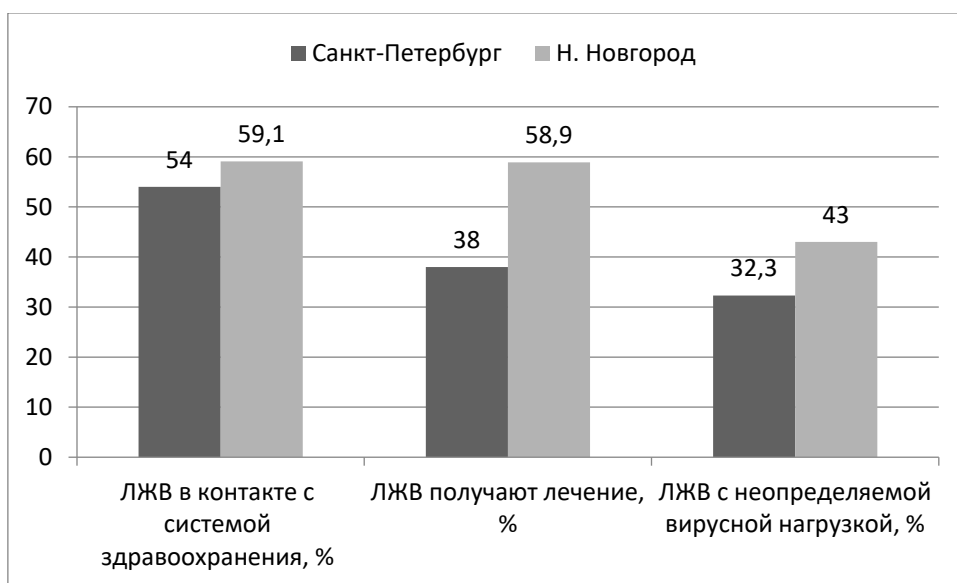
- (1) ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора. Москва, 2021 [Byulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf \(hivrusia.info\)](#).
- (2) Статистическая информация по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации за 2020 год (Данные Минздрава РФ) — данные предоставлены Росстатом по запросу.

²¹ На 2015 год оценивалось, что в Российской Федерации имеют диагностированный ВИЧ-статус 53% от всех ЛЖВ (Покровская А.В. Противоэпидемические лечебные мероприятия среди населения, инфицированного вирусом иммунодефицита человека. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва 2021). В 2022 году это значение оценивается в 78,6% (Интервью академика ВВ Покровского «Одна таблетка будет полгода защищать от ВИЧ» - Газета.Ru ([gazeta.ru](#)) 20.11.2022.) В связи с отсутствием полной информации о методике расчета показателя, данные не приводятся.

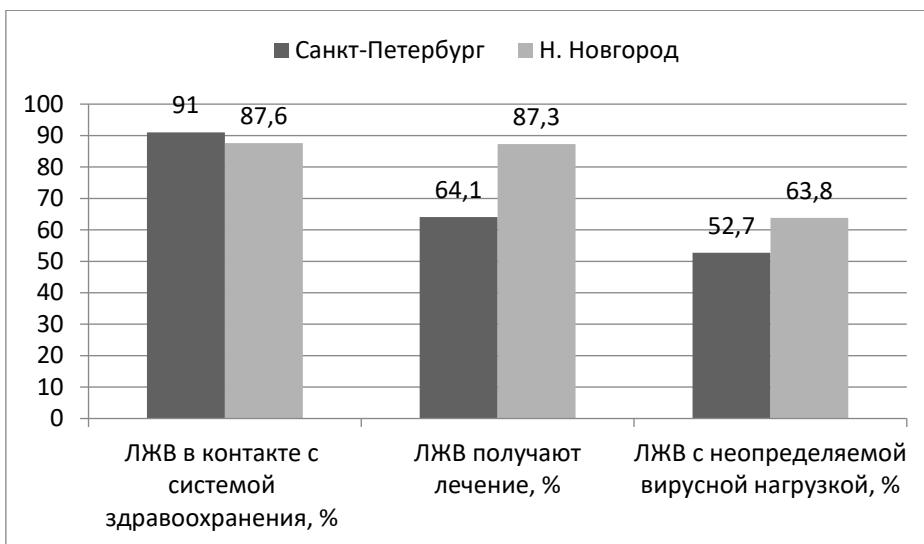
По всем показателям каскадного анализа Казань, выбранная в качестве региона сравнения для Москвы, существенно ее опережает. В случае использования данных ФЦ этот контраст особенно разителен за счет существенного расхождения именно на первом этапе каскада — привлечении к диспансерному наблюдению (рис 1 а.). Однако даже при использовании более консервативных оценок МЗ показатели всех элементов каскада существенно различаются (рис 1 б). Различается и структура основных потерь на этапах каскада — для Казани характерны относительно небольшие потери на этапе привлечения к диспансерному наблюдению (10% (МЗ) — 20% (ФЦ)) и дальнейшая потеря по 18% контингента на следующих этапах (Табл. 4).

Сходная, хотя и менее драматичная ситуация обнаруживается при сравнении каскада лечения ВИЧ-инфекции в паре Санкт-Петербург — Нижний Новгород. Последний в целом опережает Санкт-Петербург практически по всем показателям (Рис. 2а, 2б) и по отдельным из них разница может достигать 20%. Различается и структура потерь: по официальным данным охват терапией состоящих на диспансерном наблюдении в Казани практически всеобщий, тогда как в Санкт-Петербурге это основной барьер для продвижения по каскаду (Табл. 2, Табл. 3).

Рисунок 2. Каскадный анализ: Санкт-Петербург и Нижний Новгород



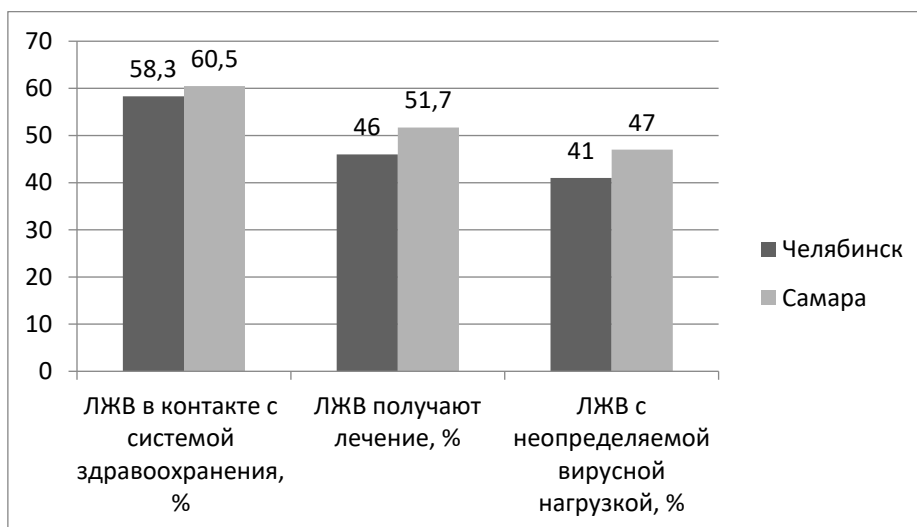
А) По данным ФЦ



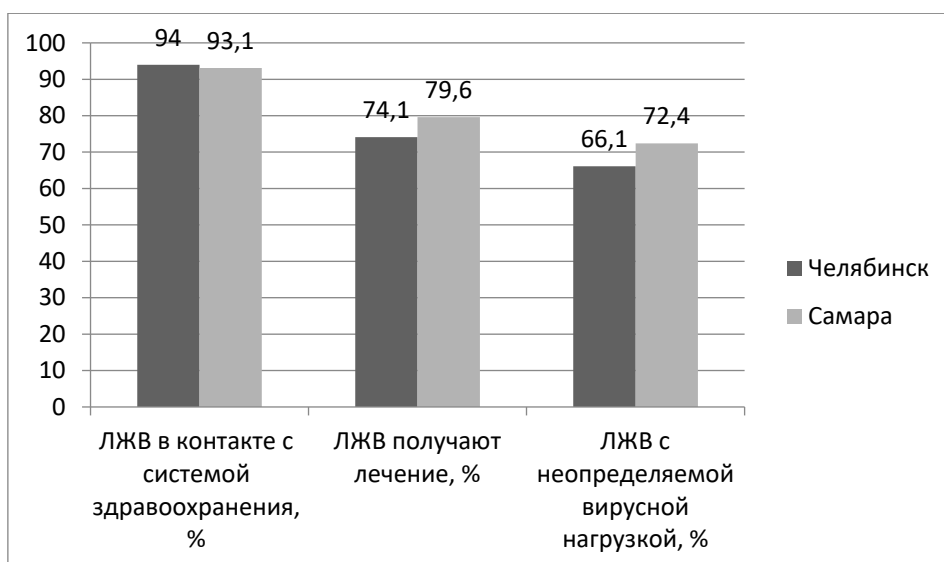
Б) По данным МЗ

Челябинск и Самара более других отобранных пар подходят в качестве регионов сопоставимых регионов. На первом этапе — формировании связи ЛЖВ и лечебного учреждения в обоих регионах показатели практически одинаковы, однако в дальнейшем, в Самаре достигаются несколько более высокие результаты. При этом данные различия в основном не превышают 5-6% и могут быть признаны допустимыми.

Рисунок 3. Каскадный анализ: Челябинск и Самара



А) По данным ФЦ



Б) По данным МЗ

Каскадный анализ: ключевые группы населения

Некоторое представление о полном каскаде лечения ВИЧ среди КГН могут дать биоповеденческие исследования, в которых одновременно замеряется пораженность группы ВИЧ-инфекцией (1-й этап каскада), информированность о собственном ВИЧ-статусе (2-й этап) и в зависимости от дизайна исследования — и последующие этапы и сопутствующие показатели.

На сегодняшний день последние доступные данные биоповеденческих исследований среди КГН проекта были собраны в 2017 году²². К сожалению, в опубликованных данных полной информации об этапах каскада не представлено, и доступна лишь доля среди ВИЧ-позитивных КГН, принимавших на момент исследования терапию.

Так, среди ЛУИН Санкт-Петербурга этот показатель составил 42,24% (ДИ 33,8 ... 50,7%), что в целом соотносится или, возможно, даже превышает показатели среди ЛЖВ в целом по Санкт-Петербургу (табл. 3), поскольку знаменатель тут включает и ЛУИН, не знающих о своем статусе. По сравнению с другими регионами, в которых проводились аналогичные исследования, этот показатель достаточно высок: так, например, в Томске, Красноярске и Кемерово он не превышает 25%.

Среди СР в Санкт-Петербурге данный показатель не был рассчитан в связи с низкой пораженностью ВИЧ-инфекцией среди изучавшихся «салонных СР». Такая же ситуация — низкая распространенность ВИЧ-инфекции (3,1%) повторилась и в исследовании в Москве,

²² Плавинский С. Л., Ладная Н. Н., Барина А. Н., Зайцева Е. Е. Эпидемиологический надзор II поколения за ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования, 2017 г.

однако, там дополнительные расчеты показали, что доля СР — ЛЖВ, информированных о своем ВИЧ-статусе (первый этап каскада) составляет примерно 33%²³. Это существенно ниже оценок для ЛЖВ в целом (78,6%).

²³ Bernier, A., Rummyantseva, T., Reques, L., Volkova, N., Kyburz, Y., Maximov, O., ... & Pataut, D. (2020). HIV and other sexually transmitted infections among female sex workers in Moscow (Russia): prevalence and associated risk factors. *Sexually Transmitted Infections*, 96(8), 601-607.

Таблица 4. Показатели каскадного анализа для регионов сравнения

Показатель	Казань			Нижний Новгород			Самара			
	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага	
Оценочное общее число ЛЖВ (включая недиагностированных)	Оценки отсутствуют ²⁴									
Установлен диагноз	Количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (1)	17143		Нет данных	17193		Нет данных	57343		Нет данных
	Зарегистрировано пациентов, больных ВИЧ-инфекцией (2)	14877			25489			37287		
Находятся в контакте с системой здравоохранения (linked to care)	Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года (2)	13746	80,2% (1) / 92,4% (2)		15057	59,1% / 87,6% (2)		34711	60,5% (1) / 93,1% (2)	
Находятся на лечении	Число пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ) (2)	11440	66,7% (1) / 76,9% (2)	83,2%	15004	58,9,0% (1) / 87,3% (2)	99,6%	29664	51,7% (1) / 79,6% (2)	85,5%
Имеют неопределяемую вирусную нагрузку	Из числа пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших АРВТ в отчетном году вирусная нагрузка при последнем исследовании в отчетном году ниже порога определения (2)	9473	55,3% (1) / 63,70% (2)	82,8%	10966	43,0% (1) / 63,8%	73,1%	26994	47,0% (1) / 72,4% (2)	91,0%

(1) ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора. Москва, 2021 [Byulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf \(hivrusia.info\)](https://www.fond.ru/ru/press/bulleten-46-vich-infektsiya-za-2020-g.-.pdf).

(2) Статистическая информация по заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации за 2020 год (Данные Минздрава РФ) — данные предоставлены Росстатом по запросу.

²⁴ На 2015 год оценивалось, что в Российской Федерации имеют диагностированный ВИЧ-статус 53% от всех ЛЖВ (Покровская А.В. Противоэпидемические лечебные мероприятия среди населения, инфицированного вирусом иммунодефицита человека. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва 2021). В 2022 году это значение оценивается в 78,6% (Интервью академика ВВ Покровского [«Одна таблетка будет полгода защищать от ВИЧ» - Газета.Ru \(gazeta.ru\)](https://www.gazeta.ru) 20.11.2022.) В связи с отсутствием полной информации о методике расчета показателя, данные не приводятся.

В группах МСМ, изучавшихся в Санкт-Петербурге и Москве, из всех ЛЖВ информированы о своем статусе и получают АРВТ рекордные 88-100%, что существенно выше, чем оценки для ЛЖВ в целом (табл.3), хотя и соответствует сходным показателям в других регионах исследования (Екатеринбурге).

Следует отметить, что ограничением данной методологии является, во-первых, относительно небольшие выборки КНГ, при которых число обследованных ЛЖВ - представителей каждой из групп может быть достаточно небольшим. Кроме того, поскольку точками входа в целевые группы часто являются НКО, осуществляющие профилактические мероприятия, что может приводить к смещению в оценках в сторону увеличения доли КНГ, знающих свой статус и получающих лечение.

Таблица 5. Структура тестирования по регионам

Регион	Всего			Потребители психоактивных веществ			МСМ			СР		
	Обследовано сывороток	Число обследованных на 100 человек населения	ВИЧ + на 100 тыс. сывороток	Обследовано сывороток	ВИЧ + на 100 тыс. сывороток	Доля среди всех обследований (%)	Обследовано сывороток	ВИЧ + на 100 тыс. сывороток	Доля среди всех обследований (%)	Обследовано сывороток	ВИЧ + на 100 тыс. сывороток	Доля среди всех обследований (%)
Москва	3 934 570	31,10 %	262	10693	2 889,7 0	0,2717 7	610	40 327,9 0	0,0155 04	198	0	0
Санкт-Петербург	1 124 859	20,90 %	183,8	3 647	1 535,5 0	0,3242 18	766	4 830,3 0	0,0680 97	15	0	0
Челябинск (Челябинская область)	979 184	28,40 %	282	6 172,00	2 284,5 0	0,6303 21	67	52 477,6 42	0,0068	4 314	718	0 (0,1664)
Казань (Республика Татарстан)	963 124	24,70 %	112	14 492	800,4	1,5046 87	23	52 173,9 0	0,0023 88	192	0	0,0001 99351
Нижний Новгород (Нижегородская область)	720 749	22,70 %	243,4	11 271	1 614,8 0	1,5637 9	60	6 666,7 0	0,0083 25	9	0	0
Самара (Самарская область)	767 503	24,30 %	287,7	6 172	2 284,5 0	0,8041 66	13	7 692,3 0	0,0016 94	2	0	0

Также данные биоповеденческих исследований обычно не дают представление о последнем этапе каскада — приверженности лечению и достижению неопределяемой вирусной нагрузки. Недавнее исследование, проведенное в регионах проекта (Москва и Санкт-Петербург) позволяют говорить о том, что ЛУИН могут иметь более низкую приверженность лечению и реже достигать искомых показателей вирусной нагрузки, по сравнению с МСМ и ЛЖВ, инфицированными при гетеросексуальных контактах²⁵.

Еще одним источником данных, который позволяет косвенно оценить прогресс в отношении первого этапа каскада - тестирования на ВИЧ-инфекцию групп КГН, являются данные ФЦ о структуре контингента, проходящего тестирование на ВИЧ-инфекцию. В таблице 5 представлены данные о структуре тестирования в регионах проекта и регионах сравнения на основе данных, предоставленных ФЦ.

Можно отметить, что во всех регионах тестирование представителей КГН, соответствующим образом зарегистрированное в государственной статистике, составляет ничтожную часть от общего числа тестирований на ВИЧ-инфекцию в год.

Из всех КГН во всех регионах чаще проводится тестирование на ВИЧ ЛУИН. Наибольшую долю из тестирований на ВИЧ в рамках своих регионов тестирование среди ЛУИН составляет в Казани и Нижнем Новгороде (регионах сравнения), тогда как в регионах проекта этот показатель достаточно невысок и не превышает 0,6% от всего числа тестов (Челябинск). Выявляется же ВИЧ в результате тестирования ЛУИН в 2 раза чаще, чем в среднем по всем проведенным тестам.

Количество тестов среди МСМ во всех регионах крайне невелико. Лидерами по этому показателю и в абсолютных, и в относительных значениях предсказуемо являются Москва и Санкт-Петербург, тестируемыми по 600-800 человек, что в пересчете на взрослое мужское население региона находится в пределах статистической погрешности. Выявляемость же ВИЧ в данной группе крайне высока (за исключением тестируемых в Челябинске) и в несколько раз превышает аналогичные показатели ЛУИН.

Число тестов среди СР в Москве относительно высоко и составляет около 200 в год, сходные показатели демонстрирует и Казань, выбранная как регион сравнения. В Санкт-Петербурге, Самаре и Нижнем Новгороде (регионы сравнения) по данным на 2020 год проходили тестирование единицы из представителей СР. Исключением является Челябинская область, в которой, согласно статистическим данным, были протестированы

²⁵ Социологический институт РАН — Филиал ФНИСЦ РАН. Оценка актуальных путей передачи ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в нескольких регионах Российской Федерации: отчет по НИР. Санкт-Петербург, 2021.

несколько тысяч СР. Это уникальная ситуация как для регионов исследования, так и для всех регионов сравнения. Помимо Челябинской области в России наблюдается только 2 других региона со сходным охватом — Республика Крым и Республика Бурятия, что вряд ли коррелирует как с распространенностью секс-бизнеса, так и с развитием профилактических программ в регионах, и скорее всего является артефактом. При этом выявляемость ВИЧ среди этой группы крайне низкая и в большинстве регионов находится на уровне статистической погрешности.

Заключение

Каскадный анализ показал, что на сегодняшний день во всех регионах проекта демонстрируются субоптимальные показатели каскада лечения ВИЧ-инфекции, при этом наилучшие показатели зарегистрированы в Челябинске, а наименее оптимальные — в Москве. При этом для каждого из регионов характерны свои «уязвимые места» в каскаде лечения. Для Москвы это — доведение до диспансерного наблюдения и формирование приверженности лечению. Для Санкт-Петербурга и Челябинска — назначение лечения ЛЖВ. Доля ЛЖВ, потерянных на самом первом этапе — этапе установления диагноза — неизвестна ни в региональном разрезе, ни на страновом уровне.

Данные биоповеденческих исследований свидетельствуют о том, что КНГ могут иметь сходные или даже лучшие показатели прохождения по каскаду лечения до момента назначения терапии, по сравнению с ЛЖВ в целом. В тоже время также по данным исследований, представители группы ЛУИН имеют несколько худшие показатели приверженности лечению и, вследствие этого — субоптимальные показатели вирусной нагрузки. Также с представлением об успешном прохождении КНГ по каскаду, контрастируют данные тестирования на ВИЧ-инфекцию, которые показывают, что представители КГН тестируются крайне редко. В связи с тем, что самоотчетные показатели тестирования представителей данных групп достаточно высоки (70-80% у МСМ и СР, 30-50% у ЛУИН²⁶), можно предположить, что а) данное тестирование зарегистрировано в официальной статистике по другим основаниям, б) данные биоповеденческих исследований смещены в сторону представителей КГН, находящихся в хорошем контакте с НКО или медицинскими учреждениями. Мониторинг официальных статистических данных наряду с данными био-поведенческих исследований должен являться дополнительным, хотя и косвенным методом оценки прогресса в первом этапе каскада для КГН.

²⁶ Плавинский С. Л., Ладная Н. Н., Баринаева А. Н., Зайцева Е. Е. Эпидемиологический надзор II поколения за ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования, 2017 г.

Сравнение показателей каскада регионов проекта и регионов сравнения позволяет говорить о том, что выбранный регион сравнения для Челябинска — Самара — может быть признан достаточно удачным. Важное различие заключается в том, что в Челябинской области уже в 2020 году зарегистрированы уникально высокие среди всех регионов России показатели тестирования среди СР. Однако в целом при сходных эпидемиологических и социально-экономических показателях он демонстрирует похожие, хотя и несколько более благоприятные показатели каскада лечения. Регионы сравнения, подобранные для Москвы и Санкт-Петербурга, при уже описанных выше ограничениях, имеют несравнимо более благоприятные показатели каскада лечения. Кроме того, структура потерь в каскаде в них несколько иная. Эти данные ставят вопрос о целесообразности и правомерности использования регионов сравнения для Москвы и Санкт-Петербурга в целом или о том, на каких основаниях для задач проекта отбор регионов сравнения будет наиболее целесообразен. Регионы со всеми сходными показателями для этих двух городов практически отсутствуют, а использование лишь одной из групп показателей в качестве краеугольной приведет к неизбежным смещениям по иным основаниям.

3. АНАЛИЗ ПРОБЕЛОВ В НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЕ РФ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Резюме

Данный отчет представляет анализ законодательства Российской Федерации, связанный с обеспечением доступа ключевых групп населения (КГН) к услугам профилактики и лечения ВИЧ и других заболеваний²⁷. В России ключевые группы очень часто не имеют доступа к необходимым медицинским и социальным услугам, а также вынуждены постоянно преодолевать стигму и дискриминацию со стороны окружения, специалистов и общества, в целом. Учитывая повышенный риск ВИЧ-инфекции, а также зависимости у ключевых групп, возрастают риски подвергнуться насилию или быть подвергнутыми различным видам наказания со стороны государства. Ограничения на перемещение и иммиграцию в отношении ВИЧ-положительных, на свободу выражения мнений, собраний и ассоциаций, а также других фундаментальных и конституционных прав человека и гражданина неизбежно оказывают негативное влияние на жизнь людей и возможности защиты их прав и свобод.

В последние годы организации гражданского общества практически не имеют возможности влиять на улучшение законодательства, а также испытывают постоянное давление со стороны общественных групп или государственных институтов, регулирующих их деятельность. Многие активисты и представители сообществ были вынуждены уехать за пределы РФ, чтобы не подвергнуться санкциям за свои убеждения или предыдущую деятельность.

Данный отчет дает возможность представить объем задач и пробелов в реализации права на здоровье для представителей ключевых групп и обеспечению для них равноправного доступа к комплексным услугам в сфере ВИЧ, включая гендерную дискриминацию, а также актуализировать вопросы, направленные на улучшение законодательной и правоприменительной практики в России и трех регионах. Данный отчет не ставит целью дублирование уже имеющихся правовых анализов, однако, содержит ссылки на публикации и статьи последних лет.

Исходя из того, что федеральное законодательство мало изменилось за последние годы, в первом разделе мы подробно остановимся на новых документах, которые имеют

²⁷ В этом отчете под ключевыми группами подразумевается четыре основных:

- секс-работники: мужчины, женщины и трансгендерные люди
- мужчины, практикующие секс с мужчинами
- люди, употребляющие инъекционные наркотики
- трансгендерные люди (в особенности трансгендерные женщины)

большее значение для реализации политики в сфере ВИЧ/СПИДа и достижения общенациональных показателей.

Во втором разделе подробно будет рассматриваться вопрос прав, с особым акцентом на права пациента с ВИЧ-инфекцией, и механизмы защиты гарантированных Конституцией и федеральным законодательством прав. На сегодняшний день ряд проблемных вопросов в связи с наличием заболевания ВИЧ-инфекция уже решены тем или иным образом: право на усыновление ВИЧ-положительными, реализация репродуктивных прав, право на профессию, доступ к медицинской помощи, в том числе к стоматологической, лечению гепатита С и других заболеваний у ВИЧ-положительных. Случаи отказов и нарушения прав ВИЧ-положительных фиксируются НКО и чаще всего решаются в пользу пациентов при условии грамотно составленного обращения в государственные учреждения или к консультантам из сообщества ЛЖВ. В России чаще всего партнерами выступают правозащитные НКО, независимые СМИ, а также уполномоченные по правам человека.

Проблема с латентностью случаев стигмы и дискриминации приводит ко многим негативным явлениям, которые непосредственно влияют на доступ к профилактике и лечению ВИЧ. Феномен социальной стигматизации и сокрытие дискриминационных практик остаются важнейшими структурными барьерами, которым посвящен третий раздел.

Методология

Основной формализованный метод, который использован при подготовке отчета, это анализ документов и статистической информации. Ограниченные публикации аналитических статей и исследований на основе открытых данных, которые размещают различные ведомства, во многом затрудняют всесторонний анализ. Анализ практики правоприменения провести затруднительно в связи с ограничениями, связанными с законодательными нормами, так и в связи с закрытостью данных. НКО и активисты в последнее время не публикуют в открытых источниках отчеты о нарушениях прав. При этом информация собирается и по запросу предоставляется ими в различные структуры, в том числе при написании страновых отчетов международными организациями. В данном отчете проанализированы официальные документы, а именно:

- нормативно-правовые акты (список приложен к отчету);
- принятые на государственном уровне стратегии и рекомендации;
- материалы статистической отчетности;
- документация проекта «КАСКАД»;
- судебная практика.

Анализ проведен на основе действующих национальных нормативно-правовых актов с обновлениями на апрель 2022 г. и некоторых вопросов правоприменения, сложившихся в последние годы. Для более детального описания проблематики использованы различные неофициальные источники:

- данные качественных и количественных исследований,
- комментарии экспертов.

Раздел 1. Правовые основания в преодолении барьеров и основные риски в обеспечении равного доступа к услугам по ВИЧ

В Российской Федерации регулярно принимаются нормативно-правовые акты, в том числе стратегические и программные, содержащие положения, направленные на противодействие распространению ВИЧ-инфекции. Контент-анализ, проведенный разными авторами, свидетельствует о хорошо проработанной нормативно-правовой базе, направленной на предупреждение распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека. Государством гарантирована доступность как медицинского освидетельствования, так и бесплатное предоставление всех видов медицинской помощи и обеспечение лечением, а также другие меры социальной защиты²⁸. Однако, для борьбы с ВИЧ/СПИДом недостаточно только закрепленных гарантий со стороны государства. Данная проблема носит не только медицинский, но и социальный характер. В России продолжается эпидемия ВИЧ, при этом доступность тестирования и лечения остается на недостаточном уровне для того, чтобы сдержать рост новых случаев ВИЧ²⁹. В связи с необходимостью принятия более эффективных мер³⁰, направленных на снижение бремени эпидемии ВИЧ в Российской Федерации, вопрос ВИЧ/СПИДа пристально контролируется государством.

Основной позиционный документ, который принят уже во второй раз, это Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в России на период до 2030 г., утвержденная Распоряжением Правительства РФ от 21.12.2020 г. Стратегия является основой для организации деятельности и взаимодействия органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, государственных и социально ориентированных некоммерческих организаций, а также добровольцев,

²⁸ Крикова А.В., Коньшко Н.А., Беспалова Л.И. и др. ВИЧ-инфекция: нормативно-правовое регулирование и эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации. Вестник Смоленской государственной медицинской академии 2018, Т. 17, № 3. С. 48

²⁹ Вирусная перегрузка. Ссылка: <https://www.kommersant.ru/doc/5348067>.

³⁰ В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46, 2021. Ссылка: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2022/05/Byulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf>.

работающих в области противодействия распространению ВИЧ-инфекции. В Стратегии содержатся показатели, непосредственно характеризующие распространение ВИЧ-инфекции в РФ. Для достижения задач Стратегии принимается отдельный документ — план мероприятий по реализации Государственной стратегии. В Стратегии рекомендовано утвердить региональные программы противодействия распространению ВИЧ-инфекции на период до 2030 г. К сожалению, результативность реализации стратегии во многом зависят от увеличения финансирования на борьбу с ВИЧ со стороны государства, поэтому прогнозы экспертов по реализации предложенного плана и эффективности мероприятий не утешительны³¹. В ранее опубликованном Докладе по результатам исследования по оценке социально-экономических потерь общества от эпидемии ВИЧ/СПИД в России предлагается сфокусироваться на проблемах профилактики и лечения ключевых групп населения (...). Для решения этой проблемы указывается на необходимость перераспределения средств и ресурсов в сфере тестирования и профилактики ВИЧ-инфекции с общей популяции на ключевые и уязвимые группы населения³². В настоящее время Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации остается наиболее детальным по описанию системы мер противодействия заболеваемости ВИЧ документом на федеральном уровне. В то же время, согласно установленной практике и действующему законодательству, перечисленные в указанной стратегии меры должны быть конкретизированы в профильной государственной программе Российской Федерации с учетом обеспечения необходимого уровня межведомственного взаимодействия ее ответственного исполнителя, соисполнителей и участников. Пока основной такой программой остается Госпрограмма «Развитие здравоохранения», утвержденная органами исполнительной власти субъекта РФ. Например, в Санкт-Петербурге предусмотрена статья «Обеспечение реализации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С, в том числе с привлечением к реализации указанных мероприятий социально ориентированных некоммерческих организаций» за счет средств бюджета в 2022-2023 гг³³.

В 2018 году уже была предпринята попытка по актуализации проблем КГН. Профильная комиссия Минздрава РФ по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции утвердила Методические рекомендации «Разработка типовой межведомственной программы по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения». Анализ

³¹ <https://iz.ru/1103741/ekaterina-iasakova/vremia-v-defitsite-vlasti-planiruiut-vdvoe-snizit-zabolevaemost-vich-k-2030-mu>.

³² Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации. Оценка социально-экономических потерь общества от эпидемии ВИЧ/СПИД в России, 2020. С. 221. https://itpcru.org/wp-content/uploads/2021/03/doklad_oczenka_socz_ek_poter_ot_vich_v_rossii_final-290121_91013.pdf.

³³ Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 30.06.2014 №553 О государственной программе Санкт-Петербурга "Развитие здравоохранения в Санкт-Петербурге"(с изменениями на 22 августа 2019 года).

опубликованных в открытых источниках программ регионов дает представление о том, что понимание важности подходов в работе с КГН нуждается в улучшении, поскольку часто в программах предусмотрен крайне ограниченный набор профилактических методов³⁴. Взаимодействие с НКО в рамках межведомственных программ обозначается с помощью заключенных контрактов и соглашений. Отдельно отмечается, что бюджетирование является недостаточно проработанным вопросом³⁵. В представленном аналитическом отчете не приведен анализ межведомственных и других программ в трех регионах проекта «КАСКАД», поскольку они были приняты позднее или не приняты до сих пор. Так, Программа мероприятий по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения в 2020 году в Санкт-Петербурге была утверждена Распоряжением Правительства Санкт-Петербурга 13.01.2020 г. №1-рп³⁶ во исполнение одного из пунктов Стратегии, после чего с 2021 г. в РФ начала действовать новая Стратегия.

Основные риски в организации программ и проектов для КГН

Недооценка роли КГН в эпидемии ВИЧ-инфекции

В целом, следует признать, что существующая нормативная база противодействия ВИЧ-инфекции в России неоднородна. Если Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» выполняет очень важную роль в защите прав ЛЖВ и противодействии их дискриминации, то Стратегию нельзя признать современным и эффективным инструментом противодействия эпидемии. Эксперты отмечают, что она (Стратегия) «не предполагает развития сексуального образования в России, распространения практик использования презервативов и программ снижения вреда при потреблении наркотиков. Кроме того, традиционалистские языковые конструкции, используемые в стратегии и «дорожной карте», такие как «нетрадиционные сексуальные отношения» и «укрепление традиционных семейных и морально-нравственных ценностей», неявным образом способствуют дискриминации и стигматизации ЛЖВ, поскольку формируют морализаторский контекст обсуждения причин и факторов заражения ВИЧ»³⁷.

³⁴ Межведомственная программа по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения Республики Саха (Якутия). Ссылка: <https://aidsyakutsk.ru/wp-content/uploads/2020/12/mezhvedomstvennaya-programma-po-voprosam-vich-na-2019-2021gg-v-klyuchevyh-gruppah100.pdf>

³⁵ Сравнительный анализ региональных межведомственных программ по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения. Ассоциация «Е.В.А.». Ссылка: https://evanetwork.ru/wp-content/uploads/2021/03/YUG_Analiz-regionalnyh-programm-VICH.pdf

³⁶ <https://www.assembly.spb.ru/ndoc/doc/0/564153320?print=0>

³⁷ Исследование барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения в трех регионах Российской Федерации (г.Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск). — Санкт-Петербург, 2022. <https://haf-spb.org/wp-content/uploads/2022/04/issledovanie-barerov.pdf>

Подобные формулировки и общие тренды в основных национальных документах оставляют возможности для чиновников и лиц, принимающих решения, ограничивать как государственные учреждения, так и НКО в их профилактической деятельности, поддерживаемой за счет бюджетных средств. Всё чаще звучат заявления в публичном пространстве об успехах в борьбе с эпидемией, предлагается опыт регионов масштабировать на другие субъекты РФ и страны, при этом подчеркивается, что подход, при котором основное внимание уделяется ключевым группам для России может быть неэффективен³⁸. В 2013 г. ФЗ от 29.06.2013 №135-ФЗ введена статья 6.21. Пропаганда нетрадиционных сексуальных отношений среди несовершеннолетних в КоАП РФ. Анализ правоприменения данной статьи показывает, что часть дел может касаться прав и жизни представителей сообщества ЛГБТ³⁹, а также затруднять организацию профилактической работы среди данных групп.

В нашем обществе ключевые группы населения непропорционально сильнее страдают от ВИЧ и имеют более высокие показатели заболеваемости и смертности, чем население в целом. В то же время они существенно менее охвачены тестированием на ВИЧ-инфекцию, так в 2021 году отмечается снижение доли обследованных из числа КГН в общем количестве обследованных до 3,1%⁴⁰. Представители всех ключевых групп населения по-прежнему сталкиваются с правовыми барьерами и ограничениями на пути к получению услуг и зачастую не доходят до государственных учреждений. «Представители ключевых групп населения могут испытывать стигматизацию и дискриминацию со стороны самих поставщиков услуг: от проявления неуважения до словесного или физического насилия или отказа в обслуживании. Медицинским работникам может не хватать знаний о конкретных потребностях ключевых групп в области охраны сексуального здоровья и лечения наркотической зависимости, а также подготовки»⁴¹. Данная техническая записка ГФ для стран, в т.ч. РФ, основана на последних нормативных и практических руководствах, которые включают инструменты реализации программ по

³⁸ Российский опыт борьбы с ВИЧ может быть полезным другим странам. Ссылка: <https://rg.ru/2021/04/05/reg-cfo/rossijskij-opyt-borby-s-vich-mozhet-byt-poleznym-drugim-stranam.html>.

³⁹ Федорович И., Йорский Ю., Джума В. Запретить нельзя разрешить. Как работают законы о запрете «гейпропаганды» в Российской Федерации/ЕКОМ — Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию. Таллинн, 2020. С. 29.

⁴⁰ Справка по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на 31.12.2021 г. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. Данные получены из территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом (или иных уполномоченных организаций) и территориальных Управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

⁴¹ Расширение охвата программ для секс-работников, мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных людей, людей, употребляющих инъекционные наркотики, людей, находящихся в тюрьмах и других закрытых учреждениях. Техническая записка по ВИЧ и ключевым группам населения, 2019. Ссылка: https://www.theglobalfund.org/media/9991/core_keypopulations_technicalbrief_ru.pdf.

ВИЧ для ключевых групп населения: представляет собой изложение как клинического руководства, так и критически важных факторов (устранение барьеров для предоставления услуг), содержащихся в «Сводном руководстве по профилактике ВИЧ, диагностике, лечению и уходу для ключевых групп населения» ВОЗ (2016)⁴².

Законодательство об организациях, выполняющих функции иностранного агента

В России с 2012 года продолжается практика признания некоторых НКО организациями, выполняющими функции иностранного агента. ВИЧ-сервисные НКО не стали исключением⁴³. Некоторые организации были вынуждены обратиться в суд за оспариванием статуса⁴⁴, а многие запустили процесс ликвидации⁴⁵. К сожалению, выйти из такого реестра мало кому удастся, решения судов принимаются чаще всего не в пользу НКО⁴⁶. В будущем ситуация только усугубится, на наш взгляд.

25 апреля 2022 г. в Государственную думу несколькими депутатами внесен на рассмотрение законопроект № 113045-8 «О контроле за деятельностью лиц, находящихся под иностранным влиянием», который направлен «на повышение эффективности регулирования института иностранных агентов с учетом текущих вызовов безопасности и суверенитету Российской Федерации»⁴⁷. Юристы уже высказывают профессиональное мнение о негативных последствиях принятия такого ФЗ, ведь в том, что он будет принят уже никто не сомневается⁴⁸. С одной стороны, он обязывает Минюст создать над-реестр, в который будут входить имена физлиц-СМИ-«иноагентов» и просто физлиц-«иноагентов», уже внесенные в свои отдельные реестры. С другой стороны, этот новый над-реестр будет дополняться и именами всех людей, кто когда-либо был:

- учредителем, членом, участником, руководителем либо работником НКО-«иноагента»;
- учредителем, членом, участником, руководителем незарегистрированного общественного объединения-«иноагента»;

⁴² Consolidated Guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Updated version, July 2016. World Health Organization. Ссылка: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-annexes-eng.pdf;jsessionid=6D659822C6971DDABF22AEBD430030B0?sequence=5>.

⁴³ Минюст обнаружил в деятельности ВИЧ-сервисной НКО признаки «иностранного агента». Ссылка: <https://ovd.news/express-news/2020/11/30/minyust-obnaruzhil-v-deyatelnosti-vich-servisnoy-nko-priznaki-inostrannogo>.

⁴⁴ Два суда в Петербурге вынесли противоположные решения об «иноагентстве» ВИЧ-сервисной НКО «Гуманитарное действие». Ссылка: <https://novayagazeta.ru/articles/2021/10/20/dva-suda-v-peterburge-vynesli-protivopozhnye-resheniia-ob-inoagentstve-vich-servisnoy-nko-gumanitarnoe-deistvie-news>.

⁴⁵ Запретный ВИЧ. Ссылка: <https://spid.center/ru/articles/535/>.

⁴⁶ «Гуманитарное действие» вновь иноагент. Ссылка: <https://www.kommersant.ru/doc/5381766>

⁴⁷ https://sozd.duma.gov.ru/bill/113045-8#bh_note.

⁴⁸ Юристы, правозащитник и политолог — о создании в России единого реестра физлиц «иностранного агента». <https://inoteka.io/ino/2022/03/11/yuristy-pravozashchitnik-i-politolog-o-sozdanii-v-rossii-edinogo-reestra-fizlic>.

- учредителем, руководителем, работником СМИ-«иноагента»;
- а также любой человек, кто получал деньги от НКО-«иноагента», объединения-«иноагента», СМИ-«иноагента», физлица-«иноагента», когда-либо осуществлявший политическую (то есть, любую общественную) деятельность.

Кроме того, инициативой предлагается запретить иноагентам вести преподавательскую, просветительскую и воспитательную работу с несовершеннолетними в РФ, а также производить информационную продукцию для детей и подростков⁴⁹. Все эти инициативы сужают спектр как источников финансирования, так и инструментов деятельности для ВИЧ-сервисных НКО и предполагают существенные риски как для организаций, так и для их сотрудников.

Криминализация наркопотребления

В своих рекомендациях, которые являются актуальными при любых обстоятельствах и расстановке приоритетов, международные организации особенно выделяют участие сообществ КГН на разных уровнях принятия и реализации решений в сфере ВИЧ⁵⁰. При этом существующие в России ограничения и угрозы уголовного и административного преследования как клиентов, так и сотрудников программ по доступу к тестированию и лечению ВИЧ⁵¹, криминализация наркопотребления⁵² препятствуют реализации права на здоровье и минимальных стандартов в области прав человека. РФ в регионе ВЕЦА в числе четырех стран вошла в исследование, проведенное аналитическим отделом британского журнала «Экономист» в 2020 г., посвященное наркополитике. В нем отмечается, что «хранение небольшого количества запрещенных веществ влечет за собой уголовную ответственность и штрафы, а тюремное заключение является наиболее распространенным наказанием за хранение любого количества наркотиков⁵³. В России статьи 228, 228.1. УК РФ предусматривают длительные сроки лишения свободы от 4 и до максимально возможных 25 лет. За потребление может наступить административная ответственность: статья 6.9. КоАП РФ. Потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных

⁴⁹ Госдума приняла в первом чтении законопроект о контроле за деятельностью иноагентов. Ссылка: <https://tass.ru/politika/14848035>

⁵⁰ Техническая записка по ВИЧ и ключевым группам населения «Расширение охвата программ для секс-работников, мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендерных людей, людей, употребляющих инъекционные наркотики, людей, находящихся в тюрьмах и других закрытых учреждениях». Донор, 2019. С. 10-15. Ссылка: https://www.theglobalfund.org/media/9991/core_keypopulations_technicalbrief_ru.pdf

⁵¹ ВИЧ-сервисная НКО пожаловалась на угрозы. Ссылка: <https://www.kommersant.ru/doc/5207103>

⁵² Обзор «Снижение вреда в Евразии 2020». Ссылка: https://www.hri.global/files/2020/12/08/GSHR_2020_Eurasia_Russian.pdf

⁵³ Наркополитика в Восточной Европе и Центральной Азии: экономические, медицинские и социальные последствия. Ссылка: https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/download/eiu_aph_investing_hiv_launch-russian.pdf

психоактивных веществ с назначением наказания в виде штрафов или административного ареста;

Отсутствие системных инструментов мониторинга случаев нарушения прав и правовых коллизий в связи с ВИЧ-инфекцией

Мониторинг на базе сообществ может обеспечить быстрое получение детализированных данных, где возникает чаще всего проблема, например, сообщения о перебоях⁵⁴, нарушениях прав⁵⁵, отчеты аутрич-работников, что позволит в будущем обозначить направления для деятельности по искоренению дискриминации и предотвращения угрозы прерывания услуг. К сожалению, такой мониторинг не ведется на государственном уровне, но при этом альтернативные данные часто подвергаются сомнениям со стороны чиновников⁵⁶. Одним из признаваемых на государственном уровне источников информации о нарушениях прав в РФ остаются отчеты уполномоченных по правам человека, поэтому многие НКО на региональном уровне взаимодействуют с данным институтом⁵⁷. Регулярные встречи с уполномоченными по правам человека способствуют не только актуализации проблематики ВИЧ, но и в решении конкретных вопросов, которые возникают у ЛЖВ и НКО⁵⁸.

Важным инструментом по оценке выполнения обязательств РФ по преодолению эпидемии ВИЧ/СПИДА для лиц, принимающих решения, и НКО должны быть регулярные страновые отчеты в глобальный мониторинг эпидемии СПИДа, инструментарий по которому опубликован на веб-сайте ЮНЭЙДС: <https://www.unaids.org/en/global-aids-monitoring>. В 2021 г. индикаторы были пересмотрены и уточнены, в частности, разработаны шесть новых индикаторов, которые связаны с обеспечением гендерного равенства, реализацией прав человека и ликвидацией стигмы и дискриминации⁵⁹:

- 4.1 Опыт столкновения с физическим и/или сексуальным насилием среди ключевых групп населения.
- 4.2 Отношение к насилию против женщин.
- 6.2 Внутренняя стигма, о которой сообщают люди, живущие с ВИЧ

⁵⁴ Инструмент для сбора информации о перебоях: <https://pereboi.ru/>

⁵⁵ REAct (Rights — Evidence — Actions /Права — Доказательства — Действия) — это инструмент, который был разработан Frontline AIDS, для мониторинга и реагирования на нарушения прав человека на уровне сообществ: <https://react-aph.org/o-react/>

⁵⁶ Комментарий Минздрава России для РБК: <https://www.rbc.ru/society/13/05/2022/627bb3c19a7947a0d68c7661>

⁵⁷ Доклад уполномоченного по правам человека в Санкт-Петербурге за 2020 г. С.81. Ссылка: https://ombudsmanspb.ru/upload/files/0001_Doklady_UPCH/24032021_Doklad_2020/DOKLAD_2020_SITE2.pdf

⁵⁸ Уполномоченный по правам человека во Владимирской области помогла обеспечить лечением. Ссылка: https://ombudsmanrf.org/news/v_rossii/view/upolnomochennyj_po_pravam_cheloveka_vo_vladimirskoj_oblasti_po_mogla_obespechit_lecheniem

⁵⁹ Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2022. Руководство ЮНЭЙДС, 2021. С.8

- 6.3 Стигма и дискриминация, которым подвергаются люди, живущие с ВИЧ, в общественных сферах
- 6.5 Стигма и дискриминация, которым подвергаются ключевые группы населения
- 6.7 Люди, живущие с ВИЧ, требующие возмещения ущерба в случае нарушения своих прав

Данные индикаторы позволяли бы дополнить скудную статистическую информацию о правовых проблемах КГН и ЛЖВ, однако на настоящий момент отчеты Российской Федерации, содержащие данные индикаторы, недоступны.

Правовые гарантии и обязанности ЛЖВ в доступе к профилактике и лечению ВИЧ

В регионах РФ и на федеральном уровне силами экспертов и НКО проводятся различные исследования, направленные на выявление барьеров к доступу к тестированию и лечению ВИЧ, а также мониторинг нарушения прав в связи с ВИЧ. В 2020 опубликовано методическое пособие, в котором даны универсальные рекомендации для ключевых групп населения в контексте ВИЧ на пути достижения целей «90-90-90». Они включают перечень мер для снижения барьеров при получении пациентами положительного теста на ВИЧ и дальнейшего обращения за лечением. Большинство рекомендаций носят методический характер и не содержат конкретных законодательных инициатив, что косвенно подтверждает тот факт, что права пациентов закреплены на хорошем уровне в НПА⁶⁰.

Чаще всего проблемы возникают не в правовом поле, а на межличностном уровне, а также при обращении за медицинской помощью в отсутствие тех или иных документов у гражданина. Одна из причин необращения ЛУИН в ЦС — проблемы с документами. Если у ЛУИН нет документов, то они, как правило, не знают, как их восстановить, боятся обращения в госучреждения, у них может не быть денег на госпошлину. В случае серьезных проблем со здоровьем может быть не оформлена инвалидность, не приставлен соцработник, и тогда человек не имеет возможности физически добраться до ЦС⁶¹. В связи с этим специалисты предлагают включать «в услуги для пациентов с ВИЧ помощь в оформлении документов, регистрации и других социальных услуг, а также разработку механизма

⁶⁰ Авдеев Ю.А., Дацко С.И. и др. Эффективная связь с лечением людей, впервые получивших диагноз «ВИЧ-инфекция». Сборник полезного регионального опыта. Методическое пособие. /Под ред. А.В. Выгоняйлова. — Челябинск, 2020. https://mnenie.center/netcat_files/userfiles/Effektivnaya_svyaz_s_lecheniem.pdf

⁶¹ Исследование барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения в трех регионах Российской Федерации (г.Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск). — Санкт-Петербург, 2022. <https://haf-spb.org/wp-content/uploads/2022/04/issledovanie-barerov.pdf>

диспансерного наблюдения и обеспечения АРТ без документов, подтверждающих место регистрации в регионе»⁶².

Отдельное внимание заслуживает социальная поддержка ВИЧ-инфицированных и членов их семей, предусмотренная главой III ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». В соответствии со статьей 19, ВИЧ-инфицированным - несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными - несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом. К мерам социальной поддержки, например, относится бесплатный проезд к месту лечения⁶³. При этом региональные НПА могут предусматривать меры социальной поддержки. Раньше был и бесплатный проезд к месту лечения ВИЧ и обратно, но сейчас эту льготу отменили⁶⁴. В Санкт-Петербурге, например, опубликованы методические рекомендации по организации социального обслуживания ВИЧ-инфицированных граждан и членов их семей. В данном издании подробно рассматривается вопрос категорий граждан и видов услуг, а также основные вопросы по реализации социальных гарантий на практических примерах⁶⁵.

При этом достаточно широким остается перечень социальных услуг на федеральном и региональном уровне в рамках ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», которым предусмотрен отказ в предоставлении социальных услуг в стационарной форме в связи с наличием медицинских противопоказаний. Перечень таких противопоказаний утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Такой отказ возможен только при наличии соответствующего заключения уполномоченной медицинской организации. Например, в перечень входят «острые инфекционные заболевания либо

⁶² Авдеев Ю.А., Дацко С.И. и др. Эффективная связь с лечением людей, впервые получивших диагноз «ВИЧ-инфекция». Сборник полезного регионального опыта. Методическое пособие. /Под ред. А.В. Выгоняйлова. — Челябинск, 2020. https://mnenie.center/netcat_files/userfiles/Effektivnaya_svyaz_s_lecheniem.pdf

⁶³ Определение Четвертого кассационного суда общей юрисдикции №88-27002/2020 от 07.12.2020 г.

⁶⁴ https://minzdrav.gov.ru/regional_news/4235-krasnodar-vmeste-protiv-spida

⁶⁵ Батлук Ю.В., Барабохина В.А., Ивашкина Ю.Ю., Суворова С.В. Организация социального обслуживания ВИЧ-инфицированных граждан и членов их семей. Методические рекомендации / под редакцией М.В. Жуковой. — 2-е изд.: переработанное и дополненное. — СПб.: Изд-во СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья», 2015. Ссылка: http://homekid.ru/content/docs/met_help/VICH/13.6%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%B0.pdf

хронические инфекционные заболевания <*> в стадии обострения(...)»⁶⁶. В каждом случае необходимо принимать меры по обжалованию таких отказов со стороны ЛЖВ или НКО, оказывающих помощь таким клиентам. Причинами также могут быть: отказ самих клиентов от сотрудничества с социальными службами, потеря контакта у сотрудников с клиентами, изменение места проживания или грубое нарушение условий договора о социальном обслуживании со стороны ЛЖВ. Насколько данное явление распространено в регионах РФ мы можем предположить, учитывая асоциальный образ жизни, туберкулез и другие тяжелые хронические заболевания, а также психические расстройства у КГН.

Криминализация ВИЧ-инфекции

В Российской Федерации продолжают действовать законы, криминализирующие передачу ВИЧ-инфекции вопреки международным стандартам и многочисленным рекомендациям со стороны организаций и сообществ⁶⁷. По итогам 2021 года по статьям 121-122 УК РФ «Заражение венерической болезнью или ВИЧ-инфекцией» осуждено 59 человек, из которых 26 лишены свободы от года до 8-10 лет.⁶⁸ Такой мерой законодатель не делает ничего для снижения распространенности ВИЧ, а дает некое ложное чувство безопасности обществу, как считают эксперты⁶⁹. Оправданных по статье 122 УК РФ нет в 2021 г. (в таблице приведены более детальные данные судебной статистики)⁷⁰

⁶⁶<https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&rnd=29o5kQ&base=LAW&n=181083&dst=100011&field=134#pNXwY6Twb3Q92OB71>

⁶⁷ Сопровождение людей, живущих с ВИЧ, пострадавших от криминализации ВИЧ-инфекции в регионе ВЕЦА. <https://network.org.ua/wp-content/uploads/2021/07/Praktycheskoe-posobyе-dlya-parayurystov.pdf>

⁶⁸ Отчет о числе привлеченных к уголовной ответственности и видах уголовного наказания за 12 мес. 2021 г. Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2021 год. Ссылка: <http://www.cdep.ru/index.php?id=79&item=6121>

⁶⁹ «Посыл был хороший, но реальность такова». Чем опасна криминализация заражения ВИЧ и кто от этого пострадает. Ссылка: <https://takiedela.ru/news/2021/07/16/122andcrime/>

⁷⁰ Отчет о числе осужденных по всем составам преступлений Уголовного кодекса Российской Федерации и иных лиц, в отношении которых вынесены судебные акты по уголовным делам. Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2021 год. Ссылка: <http://www.cdep.ru/index.php?id=79&item=6121>

Таблица 6. Судебная статистика по осужденным по статье 122 УК РФ, 2021 г.

Виды преступлений	Статья Уголовного кодекса Российской Федерации по частям	№ стр.	Число осужденных по основной статье	Дополнительная квалификация. Осуждено			Число оправданных по основной статье	Дополнительная квалификация. Оправдано		
				по числу лиц*	по количеству составов преступлений			по числу лиц*	по количеству составов преступлений	Число лиц, в отношении которых уголовные дела прекращены за отсутствием состава, события преступления, непричастностью к
А	Б		1	2	3	4	5	6	7	
Заведомое поставление лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией	122 ч. 1	48	20	26	32	0	0	0	0	
Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией	122 ч. 2	49	31	1	2	0	0	0	0	
Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией, зная о наличии у него этой болезни, в отношении двух или более лиц или несовершеннолетнего	122 ч. 3	50	8	1	1	0	0	0	0	
Заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом профессиональных обязанностей	122 ч. 4	51	0	0	0	0	0	0	0	

Криминализация передачи ВИЧ негативно влияет как на установку людей регулярно тестироваться, так и на удержание людей от рискованного сексуального поведения⁷¹. В практике документирование факта уведомления другого лица о наличии у него ВИЧ-инфекции вызывает много вопросов, особенно, если это касается личных отношений⁷². В качестве альтернативы можно предложить посетить лечащего врача ЛЖВ вместе с половым партнером, о чем фиксируется информация в медицинской карте пациента, так как расписки и устные уведомления не будут являться доказательствами в случае судебного разбирательства.

Федеральное законодательство устанавливает право каждого человека на получение медицинской помощи вне зависимости от его гражданства или наличия заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию. При этом разделяет медицинскую помощь на отдельные виды (формы), поэтому доступ иностранцев к разным видам такой помощи зависит от их правового статуса, а в некоторых случаях — от того, принято или нет органом государственной власти решение в отношении иностранца о нежелательности его пребывания в РФ, о запрете въезда или о депортации. Кроме того, недавно ст. 6 Федерального закона от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" была дополнена новыми положениями, еще более ограничивающие права иностранных граждан, пребывающих в РФ.

Иностранный гражданин для получения разрешения на временное проживание проходит медицинское освидетельствование на наличие или отсутствие факта

⁷¹ Если обвиняют в заражении ВИЧ. Ссылка: <https://xn--26-jlcp8al.xn--p1ai/zhizn-s-vich/esli-obvinyayut-v-zarazhenii-vich.html>

⁷² Медико-правовой справочник пациента: ВИЧ-инфекция. Благотворительный фонд «Открытый Медицинский Клуб», 2017. С. 70

употребления им наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ, инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, предусмотренных перечнем, утверждаемым уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти, и заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), за исключением случаев, предусмотренных абзацем третьим пункта 3 статьи 11 Федерального закона от 30 марта 1995 года N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». Медицинское освидетельствование проводится в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1999 года N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации в медицинских организациях, находящихся на территории Российской Федерации, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации или федеральным законом.

Таким образом, закон требует, чтобы все, кто планирует оставаться в стране более чем на 90 дней, обязаны обратиться в медицинскую организацию, уполномоченную на проведение медицинского освидетельствования, указанного в настоящем пункте, на территории соответствующего субъекта Российской Федерации.

На пути легализации в РФ мигранты сталкиваются с постоянно меняющимся законодательством и требований к документам, повышению финансовых затрат на оформление необходимого пакета, а также прибегают к неофициальным и полуполюгальным практикам, создавая подпольную экономику⁷³.

Вместе с тем несколько лет назад принято важное решение Конституционного Суда РФ, в котором отмечается, что «положения, содержащиеся в пункте 2 статьи 11 Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и пункте 13 статьи 7 Федерального закона «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», не исключают, что правоприменительными органами и судами - исходя из гуманитарных соображений - учитываются семейное положение, состояние здоровья ВИЧ-инфицированного иностранного гражданина или лица без гражданства (в том числе клиническая стадия заболевания) и иные исключительные, заслуживающие внимания обстоятельства при решении вопроса о том, является ли необходимой депортация

⁷³ “Who are You and What are You Doing Here?»: Social Capital and Barriers to Movement along the HIV Care Cascade among Tajikistani Migrants with HIV to Russia, 2021. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-021-03359-w>

данного лица из Российской Федерации, а также при решении вопроса о его временном проживании на территории Российской Федерации». К настоящему моменту в судах уже десятки, если не сотни дел ВИЧ-положительных иностранных граждан, над которыми висит угроза депортации из-за болезни. Наличие семьи в РФ, а также регулярное посещение врача-инфекциониста и приверженность АРТ — это основные аргументы для юристов в судах по обжалованию решений о депортации мигрантов.

Специальный анализ на предмет статистических данных и отмены решений о нежелательности пребывания не проводился, но эксперты фиксируют эти обращения регулярно, а также есть отдельные решения, которые находятся в открытом доступе. Например, дело № 2а-648/20 по административному исковому заявлению гражданки Узбекистана об оспаривании решения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека о нежелательности пребывания иностранного гражданина. Её родственники имеют гражданство РФ, учитывая решение Конституционного суда, о котором упоминается ранее, она имеет все основания для проживания в РФ. При этом в подтверждение довода о необходимости дополнительных подтверждений о личности заявителей в решении отмечается также: «в материалах дела отсутствуют какие-либо доказательства того, что административным истцом были допущены нарушения требований, которые установлены законодательством в отношении ВИЧ-инфицированных лиц и направлены на предотвращение дальнейшего распространения данного заболевания»⁷⁴.

Данный запрет и избирательный подход в отношении иностранных граждан может считаться косвенной дискриминацией, когда какое-либо положение закона или практика ставит лиц, имеющих статус или характеристику, связанную с одним или более запрещенным основанием в особенно невыгодное положение по сравнению с другими лицами, если только это объективно не оправдано законной целью, и средства достижения этой цели не являются уместными и необходимыми. В принципе, дискриминация является скрытым структурным барьером для ключевых групп, поэтому данный вопрос будет рассмотрен в следующем разделе отдельно.

К негативным тенденциям относятся все более активное противодействие полиции и других силовых структур развитию ЛГБТК культуры и активизма, а также нападения (как физические, так и информационные, и психологические) со стороны представителей гомофобных и трансфобных движений.⁷⁵ В период пандемии многие ЛГБТК столкнулись с

⁷⁴ Решение Тверского районного суда г. Москвы. <https://www.mos-gorsud.ru/rs/tverskoj/cases/docs/content/3451b84d-7310-4dca-8995-2e57850a1fc0>

⁷⁵ Исследование дискриминации в отношении ЛГБТ+ людей в России: качественные данные, 2021. Вторая часть. Ссылка: <https://lgbtnet.org/upload/iblock/09d/Diskriminatsiya.-Kachestvennyy-analiz.docx.pdf>

трудностями в получении медицинской помощи и услуг. Эти трудности не всегда были связаны с сексуальной ориентацией или гендерной идентичностью, и объяснялись общим кризисом системы здравоохранения в период пандемии. Тем не менее, на некоторых группах общий кризис сказался особенно болезненно. Согласно докладу «Выхода», речь прежде всего о людях с положительным ВИЧ-статусом, трансгендерных людях, находящихся в процессе перехода или на этапе его планирования, а также, нуждающихся в регулярной психиатрической помощи и получении рецептурных препаратов⁷⁶.

Раздел 2. Реализация прав пациентов и механизмы их защиты

Вопросы охраны здоровья граждан и организации здравоохранения прямо или косвенно отражены в статьях 2, 19, 20, 21, 37, 38, 39, 40, 42, 58 Конституции Российской Федерации. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь гарантировано ст. 41 Конституции РФ, что не меняется с 1993 года. При получении медицинской помощи человек приобретает статус пациента и права, которые закреплены в различных НПА. Одним из основных является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который сыграл ключевую роль в регулировании вопросов между медицинским учреждением, врачом и пациентом. Статья 6 данного ФЗ закрепляет приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. В этой же статье в целях реализации принципа приоритета интересов указано на взаимодействие органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья, и медицинских организаций в пределах своей компетенции с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья. Кроме того, в данном ФЗ закреплён ещё один ключевой для предоставления низкопороговых услуг в сфере ВИЧ принцип — приоритет профилактики в сфере охраны здоровья. Насколько этот принцип обеспечивается финансово и методологически мы можем судить по суммам, выделяемым государством на мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции на федеральном уровне.

По оценкам, полученным в ходе исследования Аналитического центра при Правительстве Российской Федерации, основанным на данных субъектов Российской Федерации при том, что общий объём бюджетов на меры по противодействию

⁷⁶ Там же

распространению ВИЧ-инфекции за период с 2010 по 2019 гг. вырос в три раза, расходы на профилактику устойчиво составляют ничтожную часть бюджета, не достигая 1%⁷⁷.

Отдельно в 323-ФЗ выделена медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями. Таким гражданам оказывается медицинская помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских организациях (ч.1 ст. 43). Вообще, надо отметить, что в РФ существует два перечня заболеваний, куда включена ВИЧ-инфекция и другие заболевания. Это социально значимые заболевания и заболевания, представляющие опасность для окружающих. Во времена, когда нам уже точно известны пути передачи ВИЧ и доступно тестирование и лечение данного заболевания, нахождение его в перечне опасных заболеваний наряду с той же коронавирусной инфекцией, кажется, малооправданным с точки зрения изученности самого вируса и предлагаемых мер по сдерживанию эпидемии.

Право на защиту персональных данных и сохранение врачебной тайны

Трансформация медицинского сектора в сторону цифровизации переводит значительную часть информации и данных о пациентах в электронный формат. С увеличением объема такой информации повышается уровень ответственности за ее сохранность и защиту от несанкционированного доступа.

В 2016 году ст. 43 была дополнена ч. 2.1., которая во многом изменила то, как устроено оказание медицинской помощи при ВИЧ-инфекции, а именно появился Федеральный регистр, который содержит следующие сведения:

- 1) страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- 2) фамилия, имя, отчество, а также фамилия, которая была у гражданина при рождении;
- 3) дата рождения;
- 4) пол;
- 5) адрес места жительства;
- 6) серия и номер паспорта (свидетельства о рождении) или иного документа, удостоверяющего личность, дата выдачи указанных документов;
- 7) дата включения в соответствующий ФР;
- 8) диагноз заболевания (состояние);
- 9) иные сведения, определяемые Правительством РФ.

В принципе, эти сведения и ранее были необходимы для постановки на учет в ЦС, однако, на то он и Федеральный регистр, чтобы в соответствии с ч. 2.2. ст. 43 органы

⁷⁷ Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации. Доклад по результатам исследования по оценке социально-экономических потерь общества от эпидемии ВИЧ/СПИД в России. М., 2020. С. 233

государственной власти субъектов РФ не только осуществляли ведение региональных сегментов, но и своевременно предоставляли сведения, содержащиеся в них, в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти. Ведение федеральных регистров осуществляется Министерством здравоохранения РФ по формам, утверждаемым им же. Принятые Правительством в дальнейшем Правила ведения ФР существенно расширили «иные сведения»: адрес места пребывания, результаты диспансерного наблюдения, сведения об изменении в состоянии здоровья, сведения о наличии инвалидности, сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о назначении, выписывании и об отпуске лекарственных препаратов, уникальный номер регистрационной записи и сведения о медицинской организации. Сведения предоставляются в течение 3 рабочих дней со дня установления лечащим врачом медицинской организации диагноза соответствующего заболевания или со дня получения им актуализированных данных о пациенте. По разным причинам сведения о ВИЧ-положительных могут переноситься в архивную часть ФР или передаваться в другой региональный сегмент ФР, на территорию которого переезжают пациенты. Как видно из всех этих перечней и сроков предоставления сведений на практике врачи и пациенты могут столкнуться с бюрократическими барьерами, а также многочисленными рисками нарушения врачебной тайны и разглашения персональных данных, что является дополнительным структурным барьером за обращением пациента за АРВТ.

Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну (ч. 1 ст.13 ФЗ № 323-ФЗ). Разглашение таких сведений не допускается, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных ч. 3 и ч. 4 ст. 13. В остальных случаях разглашение сведений допускается только с письменного согласия гражданина или его законного представителя. Исследование в Челябинской области показало, что о диагнозе каждой пятой женщины (21,0%) и 15,8% мужчин окружающие узнали помимо их воли, и в каждом десятом случае это произошло по вине медицинского работника (у 10,0% женщин и 9,3% мужчин)⁷⁸.

В связи с тем, что уровень правовой грамотности как среди врачей, так и пациентов, остается на низком уровне, в этом направлении предстоит огромная работа и выстраивание

⁷⁸ А.Б. Ларин, Ю.А. Тюков. Влияние медико-социального статуса ВИЧ-инфицированных в Челябинской области на приверженность лечению. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». №6, 2011.

доверия между врачом, медицинским учреждением и ВИЧ-положительным, которые на практике ежедневно уже и так столкнулись с дискриминацией в повседневной жизни и трудовой деятельности.

«Врачебная тайна» не отражает полный круг лиц, которые должны эту тайну соблюдать. Например, в центре СПИД могут быть и другие сотрудники, которым информация о диагнозе может быть известна (юристы, фармацевты, социальные работники). Операторы и иные лица, получившие доступ к персональным данным, обязаны не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные без согласия субъекта персональных данных, если иное не предусмотрено федеральным законом (ст. 7 ФЗ № 152-ФЗ). Чаще всего в регионах Центр СПИД или специализированное отделение при больнице расположено отдельно, а значит, те, кто там находятся, априори воспринимаются окружающими как ЛЖВ. Это во многом препятствует, особенно в маленьких городах, обращению за медицинской помощью по месту жительства.

Но в последнее время появляются успешные кейсы в рамках применения ст. 137 УК РФ по защите прав ЛЖВ, чей диагноз был разглашен. Нарушение неприкосновенности частной жизни: «1. Незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации».

«В ноябре 2020 года к юристу Форума ЛЖВ обратилась женщина с просьбой защитить ее права, касающиеся неприкосновенности частной жизни. Оказалось, что бывший муж незаконно распространил сведения о ее ВИЧ-статусе. После развода мужчина решил отомстить своей бывшей жене и написал на нее заявление по ч. 1 ст. 122 УК РФ (Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией), утверждая, что не знал о диагнозе жены, находясь с ней в браке. В свою очередь, как потом выяснилось, мужчина неоднократно угрожал экс-супруге раскрыть ее статус. Что он, собственно, и сделал — рассказал о ее диагнозе знакомым, сотрудникам детского сада и периодически делился этой информацией под влиянием алкоголя с друзьями. Юрист составил заявление в Следственный комитет. В декабре 2020 года было возбуждено уголовное дело по ч. 1 ст. 137 УК РФ (Незаконное распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную тайну), произведено предварительное следствие и передано в суд. В ходе судебного разбирательства было доказано, что бывший муж знал о диагнозе жены. Также суду были представлены неопровержимые доказательства, подтверждающие намеренное разглашения диагноза. Согласившись с мнением

государственного обвинителя, суд приговорил виновного к 11 месяцам исправительных работ с удержанием 20% заработной платы в доход государства»⁷⁹.

Поражение в правах в отношении неграждан отмечают в Региональной экспертной группе по здоровью мигрантов: «Важно отметить, что законодательство РФ не гарантирует ВИЧ-позитивным иностранцам права на врачебную тайну в связи с их статусом (которым обладают граждане РФ), о чем говорит следующее⁸⁰: 1) иностранец обязан информировать орган государственной власти о наличии ВИЧ-инфекции в случае, если он претендует на временное или постоянное проживание в РФ⁸¹ либо на получение визы; 2) сведения обо всех ВИЧ-позитивных иностранцах передаются в органы внутренних дел, Роспотребнадзор и работодателям в порядке кооперации органов государственной власти⁸² без учета мнения иностранца».

Самым действенным и распространенным механизмом защиты прав и реагирования на нарушения со стороны третьих лиц и сотрудников различных служб на региональном уровне — это жалоба в вышестоящие инстанции или руководителю службы. Также действуют общественные советы как на региональном, так и на федеральном уровне. У заявителей появилась возможность обращаться через интернет, что сокращает срок получения ответа, а также можно оценивать качество оказанных медицинских услуг, заполнив определенную форму на сайте Центра СПИД или другого учреждения⁸³.

Кроме того, что сама жалоба в качестве инструмента защиты непосредственно приводит к желаемому результату, в российской системе защиты прав обращения и ответы на них формируют доказательную базу. В Российской Федерации существует строгая иерархия нормативно-правовых актов (см. Приложение 2), с которой обычно начинается рассмотрение любого вопроса, связанного с возможным нарушением прав. Как правило, вышестоящие по иерархии Конституция и федеральные законы имеют большую юридическую силу, чем акты министерств и ведомств. Поэтому зная основные положения федерального законодательства, на региональном уровне их принято соблюдать, особенно в вопросах оказания медицинской помощи.

Раздел 3. Дискриминация: понятие, причины и последствия для КГН

⁷⁹ Исправительные работы и штраф — приговор суда за разглашение статуса ВИЧ. Ссылка: <https://life4me.plus/ru/news/vich-status-8058/>

⁸⁰ http://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2021/10/OBZOR_ZAKONODATELSTVA.pdf

⁸¹ П. 35.2. Приказ МВД России от 08.06.2020 № 407. Ссылка: https://xn--b1aew.xn--p1ai/upload/site46/_uvm_umvd/09_rvp/2020-06-08_prikaz_MVD_407_Admreglament_po_RVP.pdf?ysclid=l4eiz7lt83222561086

⁸² Письмо Роспотребнадзора от 31.01.2008 № 01/500-8-32 «О представлении информации об инфекционной заболеваемости иностранных граждан и лиц без гражданства»

⁸³ Анкета. Ссылка <https://anketa.rosminzdrav.ru/staticmojustank/9639#reviews>

Одной из наиболее актуальных проблем в сфере ВИЧ является высокий уровень не знающих свой ВИЧ-статус или тех, кто не обращается за лечением, даже получив положительный результат на ВИЧ-инфекцию. Люди не тестируются, не обращаются за постановкой на диспансерный учет, опасаясь ограничений, связанных с наличием у них ВИЧ-инфекции. По результатам интервью в Санкт-Петербурге основными барьерами для КГН в приеме АРВ является на первом месте двойная стигматизация. Испытывая страх раскрытия перед врачом, пациенты утаивают особенности своего образа жизни, получают неподходящее лечение, от которого в результате отказываются. А стигматизация со стороны общества в отношении КГН порождает у человека ощущение «заслуженности» положительного ВИЧ статуса, нежелание жить, что также может приводить к прекращению терапии.⁸⁴ В последующем стигматизация приводит к появлению дискриминирующих законов и политик.

Общий запрет дискриминации в российском законодательстве провозглашен в ст.19 Конституции РФ: Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Запрещаются любые формы ограничения прав граждан по признакам социальной, расовой, национальной, языковой или религиозной принадлежности.

Ряд структурных барьеров серьезно затрудняет доступ к услугам по профилактике и лечению ВИЧ, но решающим остается неравенство по какому-то из признаков. Недискриминация, наряду с равенством перед законом и правом на равную защиту закона без какой-либо дискриминации, представляет собой основополагающий и общий принцип, касающийся защиты прав человека. Дискриминация ВИЧ-инфицированных — это несправедливое обращение с людьми по признаку наличия или подозрения на наличие у них вируса иммунодефицита человека⁸⁵. Ст. 5.62 КоАП РФ определяет дискриминацию как «нарушение прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в зависимости от его пола, расы, цвета кожи, национальности, языка, происхождения, имущественного, семейного, социального и должностного положения, возраста, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности или непринадлежности к

⁸⁴ Исследование барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения в трех регионах Российской Федерации (г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск). — Санкт-Петербург, 2022. <https://haf-spb.org/wp-content/uploads/2022/04/issledovanie-barerov.pdf>

⁸⁵ Лекция «Дискриминация по признаку инвалидности и состояния здоровья». Ссылка: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/n5gh215bjc/direct/59246475>

общественным объединениям или каким-либо социальным группам». Аналогичное понятие дает и УК РФ.

В контексте международных рекомендаций и документов, в том числе Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 г. и последующих Политических декларациях 2011 г. и 2016 г. проблема дискриминации ЛЖВ и КГН проходит красной линией. Государства выражают серьезную обеспокоенность по поводу того, что: «несмотря на общее сокращение масштабов дискриминационной практики и дискриминационных стратегий в отношении лиц, инфицированных, предположительно инфицированных и находящихся под угрозой инфицирования ВИЧ и затрагиваемых ВИЧ, включая лиц, больных туберкулезом, особенно в странах с высокой заболеваемостью туберкулезом/ВИЧ, сообщения о такой дискриминации продолжают поступать и ограничительные правовые и политические рамки, в том числе рамки, имеющие отношение к вопросам передачи ВИЧ, по-прежнему препятствуют доступу к услугам в области профилактики, лечения, ухода и поддержки». Следует отметить, что в июне 2021 г. Российская Федерация проголосовала против последней декларации по причине того, что «не были учтены многие «российские предложения о продвижении здорового образа жизни, поддержке семейных ценностей, неприятии [...] односторонних санкций против развивающихся стран, принимаемых в обход Совета Безопасности ООН»^{86,87}.

В любом случае справедливым остается положение Декларации 2016 г., в которой отмечается «отсутствие на глобальном уровне прогресса в деле сокращения масштабов передачи ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики, включая, прежде всего, лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, обращается внимание на недостаточный охват таких программ и программ лечения наркотической зависимости, позволяющих улучшить соблюдение режима медикаментозного лечения ВИЧ, предусмотренного национальными программами, а также на маргинализацию и дискриминацию лиц, употребляющих наркотики, в виде применения ограничительных законов, особенно в отношении лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, что затрудняет доступ таких лиц к услугам, связанным с ВИЧ, в этой связи рассматриваем возможность обеспечения доступа к таким мероприятиям, в том числе в рамках лечения и информационно-разъяснительной работы, в тюрьмах и других местах лишения свободы, (...) с озабоченностью отмечаем, что стигматизация и дискриминация по гендерному и возрастному признакам нередко служат

⁸⁶ <https://news.un.org/ru/story/2021/06/1404332>

⁸⁷ Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: искоренение неравенства и становление на путь, позволяющий искоренить СПИД к 2030 году. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N21/139/45/PDF/N2113945.pdf?OpenElement>

дополнительными барьерами для доступа к услугам женщин и молодых людей, употребляющих наркотики, особенно тех, кто употребляет наркотики путем инъекций».

В предлагаемых ЮНЭЙДС задачах на 2025 г. гораздо больше внимания уделено воздействию социальных инструментов реализации, обозначенных в целях 10-10-10: «менее чем в 10% стран существуют карательные правовые и политические условия, которые запрещают или ограничивают доступ к услугам; менее 10% людей из КГН, живущих с ВИЧ, сталкиваются с дискриминацией и стигматизацией; менее 10% женщин, девушек, ЛЖВ и КГН сталкиваются с насилием и гендерным неравенством». Отмечается, что для достижения этих целей будут разработаны новые законодательные инициативы, а также внедрен мониторинг и оценки нарушений прав. Однако конкретные предложения по данным правовым и сопутствующим механизмам пока не представлены. Пандемия COVID-19 во многом стерла достижения в сфере обеспечения гендерного равенства и прекращения гендерного насилия в регионе ВЕЦА⁸⁸.

Права женщин на равенство и на наивысший достижимый уровень здоровья, на пользование благами научного прогресса и медицинскими услугами, включая услуги, связанные с репродуктивным и сексуальным здоровьем, закреплены в международных и региональных правозащитных документах, подтверждены в консенсусных соглашениях, включая Программу действий Международной конференции по народонаселению и развитию и Пекинскую платформу действий, принятую на четвертой Всемирной конференции по положению женщин, а также в итоговых документах конференций по обзору и оценке, а также признаны в рамках международных, региональных и национальных механизмов и правовой практики⁸⁹.

Российская Федерация вынуждена регулярно предоставлять отчеты в международные организации, в частности в Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин. Комитет рассмотрел девятый периодический доклад Российской Федерации (CEDAW/C/RUS/9) на своих 1834-м и 1836-м заседаниях (см. CEDAW/C/SR.1834 и CEDAW/C/SR.1836), проведенных 2 и 3 ноября 2021 года. В очередной раз по итогам рассмотрения доклада Комитет выразил обеспокоенность в сфере здравоохранения и рекомендовал РФ «принять меры для недопущения и искоренения гендерного насилия и дискриминации и стигматизации в отношении женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом, женщин, употребляющих наркотики, женщин, находящихся в заключении, и женщин-инвалидов в сфере здравоохранения и обеспечить им доступ к необходимым

⁸⁸ https://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2021/march/20210315_10-10-10-eastern-europe-central-asia

⁸⁹ http://www.vsr.ru/documents/international_practice/27156/

медицинским услугам, включая услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья, антиретровирусное лечение и лечение наркозависимости».⁹⁰ Комитет с обеспокоенностью отмечает дискриминационные положения Федерального закона № 135-ФЗ (2013) о запрете «пропаганды нетрадиционных сексуальных отношений среди несовершеннолетних», которые усиливают дискриминационные стереотипы, стигматизацию и разжигание ненависти в отношении лесбиянок, би-сексуальных и трансгендерных женщин и интерсексов, особенно в Северо-Кавказском регионе. Комитет особенно обеспокоен сообщениями о росте гендерного насилия, такого как феминицид, нападения, запугивание и преследование в отношении лесбиянок, бисексуальных и трансгендерных женщин и интерсексов, в том числе в Интернете, а также ограничениями их прав на свободу выражения мнений, мирных собраний и ассоциации. Он также с обеспокоенностью отмечает сообщения о преследовании и аресте женщин на основании их сексуальной ориентации, гендерной идентичности или гендерного самовыражения и их ограниченном доступе к правосудию из-за страха репрессий и отсутствия защиты.⁹¹

К сожалению, в национальных политических документах, например, государственной стратегии, о недостатках которой уже упоминалось, дается только определение данному явлению, без подробного описания значимости проблемы, без учета контекста. «Дискриминация и стигматизация лиц с ВИЧ-инфекцией» определяется как «негативное или предвзятое отношение к лицам с ВИЧ-инфекцией в связи с наличием у них этого заболевания». Несмотря на заявленные на самом высоком уровне принципы равного доступа в сфере здравоохранения, должного внимания приоритетным факторам, ограничивающим доступ КГН, не уделяется. Законы, криминализирующие наркотики и людей, их употребляющих, все еще действуют во многих странах, в том числе и в РФ. Эти законы делают ЛУИН уязвимыми к нарушениям прав, ограничивают их доступ к услугам здравоохранения и приводят к таким практикам употребления наркотиков, которые повышают риск передозировки и передачи инфекций (таких как ВИЧ и ВГС)⁹².

Мигранты, которые остаются в РФ нелегально после обнаружения ВИЧ-инфекции у них, сталкиваются с множественной стигмой в отношении ВИЧ-положительных и ЛУИН, принадлежности к иной национальности, отличной от русской. Стигматизация может вести к дискриминации, то есть к реальным действиям, ограничивающим права какой-то группы.

⁹⁰ https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Countries.aspx?lang=ru

⁹¹ Там же

⁹² Наркополитика в четырех регионах Евразии. Отчет Eastern and Central European and Central Asian Commission on Drug Policy (ECEACD). 2021 г. <http://ecccacd.org/publications/?lang=ru>

Некоторые респонденты пережили случаи насилия со стороны ультранационалистов в России, хулиганов или работодателей⁹³.

Законодательством РФ, методическими и стратегическими документами предусмотрены меры защиты от дискриминации, но насколько они эффективны невозможно судить по нескольким делам, рассмотренным Верховным и Конституционными судами РФ, которые связаны с ограничениями в профессии⁹⁴ и правовым положением иностранных граждан, а также в предотвращении дискриминации обучающихся и работников образовательных организаций, живущих с ВИЧ⁹⁵. Основная деятельность по делам о дискриминации проводилась ЕСПЧ. Однако, в связи с принятой Комитетом Министров Резолюцией, согласно которой Российская Федерация перестает быть членом Совета Европы с 16 марта 2022 г. (Resolution (CM/Res(2022)2), Суд решил приостановить рассмотрение всех жалоб против Российской Федерации для изучения правовых последствий этой Резолюции для работы Суда⁹⁶.

Выводы

Принятие стратегий, программ, рекомендаций, изменений в нормативно-правовые акты (список прилагается) позволило заполнить юридические пробелы, возникшие в начале эпидемии. Государство полностью взяло на себя ответственность за меры борьбы с ВИЧ/СПИДом: определены основы профилактики и разработаны методические рекомендации, в том числе для КГН, приняты нормативно-правовые акты с регулярными обновлениями и изменениями по диагностике и лечению, а также оказанию всего комплекса медицинских и социально-психологических услуг ЛЖВ.

При этом положение КГН и доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации остается одним из самых острых вопросов, который не удастся решить на системном уровне. Обращения и жалобы сообществ КГН связаны с такими проблемами как: перебои в предоставлении АРТ-препаратов и лечении других заболеваний, отказы в медицинской помощи и бюрократические препоны, недружественная правовая среда, в целом. НКО, оказывая помощь, часто сталкиваются с

⁹³ “Who are You and What are You Doing Here?”: Social Capital and Barriers to Movement along the HIV Care Cascade among Tajikistani Migrants with HIV to Russia, 2021. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-021-03359-w>

⁹⁴ Решение Верховного Суда РФ от 12.01.2017 Дело № АКПИ17-31 «О признании частично недействующим п.42.1 приложения № 3 к Федеральным авиационным правилам "Медицинское освидетельствование летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и кандидатов, поступающих в учебные заведения гражданской авиации, утв. приказом Минтранса России от 22.04.2002 N 50»

⁹⁵ Предотвращение дискриминации обучающихся и работников образовательных организаций, живущих с ВИЧ. Практическое руководство для руководителей и педагогических работников образовательных организаций. Под редакцией Воронина Е. Е., 2020. Ссылка: <https://fcprc.ru/wp-content/uploads/2020/01/Prakticheskoe-rukovodstvo-po-predotvrashheniyu-diskriminatsii-zhivushhih-s-VICH.pdf>

⁹⁶ Пресс-релиз. <https://hudoc.echr.coe.int/eng-press#%7B%22itemid%22:%5B%22003-7287461-9930980%22%7D>

несовершенством законодательства и отсутствием единого толкования норм, регулирующих различные сферы деятельности.

Таким образом, при отсутствии явных пробелов в нормативно-правовой базе, остается ряд барьеров в реализации прав человека и гарантий государства:

1. Несмотря на отсутствие прямых правовых ограничений обеспечение непрерывности и устойчивости комплексных услуг для ключевых групп не является приоритетом государственной политики в сфере противодействия ВИЧ\СПИДу. Коллизии в программах, которые действуют или находятся в разработке необходимо устранить и адаптировать программы по ВИЧ-инфекции стратегии до 2030 года под каждую из ключевых групп с учетом их рисков и барьеров при обращении за медицинской помощью. Необеспеченность финансово без механизма поддержки НКО и успешного опыта реализации проектов для КГН ведет к снижению эффективности мер, направленных на улучшение доступа и показателей каскада лечения. Целевые показатели на федеральном уровне недостаточно четко коррелируются с показателями, установленными на международном уровне, поэтому необходимо проводить независимую оценку и корректировать их при планировании программ и бюджетов на региональном уровне.
2. Применение карательных мер и различных видов ответственности к НКО за различные правонарушения, связанные со статусом «НКО, выполняющей функции иностранного агента» является серьезным риском для организаций, реализующих мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции, и ведет к снижению качества услуг, а также уходу специалистов и активистов в другие сферы. Как следствие, принятые обязательства по противодействию ВИЧ/СПИДа в РФ не смогут быть до конца выполнены.
3. Криминализация в отношении КГН, закрепленная на законодательном уровне, препятствует не только доступности услуг по ВИЧ, но и изолирует целые сообщества от социума. Любая маргинализация и исключение приводит к росту негативных явлений в обществе, нарушению прав человека и увеличенной нагрузке на правоохранительную систему, здравоохранение и другие сферы жизни.
4. При наличии правовых механизмов защиты прав пациентов, доступ пациентов к информации об этих механизмах должным образом не обеспечен на всех уровнях: начиная от момента постановки диагноза и заканчивая обеспечением АРВ-препаратами и диагностическими средствами и соблюдением врачебной

тайны. Пациенты ЦС и клиенты НКО должны четко понимать, какие сведения и персональные данные предоставляются третьим лицам и на каком основании, а также быть уверенными, что конфиденциальность будет не нарушена, а врачебная тайна сохранена. Все меры для обеспечения защиты информации и личной неприкосновенности предусмотрены нормативно-правовыми актами РФ.

5. При обращении в государственные службы за оказанием медицинских, социальных услуг клиенты и пациенты сталкиваются с бюрократическими и структурными барьерами, включая стигму и дискриминацию. Такая ситуация приводит к боязни обратиться за помощью, а также к отказам со стороны государственных учреждений. Лечение ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний не должно иметь никаких барьеров, за исключением медицинских предписаний, независимо от наличия постоянной или временной регистрации для граждан РФ, а также мигрантов, которые легально находятся на территории РФ, а также с учетом психических и иных особенностей поведения у КГН.
6. Стигма и дискриминация, связанная с отношением к ЛЖВ, ЛУИН, СР и МСМ, отмечается в каждом исследовании, экспертной оценке или обратной связи от пациентов. Значительная часть барьеров, препятствующих получению ВИЧ-услуг носит не правовой, а субъективный характер и связана с мифами, страхами, предубеждениями, недостатком достоверной информации среди пациентов, в том числе об их правах и способах их реализации Информирование общества, психологическая поддержка для специалистов и КГН через социальные сети и другие интернет-платформы не только повышают уровень открытости проблемы стигмы и дискриминации, но и позволяют бороться с мифами, стереотипами, нарушениями прав и др. Большинство нарушений прав КГН и случаев дискриминации остаются неизвестными по разным причинам: самостигмы, репрессивных мер в отношении КГН, несовершенства стратегических и программных документов на региональном уровне. Внедрение актуальной системы мониторинга на базе НКО и ЦС позволит разработать ответные меры, направленные на улучшение доступа к услугам КГН. Разработанный инструментарий о случаях прерывания услуг или о нарушениях прав человека в обобщенном виде должен быть доступен для широкого круга лиц, в том числе представителей здравоохранения и других профильных ведомств.

4. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО МЕТОДАМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРОЕКТОВ И РАСЧЕТУ РЕНТАБЕЛЬНОСТИ ВЛОЖЕНИЙ В СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ

1. Обзор и классификация методик оценки эффективности социально-ориентированных проектов.

В практике СО НКО в России и за рубежом применяются десятки методов измерения социальной результативности и эффективности. Единой классификации этих методов до сих пор нет, но в научной литературе и практических рекомендациях методы обычно классифицируются в зависимости от потребностей стейкхолдеров и управленческих целей СО НКО. Разработчиками методов оценки социальной результативности и эффективности могут быть НКО, фонды и инфраструктурные организации, научные организации, профессиональные партнерства и сообщества. Некоторые используют лишь одна организация или фонд (частные), другие получают широкое распространение (общие). Частные методики максимально отражают специфику бизнес-процессов и результатов деятельности СО НКО, однако, не могут дать базу для сравнения, если необходимо доказать эффективность на отраслевом (региональном) уровнях или провести бенчмаркинг.

По используемому подходу к определению эффективности методики оценки можно разделить на четыре группы: методики, описывающие социальные результаты; процессные методики; методики, позволяющие измерить социальные результаты и социальный эффект; методики, измеряющие социально-экономическую эффективность и социальную рентабельность.

1.1 Методики, описывающие социальные результаты

В данном случае при определении эффективности деятельности СО НКО применяется концепция эффективности как степени удовлетворённости стейкхолдеров процессом реализации проекта и его социальными результатами (концепция заинтересованных сторон или концепция социального конструктивизма⁹⁷).

Наиболее часто используемыми методиками, принадлежащими данной группе, являются подход «истории и кейсы» (case-based approaches), описательная статистика, экспериментальный подход и теоретический подход (theory based approach).

Подход «истории и кейсы» не предполагает именно измерения социальных эффектов, но при этом позволяет выявлять социальные результаты и описывать достижения программы, а также выделять лучшие практики. Представленная таким образом

⁹⁷ Connolly T., Conlon E., Deutsh S. Organizational Effectiveness: A Multiple Constituency Approach // Academy of Management Review.— 1980.— Vol. 5.

информация обладает большим эмоциональным воздействием, но является субъективной, не обладает полнотой и сложно верифицируема. Подход «истории и кейсы» достаточно популярен, поскольку не требует высокой квалификации и больших затрат ресурсов. Он может быть эффективным, когда социальные результаты невозможно оценить денежно.

Исследование кейсов является общепринятым инструментом обучения персонала, поскольку используется, чтобы *«находить и демонстрировать успех (в достижении социальных результатов) и демонстрировать его в виде конкретных захватывающих и убедительных историй, которые могут быть оценены и предложены для мотивации и обучения других»*⁹⁸. При анализе историй и кейсов должна применяться научная методология. На такой методологии основаны метод лучших кейсов (The Success Case Method) и метод анализа наиболее значимых изменений (Most Significant Change).

1.2 Процессные методики

Основная цель методов данной группы – выявление обоснованных и доказательных связей между действиями, которые производятся в рамках проекта или программы, и социальными результатами разных уровней. Процессные методики также включают в себя анализ ресурсного обеспечения проектов.

Процессные методики позволяют:

- Анализировать эффективность бизнес-процессов и находить возможные точки роста;
- Доказательно демонстрировать стейкхолдерам стратегические долгосрочные результаты проекта или программы;
- Оценивать экономическую и социально-экономическую эффективность.

Наибольшая практика по подходам этой группы накоплена для таких инструментов как логическая модель (logic model) и теория изменений (theory of change).

Логическая модель или цепочка социальных результатов – это структурированное визуальное представление о связи ресурсов, вложенных в программу, производимых действий, непосредственных результатов, выраженных в натуральных показателях, и социальных результатов программы на различных уровнях⁹⁹. Связи внутри логической модели обосновываются с точки зрения философии и ценностей программы, опыта сотрудников программы, обратной связи от клиентов и других стейкхолдеров, а также с точки зрения теоретических и практических научных исследований. Логическая модель

⁹⁸ Brinkerhoff R. The Success Case Method: Find Out Quickly What's Working and What's Not.— San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 2003, p.5

⁹⁹ Zappala G., Lyons M. Recent Approaches to Measuring Social Impact in the Third sector: An Overview. // CSI Background paper.— Sydney. 2009 № 6, p. 10.

может стать основой оценки производительности, экономичности и социально-экономической эффективности.

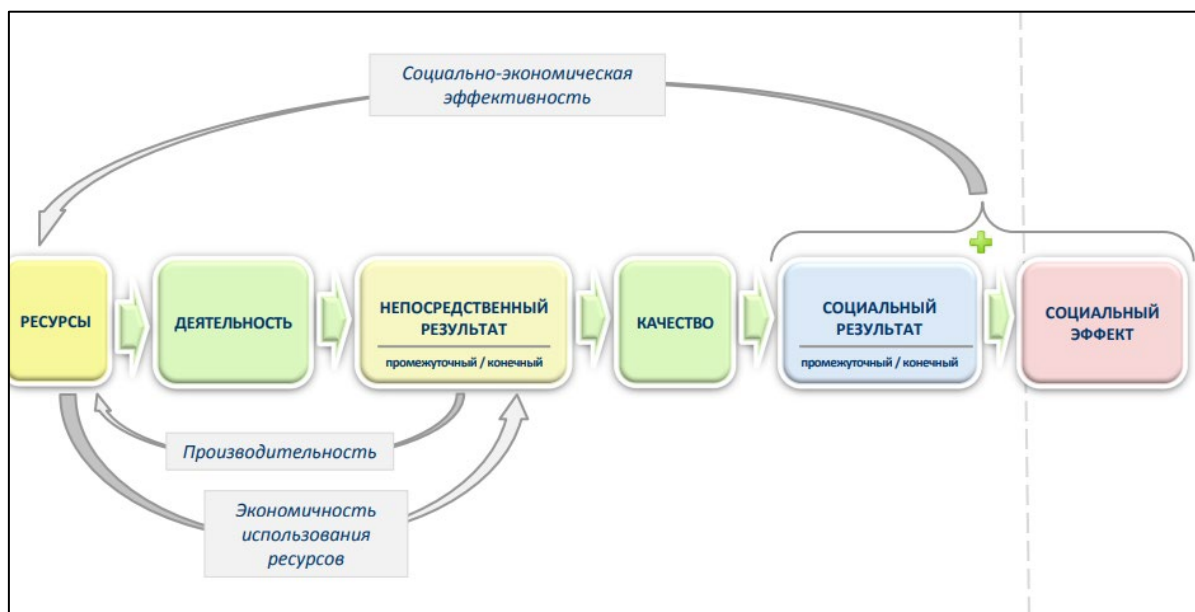


Рис. 4. Анализ производительности, экономичности и социально-экономической эффективности на основе логической модели

Источник: Презентация вебинара «Построение логической модели программы».

Преимуществами логической модели как инструмента оценки являются ее простота, лаконичность и наглядность. Создание логической модели не отнимает у сотрудников организации много ресурсов и времени. Если в создании логической модели принимают участие представители нескольких подразделений организации, она может служить инструментом координации их деятельности. Основным недостатком логической модели является узкий фокус на проекте или программе (не рассматриваются риски и факторы внешней среды).

Теория изменений – это «теория того, как и почему работает та или иная инициатива»¹⁰⁰ В отличие от логической модели, при создании теории изменений значительно внимание уделяется анализу факторов внешней среды. В состав теории изменений входят:¹⁰¹

- Цель программы и образ желаемого будущего;
- Дерево проблем, включающее анализ решаемых проблем и их причин;
- Дерево результатов (цепочки ожидаемых результатов);

¹⁰⁰ Weiss, Carol (1995). Nothing as Practical as Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community Initiatives for Children and Families in 'New Approaches to Evaluating Community Initiatives'. Aspen Institute., p. 66

¹⁰¹ Кузьмин А., Кошелева Н. Оценка как функция управления программой // Оценка программ: методология и практика / Под ред. А. И. Кузьмина. — М.: Изд-во «Престо-РК», 2009. — С. 20–27.

- Описание допущений относительно причинно-следственных связей между результатами разного уровня;
- Описание условий, необходимых для достижения результатов всех уровней;
- Описание действий для достижения результатов;
- Описание набора показателей для достижения результатов.

Теория изменений позволяет визуализировать и описать наиболее значимые результаты деятельности, отследить процесс их достижения, провести анализ внешних факторов и рисков программы. Разработка теории изменений требует достаточного существенного количества времени и ресурсов, но она является мощным управленческим инструментом. Кроме того, наличие теории изменений является общепризнанным золотым стандартом для СО НКО во всем мире¹⁰².

1.3 Методики, позволяющие измерить социальные результаты и социальный эффект

Методики этой группы предполагают количественное измерение социального эффекта в натуральных или денежных единицах. В данном случае используется подход к определению эффективности как способности достигать поставленных перед организацией целей (целевая концепция). Для измерения социальных результатов и социального эффекта в рамках целевой концепции используются такие общеэкономические подходы как управление на основе индикаторов (КРІ), план-фактный анализ, индикаторная оценка.

Управление на основе индикаторов включает несколько этапов:

1. Постановка социальных целей и задач организации;
2. Выявление признаков, по которым можно судить о степени достижения целей и решения задач (создание набора количественных и качественных индикаторов);
3. Разработка системы анализа индикаторов;
4. Проведение мониторинга и оперативное управление индикаторами;
5. Проведение индикаторной оценки;
6. Корректировка целей и задач и/или корректировка набора индикаторов.

Индикаторная оценка имеет несколько существенных ограничений:

- система индикаторов должна быть понятна и согласована со всеми стейкхолдерами (внутренними и внешними);
- управление на основе индикаторов предполагает систематическую работу (наличие адекватных инструментов сбора и анализа данных, регламенты сбора и анализа данных), что не всегда работает на практике;

¹⁰² Kazimirski A., Pritchard D. (2014) Building Your Measurement Framework: NPC's Four Pillar Approach. – p. 11

- необходимо постоянно держать в уме риск подмены реальных социальных целей и задач организации;

- система индикаторов не показывает незапланированные позитивные и негативные социальные результаты.

Слабым элементом индикаторной оценки является также отсутствие информации о логических связях между результатами, поэтому ее целесообразно применять вместе с логической моделью (теорией изменений). Также поскольку индикаторная оценка основывается только на информации в числовой форме, целесообразно комбинировать ее с описательными методами.

1.4 Методики, измеряющие социально-экономическую эффективность и социально-экономическую рентабельность

Методики, измеряющие социальную рентабельность и социально-экономическую эффективность, опираются на концепцию эффективности как соотношения полезного результата деятельности и затраченных ресурсов. В рамках этой трактовки эффективности целью СО НКО может являться:

- максимизация социальных результатов при известном ресурсном ограничении;
- минимизация ресурсов для достижения известного заранее социального результата;

Примеры методик измерения социально-экономической эффективности и социальной рентабельности представлены в следующей таблице:

Таблица №7.

Методики измерения социально-экономической эффективности и социальной рентабельности

Название методики	Основное содержание методики
Затраты - социальная результативность (cost-effectiveness analysis, CEA)	Расчет соотношения затрат, выраженных в денежном выражении, и социальных результатов, выраженных в натуральных показателях. Предметом анализа является стоимость единицы социального результата. Применяется во всех отраслях, считается признанным стандартом в сфере государственного управления.
Затраты - социальные выгоды (cost-benefit analysis, CBA)	Расчет соотношения затрат, выраженных в денежном выражении, и социального влияния, выраженного в денежном выражении. Предметом анализа является социальная рентабельность в краткосрочном периоде. Применяется во всех отраслях.
Затраты – социальная полезность (cost-utility analysis, CUA)	Расчет соотношения затрат, выраженных в денежном измерении и социальных результатов, выраженных в единицах полезности (замена денежных единиц). Примерами единиц полезности являются, например, статистическая

	стоимость человеческой жизни, QALY (сохраненные годы качественной жизни), DALY (годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности), YLL (ожидаемое (среднее) количество потерянных лет жизни), YLD (ожидаемое (среднее) количество потерянных лет трудоспособной жизни). Предметом анализа являются затраты, необходимые для получения единицы полезности. Подход может применяться во всех секторах, и является стандартом для оценки программ в сфере здравоохранения.
Затраты - взвешенная социальная результативность» (weighted cost-effectiveness analysis, WCEA)	Расчет взвешенной социальной результативности – вариант метода SCBA, при котором денежный результат для каждой социальной группы умножается на коэффициент, отражающий степень уязвимости группы (чем выше степень уязвимости, тем выше коэффициент). Коэффициенты устанавливаются экспертным методом. Предметом анализа является социальная рентабельность с учетом сложности получения социального результата для конкретных групп клиентов программы.
Социальная отдача на инвестиции (social return on investment, SROI)	Методика является приложением инвестиционной теории к оценке социальных проектов. Индекс SROI считается как соотношение затрат, выраженных в денежном измерении, и социального влияния, выраженного в денежных единицах с учетом ставки социального дисконтирования. Предметом анализа является долгосрочная отдача от 1 рубля, вложенного в программу. Может применяться во всех секторах. Является адекватным инструментом анализа импакт-инвестиций.

Методики измерения социально-экономической эффективности и социальной рентабельности достаточно сложны методологически. Помимо использования математических и статистических подходов, они подразумевают проведение полевых исследований, направленных на подтверждение социальных результатов.

Этот тип методик в максимальной степени понятен бизнесу и подходит для обоснования инвестиционных проектов. Вопреки классическому экономическому анализу, методики расчета социально-экономической эффективности и социальной рентабельности не позволяют сравнивать различные социальные проекты между собой. Это связано с тем, что для социальных проектов ключевым элементом является логическая модель (теория изменений), а не коэффициент социальной отдачи о вложенного ресурса.

Классификация методик оценки по масштабу оценки

По масштабу используемой для проведения оценки информации выделяют методы оценки, которые можно применять на программном, организационном, отраслевом и макроэкономическом уровнях.

На уровне отдельных программ объектами оценки и анализа являются бизнес-процессы, результативность и социальная эффективность как программы в целом, так и работы отдельных сотрудников и волонтеров. Также целью оценки может являться выявление лучших практик.

На уровне организации также анализируются бизнес-процессы, результативность и социальная эффективность. Полученные данные могут использоваться для бенчмаркинга.

На отраслевом уровне общие рамки результатов обычно создаются фондами и грантодающими организациями для формирования представления о своем вкладе в социальную сферу и экономику региона (страны). Чаще всего они построены на индикаторной оценке.

Еще одним важным инструментом оценки на этом уровне являются отраслевые теории изменений, которые обычно формируются объединениями СО НКО, работающими по определенной тематике. Отраслевые теории изменений позволяют координировать работу СО НКО, внедрять и масштабировать лучшие практики, демонстрировать механизмы социального воздействия для лиц, принимающих решения на региональном и государственном уровнях.

Из опыта применения оценки социально-экономической эффективности обращает на себя внимание возможность оценки работы множества СО НКО по методу SROI. Это возможно, если СО НКО работают на достижение общих целей и готовы применять единую методологию оценки результатов¹⁰³.

На макроэкономическом уровне основным применяемым методом является социально-экономическое моделирование и прогнозирование, позволяющее демонстрировать вклад работы СО НКО в показатели регионального развития, а также выявлять тенденции в социально-экономических процессах. Оценка на уровне макроэкономических показателей может осуществляться с применением системы национальных счетов, но в России для СО НКО до сих пор не выделены специальные счета.

На макроэкономическом уровне СО НКО могут проводить оценку вклада в устойчивое развитие, используя имеющиеся международные стандарты (например, Global Reporting Initiative (GRI)). Этой же практики придерживаются крупные фонды и грантодающие организации.

¹⁰³Social Value of Environmental Conservation Program Calculated for First Time in Japan Visualizing the results of three years of «SAVE JAPAN Project» activities.

Подходы к выбору инструментов оценки

Поскольку СО НКО работают одновременно со многими стейкхолдерами и ставят перед собой большой спектр управленческих целей, чаще всего применяется не один метод оценки, а комплекс взаимосвязанных методов. При подборе этой комбинации необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Кто из внутренних стейкхолдеров (руководители, сотрудники, волонтеры) будут пользоваться результатами оценки? Каковы их информационные потребности? Какие перед ними стоят управленческие цели? (см. Приложение 3 табл. 31).

2. Кто из внешних стейкхолдеров (частные, корпоративные и государственные доноры, органы государственной власти, другие СО НКО, международные организации) будут пользоваться результатами оценки? Какие решения они будут принимать и каковы их информационные потребности? Есть ли на текущий момент договоренность между стейкхолдерами (внутренними и внешними) о целесообразности применения того или иного метода (комплекса методов)? Какое нормативно-правовое регулирование есть в этой сфере? (см. Приложение 3 табл. 31).

3. Каков будет масштаб оценки и на каком уровне (программы, организации, региона, отрасли, макроэкономических показателей) должны быть продемонстрированы результаты? (см. Приложение 3 табл. 32).

4. Каким количеством ресурсов для проведения оценки располагает организация? Какова трудоемкость различных методов и комплексов методов, достаточно ли у сотрудников свободного рабочего времени? Необходимы ли для применения отдельного метода или группы методов специальные знания и навыки, будет ли необходимо обучение? Насколько сильна будет потребность в методической и консультационной помощи? Из каких источников можно получить информацию, необходимую для оценки? Разработаны ли инструменты мониторинга и оценки? (см. Приложение 3 табл. 33).

Поскольку СО НКО имеют существенные ресурсные ограничения, подобранный в результате проведенного анализа комплекс методов может внедряться постепенно с учетом главных потребностей основных стейкхолдеров.

2. Выявление методов и подходов оценки результативности и эффективности, релевантных для данного проекта

Анализ опыта по оценке проектов ВИЧ-сервисных организаций

Опыт оценки проектов российских ВИЧ-сервисных организаций показывает использование двух подходов – индикаторной оценки (на уровне проектов и программ) и экономического статистического моделирования (на региональном и макроэкономическом уровнях).

Таблица №8

Примеры применения различных методов при оценке проектов ВИЧ-сервисных организаций в России и СНГ

Документ, проект, год	Содержание материала	Применяемые методы
Пособие «Мониторинг и оценка программ по профилактике ВИЧ/СПИД» Международного Альянса по ВИЧ/СПИД 2004	Пособие содержит рекомендации относительно планирования оценки, проведения мониторинга и оценки, проведения оценки влияния. В пособии отражена специфика применяемых методов сбора и анализа данных. В пособие включены примеры инструментов оценки по теме ВИЧ/СПИД Ссылка https://clck.ru/h3Zyz	Описание общей методологии
Оценка на уровне проектов и программ		
Отчет об оценке программы Программа «Опора» Практическое пособие по проведению оценки 2014-2015	Модель медико-социальной помощи ВИЧ - инфицированным пациентам. Для проведения мониторинга и оценки была разработана система из 53 индикаторов. Основной фокус системы оценки – формирование приверженности у клиентов программы. Ссылка на отчет по оценке https://clck.ru/h3Zd5 Ссылка на Практическое пособие «Развитие приверженности диспансеризации и лечению ВИЧ-инфекции. на основе опыта программы медико-социального сопровождения пациентов «Опора»» https://clck.ru/h3aTW	Индикаторная оценка
Руководство по проведению оценки Фонд развития МСП 2016	Методы оценки, контроля и повышения приверженности антиретровирусной терапии Руководство содержит обзор методов оценки и готовые инструменты ее проведения. Ссылка https://clck.ru/h3Zcr	Индикаторная оценка
Оценка на региональном и макроэкономическом уровнях		
Методические указания Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и	Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. В методических указаниях сформулированы индикаторы, с помощью которых может быть проведена оценка эпидемиологических данных и индикаторы раннего предупреждения развития	Индикаторная оценка Оценка на региональном уровне

благополучия человека 2016.	резистентности ВИЧ. В указаниях присутствует схема осуществления мониторинга и оценки мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в формате логической модели. Ссылка https://docs.cntd.ru/document/456009089	Логическая модель
Отчет об исследовании Аналитический центр при Правительстве РФ 2020	Оценка социально-экономических потерь общества от эпидемии ВИЧ/СПИД в России. В исследовании Ссылка https://clck.ru/h6BZu	Экономико-статистическое моделирование

В иностранной литературе встречается более широкий спектр методов оценки (в том числе, используются методы расчета социально-экономической эффективности). Примеры используемых методов представлены в таблице 9.

Таблица №9

Примеры применения различных методов при оценке проектов ВИЧ-сервисных организаций в мире

Документ, проект, год	Содержание материала	Применяемые методы
Руководство по оценке USAID 2004	Evaluating HIV/AIDS Prevention Projects: A Manual for Nongovernmental Organizations Ссылка https://clck.ru/h5zRJ	Оценка процессов Оценка программ Оценка на региональном уровне
Аналитический материал 2004	Global Advances in Monitoring and Evaluation of HIV/AIDS: From AIDS Case Reporting to Program Improvement Ссылка https://clck.ru/h6pND	Логическая модель Индикаторная оценка (иерархия индикаторов на разных уровнях)
Отчет об оценке Japan International Cooperation Agency, Ghana Office 2008	Mid-Term Evaluation Report Project for HIV and AIDS Prevention through Education in Ghana Ссылка https://clck.ru/h3aBV	Индикаторная оценка Описательная статистика Логическая модель
Отчет об оценке International HIV/AIDS Alliance 2011	Evaluating the Social Return on Investment of the stigma and discrimination component of the Alliance's Africa Regional Programme II Ссылка https://inlnk.ru/EL6koj	Логическая модель / Теория изменений SROI
Отчет об оценке 2012	Evidence Based Operational Research on KHANA Integrated Care and Prevention Program in Cambodia Ссылка https://clck.ru/h785M	SROI (методика применена частично)
Аналитический материал	Social Return on Investment: A Cost-Benefit Analysis of the HIV	CBA SROI

2016	Integrated Care and Prevention Programs in Cambodia Ссылка https://elck.ru/h7C2H	
Отчет об оценке 2017	Отчет об оценке Программы оказания технической помощи странам Восточной Европы и Центральной Азии в области профилактики, контроля и надзора за ВИЧ/СПИД и другими инфекционными заболеваниями за 2013-2015 годы. Ссылка https://elck.ru/h3aKg	Индикаторная оценка Оценка вклада в масштабах страны
Отчет об оценке MDF Training and Consultancy team 2020	Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR)-HIV Knows No Borders (2016-2020) Project Final Evaluation Report Ссылка	Описательная статистика

Общая информация по методам, которые используются или рекомендуются к использованию для оценки программ ВИЧ-сервисных организаций, представлены в Приложении 3 табл. 34.

5. АЛГОРИТМ ОБЗОРА И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДОСТИЖЕНИЙ ПРОЕКТА ПО ИСПОЛНЕНИЮ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИНДИКАТОРОВ

Результатом обзора достижений проекта по исполнению количественных и качественных индикаторов должно являться доказательная демонстрация социальной результативности, социальной рентабельности и социально-экономической эффективности проекта. Для проведения оценки и демонстрации достижений проекта могут использоваться методы и подходы, перечисленные в следующей таблице:

Таблица №10

Методы и подходы, применяемые для демонстрации достижений проекта

№.№	Компонент оценки	Предмет оценки	Применяемые методы
1	Оценка оказания сервисных услуг ключевым группам населения (ЛЖВ, ЛУИН, МСМ, СР, ТГЛ)	Социально-экономическая рентабельность	Оценка стоимостей единиц социальных результатов (ЕСР)
		Социально-экономическая эффективность	Социальная отдача на инвестиции (QALY-DALY)
2	Оценка мероприятий по укреплению НКО	Социально-экономическая рентабельность	Оценка рентабельности организационных изменений
3	Оценка работы Форумов КГН		
4.	Оценка социального партнерства (адвокация)	Социальная результативность	Анализ историй и кейсов
5	Оценка использования результатов исследований и новых методических подходов по работе с КГН	Социальная результативность Социально-экономическая эффективность	Анализ историй и кейсов Экономическая отдача от НИР
6	Общая оценка проекта	Достижения в разрезе количественных и качественных индикаторов	Анализ историй и кейсов Карта социальных результатов Индикаторная оценка Оценка стоимостей единиц социальных результатов (ЕСР) Социальная отдача на инвестиции

1. Оценка оказания сервисных услуг ключевым группам населения.

1.1. Оценка социально-экономической рентабельности оказания сервисных услуг.

Для расчета **социально-экономической рентабельности** оказания сервисных услуг, рекомендуется применение методики «затраты – социальная результативность» (расчет стоимости единицы социального результата). Исходя из карты результатов при расчете экономической рентабельности можно выделить три группы затрат:

1. Группа 1. Затраты, непосредственно связанные с оказанием услуг представителю КГН. Эти проектные затраты обычно являются переменными и зависят от количества КГН, которые были вовлечены в проект в каждом регионе.

2. Группа 2. Затраты, связанные с управлением процессами оказания сервисных услуг. Эти затраты обычно являются постоянными и не зависят от количества КГН, которые получают услуги в рамках проекта.

3. Группа 3. Прочие затраты, связанные со взаимодействием с партнерскими НКО и государственными органами, созданием и поддержкой сообществ, научными и методическими разработками. Эти затраты являются постоянными (не зависят от количества клиентов проекта).

Стоимость единицы социального результата (ЕСР) может быть рассчитана по прямым затратам (в расчете участвуют только затраты группы 1), по производственным затратам (в расчете участвуют затраты групп 1 и 2) и по полным затратам (в расчет принимаются все затраты без исключения). Но поскольку затраты группы 3 не связаны напрямую с оказанием сервисных услуг, целесообразно считать только ЕСР по прямым затратам и ЕСР по производственным затратам.

1.1.1 Расчет стоимости единиц социальных результатов по прямым затратам.

Для расчета стоимости единицы социальных результатов по прямым затратам к каждому результату, отраженному в карте результатов, необходимо подобрать количественные и качественные индикаторы. Система индикаторов связана со следующими с ключевыми услугами проекта:

- профилактические услуги, предоставляемые клиентами проекта
- услуги по тестированию;
- услуги в области лечения ВИЧ;
- сервисы по сопровождению лечения (консультирование, правовая помощь).

Перечень результатов и их индикаторов представлен в следующей таблице:

Таблица №11

Перечень результатов и индикаторов для расчета ЕСР по прямым затратам

Предмет оценки	Социальный результат	Индикаторы достижения социального результата (в разрезе КГН)	Источник данных / Вид индикатора
1. Оценка профилактических услуг клиентами проекта	1. Профилактические услуги доступны для представителей КГН	1.1 Количество уникальных представителей, получивших базовый сервисный пакет услуг.	КАСКАД_МиО_2022_0525 / Количественный индикатор
		1.2 Процент уникальных клиентов, получивших базовый сервисный пакет услуг, от общего количества КГН	КАСКАД_МиО_2022_0525/ Индикатор качества
		1.3 Процент (количество) представителей КГН, которые хорошо информированы о профилактических услугах	Анкетирование/ Индикатор качества
		1.4 Процент (количество) представителей КГН, которые считают профилактические услуги доступными	Анкетирование/ Индикатор качества

		1.5 Процент (количество) представителей КГН, удовлетворенных качеством профилактических слуг	Анкетирование/ Индикатор качества
2. Оценка услуг по тестированию	Низкопороговые сервисы по тестированию ВИЧ доступны для представителей КГН	2.1 Количество уникальных КП, протестированных на ВИЧ	КАСКАД_МиО_2022 0525/ Количественный индикатор
		2.2 Количество выявленных случаев ВИЧ от общего числа протестированных клиентов	КАСКАД_МиО_2022 0525/ Индикатор качества
		2.3 Охват тестированием на ВИЧ тех КГНН, которые получают профилактические услуги и еще не знают своего ВИЧ-статуса, или недавно прошедших тестирование	RUS_HAF Funding Request/ Индикатор качества
		2.4 Процент (количество) представителей КГН, удовлетворенных качеством сервисов по тестированию	Анкетирование/ Индикатор качества
3. Оценка услуг в области лечения ВИЧ	Для представителей КГН доступны услуги в области лечения ВИЧ	3.1 Количество клиентов, у которых ВИЧ-инфекция впервые выявлена во время участия в проекте, получающих АРВТ	RUS_HAF Funding Request / Количественный индикатор
		3.2 Процент вновь выявленных случаев ВИЧ среди всех ЛЖВ, успешно включенных в курс лечения	RUS_HAF Funding Request/ Индикатор качества
		3.3 Процент представителей КГН, удовлетворенных доступностью услуг в области лечения ВИЧ	Анкетирование/ Индикатор качества
4. Оценка сервисов по поддержке людей, живущих с ВИЧ	Представители КГН привержены лечению	4.1 Процент ВИЧ-клиентов, приверженных АРВТ со снижением вирусной нагрузки до неопределяемых уровней	RUS_HAF Funding Request / Количественный индикатор
		4.2 Процент клиентов, которые благодаря работе проекта вернулись к лечению	Анкетирование/ Индикатор качества
		4.3 Процент клиентов, удовлетворенных опытом взаимодействия с сотрудниками НКО	Анкетирование/ Индикатор качества

Для расчета рентабельности по каждому количественному индикатору с необходимо собрать информацию о сумме затрат на достижение результата за выбранный период (год, два года, три года) и о количестве КП, для которых получен социальный результат. Исходя из этих данных рассчитывается стоимость единицы социального результата (ЕСР), которая рассчитывается по формуле:

$$ЕСР = \frac{DC}{N}, \text{ где}$$

DC – сумма прямых затрат, направленных на достижение социального результата в рассматриваемом периоде (за год, за два года, три года);

N – количество КП, получивших социальный результат в данном периоде (за год, за два года, три года).

Форма для расчета ЕСР по прямым затратам для индикатора 1. «Количество уникальных клиентов, получивших базовый сервисный пакет услуг (ЛУИН)» находится в Приложении 5.

Рекомендации по анализу и демонстрации показателей социальной рентабельности по прямым затратам. При условии централизованных закупок прямые затраты в регионах будут одинаковыми. Позитивной тенденцией является уменьшение стоимости ЕСР по прямым затратам за счет увеличения количества КП. Однако, это должно происходить без снижения оценки качества со стороны представителей КГН.

Пример представления результатов (на основе числового примера).

Таблица №12

Пример представления результатов анализа ЕСР по оценке профилактических услуг (по прямым затратам)

Индикаторы	Москва	Санкт-Петербург	Челябинск
1.1 Стоимость получения базового сервисного пакета услуг представителем КГН	570	570	550
1.2 Процент уникальных клиентов, получивших базовый сервисный пакет услуг, от общего количества КГН	Рост	Без изменений	Без изменений
1.3 Процент (количество) представителей КГН, которые хорошо информированы о профилактических услугах	Без изменений	Без изменений	Без изменений
1.4 Процент (количество) представителей КГН, которые считают профилактические услуги доступными	Без изменений	Без изменений	Без изменений
1.5 Процент (количество) представителей КГН, удовлетворенных качеством профилактических услуг	Снижение	Рост	Рост

В данном примере наиболее эффективной является программа г. Челябинска, поскольку для нее достигнут минимальной ЕСР без снижения значений индикаторов качества. Наименее эффективна программа г. Москвы, поскольку произошло снижение удовлетворенности.

1.1.2 Расчет стоимости единиц социальных результатов по производственным затратам. При расчете экономической рентабельности по производственным затратам учитываются управленческие затраты на оказание услуг КП. Косвенные затраты могут относиться:

- К нескольким (всем) индикаторам одного социального результата;
- К нескольким (всем) социальным результатам;

- К нескольким (всем) КГН.

Косвенные производственные затраты почти всегда имеют постоянный характер (не зависят от охвата КГН) и при расчете ЕСР распределяются между результатами (индикаторами, группами клиентов) в процентном отношении.

Стоимость единицы социального результата (ЕСР) по производственным затратам рассчитывается по формуле:

$$ЕСР = \frac{DC + k_1 \cdot IPC_1 + k_2 \cdot IPC_2 + \dots + k_n \cdot IPC_n}{N}, \text{ где}$$

DC – сумма прямых затрат, направленных на достижение социального результата в рассматриваемом периоде (за год, за два года, три года);

K1, K2...Kn – распределительные коэффициенты;

IPC1, IPC2...IPCn – суммы затрат на управление оказанием услуг в рассматриваемом периоде;

N – количество КП, получивших социальный результат в данном периоде.

Распределительные коэффициенты подбираются исходя из экономического смысла затрат. В проекте «КАСКАД» производственные затраты могут распределяться пропорционально количеству КП или пропорционально прямым затратам труда сотрудников проекта. Если способ распределения сложно экономически обосновать, производственные затраты могут быть распределены между социальными результатами в равных долях.

Рекомендации по анализу и демонстрации показателей социальной рентабельности по производственным затратам. Стоимости ЕСР производственным всегда больше стоимости по прямым затратам. Стоимость по производственным затратам показывает минимальную цену достижения социального результата. Сравнение ЕСР по регионам помогает понять, в каком регионе оказание сервисных услуг организовано более эффективно. Рост эффективности имеет место в двух случаях:

- При постоянном ЕСР и уровне удовлетворенности увеличивается охват КГН;
- При постоянном охвате и уровне удовлетворенности ЕСР снижается.

В контексте расчета экономической рентабельности могут также оцениваться прирост стоимости ЕСР при продвижении по этапам каскада. Поскольку обычно клиент движется по этапам каскада от профилактики до постановки на учет в центре СПИД, стоимость ЕСР нужно считать нарастающим итогом. Например, в течение

года КП прошел тестирование на ВИЧ с положительным результатом, и был доведен до лечения. Для него получены результаты, связанные с индикаторами 1.1, 2.1 и 3.1.

Тогда ЕСР по этому клиенту нарастающим итогом считается по формуле:

$$\text{ЕСР} = \text{ЕСР (1.1)} + \text{ЕСР (2.1)} + \text{ЕСР (3.1)}$$

Этот показатель дает представление об экономических потерях, связанных с уходом клиента на том или ином этапе работы (в данном случае, после получения доступа к лечению). Если программа построена на основе обратной связи от клиентов, услуги оказываются качественно, и клиенты лояльны, экономические потери будут минимизированы, что является индикатором экономической эффективности проекта.

Расчетные примеры по калькуляции ЕСР по прямым затратам и ЕСР по производственным затратам представлены в Приложении 5 и 6.

1.2 Демонстрация социальной отдачи на инвестиции (социально-экономической эффективности) с использованием метода QALY/DALY

Расчет стоимости единиц социальных результатов не включает анализ предотвращенных случаев заражения ВИЧ. Для оценки этого социального результата, который является чрезвычайно важным, не подходит методика расчета социальной рентабельности.

Обобщенным показателем, позволяющим оценить отдачу от инвестиций в этот результат и все иные полученные социальные результаты, является количество добавленных лет качественной жизни / годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (QALY/DALY).

Для оценки отдачи на вложенные инвестиции с применением QALY/DALY необходимо располагать следующей информацией:

1. Данными о количестве клиентов на различных этапах каскада и их движении;
2. Данные о среднестатистическом ухудшении здоровья и уменьшении срока жизни у лиц с ВИЧ, не получающих лечения (в разрезе контрольных групп).
3. Данные о среднестатистическом ухудшении здоровья и уменьшении срока жизни у клиентов с ВИЧ, которые получают лечение и привержены ему благодаря программе (в разрезе контрольных групп).

Российские¹⁰⁴ и иностранные¹⁰⁵ исследования показывают, что программы предотвращения заражения ВИЧ дают примерные оценки сохранения лет качественной жизни при проведении профилактики ВИЧ в диапазоне от 4,5 до 8 QALY, среднее значение – 5,83 QALY. При этом в исследованиях есть существенный разброс данных по оценке QALY/DALY программ профилактики ВИЧ. Так, одно из исследований эффективности программ комплексной профилактики ВИЧ демонстрирует выигрыш 0,21-0,35 QALY и 1,5-1,74 DALY на одного участника¹⁰⁶. Для расчета QALY для КП с ВИЧ и КП, которым удалось избежать заражения, будут использоваться усредненные значения, представленные в следующей таблице.

Таблица №13

Значения для расчета добавленных QALY по группам КП¹⁰⁷

Группа	Значение добавленных QALY
Клиенты без ВИЧ, которым благодаря программе которым удалось избежать инфицирования	5,83 QALY (среднее значение)
Клиенты с ВИЧ, которым благодаря программе удалось достичь нулевой вирусной нагрузки (кроме ЛУИН)	0,35
Клиенты с ВИЧ, которым благодаря программе удалось достичь нулевой вирусной нагрузки (ЛУИН)	0,21 (дисконт за счет прочих факторов, формирующих низкое качество жизни ЛУИН)

Общее количество добавленных QALY рассчитывается по формуле:

$$QALY = 5,83 * A + 0,35 * B + 0,21 * C, \text{ где}$$

A – количество предотвращенных случаев заражения в регионе (за период проекта),

B – количество клиентов с ВИЧ в регионе, которые достигли нулевой вирусной нагрузки (за период проекта, без группы ЛУИН);

C - количество клиентов с ВИЧ в регионе, которые достигли нулевой вирусной нагрузки (за период проекта, группа ЛУИН);

¹⁰⁴ Баринва А. Н., Плавинский С. Н., Оценка стоимости предотвращенного случая ВИЧ-инфекции для упрощенного анализа затратной эффективности профилактических мероприятий. // Журнал «Медицина», №, 2016.

¹⁰⁵ Farnham P.; Holtgrave D.; Gopalappa C.; Hutchinson, Angela B.; Sansom S., Lifetime Costs and Quality-Adjusted Life Years Saved From HIV Prevention in the Test and Treat Era

¹⁰⁶ Баринаева А. Н., Обоснование организационной модели профилактики социально-значимых заболеваний, опасных для окружающих., стр. 32

¹⁰⁷ Поскольку среди исследователей нет единого мнения о том, какое увеличение QALY/уменьшение DALY ассоциировано с программами профилактики и предотвращения заражений ВИЧ, этот вопрос можно включить в программу дальнейших исследований качества жизни КП «КАСКАД».

Стоимость добавленных лет качественной жизни (QALY), рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Стоимость QALY} = \text{Бюджет проекта} / \text{Количество добавленных QALY}$$

При обосновании эффективности программы по DALY (год жизни с поправкой на нетрудоспособность) могут быть использованы следующие критерии ВОЗ¹⁰⁸:

Таблица №14

Критерии эффективности программы по методике ВОЗ при расчете QALY

Степень эффективности	Критерий	ВВП на душу населения (по данным 2021)
Высокая эффективность	Стоимость одного добавленного QALY меньше валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения	QALY < 391 486 рублей
Адекватная эффективность	Стоимость одного добавленного QALY меньше трехкратного ВВП на душу населения	391 486 рублей < QALY < 1 174 458 рублей
Неэффективность	Расходы на один DALY более чем в 3 раза превышают ВВП на душу населения	QALY > 1 174 458 рублей

Рекомендации по анализу и демонстрации показателей социальной отдачи на инвестиции. Оценка экономической эффективности должна быть проведена по критериям ВОЗ исходя из фактического среднего значения ВВП на душу населения в России за 2022-2024 гг.

2. Оценка мероприятий по укреплению НКО

Качественный компонент исследования эффективности позволил собрать об эффективных сторонах взаимодействия с НКО и информацию о проблемах, за счет решения которых может быть повышена эффективность проекта. Не нуждаются в корректировке:

- Подходы к взаимодействию с сотрудниками НКО;
- Программы обучения и повышения квалификации для начинающих сотрудников;

При этом сотрудники НКО ожидают повышения эффективности по социальным результатам, представленным в следующей таблице:

Таблица №15

Результаты для повышения эффективности в контексте укрепления НКО

Предмет оценки	Социальный результат	Индикаторы достижения социального результата	Источник данных / Вид индикатора
----------------	----------------------	--	----------------------------------

¹⁰⁸ Sachs J. D., Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, стр. 31

Эффективность мероприятий по укреплению НКО/Техническая эффективность проекта	1. Обучающие программы повышают квалификацию опытных сотрудников НКО	1.1 Количество опытных сотрудников НКО, считающих, что обучающая программа повысила их квалификацию	Анкетирование / Количественный индикатор
		1.2 Процент опытных сотрудников НКО, считающих, что обучающая программа повысила их квалификацию	Анкетирование / Количественный индикатор
	2. Снижены трудозатраты сотрудников НКО на работу с отчетностью	2.1 Количество сотрудников НКО, для которых снизились трудозатраты на работу с отчетностью	Анкетирование / Количественный индикатор
		2.2 Процент сотрудников НКО, для которых снизились трудозатраты на работу с отчетностью	Анкетирование / Количественный индикатор
	3. Изменения, вносимые в проект, понятны для сотрудников НКО	3.1 Процент сотрудников НКО, которые отмечают рост доступности информации об изменении проекта	Анкетирование / Количественный индикатор

Если на основе обратной связи от сотрудников НКО будут приняты решения об изменениях, следует оценить рост технической эффективности проекта (способность минимизировать ресурсы, используемые для достижения поставленных управленческих целей). Для оценки роста технической эффективности необходимо:

1. Разработать инструменты количественной оценки проблем (анкета для сотрудников НКО) и провести замер «на входе»;
2. Собрать данные об изменениях (промежуточные замеры и замер «на выходе»);
3. Собрать информацию о затратах, которые потребовались для реализации изменений;
4. Рассчитать рентабельность организационных изменений (РОИ).

Рентабельность организационных изменений рассчитывается по следующей формуле:

$$РОИ = \frac{\text{Затраты на организационные изменения (руб)}}{\text{Отдача от организационных изменений (\% изменения индикатора)}}$$

Рекомендации по анализу и демонстрации показателей ЕСР в контексте мероприятий по укреплению НКО. Принятие решения о внедрении или не внедрении организационных изменений принимают сотрудники БФ «Гуманитарное действие». Если относительно каких-либо аспектов взаимодействия с НКО будет принято решение не проводить организационные изменения, информацию об этом решении нужно донести до НКО и объяснить причины.

Стоимость ЕСР показывает, сколько средств было вложено для улучшения целевого показателя на 1%. В общем случае чем ниже это показатель, тем выше техническая эффективность реализации проекта в регионе.

Пример представления результатов. Предположим, в конце периода были получены следующие результаты по регионам:

Таблица №16

Пример представления результатов анализа ROI мероприятий по укреплению НКО

Показатели	Москва	Санкт-Петербург	Челябинск
Процент опытных сотрудников НКО, считающих, что обучающая программа повысила их квалификацию («на входе»)	50	50	50
Процент опытных сотрудников НКО, считающих, что обучающая программа повысила их квалификацию («на выходе»)	70	75	80
Динамика показателя	20	25	30
ROI	25 000	27 000	30 000

В данном примере возможны несколько эффективных ситуаций в зависимости от применяемого критерия.

- **Эффективность по затратам.** Наиболее эффективным считается проект, имеющий минимальный показатель ROI. (При этом чем выше показатель «на входе», тем больше ресурсов требуется для его улучшения. Так, изменение с 90% до 100% всегда стоит дороже, чем изменение от 50% до 60%). При применении данного критерия наиболее эффективны программы г. Москвы.

- **Эффективность по результату.** Наиболее эффективным считается проект с максимальной динамикой результата. При применении данного критерия наиболее эффективны программы г. Челябинска.

- **Эффективность по целевому значению.** Если при планировании изменений был установлен целевой показатель динамики более 25%, эффективными будут программы г. Санкт-Петербурга и г. Челябинска. Если при планировании изменений был установлен целевой показатель ROI менее 26 000, единственной эффективной программой будет программа г. Москвы.

Решение о применяемом критерий эффективности должно быть принято сотрудниками фонда в начале реализации программы и донесено до сотрудников НКО. В любом случае при представлении результатов по данному разделу основной акцент нужно делать на том, что программа меняется и улучшается на основании обратной связи от сотрудников НКО.

3. Оценка работы Форумов КГН.

Для оценки работы Форумов КГН применима та же методика оценки технической эффективности, которая применена к результатам мероприятий по укреплению потенциала НКО. Качественный компонент исследования эффективности показал необходимость принятия организационных решений по результатам, показанным в следующей таблице:

Таблица №17

Результаты для повышения эффективности в контексте работы Форумов КГН

Предмет оценки	Социальный результат	Индикаторы достижения социального результата	Источник данных
Эффективность работы форумов КГН/Техническая эффективность проекта	1. Улучшено взаимодействие сотрудников НКО и представителей Форумов КГН	1.1 Процент сотрудников НКО, которым понятны цели и задачи работы с Форумами КГН	Анкетирование / Количественный индикатор
		1.2 Процент сотрудников НКО, которым понятны и доступны механизмы работы с Форумами КГН	Анкетирование / Количественный индикатор
	2. Разработана стратегия сотрудничества НКО и Форумов КГН	2.1 Количество сотрудников НКО, принявших участие в разработке стратегии	Анкетирование / Количественный индикатор
		2.2 Количество представителей форумов КГН, принявших участие в разработке стратегии	Анкетирование / Количественный индикатор
		2.3 Процент сотрудников НКО, которые понимают и разделяют разработанную стратегию	Анкетирование / Количественный индикатор

Рекомендации по анализу и демонстрации показателей РОИ в контексте взаимодействия с Форумами КГН аналогичны п. 3 текущего раздела.

4. Оценка социального партнерства и адвокации.

Для повышения технической эффективности проекта в контексте развития социального партнерства и адвокации необходимо обратить внимание на социальные результаты, представленные в следующей таблице:

Таблица №18

Результаты для повышения эффективности в контексте работы по развитию социального партнерства и адвокации

Предмет оценки	Социальный результат	Индикаторы достижения социального результата	Источник данных
Развитие социального партнерства и снижение барьеров для КП	1. Для КП снижены барьеры к услугам государственных организаций	1.1 Процент КП, которые отмечают, что чувствуют себя более уверенно в правовой сфере	Анкетирование / Количественный индикатор
		1.2 Процент КП, которые отмечают, что им стало легче получить доступ к государственной медицинской помощи	Анкетирование / Количественный индикатор

Развитие социального партнерства и адвокация	2. Налажено партнерство с государственными организациями здравоохранения	2.1 Количество сотрудников государственных организаций здравоохранения, которые оценивают партнерство с БФ «Гуманитарное действие»	Анкетирование / Количественный индикатор
	3. Механизмы коммуникации с государством с помощью жалоб и предложений работают эффективно	3.1 Процент поданных в государственные органы жалоб и предложений, по которым было принято положительное решение	Анкетирование / Количественный индикатор
		3.2 Количество руководителей организаций, органов власти, которые позитивно оценивают с БФ «Гуманитарное действие»	Анкетирование / Количественный индикатор
	4. Налажено партнерство с экспертными организациями	4.1 Количество представителей ВУЗов, ассоциаций врачей и других экспертных организаций, которые позитивно оценивают партнерство с БФ «Гуманитарное действие»	Анкетирование / Количественный индикатор

Социальные результаты, касающиеся развития социального партнерства и адвокации, сложно проанализировать, поскольку на их достижение влияет большое количество внешних не поддающихся контролю факторов. Кроме того, эти результаты могут быть сильно отложены во времени.

Тем не менее, сбор информации о социальной результативности необходим и может проводиться в следующих формах:

1. Информация по снижению барьеров для КП может быть собрана посредством анкетирования. В анкету должны быть включены вопросы, показывающие наличие (отсутствие) происходящих изменений с сервисами проекта.
2. Информация по результатам относительно развития социального партнерства и адвокации может быть собрана в виде отзывов и историй, которые должны анализироваться и, при наличии согласия респондента, публиковаться на ресурсах БФ «Гуманитарное действие». Источниками информации также могут служить анкетирование и отчеты сотрудников БФ «Гуманитарное действие».

Рекомендации по анализу и демонстрации данных о результатах относительно развития социального партнерства и адвокации. Основной задачей по данной группе результатов является создание и внедрение в практику организации инструментов сбора данных о социальной результативности. Но даже при постоянной работе в течение трех лет эти данные могут быть фрагментарными и неоднозначными. Фокусом анализа данных должно быть выявление факторов, влияющих на результаты, и оценка способности организации влиять на эти факторы. Публично представлять результаты по этой группе показателей необходимо с большой степенью осмотрительности с учетом правовых рисков. В качестве нейтрального инструмента демонстрации результатов можно использовать

методику оценки уровня организационного развития НКО (разделы «Внешние коммуникации» и «Адвокация»)¹⁰⁹.

5. Оценка использования результатов исследований и новых методических подходов по работе с КГН

Исследования и методические разработки по работе с КГН адресованы широкому кругу заинтересованных людей и организаций, поэтому напрямую выявить и измерить получаемый от них социальный эффект, выраженный в информировании, накоплении и передаче знаний, структурировании опыта работы с КГН, невозможно. При этом продвижение научных исследований и методических разработок является важной частью информационной стратегии организации. Непрямые эффекты, которые имеют место в результате реализации этой стратегии и могут быть измерены, описаны в следующей таблице:

Таблица №19

Результаты по использованию научных исследований и методических разработок

Предмет оценки	Социальный результат	Индикаторы достижения социального результата	Источник данных
Использование результатов научных исследований	1. За счет коммуникации результатов научных исследований БФ «Гуманитарное действие» приобрел дополнительные ресурсы	1.1 Стоимость труда волонтеров, пришедших в организацию благодаря знакомству с научными исследованиями	Анкетирование / Количественный индикатор
		1.2 Объем частных пожертвований, привлеченных благодаря распространению информации о проведенных научных исследованиях	Анкетирование / Количественный индикатор
		1.3 Объем пожертвований от юридических лиц, привлеченных благодаря распространению информации о проведенных научных исследованиях	Анкетирование / Количественный индикатор
		1.4 Объем государственного финансирования, привлеченного благодаря распространению информации о проведенных научных исследованиях	Анализ грантовых заявок / Количественный индикатор
	2. За счет коммуникации результатов научных исследований развилось партнерство БФ «Гуманитарное действие» и экспертных организаций	2.1 Количество новых партнеров из государственных организаций, профессиональных ассоциаций, ВУЗов, появившихся благодаря совместным научным исследованиям и/или использованию результатов научных исследований	Анкетирование / Количественный индикатор

¹⁰⁹ Описание методики и измерительные инструменты представлены на портале «Пульс НКО» URL <https://pulsngo.ru/>

Использование новых методических подходов по работе с КГН	3. За счет разработанных БФ «Гуманитарное действие» методических подходов повышается эффективность НКО, которые их используют	3.1 Количество НКО, которые связывают повышение эффективности своей работы с использованием методических подходов, разработанных БФ «Гуманитарное действие»	Анкетирование / Количественный индикатор
---	---	---	--

Рекомендации по анализу и демонстрации данных о результатах относительно использования научных исследований и методических разработок. Как и в случае с развитием социального партнерства, на социальные результаты, связанные с использованием научных исследований и методических разработок, влияет множество факторов. В случае, если есть возможность установить связь между получением дополнительного ресурса и научными исследованиями, отдачу (рентабельность НИР) можно рассчитать по следующей формуле:

$$\text{Отдача от НИР} = \frac{\text{Объем привлеченных средств (1.1 + 1.2 + 1.3 + 1.4)}}{\text{Затраты на НИР}}$$

Эффективность по результатам 2.1 и 3.1 проводится с использованием инструментов, аналогичных инструментам оценки развития социального партнерства и адвокации. Еще одним фокусом работы с этой группой результатов должна стать разработка инструментов сбора информации о кейсах относительно использования исследований и новых методических разработок. Если такие данные будут получены, их необходимо анализировать и публиковать в открытом доступе.

6. Общие рекомендации по демонстрации достижений проекта

Этап 1. Демонстрация социальной результативности.

Для демонстрации социальной результативности используются описательные методики – анализ историй и кейсов и логическая модель. Информация о социальной результативности собирается по качественным показателям, а также в ситуациях, когда социальный результат важен, но редко проявляется, или информации о социальном результате фрагментарна.

При оценке проекта «КАСКАД» метод «истории и кейсы» может быть применен для формирования показателей для оценки социального партнерства и адвокации, а также при анализе результатов использования научных исследований и методических разработок. Инструменты для сбора информации об историях и кейсах должны работать постоянно (у представителей заинтересованных групп в любой момент возможность донести до организации необходимую информацию). Публично рассказывать о полученных историях

и кейсах необходимо с согласия респондента. Фокусом внимания при анализе социальной результативности являются:

- 1) наличие или отсутствие информации о достижении социальных результатов;
- 2) факторы, влияющие на достижение / не достижение социальных результатов;

Карта социальных результатов позволяет комплексно визуализировать информацию о полученных социальных результатах и связях между ними. В настоящий момент карта составлена на основе мнений представителей КГН, представителей Форумов КГН и сотрудников НКО. В карте результатов на белом фоне отражены результаты, достижение которых, по мнению представителей целевых групп, происходит достаточно эффективно. Желтым фоном выделены результаты, для которых эффективность должна быть увеличена.

Карта должна периодически корректироваться на основе обратной связи от вовлеченных сторон. Достаточно пересматривать карту раз в 1-2 года. Помимо демонстрации социальной результативности, карта может быть использована для обучения новых сотрудников и волонтеров, написания грантовых заявок.

Этап 2. Демонстрация социально-экономической рентабельности.

Расчет социально экономической рентабельности входит в оценку оказания сервисных услуг по ключевым группам населения, оценку мероприятий по укреплению НКО и работы Форумов КГН. Для сервисных услуг предметом оценки является стоимость единиц социальных результатов (ЕСР), для НКО и Форумов КГН – рентабельность организационных изменений (РОИ). Фокусом внимания при анализе социально-экономической рентабельности являются:

- 1) численные значения ЕСР и РОИ по регионам сравнения;
- 2) Динамика ЕСР и РОИ по регионам сравнения.

Для оценки ЕСР и РОИ необходимо замерить уровни показателей в начале проекта («на входе») и в конце проекта («на выходе»). Чаще всего информация по таким показателям собирается с использованием оффлайн и онлайн опросов. «На входе» и «на выходе» должны использоваться одинаковые измерительные инструменты. Для целей управления проектом рекомендуется также проводить промежуточные замеры раз в 6-12 месяцев. Перечень индикаторов, может быть скорректирован с учетом мнения сотрудников программы.

Этап 3. Демонстрация социально-экономической эффективности (отдачи на инвестиции).

Показатели социально-экономической эффективности показывает, сколько рублей результата приносит рубль, вложенный в проект. Для анализа социально-экономической

эффективности сервисных услуг с помощью показателей QALY используются данные о ВВП на душу населения за и критерии эффективности ВОЗ. Показатель отдачи на инвестиции должен анализироваться и представляться вместе с динамикой качественных показателей.

При оценке отдачи от научных исследований, необходимо доказать связь привлеченных ресурсов и потраченных на исследования средств. Это можно сделать в виде анкетирования волонтеров и жертвователей, а также анализа результатов рассмотрения грантовых заявок.

Список литературы

1. Баринва А. Н., Плавинский С. Н., Оценка стоимости предотвращенного случая ВИЧ-инфекции для упрощенного анализа затратной эффективности профилактических мероприятий. // Журнал «Медицина», №, 2016.- URL <https://www.fsmj.ru/015257.html>
2. Баринаева А. Н., Обоснование организационной модели профилактики социально-значимых заболеваний, опасных для окружающих. // автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение. – СПб., 2016. - 44 с.
3. Оценка программ: методология и практика. / Под ред. А.И. Кузьмина, Р. О'Салливан, Н.А. Кошелевой. – М.: Издательство «Престо-РК», 2009. – 396 с. URL https://www.eval.ru/attach_files/file_book_1.pdf
4. Портал «Пульс НКО» URL <https://pulsngo.ru/>
5. Презентация вебинара «Построение логической модели программы». Общая информационно-технологическая платформа для оценки социальных результатов» (ПИОН). – АНО «Эволюция и Филантропия», 2017. URL <https://inlnk.ru/1PnVMn>
6. Brinkerhoff R. The Success Case Method: Find Out Quickly What's Working and What's Not.— San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 2003. URL <https://clck.ru/roxqd>
7. Connolly T., Conlon E., Deutsh S. Organizational Effectiveness: A Multiple Constituency Approach // Academy of Management Review.— 1980.— Vol. 5. URL <https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/amr.1980.4288727>
8. Farnham P.; Holtgrave D.; Gopalappa C.; Hutchinson, Angela B.; Sansom S., Lifetime Costs and Quality-Adjusted Life Years Saved From HIV Prevention in the Test and Treat Era, JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: October 1, 2013 - Volume 64 - Issue 2 - p e15-e18 doi: 10.1097/QAI.0b013e3182a5c8d4

9. Kazimirski A., Pritchard D. (2014) Building Your Measurement Framework: NPC's Four Pillar Approach URL <https://inlnk.ru/agG8Zz>
10. Sachs J. D., Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. // Report of the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, 2001. URL <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42435/924154550X.pdf;jsessionid=92BA0E66DCB6DC490FE518B0FE4EAF20?sequence=1>
11. Social Value of Environmental Conservation Program Calculated for First Time in Japan Visualizing the results of three years of «SAVE JAPAN Project» activities // Sompo Japan Nipponkoa [Электронный ресурс]. URL: <https://www.sompo-japan.co.jp/english/news/nk/2014/2014070201contents/>
12. Weiss C., Nothing as Practical as Good Theory: Exploring Theory-Based Evaluation for Comprehensive Community Initiatives for Children and Families in 'New Approaches to Evaluating Community Initiatives'. Aspen Institute., 2015 URL <https://clck.ru/rp7UC>
13. Zappala G., Lyons M. Recent Approaches to Measuring Social Impact in the Third sector: An Overview. // CSI Background paper.— Sydney. 2009 № 6, p. 10. URL <https://clck.ru/royKE>

6. ОБЗОР И ОЦЕНКА ПРИМЕНИМОСТИ МАТЕМАТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К МОДЕЛИРОВАНИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ С УЧЕТОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

На сегодняшний день существует большое количество подходов к моделированию динамики заболеваний и их модификаций, в связи с чем проблема их классификации представляется непростой задачей. Границы между различными методами зачастую весьма размыты, кроме того, в различных научных учреждениях и коллективах авторов часто используются различные названия одних и тех же методов. Один из вариантов классификации моделей выглядит следующим образом:

- способ описания процессов: *детерминистские или стохастические модели (последние модели, называемые также вероятностными, учитывают эффект случайности на выходные данные модели, в то время как в первых выходные данные неизменны при неизменных параметрах моделирования);*
- тип индивидов: индивиды не отличимы внутри групп (*популяционные модели*) или каждый индивид имеет набор параметров (*индивидуум-ориентированные модели*);
- формат времени: *модели с дискретным или непрерывным временем (в первом случае все процессы в модели и выходные данные, - например, заболеваемость, - рассчитываются с фиксированным шагом – например, один день, один месяц, один год, - а во втором случае представляют собой непрерывную функцию и могут быть посчитаны для произвольного момента времени);*
- метод получения и анализа целевых показателей: *аналитическая или имитационная модель;*
- учёт пространственной неоднородности популяции: *интегральные или пространственные модели (в первом случае в рассматриваемой популяции не учитываются различия в расстоянии между разными группами индивидов, например, наличие в городе удалённых друг от друга районов, во втором случае учёт производится с разной возможной степенью детализации – вплоть до координат отдельных индивидов).*

Выбор конкретного метода моделирования зависит от предполагаемого назначения модели динамики инфекционного заболевания, например:

- поиск пороговой численности инфицированных, необходимой для возникновения эпидемии,

- получение пространственного распределения инфицированных по времени,
- изучение влияния индивидуальных характеристик особей популяции на агрегированные показатели динамики инфекции,
- оптимизация эффективности профилактических мер,

и пр., а также от характеристик биологической угрозы и рассматриваемой популяции (в особенности — от сложности её структуры). Также все эти модели могут быть применены и применяются различными исследовательскими группами для моделирования динамики и контроля распространения ВИЧ.

В следующих разделах остановимся на наиболее популярных классах методов.

1. Методы на основе детерминистских популяционных моделей

Структура. В популяционных моделях население некоторого региона рассматривается как совокупность групп, как правило, отражающих различный статус индивидуумов по отношению к заболеванию (восприимчивые, инфицированные, больные в разных стадиях, индивидуумы в состоянии ремиссии). Внутри каждой группы индивидуумы считаются неразличимыми между собой. Численности групп меняются со временем в результате следующих процессов:

- переходы индивидуумов из одной группы в другую вследствие инфицирования, развития заболевания, выявления и лечения заболевших индивидуумов;
- пополнение групп за счёт иммиграции и рождения индивидуумов;
- убыль в результате естественной смертности индивидуумов, гибели из-за болезни и эмиграции в другие регионы.

Наиболее популярными среди популяционных моделей являются так называемые SIR-модели, в которых рассматривается три группы индивидов — восприимчивые к заболеванию (Susceptible), инфицированные (Infected) и переболевшие (вылеченные) либо удалённые (Recovered/Removed). Передача инфекции осуществляется от инфицированных индивидов к восприимчивым. Вылеченные индивиды приобретают иммунитет и не могут быть заражены вторично. Математически такие модели задаются системами дифференциальных (непрерывное время) или разностных (дискретное время) уравнений. Эти уравнения описывают закон изменения численностей групп индивидов с течением времени.

Популярным методом, позволяющим моделировать учитывать пространственное распространение заболеваний между различными регионами, при этом не слишком уходя от структуры классической SIR-модели, является метапопуляционный подход. Идея заключается в том, что вместо одной популяции рассматривается совокупность популяций,

между которыми возможна миграция индивидов (Conner et al., 2007). Внутри каждой популяции распространение инфекции описывается SIR-моделью. Как правило, структура всех рассматриваемых популяций и соответствующих им SIR-моделей совпадает, в то время как значения конкретных параметров, задающих демографические и эпидемиологические процессы в популяциях, могут отличаться.

При дальнейшем обобщении метапопуляционных SIR-моделей от миграционных потоков между аналогичными по состоянию группами индивидов в различных регионах можно перейти к использованию сетей, задающих связи между отдельными индивидами. В отличие от имитационных моделей, где сети обычно моделируются в явном виде (о них речь пойдёт в следующих разделах), сетевая структура в обобщённых популяционных моделях вводится аналитически и численности индивидов в заданный момент времени, как и в классических SIR-моделях, задаются системами дифференциальных или разностных уравнений. Пример подобной модели приведён в (Sahneh, 2013), где предлагается концепция так называемой «Обобщённой эпидемиологической модели среднего поля» (Generalized Epidemic Mean-Field Model). В данной работе с помощью системы дифференциальных уравнений задана обобщённая SIR-модель, в которой индивиды популяции принадлежат к одной из M групп и взаимодействуют с помощью набора из N сетей, называемого в работе «многослойной сетью» (multi-layer network). Данный набор может включать в себя сеть социальных взаимодействий, информационную сеть, сеть коммуникаций и пр.

Достоинства и недостатки. Плюсом популяционных SIR-моделей является простота в построении и использовании, возможность аналитического исследования, лёгкость настройки на реальные данные. Ограничением подхода является значительное усложнение математического описания моделей при необходимости детализации таких факторов, как существенная неоднородность популяции, нетривиальная схема передачи инфекции и пр. В детерминированных популяционных моделях не может быть учтён фактор случайности в распространении заболеваний, особенно значимый в малых популяциях и при небольшом числе инфицированных, например, в начальной фазе распространения заболевания (Bartlett, 1978), (Black, Singer, 1987). Кроме того, в них невозможен учёт особенностей отдельных индивидуумов, что является весьма важным для решения ряда задач, относящихся к эпидемиологии (Conner et al., 2007).

Примеры моделирования ВИЧ

В силу простоты использования и нетребовательности к данным популяционные модели типа SIR являются одним из самых популярных типов моделей динамики ВИЧ. В

качестве наиболее свежих примеров их использования можно привести работы (Krebs et al., 2019), (Fraser et al., 2021).

Применимость подхода к прогнозированию динамики эпидемии ВИЧ-инфекции с учётом контрольных мер

Вводимые контрольные меры можно моделировать в детерминистских моделях следующими способами:

- Добавление новых подгрупп населения по отношению к контрольным мерам (выявленные/невыявленные, охваченные/не охваченные программами и пр.)
- Изменение параметров переходов между группами в момент введения новых контрольных мер (например, уменьшение интенсивности инфицирования восприимчивых индивидов вследствие распространения чистых шприцев и средств предохранения)

Необходимые и желательные входные данные

Необходимые:

- Значения параметров интенсивностей переходов между подгруппами населения, связанные с биологическими аспектами передачи инфекции (например, с вероятностью передачи ВИЧ через загрязнённый инъекционный инструментарий).
- Оценка начальных численностей индивидов подгрупп населения, не являющихся скрытыми (например, общие численности индивидов в заданных возрастных группах).

Желательные:

- Оценки параметров интенсивностей переходов между подгруппами населения, связанные с социальными аспектами передачи инфекции (например, с вероятностью инъекции в течение дня для ЛУИН).
- Оценка начальных численностей индивидов всех подгрупп населения, в том числе скрытых (например, численность ВИЧ-инфицированных индивидов среди определённых групп риска).

2. Методы на основе стохастических популяционных моделей

Структура. Общая идея построения стохастических популяционных SIR-моделей и их обобщений аналогична их детерминированному аналогу: популяция рассматривается как совокупность групп, внутри каждой из которых индивидуумы считаются неразличимыми между собой. Различие проявляется в описании законов перехода индивидов между группами. В качестве математического аппарата применяются системы стохастических разностных уравнений, цепи Маркова, случайные процессы в дискретном

времени и непрерывном времени (процессы Гальтона-Ватсона, процессы рождения и гибели и пр.).

Аналогично детерминированным моделям, стохастические SIR-модели допускают обобщения на основе метапопуляционного подхода. Примером может служить модель из работы (Apolloni et al., 2014), в которой моделируется пандемия штамма гриппа H1N1 в 2009 году. В модели рассматривается совокупность популяций с возможностью миграции индивидов между ними. Индивиды делятся на две группы по социальному статусу с разными вероятностями миграции и контактов. Состояния индивидов по отношению к заболеванию задаются в соответствии со схемой SIR (восприимчивые, инфицированные, переболевшие). Благодаря тому, что количество групп индивидов по социальному статусу было ограничено числом $n=2$, авторам работы удалось получить в явном виде условие возникновения глобальной эпидемии в популяции. Аналитические результаты были проверены с помощью прямого моделирования на основе методов Монте-Карло.

Достоинства и недостатки. В отличие от детерминированных SIR-моделей, в дискретных стохастических имитационных моделях корректно учитывается фактор случайности. В то же время, стохастические популяционные модели сложнее для аналитического исследования по сравнению с аналогичными детерминированными. Полноценное аналитическое исследование возможно лишь для некоторых простых типов моделей, в общем же случае для оценки динамики численностей групп обычно прибегают к имитационному моделированию с помощью методов Монте-Карло. Имитационные модели на базе SIR-моделей обладают высокой производительностью, в результате чего они до сих пор широко применяются в программных комплексах.

Пример моделирования ВИЧ.

В качестве примера приведём модель распространения ВИЧ с учётом социальной адаптации населения. Население некоторого региона делится на восемь групп индивидуумов, отличающихся степенью социальной адаптации, а также наличием или отсутствием заражения ВИЧ-инфекцией. Выделяются следующие группы индивидуумов: A_1 — социально адаптированные, восприимчивые к ВИЧ; A_2 — восприимчивые с высоким риском развития патологии; A_3 — восприимчивые с установленным хроническим алкоголизмом; A_4 — восприимчивые с установленной наркотической зависимостью; A_5 — социально адаптированные, инфицированные ВИЧ; A_6 — инфицированные с высоким риском развития патологии; A_7 — инфицированные с установленным хроническим алкоголизмом; A_8 — инфицированные с установленной наркотической зависимостью.

Единица времени принята равной одним суткам. Величины $x_i(t)$, численности индивидов группы A_i в момент времени $t = 0, 1, 2, \dots$, определяются через систему стохастических

разностных уравнений. Из системы уравнений, задающей модель, была получена детерминированная система верхних оценок на математические ожидания численностей групп в популяции. С помощью этой вспомогательной системы было сформулировано достаточное условие затухания инфекции в популяции, выполнение условия было проиллюстрировано с помощью численных экспериментов на основе методов Монте-Карло (Pertsev, Leonenko, 2012).

Применимость подхода к прогнозированию динамики эпидемии ВИЧ-инфекции с учётом контрольных мер

Вводимые контрольные меры можно моделировать в стохастических популяционных моделях следующими способами:

- Добавление новых подгрупп населения по отношению к контрольным мерам (выявленные/невыявленные, охваченные/не охваченные программами и пр.)
- Изменение параметров переходов между группами в момент введения новых контрольных мер (например, уменьшение вероятности инфицирования восприимчивых индивидов вследствие распространения чистых шприцев и средств предохранения)

Необходимые и желательные входные данные

Необходимые:

- Значения параметров вероятностей переходов между подгруппами населения, связанные с биологическими аспектами передачи инфекции (например, с вероятностью передачи ВИЧ через загрязнённый инъекционный инструментарий).
- Оценка начальных численностей индивидов подгрупп населения, не являющихся скрытыми (например, общие численности индивидов в заданных возрастных группах).

Желательные:

- Оценки параметров вероятностей переходов между подгруппами населения, связанные с социальными аспектами передачи инфекции (например, с вероятностью инъекции в течение дня для ЛУИН).
- Оценка начальных численностей индивидов всех подгрупп населения, в том числе скрытых (например, численность ВИЧ-инфицированных индивидов среди определённых групп риска).

3. Методы на основе имитационных моделей с пространственной структурой

Структура. В ряде задач математической эпидемиологии возникает необходимость учёта географической и социальной неоднородности популяции, которая не может быть описана популяционными моделями (Bansal et al., 2007). В этом случае применяются

имитационные модели, включающие в себя пространственные структуры. В зависимости от типа доступных пространственных данных и решаемого класса задач, могут быть использованы клеточные автоматы, сетевые модели либо модели с привлечением географических информационных систем. В первых двух случаях в модели может рассматриваться не пространственная близость индивидов популяции, а их близость в социальном отношении (социальные связи).

Клеточные автоматы. Первые имитационные модели в качестве пространственной структуры использовали клеточные автоматы. В простейшем случае клеточный автомат — это прямоугольная двумерная решётка, каждый узел которой в фиксированный момент времени находится в одном из конечного числа состояний (к примеру, для SIR-модели узел представляет собой индивида в состоянии «восприимчивый», «инфицированный» или «переболевший»). Как правило, индивиды полностью отождествляются с узлом, который они занимают. В случае, если индивиды перемещаются по сетке, полученную модель правильнее относить к более общему классу — классу сетевых моделей, о котором речь пойдёт далее.

В клеточном автомате принимается некоторая схема соседства, согласно которой определяются узлы, смежные с данным — его «соседи» — четыре соседа, восемь соседей или, при более сложных схемах соседства, произвольное число. Иногда для имитации «дальних» контактов (к примеру, случайных встреч незнакомых людей в общественных местах) считается, что в каждый фиксированный момент времени помимо узлов, смежных с данным в пространственной решётке, соседями рассматриваемого узла являются несколько произвольно выбранных во всей решётке узлов.

Время в клеточных автоматах дискретное, на каждом шаге все состояния узлов решётки меняются в соответствии с выбранным правилом перехода, являющимся функцией от состояний соседей фиксированного узла. Если правило перехода детерминированное (например, если больше половины соседей индивида инфицированы, то он тоже становится инфицированным), то клеточный автомат называется детерминированным. Если же это правило имеет вероятностный характер (например, индивид, имеющий хотя бы одного инфицированного соседа, становится инфицированным с вероятностью p), то автомат называется вероятностным (стохастическим).

Поскольку подход с использованием клеточных автоматов является достаточно общим, соответствующие имитационные модели могут применяться для решения большого круга задач математической эпидемиологии.

Сетевые модели. Более гибким способом моделирования пространственной неоднородности является использование сетей. Аналогично клеточным автоматам, в

классических сетевых моделях распространения инфекций индивиды обозначаются узлами, при этом каждый индивид может иметь произвольное количество связей с другими индивидами (социальных либо пространственных). Эти связи обозначаются дугами. Различают статические сети, в которых количество узлов и связи между ними неизменны, и динамические, в которых они могут меняться с некоторым шагом по времени. Если узлы сети, помимо состояния, связанного с заболеваемостью («восприимчивый», «инфицированный» или «переболевший»), имеют набор параметров, то сетевая модель становится индивидуум-ориентированной — подробнее индивидуум-ориентированные модели будут рассмотрены в следующем разделе.

Достоинства и недостатки. Одним из главных плюсов метода является возможность его использования для построения простых моделей пространственно неоднородных популяций, не требующих большого количества входных данных. Минусом является недостаточная реалистичность моделирования пространственных отношений из-за применения регулярной пространственной структуры.

Достоинством сетевых моделей является их гибкость, позволяющая наиболее полно отражать все аспекты распространения заболеваний, связанные с пространственной неоднородностью популяции. В частности, в отличие от клеточных автоматов, они позволяют моделировать такие важные явления, как кластеризацию популяции (наличие групп с высокой связностью узлов друг с другом), «суперраспространителей» (индивидов, имеющих наибольшее количество связей, заражение которых влечёт быстрое распространение инфекции) и пр. В связи с этим с помощью сетевых моделей возможно изучение некоторых нетривиальных режимов распространения эпидемий, не воспроизводимых популяционными моделями и клеточными автоматами. Минусом является повышение сложности модели, что требует дополнительных данных для проведения вычислительных экспериментов.

Пример моделирования ВИЧ.

Модели на базе клеточных автоматов широко используются для изучения распространения заболеваний во времени в пространственно неоднородных популяциях. В качестве примера имитационной модели на базе клеточного автомата для изучения распространения ВИЧ можно привести работу (Xuan et al., 2009).

Модели на основе сетей ещё более популярны, чем клеточные автоматы, особенно удобными они являются при изучении распространения инфекций, передающихся половым путём, в том числе и ВИЧ (Sloot et al., 2008), (Volz et al., 2010), (Zhong et al., 2018), (Zang et al., 2022). Обзор сетевых моделей распространения гепатита и ВИЧ среди групп ЛУИН приведён в (Bellerose et al., 2021).

Применимость подхода к прогнозированию динамики эпидемии ВИЧ-инфекции с учётом контрольных мер

Вводимые контрольные меры можно моделировать в пространственных моделях следующими способами:

- Добавление новых состояний индивидов по отношению к контрольным мерам (выявленные/невыявленные, охваченные/не охваченные программами и пр.)
- Изменение параметров переходов между состояниями в момент введения новых контрольных мер (например, уменьшение вероятности инфицирования восприимчивых индивидов вследствие распространения чистых шприцев и средств предохранения)
- Добавление и удаление связей между индивидами (для сетевых моделей), отражающих появление и пропадание путей передачи инфекции (например, изоляцию индивидов в лечебных учреждениях)

Необходимые и желательные входные данные

Необходимые:

- Значения параметров вероятностей переходов между состояниями индивидов, связанные с биологическими аспектами передачи инфекции (например, с вероятностью передачи ВИЧ через загрязнённый инъекционный инструментарий).
- Оценка начальных численностей индивидов подгрупп населения, не являющихся скрытыми (например, общие численности индивидов в заданных возрастных группах).
- Оценка числа контактов между разными подгруппами населения

Желательные:

- Оценки параметров вероятностей переходов между подгруппами населения, связанные с социальными аспектами передачи инфекции (например, с вероятностью инъекции в течение дня для ЛУИН).
- Оценка начальных численностей индивидов всех подгрупп населения, в том числе скрытых (например, численность ВИЧ-инфицированных индивидов среди определённых групп риска).
- Структура сетей контактов в виде предполагаемой топологии сети или детального графа связей (для сетевой модели)

4. Индивидуум-ориентированные и мультиагентные методы моделирования

Структура. В рамках индивидуум–ориентированного подхода каждый индивид наделяется набором параметров, описывающих его внутренние особенности,

пространственное расположение, социальный статус и показатели, связанные с протеканием заболевания. Часто индивидуум-ориентированные модели строятся на основе пространственных структур, но в общем случае они могут и отсутствовать.

Среди индивидуум-ориентированных моделей выделяется подкласс, включающий в себя так называемые «мультиагентные модели». Принадлежность индивидуум-ориентированной модели к классу мультиагентных, как правило, определяется тем, что индивиды в них моделируются как независимые сущности с определённым шаблоном поведения. В результате действий отдельных агентов, направленных на достижение индивидуальных целей, у системы наблюдаются некоторые свойства, не присущие её отдельным элементам.

Следует отметить, что в ряде работ модели называются «индивидуум-ориентированными» или даже «мультиагентными» в случае, если в моделях происходит обращение к индивидам как к отдельным сущностям (в отличие от классических популяционных моделей, которые оперируют численностями групп индивидов), при этом сами индивиды могут быть не отличимыми друг от друга - см., например, (Sahneh et al., 2013).

Достоинства и недостатки. Бесспорным достоинством индивидуум-ориентированного подхода является возможность сколь угодно детального описания свойств индивидов, влияющих на распространение болезни в популяции. Благодаря этому индивидуум-ориентированные модели позволяют задавать процессы в неоднородных популяциях с наиболее высокой степенью достоверности. С другой стороны, многопараметрическое описание индивидуумов налагает повышенные требования к данным для калибровки моделей и вычислительным ресурсам для проведения экспериментов с моделью. Кроме того, переусложнённые модели неудобны в обращении и результаты их работы сложно интерпретировать. По этим причинам важно найти удачный компромисс между реалистичностью разрабатываемых моделей и их наглядностью (Watts et al., 2005).

Пример моделирования ВИЧ.

Индивидуум-ориентированные и мультиагентные модели получили на сегодняшний день большое распространение. Они широко используются для изучения динамики ВИЧ, см., например, (Boren, D. et al., 2014), (Xiong, J. et al., 2010), (Monteiro et al., 2016), (Escudero et al., 2017), (Gountas et al., 2021). Обзор индивидуум-ориентированных моделей ВИЧ приведён в (Zang et al., 2019).

Применимость подхода к прогнозированию динамики эпидемии ВИЧ-инфекции с учётом контрольных мер

Вводимые контрольные меры можно моделировать в пространственных моделях следующими способами:

- Добавление новых состояний индивидов по отношению к контрольным мерам (выявленные/невыявленные, охваченные/не охваченные программами и пр.)
- Изменение параметров переходов между состояниями в момент введения новых контрольных мер (например, уменьшение вероятности инфицирования восприимчивых индивидов вследствие распространения чистых шприцев и средств предохранения)
- Добавление и удаление связей между индивидами (для сетевых моделей), отражающих появление и пропадание путей передачи инфекции (например, изоляцию индивидов в лечебных учреждениях)
- Изменение паттернов поведения индивидов вследствие более правильной оценки рисков

Необходимые и желательные входные данные

Необходимые:

- Значения параметров вероятностей переходов между состояниями индивидов, связанные с биологическими аспектами передачи инфекции (например, с вероятностью передачи ВИЧ через загрязнённый инъекционный инструментарий).
- Оценка начальных численностей индивидов подгрупп населения, не являющихся скрытыми (например, общие численности индивидов в заданных возрастных группах).
- Оценка числа контактов между разными подгруппами населения
- Распределение индивидуальных характеристик в популяции
- Информация о паттернах поведения индивидов, относящаяся к возможности заражения

Желательные:

- Оценки параметров вероятностей переходов между подгруппами населения, связанные с социальными аспектами передачи инфекции (например, с вероятностью инъекции в течение дня для ЛУИН).
- Оценка начальных численностей индивидов всех подгрупп населения, в том числе скрытых (например, численность ВИЧ-инфицированных индивидов среди определённых групп риска).
- Структура сетей контактов в виде предполагаемой топологии сети или детального графа связей (для сетевой модели)

- Синтетическая популяция индивидов, согласованная по кумулятивным характеристикам с реальным населением рассматриваемого региона

5. Гибридные методы моделирования

Структура моделей. Перспективным направлением на сегодняшний день является использование для решения задач эпидемиологии многокомпонентных систем имитационного моделирования. В этих системах распространение заболеваний задаётся комплексом взаимодействующих между собой моделей, реализованных на основе разных модельных подходов и отвечающих за разные процессы, происходящие в рассматриваемой системе (например, передвижение индивидуумов и контакты между ними, протекание заболевания у конкретного индивидуума, работа системы здравоохранения по выявлению и лечению индивидуумов). В случае необходимости модельное описание любого из процессов может быть заменено другим без необходимости перестроения всей системы. Универсальность многокомпонентной системы может быть расширена многими способами. Например, во многокомпонентной индивидуум–ориентированной модели BioWar, предназначенной для имитации распространения эпидемии в городских условиях в результате биологической атаки (Carley et al., 2004), существует возможность моделирования динамики большого количества различных заболеваний (в том числе их одновременное распространение в популяции). В программном продукте FLAME, Flexible Agent-based Modelling Environment (Coakley, 2007), реализована поддержка метаязыка для описания моделируемых систем, что позволяет изменять модельное описание рассматриваемой популяции и распространяющейся в ней болезни в широких пределах.

Достоинства и недостатки. Детальные многокомпонентные модели, предназначенные для учёта большого количества взаимодействующих факторов, могут демонстрировать высокую степень реалистичности при сохранении гибкости настройки в зависимости от поставленных задач (эта гибкость достигается за счёт многокомпонентности). Обратной стороной является понижение быстродействия, связанное в том числе с необходимостью обмена информацией между компонентами. Так, например, упомянутая выше многокомпонентная модель BioWar коллектива авторов из университета Карнеги Меллон требует для настройки своих подмоделей 40 входных файлов с параметрами и затрачивает четыре с половиной часа на проведение вычислительного эксперимента с популяцией из 275 000 индивидов.

Применимость подхода к прогнозированию динамики эпидемии ВИЧ-инфекции с учётом контрольных мер

Согласно используемым подмоделям

Необходимые и желательные входные данные

Согласно используемым подмоделям

Выбор и обоснование методики

Для решения поставленных в исследовании задач согласно заявке проекта, требуется, чтобы разработанная модель удовлетворяла следующим требованиям:

- Стратификация по полу.
- Включение инъекционного и полового путей передачи.
- Наличие механизмов тестирования, лечения и профилактики, заданных в явном виде.
- Наличие групп популяции, связанных с группами риска, а именно, ЛУИН, МСМ и работников коммерческого секса, трансгендерных людей.
- Различение подгрупп по степени риска (нормальный уровень или повышенный) в каждой из выделяемых групп населения, связанные с социальным статусом индивидов (например, статус нелегального мигранта) и/или уровнем рискованного поведения (например, вследствие сопутствующего алкоголизма).

С учётом требований, налагаемых на модель, было принято решение выбрать в качестве основы подход, опирающийся на детерминистские популяционные модели.

Причинами выбора данного подхода являются следующие:

- Отсутствие достаточного количества пространственных демографических и эпидемиологических данных затрудняют использование пространственно явных моделей (в частности, индивидуум-ориентированных моделей, где необходимы данные по географическим координатам отдельных индивидов и их домохозяйств).
- Степень агрегированности данных (уровень районов и муниципальных образований для одних имеющихся массивов данных, уровень городов – для других) делает нецелесообразным применение индивидуум-ориентированных моделей.
- При наблюдаемых характерных численностях групп (тысячи человек) и с учётом моделирования уже продолжающейся эпидемии, а не её стартовой фазы, ролью случайных эффектов можно пренебречь.
- Наличие большого количества подгрупп индивидов (по полу, типу и степени риска) усложняет калибровку моделей на данные, в силу этого выгодным представляется максимально возможное снижение размерности пространства параметров за счёт упразднения пространственной компоненты, индивидуальных вариаций и стохастических эффектов.

- Применение популяционного моделирования будет способствовать повышенной скорости вычислений и снижению неопределённости в оценке параметров за счёт малой структурной сложности модели.

Входные данные для моделирования

Примерная номенклатура требуемых данных включает в себя следующие показатели:

- Демографические характеристики общей популяции, желательно – с делением на подгруппы (численность, интенсивность рождаемости и смертности, интенсивность миграции, процент ВИЧ+, доля ВИЧ-инфицированных на антиретровирусной терапии).
- Параметры, связанные с интенсивности передачи ВИЧ (доля индивидов с рискованным сексуальным поведением, коэффициент снижения числа сексуальных контактов при диагностировании ИППП, средняя частота инъекций, доля числа инъекций с использованием загрязнённого инструментария, вероятности заражения для разных типов передачи инфекции, снижение вероятности передачи вследствие АРВТ, эффективность средств предохранения).
- Параметры, связанные с выявлением и лечением ВИЧ-инфицированных (частота ВИЧ-тестирования, интенсивность привода ВИЧ-инфицированных на АРВТ, интенсивности переходов между стадиями заболевания для индивидов с проводимой АРВТ и без неё).
- Параметры, связанные с характеристиками программ контроля распространения ВИЧ.

Пример применения выбранной методики

Одной из наиболее близких к предложенной методике является методика построения модели, приведённая в работе (Fraser et al., 2021). В указанной работе рассматривается модель передачи ВИЧ половым путем и путем инъекций среди ключевых групп населения в Тихуане, Мексика. С помощью модели была оценена доля новых инфекций, приобретенных в каждой из ключевых групп за 2020-2029 годы, в том числе доля, обусловленная незащищенным рискованным поведением.

Структура модели. Модель является детерминированной популяционной с перекрывающимися группами населения. Модель была стратифицирована по полу, принадлежности к ключевым группам (лица, употребляющие инъекционные наркотики, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, женщины-работники коммерческого секса и их клиенты, а также перекрывающиеся группы), статусу по состоянию к ВИЧ-инфекции (восприимчивость, острая инфекция, хроническая инфекция, пре- СПИД и

СПИД), статусу лечения ВИЧ (наличие/отсутствие антиретровирусной терапии). Номенклатура используемых групп и переходов между ними представлена на рис. 5-7.

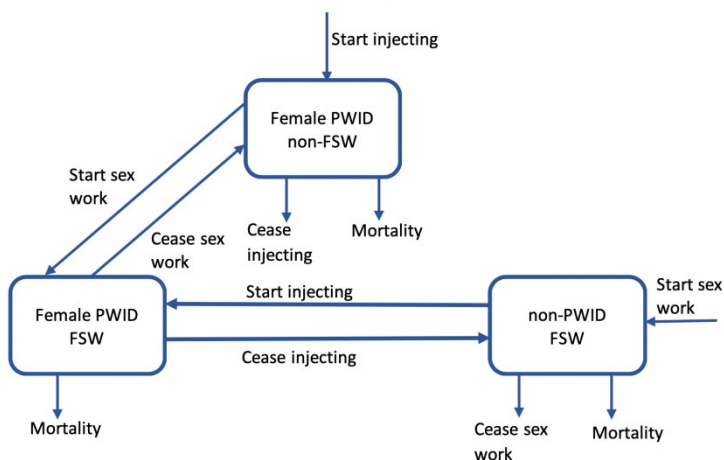


Рисунок 5 – Схема, показывающая перемещение между ключевыми группами населения женского пола (Fraser et al., 2021). Основными группами риска среди женщин являются люди, употребляющие инъекционные наркотики, и женщины-секс-работники.

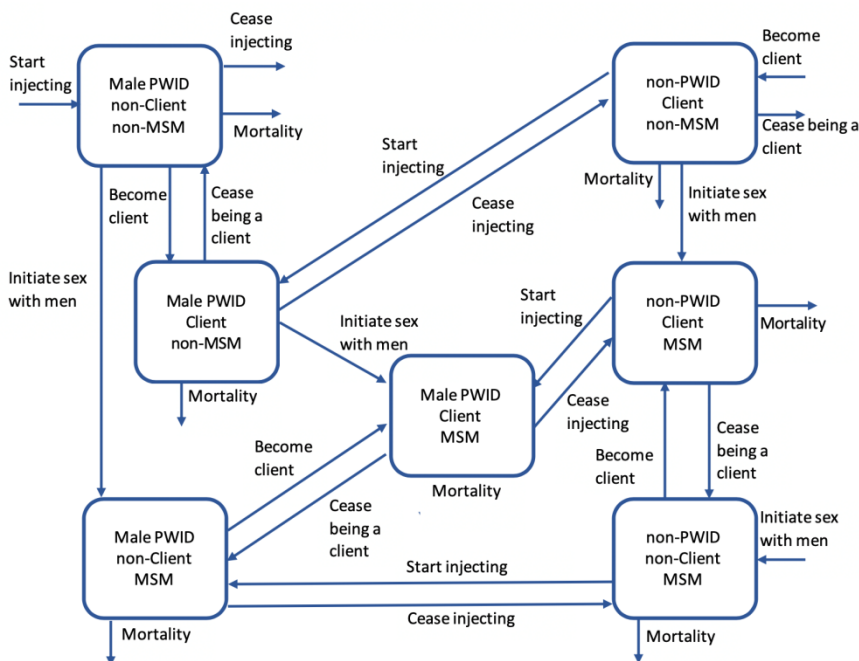


Рисунок 6 – Схема, показывающая перемещение между ключевыми группами населения мужского пола (Fraser et al., 2021). Основными группами риска являются люди, употребляющие инъекционные наркотики, клиенты женщин-секс-работников (клиенты) и мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ).

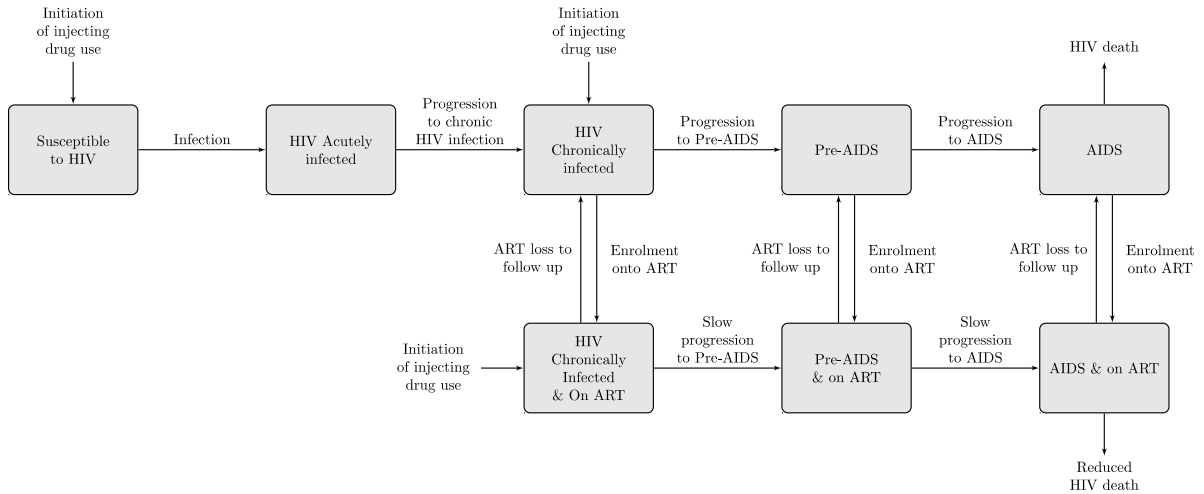


Рисунок 7 – Схема перехода между статусами относительно ВИЧ-инфекции и статуса АРТ (Fraser et al., 2021).

Уравнения модели. Пусть переменные $X_{i,j}$ задают численности группы индивидов в модели, где

- Индекс i отражает принадлежность к ключевой группе населения ($i = 1$: женщины, ЛУИН; $i = 2$: женщины, ЛУИН + работники коммерческого секса; $i = 3$: женщины-работники коммерческого секса; $i = 4$: мужчины, ЛУИН; $i = 5$: мужчины, ЛУИН+клиенты РКС; $i = 6$: мужчины, ЛУИН+МСМ; $i = 7$: мужчины, ЛУИН+клиенты РКС+МСМ; $i = 8$: мужчины, клиенты РКС; $i = 9$: мужчины, клиенты РКС+МСМ; $i = 10$: мужчины, МСМ).
- Индекс j отражает стадию заражения HIV ($j = 1$: восприимчивый; $j = 2$: острая инфекция; $j = 3$: хроническая инфекция; $j = 4$: преСПИД; $j = 5$: СПИД; $j = 6$: хроническая инфекция с АРТ; $j = 7$: преСПИД с АРТ; $j = 8$: СПИД с АРТ).

Система дифференциальных уравнений выписывается в виде

$$\frac{dX_{i,j}}{dt} = \Theta_{i,j} + \Sigma_{i,j} + \Lambda_{i,j} + \Pi_{i,j} + M_{i,j}$$

где

- $\Theta_{i,j}$ отражает притоки индивидов в различные группы населения,
- $\Sigma_{i,j}$ отражает переходы между группами внутри модели,
- $\Lambda_{i,j}$ отражает заражение ВИЧ внутри модели,

- $P_{i,j}$ отражает переход между стадиями заболевания и старт/прекращение использования АРТ,
- $M_{i,j}$ отражает смертность в группах населения.

На основе указанной модели был произведён расчёт различных показателей, связанных с распространением ВИЧ и охватом АРТ в разных группах населения. Пример выходных данных по заболеваемости приведён на рис. 6. Далее производится анализ изменения выходных данных при различных наборах значений параметров, которые отражают различные сценарии профилактики распространения ВИЧ.

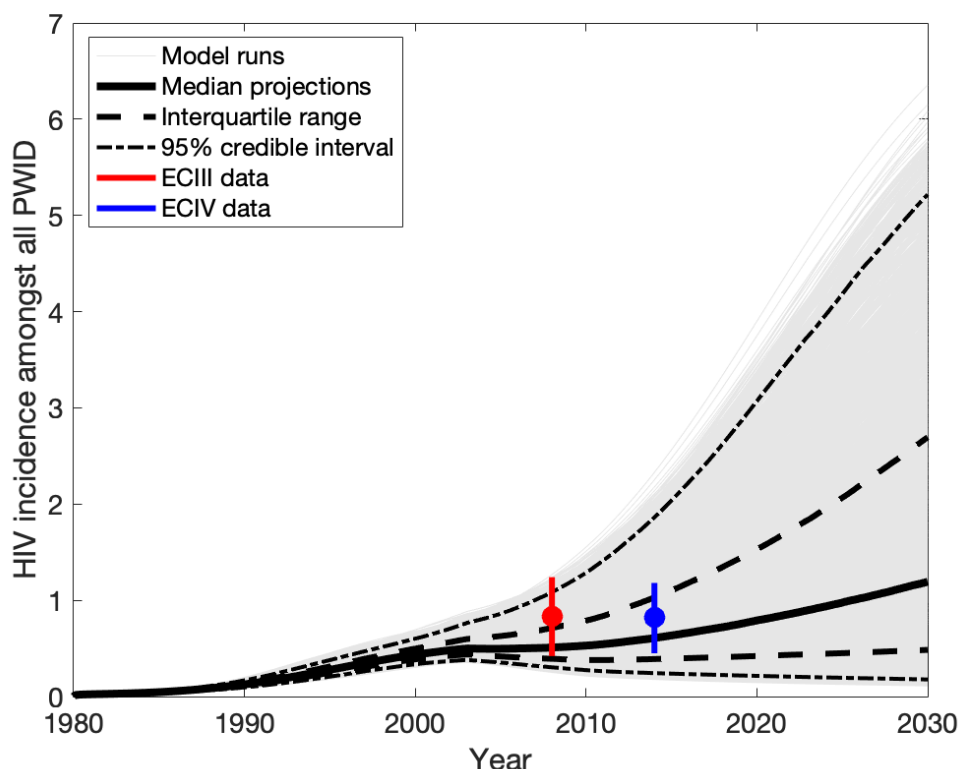


Рисунок 8 – Прогнозы заболеваемости ВИЧ и оценки имеющихся данных для ЛУИН в Тихуане, Мексика (Fraser et al., 2021).

Достоинством модели является детальный учёт большого количества всевозможных групп населения, связанных с передачей ВИЧ, с поправкой на имеющиеся у исследователей данные по характеристикам этих групп. Принцип построения приведённой модели может быть использован в работе по моделированию ВИЧ в РФ.

Предполагается взять в качестве основы приведённый подход со следующими отличиями:

- Изменение нерелевантных параметров
- Добавление дополнительных популяционных групп (ТГЛ)

- Модификация сравниваемых сценариев профилактики, исходя из методов профилактики, рассматриваемых в условиях проекта и из потенциальных эффектов:
 - Для **ВИЧ-негативных представителей КГН:** снижение уровня рискованного поведения (инъекционного и сексуального) за счет охвата мероприятиями проекта (информирование, распространение шприцев/презервативов) и как следствие – снижение заболеваемости (новых случаев) ВИЧ-инфекцией внутри групп
 - Для **ВИЧ-позитивных представителей КГН:**
 - увеличение доли информированных о своем ВИЧ-статусе и приверженных лечению и как следствие – снижение распространения ВИЧ-инфекции (новых случаев) ВИЧ-инфекцией внутри группы и вовне группы через сексуальные контакты с популяцией вне групп риска;
 - снижение уровня рискованного поведения (инъекционного и сексуального) за счет охвата мероприятиями проекта (информирование, распространение шприцев/презервативов) и как следствие – снижение заболеваемости (новых случаев) ВИЧ-инфекцией внутри группы и вовне группы через сексуальные контакты с популяцией вне групп риска.

Данные для соответствующей калибровки модели будут получены из:

- Данных мониторинга и оценки проекта «КАСКАД»
- Данные биоповеденческих исследований в регионах проекта
- Статистических данных региональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом
- Опубликованных в научной литературе расчетных данных.

В результате будет получена оценка нескольких сценариев динамики развития эпидемии в регионах исследования: 1) отсутствие профилактических воздействий, 2) наличие профилактических воздействий в объеме, предоставляемым проектом, 3) наличие профилактических воздействий с более высокими показателями охвата КГН (intervention scaling-up).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- Apolloni, A. et al. Metapopulation epidemic models with heterogeneous mixing and travel behaviour // *Theoretical Biology and Medical Modelling*, Vol. 11, No 1, 2014, Article number 3.
- Bansal S., Grenfell B., Meyers L. A. When individual behaviour matters: homogeneous and network models in epidemiology // *J. R. Soc. Interface*. 2007. Vol. 4, No. 16. P. 879-891.
- Bartlett M. S. *An Introduction to Stochastic Processes, with special reference to methods and applications*. Third edition. Cambridge University Press, 1978. 388 p.
- Bellerose, M., Zhu, L., Hagan, L. M., Thompson, W. W., Randall, L. M., Malyuta, Y., ... & Linas, B. P. (2021). A review of network simulation models of hepatitis C virus and HIV among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 88, 102580.
- Black F. L., Singer B. Elaboration versus simplification in refining mathematical models of infectious disease // *Ann. Rev. Microbiol.* 1987. No. 41. P. 677–701.
- Bonabeau, E. Agent-based modeling: methods and techniques for simulating human systems // *Proceedings from the National Academy of Sciences*. 2002. Vol. 99. P. 7280-7287.
- Boren, D. et al. Stochastic variation in network epidemic models: Implications for the design of community level HIV prevention trials // *Statistics in Medicine*, 2014
- Carley K. M., Altman N., Kaminsky B., Nave D., Yahja A. *BioWar: A City–Scale Multi–Agent Network Model of Weaponized Biological Attacks* (2004). CASOS Technical Report [Электронный ресурс].
- Coakley S. *Formal Software Architecture for Agent–Based Modelling in Biology* // Ph. D. thesis. Department of Computer Science, University of Sheffield, UK, 2007.
- Conner M. M., Gross J. E., Cross P. C., Ebinger M. R., Gillies R. R., Samuel M. D., Miller M. W. Scale–dependent approaches to modeling spatial epidemiology of chronic wasting disease. Special Report. Utah Division of Wildlife Resources, 2007.
- Escudero DJ, Lurie MN, Mayer KH, King M, Galea S, Friedman SR, Marshall BD. The risk of HIV transmission at each step of the HIV care continuum among people who inject drugs: a modeling study. *BMC public health*. 2017 Dec;17(1):1-9.
- Fraser, H., Borquez, A., Stone, J., Abramovitz, D., Brouwer, K.C., Goodman-Meza, D., Hickman, M., Patterson, T.L., Silverman, J., Smith, L. and Strathdee, S.A., 2021. Overlapping key

populations and HIV transmission in Tijuana, Mexico: a modelling analysis of epidemic drivers. *AIDS and Behavior*, 25(11), pp.3814-3827.

Gountas, I., Nikolopoulos, G., Touloumi, G., Fotiou, A., & Souliotis, K. (2021). Could the 2010 HIV outbreak in Athens, Greece have been prevented? A mathematical modeling study. *PloS one*, 16(10), e0258267.

Krebs, E., Enns, B., Wang, L., Zang, X., Panagiotoglou, D., Del Rio, C., Dombrowski, J., Feaster, D.J., Golden, M., Granich, R. and Marshall, B., 2019. Developing a dynamic HIV transmission model for 6 US cities: an evidence synthesis. *PloS one*, 14(5), p.e0217559.

Monteiro, J.F.G., Escudero, D.J., Weinreb, C., Flanigan, T., Galea, S., Friedman, S.R. and Marshall, B.D.L., 2016. Understanding the effects of different HIV transmission models in individual-based microsimulation of HIV epidemic dynamics in people who inject drugs. *Epidemiology & Infection*, 144(8), pp.1683-1700.

Pertsev N. V., Leonenko V. N. Discrete stochastic model of HIV infection spread within a heterogeneous population // *Russian Journal of Numerical Analysis and Mathematical Modelling*, 27:5 (2012), 459-477.

Sahneh, F.D. , Scoglio, C., Van Mieghem, P. Generalized epidemic mean-field model for spreading processes over multilayer complex networks // *IEEE/ACM Transactions on Networking*, Vol. 21, Issue 5, 2013, P. 1609-1620.

Sloot P. M. A., Ivanov S. V., Boukhanovsky A. V., Vijver D. A. M. C. Van De, Boucher C. A. B. Stochastic simulation of HIV population dynamics through complex network modeling // *International Journal of Computer Mathematics*. 2008. Vol. 85, No. 8. P. 1175–1187.

Xiong, J. et al. Multiagent-based simulation of the HIV/AIDS spatial and temporal transmission among injection drug users // *18th International Conference on Geoinformatics, Geoinformatics 2010*.

Xuan H., Xu L., Li L. A CA-based epidemic model for HIV/AIDS transmission with heterogeneity // *Ann Oper Res* (2009) 168: 81–99.

Watts D. J., Muhamad R., Medina D. C., Dodds P. S. Multiscale, resurgent epidemics in a hierarchical metapopulation model // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2005. Vol. 102, No. 32. P. 11157–11162.

Zang, X., Krebs, E., Wang, L., Marshall, B.D., Granich, R., Schackman, B.R., Montaner, J.S. and Nosyk, B., 2019. Structural design and data requirements for simulation modelling in HIV/AIDS: a narrative review. *Pharmacoeconomics*, 37(10), pp.1219-1239.

Zang, X., Goedel, W.C., Bessey, S.E., Lurie, M.N., Galea, S., Galvani, A.P., Friedman, S.R., Nosyk, B. and Marshall, B.D., 2022. The impact of syringe services program closure on the risk of rebound HIV outbreaks among people who inject drugs: A modeling study. *AIDS*, 36(6), pp.881-888.

Zhong, L., Zhang, Q. and Li, X., 2018. Modeling the intervention of HIV transmission across intertwined key populations. *Scientific reports*, 8(1), pp.1-9.

7. КАЧЕСТВЕННЫЙ КОМПОНЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА, ОСНОВАННЫЙ НА АНАЛИЗЕ МНЕНИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

Цель исследования

Оценка эффективности вмешательств, проведенных в ходе реализации проекта «КАСКАД», направленных на КГН, на основании мнений представителей ключевых групп населения, поставщиков услуг и экспертов.

Задачи исследования

1. Оценка эффективности проекта «КАСКАД» в отношении оказания сервисных услуг ключевым группам населения;
2. Анализ степени реализации задачи по мобилизации сообществ ключевых групп населения и усилению координации и взаимодействия с местными органами власти и государственными организациями;
3. Выявление сильных и слабых сторон реализации проекта «КАСКАД» при взаимодействии между различными стейкхолдерами (представителями ключевых групп, членами Консорциумов, местными органами власти и государственными организациями системы здравоохранения и пр.);
4. Оценка проекта «КАСКАД» в отношении организации работ по проекту и управления проектом, а также соответствия реализуемых вмешательств актуальным эпидемиологическим потребностям;
5. Формирование рекомендаций по совершенствованию реализации проекта «КАСКАД» и тиражированию лучших практик;
6. Анализ мнений экспертов по сценариям развития эпидемии ВИЧ-инфекции в шести регионах, эффективным мерам противодействия, в том числе оценка мероприятий проекта «КАСКАД» в трех регионах проекта.

Дизайн исследования

Исследование проводится в три этапа (раунда) и позволит сравнить эффективность воздействия вмешательств в начале проекта «КАСКАД» и на его заключительном этапе.

Целевые группы

К участию в фокус-группах и интервью были привлечены представители пяти ключевых групп населения, включенные в проект: ЛЖВ, ЛУИН, МСМ, СР, ТГЛ. Для фокус-групп и интервью с представителями ключевых групп населения выборка информантов производилась как на основе стратификации (принадлежности к конкретной ключевой группе), так и с учетом максимального различия в их опыте, места в каскаде ВИЧ, времени получения сервисных услуг.

К участию в полуструктурированных интервью были привлечены представители четырех целевых групп:

1. Представители ключевых групп населения: ЛЖВ, ЛУИН, МСМ, СР, ТГЛ

В трех регионах проекта обеспечивался гомогенный состав участников фокус-групп с целью сбора информации о предоставляемых услугах отдельным КГН, наиболее эффективного проведения фокус-групп и минимизации возможных рисков для участников исследования.

2. Поставщики услуг в регионах проекта, члены Консорциумов;

Ключевые информанты из числа поставщиков услуг (членов Консорциумов) – представители организаций, непосредственно осуществляющих профилактические вмешательства и оказание услуг для ключевых групп населения в конкретном регионе. К участию в исследовании были привлечены как специалисты, непосредственно взаимодействующие с представителями целевых групп и отвечающие за полевую работу, так и те, которые организуют весь спектр работ по проекту, включая координацию на уровне организации и/или региона. Информанты выбирались из числа тех, кто наиболее осведомлен о проекте и его результатах.

3. Эксперты (представители комитетов по здравоохранению/руководители ЦС/другие эксперты).

Среди экспертов были отобраны информанты, обладающие наиболее полной информацией о проекте и сотрудничающие с организациями-членами Консорциумов, а также стратегической информацией о системе профилактики и лечения ВИЧ-инфекции как на уровне региона, так и на национальном уровне.

4. Члены Форумов КГН

Информанты из числа членов межрегиональных Форумов КГН представляли активистов Форумов, обладающих наиболее полной информацией о проекте.

Процесс рекрутирования

Рекрутирование информантов из числа сотрудников Консорциумов в регионах и активистов Форумов КГН осуществлялось при содействии БФ «Гуманитарное действие». Привлечение к участию в исследовании представителей КГН и экспертов государственных организаций проводилось сотрудниками Консорциумов в регионах проекта из числа информированных о проекте «КАСКАД», наиболее активно взаимодействующих с членами Консорциумов. Привлечение клиентов из группы ЛУИН для участия в фокус-группе в Санкт-Петербурге проводилось членами исследовательской группы при содействии сотрудников Консорциума.

Наибольшие трудности возникли с рекрутированием экспертов государственных организаций: в целях минимизации возможных рисков для сотрудников Консорциумов приглашение к участию в исследовании осуществлялось только от лица НКО, взаимодействующих с государственными организациями. В Москве не были организованы интервью с представителями государственных организаций по причинам отказа экспертов от участия. По согласованию с БФ «Гуманитарное действие».

При рекрутировании клиентов наиболее сложным был процесс организации фокус-группы с ТГЛ: они были связаны с малочисленностью этой группы во всех регионах проекта и с закрытостью группы – сотрудники Консорциумов сообщали об отказах клиентов из группы ТГЛ от участия в групповых интервью. Рекрутирование участников фокус-группы из числа МСМ также было связано с организационными трудностями, в связи с этим были проведены две фокус-группы для достижения заявленного в протоколе исследования показателя количества участников. Количество участников фокус-групп варьировало в разных регионах и для разных КГН, однако общее количество клиентов проекта, которые приняли участие в фокус-группах и интервью, превышает заявленный в протоколе исследования и техническом задании показатель.

Наиболее оперативный процесс рекрутинга всех групп информантов был реализован сотрудниками Консорциума в Челябинске, что может свидетельствовать об активной работе и налаженных контактах с КГН и государственными организациями. Трудности с рекрутированием КГН и экспертов государственных организаций могут быть связаны с недостаточно налаженным взаимодействием с представителями этих групп.

Выборка

Целевой объем выборки по четырем целевым группам исследования составил:

- 1) 9 фокус-групп (по 10 человек в каждой из числа представителей КГН, сервисных клиентов) в трех регионах проекта – Москва 3 фокус-группы, Санкт-Петербург 3 фокус-группы, Челябинск 3 фокус-группы;
- 2) 15 полуструктурированных интервью с поставщиками услуг в трёх регионах проекта, членами Консорциумов – 5 в Санкт-Петербурге, 5 в Москве, 5 в Челябинске;
- 3) 20 полуструктурированных интервью с представителями пяти КГН (1 ЛЖВ, 1 ЛУИН, 1 МСМ, 1 СР, 1 ТГЛ) – по пять в каждом регионе проекта, всего 15;
- 4) 5 полуструктурированных интервью с активистами Форумов (1 Форум ЛЖВ, 1 Форум ЛУИН, 1 Форум МСМ, 1 Форум СР, 1 Форум ТГЛ);

5) 6 экспертных интервью (по два интервью в каждом регионе проекта) с представителями комитетов по здравоохранению/руководителями ЦС/другими экспертами.

Всего было проведено 11 фокус-групп (от 4 до 14 участников в каждой, общее количество участников из числа сервисных клиентов – 107) и 18 интервью с представителями КГН, сервисными клиентами, 18 интервью с поставщиками услуг, членами Консорциумов, 5 интервью с активистами Форумов ЛЖВ, ЛУИН, МСМ, СР, ТГЛ, 4 интервью с экспертами из числа представителей государственных организаций (Приложение 7).

Методика исследования

Основными методами сбора данных выступали полуструктурированные интервью и фокус-группы. Все фокус-группы с представителями КГН были проведены в очном формате в регионах реализации исследования. Некоторые интервью с сотрудниками Консорциумов, сервисными клиентами и экспертами государственных организаций проводились в онлайн-формате. Большинство (4 из 5) интервью с активистами Форумов были проведены в онлайн-формате по причине территориальной удаленности – активисты находились за пределами регионов исследований.

После процедуры получения информированного согласия всех участников проводилась аудиозапись интервью и фокус-групп. Аудиозаписи были расшифрованы (переведены в текстовый вид).

Фокус-группы

Фокус-группы проводились квалифицированными сотрудниками (профессиональными социологами). За участие в фокус-группе участникам предоставлялась компенсация в виде подарочного сертификата номиналом 1000 рублей. Количество участников фокус-групп варьировало от 4 до 14 человек. Информантам было предложено ознакомиться с информацией об исследовании в Форме информированного согласия для фокус-групп с представителями ключевых групп населения (Приложение 7).

Путеводитель фокус-групп для представителей ключевых групп (ЛЖВ, ЛУИН, МСМ, СР, ТГЛ) (Приложение 7) включал следующие тематические блоки:

- 1) Собственный опыт получения услуг в проекте
- 2) Оценка услуг в области профилактики ВИЧ
- 3) Оценка услуг в области тестирования на ВИЧ
- 4) Оценка услуг в области лечения ВИЧ
- 5) Оценка правовой помощи
- 6) Оценка других сервисов для сохранения здоровья

- 7) Общая оценка взаимодействия с организацией
- 8) Оценка проекта в целом

Полуструктурированные интервью

Интервью проводились квалифицированными сотрудниками (профессиональными социологами). Минимальная, максимальная и средняя продолжительность интервью и фокус-групп:

- 1) **Фокус-группы:** минимальная продолжительность 1 час 12 минут, максимальная 2 часа 28 минут. Средняя продолжительность составила 1 час 37 минут.
- 2) **Интервью с сервисными клиентами:** минимальная продолжительность 15 минут, максимальная 1 час 02 минуты, средняя 29 минут.
- 3) **Интервью с представителями Консорциумов:** минимальная продолжительность 15 минут, максимальная 1 час 11 минут, средняя 56 минут.
- 4) **Интервью с активистами Форумов:** минимальная продолжительность 45 минут, максимальная 1 час 22 минуты, средняя 59 минут.
- 5) **Интервью с экспертами государственных организаций:** минимальная продолжительность 26 минут, максимальная 45 минут, средняя 33 минуты.

За участие в интервью участникам выдавалась компенсация в виде подарочного сертификата номиналом 500 рублей. Каждой группе респондентов было предложено ознакомиться с информацией об исследовании в Форме информированного согласия для интервью с поставщиками услуг, членами Консорциумов (Приложение 7), Форме информированного согласия для интервью с представителями ключевых групп (Приложение 7), Форме информированного согласия для экспертных интервью с представителями комитетов по здравоохранению/руководителями ЦС/другими экспертами (Приложение 7)

Путеводитель интервью для представителей ключевых групп (ЛЖВ, ЛУИН, МСМ, СР, ТГЛ) (Приложение 7) включал следующие тематические блоки:

- 1) Собственный опыт получения услуг в проекте
- 2) Оценка услуг в области профилактики ВИЧ
- 3) Оценка услуг в области тестирования на ВИЧ
- 4) Оценка услуг в области лечения ВИЧ
- 5) Оценка правовой помощи
- 6) Оценка других сервисов для сохранения здоровья
- 7) Общая оценка взаимодействия с организацией
- 8) Оценка проекта в целом

Путеводитель интервью для поставщиков услуг в регионах проекта, членов Консорциумов (Приложение 7) будет включать следующие тематические блоки:

- 1) Оценка сервисных модулей проекта «КАСКАД»
- 2) Потребности в профилактике, тестировании и лечении в регионе
- 3) Оценка проекта для развития НКО и социального партнерства
- 4) Оценка эффективности проекта «КАСКАД»

Путеводитель интервью для экспертов (представителей комитетов по здравоохранению/руководителей ЦС/других экспертов) (Приложение 7) включал следующие тематические блоки:

- 1) Характеристики и сценарии развития эпидемии в регионе
- 2) Оценка мероприятий проекта «КАСКАД»
- 3) Потребности в профилактике, тестировании и лечении в регионе
- 4) Оценка сервисных модулей проекта «КАСКАД»
- 5) Оценка проекта для развития НКО и социального партнерства

Путеводитель интервью для активистов Форумов (Приложение 7) включал следующие тематические блоки:

- 1) Участие в проекте
- 2) Оценка услуг сервисных модулей проекта
- 3) Услуги по поддержке сообществ
- 4) Налаживание координации и взаимодействия сообществ и государственных организаций
- 5) Управление проектом

Протокол данного исследования, включая все формы для качественного сбора данных и формы информированного согласия, был рассмотрен независимым Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова».

Подробные данные о проведенных интервью и фокус-группах представлены в таблице.

Таблица 20. Интервью

Клиенты, представители ключевых групп населения		
Дата интервью	Ключевая группа	Регион
20.04.2022	ЛЖВ	Санкт-Петербург
20.04.2022	ЛУИН	Санкт-Петербург
21.04.2022	МСМ	Санкт-Петербург
21.04.2022	МСМ	Санкт-Петербург
20.04.2022	СР	Санкт-Петербург
20.04.2022	СР	Санкт-Петербург

09.06.2022	ТГЛ	Санкт-Петербург
13.05.2022	ЛЖВ	Москва
02.05.2022	ЛУИН	Москва
02.05.2022	ЛУИН	Москва
12.05.2022	МСМ	Москва
16.05.2022	СР	Москва
12.05.2022	ТГЛ	Москва
26.05.2022	ЛЖВ	Челябинск
25.05.2022	ЛУИН	Челябинск
26.05.2022	МСМ	Челябинск
27.05.2022	СР	Челябинск
26.05.2022	ТГЛ	Челябинск
Всего: 18 интервью		

Эксперты		
Дата интервью	Должность, специализация	Регион
18.05.2022	Инфекционист	Санкт-Петербург
26.05.2022	Гинеколог	Санкт-Петербург
25.05.2022	Психолог	Челябинск
26.05.2022	Представитель вуза	Челябинск
Всего: 4 интервью		

Сотрудники Консорциумов		
Дата интервью	Должность	Регион
11.04.2022	Координатор Консорциума	Санкт-Петербург
11.04.2022	Координатор службы сопровождения	Санкт-Петербург
11.04.2022	Руководитель НКО	Санкт-Петербург
12.04.2022	Координатор Форумов	Санкт-Петербург
13.04.2022	Аутрич-консультант	Санкт-Петербург
13.04.2022	Аутрич-консультант, медицинский работник	Санкт-Петербург
28.04.2022	Кейс-менеджер	Санкт-Петербург
21.04.2022	Координатор уличной социальной работы	Москва
13.05.2022	Кейс-менеджер	Москва
13.05.2022	Координатор	Москва
02.05.2022	Кейс-менеджер	Москва
02.05.2022	Уличный юрист	Москва
02.05.2022	Кейс-менеджер	Москва
25.04.2022	Руководитель НКО	Челябинск
25.04.2022	Кейс-менеджер	Челябинск
25.04.2022	Психолог	Челябинск
26.04.2022	Руководитель ИГ	Челябинск
25.04.2022	Руководитель ИГ	Челябинск
Всего: 18 интервью		

Активисты Форумов		
Дата интервью	Ключевая группа	Регион
19.04.2022	Форум СР	Санкт-Петербург
19.04.2022	Форум ТГЛ	Санкт-Петербург
19.04.2022	Форум МСМ	Санкт-Петербург
27.04.2022	Форум ЛУН	Санкт-Петербург

13.05.2022	Форум ЛЖВ	Санкт-Петербург
Всего: 5 интервью		

Таблица 21. Фокус-группы

Клиенты, представители ключевых групп населения			
Дата фокус-группы	Количество человек	Ключевая группа	Регион
22.04.2022	14	СР	Санкт-Петербург
22.04.2022	4	МСМ	Санкт-Петербург
05.05.2022	7	МСМ	Санкт-Петербург
05.05.2022	9	ЛУИН	Санкт-Петербург
11.05.2022	7	ТГЛ	Санкт-Петербург
17.05.2022	13	ЛЖВ	Москва
12.05.2022	10	ЛУИН	Москва
13.05.2022	12	МСМ	Москва
27.04.2022	9	СР	Челябинск
26.04.2022	8	МСМ	Челябинск
25.04.2022	14	ЛУИН	Челябинск
Всего: 11 фокус-групп, 107 участников			

Обработка и анализ данных

Для анализа данных была разработана книга кодов, которая включала 57 априорных кодов, основанных на исследовательских задачах и вопросах путеводителей интервью, и их определения. В процессе анализа данных книга кодов была дополнена апостериорным кодом – «внешние барьеры реализации проекта».

Кода были объединены в более широкие категории для анализа, каждой из которых соответствует подраздел отчета:

- 1) Оценка эффективности сервисного компонента
- 2) Барьеры к получению услуг в сфере профилактики и лечения ВИЧ, с которыми сталкиваются представители КГН
- 3) Оценка мероприятий по укреплению НКО и организаций на базе сообществ
- 4) Оценка управления проектом и организации работы
- 5) Оценка работы Форумов КГН
- 6) Общая оценка проекта: сильные и слабые стороны
- 7) Оценка социального партнерства

Анализ данных осуществлялся с использованием программного обеспечения Atlas.ti. Все интервью были закодированы, проведен описательный анализ данных. Анализ данных и представление результатов носят прикладной характер. Целью анализа данных являлось представление и обобщение сведений, которые сообщили информанты, с учетом региональной специфики и, где релевантно, мнений отдельных целевых групп исследования (клиентов проекта, сотрудников Консорциумов, активистов Форумов и экспертов государственных организаций). Некоторые подразделы содержат срез мнений

только одной целевой группы: например, подраздел, посвященный информированности клиентов проекта о доступных услугах, включает только анализ мнений клиентов проекта. Раздел, посвященный анализу управления проектом и организации работы, содержит только мнения сотрудников Консорциумов и активистов Форумов. Региональная специфика представлена в случае ее выявления в процессе анализа.

Ограничения исследования

Данное исследование имеет несколько ограничений:

- 1) В связи с тем, что большинство сервисных клиентов проекта – представителей КГН – были рекрутированы сотрудниками Консорциумов, они представляют наиболее лояльную категорию клиентов, что может обуславливать некоторые смещения в сторону более позитивной оценки сервисов и их реализации НКО. В случае, когда рекрутирование осуществляется сотрудниками исследовательской группы, данное смещение также может быть актуальным, так как исследование направлено на оценку сервисного компонента, реализуемого Консорциумами, и клиенты проекта могут соглашаться принять участие в интервью или фокус-группе в случае высокой лояльности к НКО.
- 2) Недостаточная представленность сотрудников государственных организаций в выборочной совокупности несколько снижает спектр возможной вариативности мнений относительно социального партнерства между НКО и государственной системой здравоохранения.
- 3) Сотрудникам организаций, которые ответственны за полевую работу с КГН, в некоторых случаях было сложно отделить задачи и содержание работы по разным проектам, которые реализует НКО, так как работа с целевыми группами организации, как правило, финансируется из средств разных проектов. По этой причине оценка проекта некоторыми сотрудниками и клиентами проекта могла быть затруднена в отношении оценки усилий, связанных именно с проектом КАСКАД.

Результаты исследования

1. Оценка эффективности сервисного компонента

1.1. Информированность клиентов о доступных услугах

Клиенты проекта «КАСКАД» в регионах в целом хорошо информированы об услугах, доступных в организациях-членах Консорциумов. Лучше всего информантам из всех КГН известно о профилактической помощи (выдаче презервативов, лубрикантов, информационных материалов, стерильного инструментария для ЛУИН) и о тестировании на ВИЧ, в том числе в мобильных пунктах и клубах (для группы MSM). При ответе на

вопросы об информированности о доступных услугах клиенты проекта во всех регионах в первую очередь отмечали именно услуги по профилактике и тестированию.

Информанты из числа представителей группы МСМ во всех трех регионах проекта информированы о возможности прохождения тестирования на ВИЧ и другие ИППП в клубах и в офисах организаций, в то же время они реже, в сравнении с другими группами, знали о работе мобильных пунктов. Эта тенденция характерна для всех трех регионов исследования и связана с тем, что организации и инициативные группы, специализирующиеся на работе с МСМ, ориентированы, прежде всего, на тестирование в клубах.

Клиентам проекта из всех КГН хорошо известно об услуге сопровождения лиц с положительным ВИЧ-статусом в Центры СПИДа для диагностики и получения лечения, вне зависимости от того, пользовались они сами этой услугой или нет. Часто им известно о такой помощи, так как ее получал кто-то из их круга общения.

«Я слышал, да. Знакомый обращался. Необходимо было такое. Чуть ли не за ручку взяли, отвели в нужную дверь, сам боялся идти. Такую историю я знаю.» (КП МСМ Челябинск)

Клиенты проекта осведомлены о возможностях консультирования о рисках распространения ВИЧ и по другим вопросам в сфере сохранения здоровья и получения психологической помощи – в рамках индивидуальных консультаций со специалистами или в группах поддержки.

«Помимо профилактики, другое, за другой помощью я не обращалась. Но я всегда знала, что можно обратиться за тем, чтобы провериться, обратиться к психологу» (КП ТГЛ Челябинск)

Даже в тех случаях, когда сами клиенты не обращались за тем или иным видом помощи, часто они знали о доступности услуг по профилактике, тестированию и сопровождении для диагностики и лечения в НКО. Тем не менее, в некоторых случаях клиенты сообщали, что узнавали о доступных в организациях услугах – например, о возможности получения психологической и правовой помощи, когда они уже теряли для них актуальность.

В меньшей степени клиенты проекта информированы о возможностях получения правовой помощи, предоставляемой в рамках проекта «КАСКАД». Большинство информантов-клиентов проекта не слышали о работе уличных юристов, исключения составляют представители отдельных КГН в регионах, которые слышали о работе уличных юристов, но сами не имели опыта обращения за правовой помощью в таком формате.

«[получали ли вы] какую-либо правовую помощь в этой организации, связанную с профилактикой и лечением ВИЧ? // Я слышал, что она существует, но не было необходимости.// Расскажите, пожалуйста, что вы слышали.// Что действует юрист именно по этой специфике. Я не смог себе придумать какую-то ситуацию, зачем он нужен, но запомнил на всякий случай». (КП МСМ Челябинск)

«Уличный юрист» я слышал, но в основном из-за того, что лично знаком с человеком, который является «уличным юристом», а так – нет. // Я тоже слышал, готов сказать, что такая инициатива есть, кому-то, кому будет интересно, сам не углублялся в вопрос.» (КП ТГЛ СПб)

Однако, как правило, клиенты проекта знают о возможностях получения правовой помощи или социального сопровождения в организациях, которая может быть не связана с работой в проекте «КАСКАД». Чаще всего о правовой помощи или социальном сопровождении – как о собственном опыте, так и об информированности о возможности получения – упоминали клиенты проекта в Москве: в частности, клиенты из групп СР и ЛУИН сообщали об опыте обращения (или о возможности обратиться) за услугами по восстановлению документов, сопровождению в получении терапии для людей без гражданства, сопровождению в наркологический диспансер, защите прав в случае незаконной принудительной госпитализации и иных случаях защиты интересов, в том числе в суде. Также только клиенты проекта в Москве упоминали о помощи при постинъекционных осложнениях – выдаче средств профилактики и консультировании.

К видам правовой помощи, которые упоминались клиентами из числа ЛУИН в Санкт-Петербурге, относится помощь при оформлении инвалидности, сопровождение в наркологические клиники и защита интересов в суде. К специфическим для региона видам помощи, о которых сообщали клиенты проекта в Санкт-Петербурге, относится возможность посещения низкопорогового медицинского центра, в котором они могли получить консультации врачей различной специализации, и доставка терапии для маломобильных категорий пациентов.

Об опыте получения доконтактной профилактики сообщали представители группы МСМ в Москве и Челябинске, что свидетельствует о наличии такого запроса в регионах проекта. Однако этот вид помощи был реализован в рамках других проектов НКО, которые входят в составы Консорциумов.

Клиентам проекта не задавался специальный вопрос об источниках информации о доступных услугах. Анализ ответов на вопросы об информированности об услугах проекта позволяет выделить несколько основных каналов получения информации: общение с сотрудниками организаций/инициативных групп, информация на сайте/в социальных сетях, когда представители КГН целенаправленно ищут ВИЧ-сервисные организации или

изучают доступные услуги конкретной организации, общение с другими клиентами проекта.

1.2. Оценка профилактических услуг клиентами проекта

1.2.1. Доступность услуг по профилактике ВИЧ в регионах проекта

В данном разделе представлены результаты оценки доступности и удовлетворенности услугами по профилактике ВИЧ клиентами проекта «КАСКАД». В случае представления мнений сотрудников Консорциумов или экспертов государственных организаций, это будет отмечено в тексте.

НКО-члены Консорциума в трех регионах проекта воспринимаются клиентами как уникальные организации, оказывающие комплексные услуги по профилактике: распространение презервативов, лубрикантов, дезинфицирующих средств, стерильный инструментарий для ЛУИН, консультирование по вопросам распространения ВИЧ. Клиенты во всех регионах проекта высоко оценивают доступность получения услуг в организациях-членах Консорциумов. Помощь, по мнению информантов, получить легко: не требуется предварительная запись, отсутствуют какие-либо барьеры для ее получения. Вместе с тем, ряд клиентов отмечают, что простота получения этой помощи доступна лишь тем, кто знает об этих помогающих организациях и их услугах.

Большинство информантов из числа представителей КГН в Челябинске не знают о возможности получения профилактической помощи в других организациях, включая Центр СПИД, отмечают отсутствие профилактических материалов, сложный доступ и низкое качество консультирования специалистов в области профилактики ВИЧ-инфекции. Низкое качество связано как с организационными условиями: ограниченным временем на прием, большим потоком пациентов, так и с недостатком знаний медицинских специалистов для консультирования представителей КГН. Лишь в единичных случаях клиенты проекта в Челябинске называли другие НКО, которые предоставляют услуги по профилактике и помощи в получении лечения.

«Сложно сказать, потому что о других организациях не знаем // Обращений таких не имеется. // Нам не с чем сравнивать. // Нас не зовут там другие организации. Если сравнить это с тем же СПИД-центром и психологом СПИД-центра, (...) там есть медицинские психологи, к ним трудно попасть. И как-то, ну, то, где был я, мне просто грубо хочется сказать – ни о чем. Это не то, что не помогли, а для галочки это сделали. 30 минут, вышел, и потом как бы что делать с этим всем – непонятно (...) здесь, конечно, как-то уже по-человечески поговорили просто» (ФГ МСМ Челябинск)

Несмотря на более широкий круг ВИЧ-сервисных организаций в Москве и Санкт-Петербурге, в целом клиенты проекта демонстрируют довольно фрагментарные знания о разных государственных и негосударственных организациях, работающих в сфере профилактики и лечения ВИЧ, о которых им известно из ограниченного собственного опыта взаимодействия или от знакомых. Информанты, как правило, не владеют точной и актуальной информацией о том, работает ли организация в настоящее время, какие услуги и на каких условиях предоставляются.

«Я полагаю, что подобных структур достаточно мало даже, наверное, в Москве. По крайней мере, я даже не узнавал, какие есть еще другие, допустим, центры профилактики» (КП МСМ Москва)

Среди организаций г. Москвы информанты-клиенты проекта упоминают Центры по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, кожно-венерологический диспансер, фонд «СПИД.ЦЕНТР», МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, однако опыт обращения в другие организации за профилактической помощью довольно ограничен. Основным местом для получения профилактической помощи для представителей КГН являются организации-члены Консорциума.

«Я и не захожу никуда, я только в ФАР хожу» (КП ЛУИН Москва)

Доступность профилактической помощи в Санкт-Петербурге оценивается клиентами проекта неоднозначно. Так, часть представителей ключевых групп считают, что они смогут получить профилактическую помощь в сфере ВИЧ-инфекции в других организациях города, другая часть информантов считает, что организаций, которые занимаются профилактикой ВИЧ, мало; некоторые вообще не знают о существовании подобных организаций или знают только их название, но не информированы о доступных услугах. Среди организаций, в которых можно получить профилактическую помощь в Санкт-Петербурге, отмечали «Серебряную розу», «Выход», «Е.В.А.», «Бок о бок», кожно-венерологический диспансер и Центр СПИД.

В целом, профилактические материалы – презервативы, лубриканты, шприцы и пр. – доступны для приобретения во всех регионах проекта, однако по оценкам специалистов-представителей Консорциумов, для представителей КГН возможность бесплатного получения этих средств в НКО является стимулом – эти средства мотивируют клиентов на прохождение тестирования и консультирования по вопросам рисков распространения ВИЧ и помогают поддержанию контакта представителей КГН с организациями.

1.2.2. Удовлетворенность клиентов профилактическими услугами

Абсолютное большинство информантов в трех регионах проекта отметили наличие собственного опыта получения услуг по профилактике ВИЧ в некоммерческих

организациях-членах Консорциумов. К профилактическим материалам, полученным клиентами проекта в регионах, относятся: презервативы, лубриканты, стерильный инструментарий и Налоксон для ЛУИН, а также консультирование по его применению. Эти материалы составляют базовый набор, который выдается во всех регионах проекта. К дополнительным компонентам, которые могут меняться в регионах и в отдельных организациях Консорциумов, относятся: кремы для рук, гигиеническая помада, средства женской гигиены, салфетки, заживляющие и антибактериальные мази, тесты на беременность, таблетки, витамины, обезболивающие таблетки, продуктовые наборы и др.

Другим компонентом профилактики является консультирование (в офисе, мобильном пункте или в формате выездных мероприятий в клубах, реабилитационных центрах и т.д.) и распространение информационных материалов. Содержание информационных материалов может варьировать в разных регионах, в том числе в зависимости от потребностей КГН (например, включать в себя информацию о ВИЧ, других ИППП, особенностях профилактики для отдельных КГН).

В целом представители ключевых групп населения удовлетворены качеством предоставляемых раздаточных материалов: презервативов, лубрикантов, стерильного инструментария для группы ЛУИН и других материалов. Лишь в единичных случаях клиенты проекта сообщали о том, что материалы по каким-то причинам не подходят для использования – например в Челябинске в одном из интервью было отмечено, что выдавались «глазные» инсулиновые шприцы, непригодные для инъекций наркотиков.

«Это более чем полезно. Это вообще самое полезное, что только можно себе представить, опять же, потому что, – я говорю, – что нет денег на шприцы, на лишний шприц» (КП ЛУИН Москва).

В большинстве случаев информанты-клиенты проекта отмечали, что получаемых услуг достаточно: иногда в случае недостатка материалов в мотивационном наборе, у них есть возможность попросить увеличить количество раздаточных материалов в нем или взять материалы, которые необходимы именно им (о такой возможности также сообщали сотрудники Консорциумов): например, определенные мази или типы шприцов для группы ЛУИН. Также большинство клиентов удовлетворены качеством профилактических материалов; отмечали актуальность и высокое качество услуг по психологическому консультированию – индивидуальному и в рамках групповых занятий, и консультированию по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией.

«Я, честно, благодарен за то, что я получаю и в таком количестве, потому что там действительно я бы сказал достаточно щедрый комплект. Если сходить, допустим,

в магазине это купить — это не так дешево, в принципе, стоит. Качество хорошее»
(КП МСМ Москва)

Тем не менее, некоторые информанты подчеркивают, что у отдельных категорий КГН есть специфические индивидуальные запросы, которые в некоторых случаях удовлетворяются, а в других – не удовлетворяются по разным причинам: 1) по причине нехватки материалов; 2) в связи с тем, что клиенту неловко обратиться к специалисту со специфическим запросом.

«Я и говорю, что, не в том, что этого нет, а в том, что для некоторых людей очень сложно может быть перешагнуть вот коммуникативный барьер, чтобы попросить что-то иное, нежели дают» (ФГ МСМ Москва)

Некоторые информанты-клиенты проекта сообщали о недостатке или отсутствии необходимых материалов в офисах НКО или мобильных пунктах. Так, представители группы ЛУИН в Москве отмечали отсутствие антисептиков и перебои в поставках стерильного инструментария для ЛУИН.

В Санкт-Петербурге некоторые информанты отмечали, что не всегда количество презервативов и лубрикантов является достаточным для удовлетворения потребностей представителей ключевых групп населения, особенно для группы СР: выдаваемое количество презервативов не соответствует их запросу. Также в Санкт-Петербурге некоторые информанты считают, что презервативы получить легче, чем лубриканты, которые не всегда представлены в организациях. Кроме того, некоторые представители КГН отмечали, что выдача раздаточных материалов уменьшилась с января 2022 года. В группах МСМ встречалась критика лубрикантов в саше в связи с их маленьким объемом.

В Челябинске у клиенток проекта из группы СР также существует запрос на увеличение количества презервативов и дополнительные компоненты мотивационного набора – контейнеры для презервативов, косметички, презервативы разных размеров, обезболивающие препараты, прокладки. Другие целевые группы высоко оценивали удовлетворенность количеством и качеством материалов и других услуг по профилактике.

В целом, информанты во всех регионах проекта удовлетворены услугами организаций в рамках проекта «КАСКАД» и не видят для себя необходимости поиска других организаций, которые занимаются профилактикой ВИЧ-инфекции.

1.2.3. Рекомендации по профилактическому компоненту

К числу рекомендаций по развитию профилактического компонента, предложенных информантами, относятся:

- 1) Увеличение количества презервативов и лубрикантов для группы СР.

- 2) Расширение типов мотивационных материалов – сейчас презервативы, лубриканты и стерильный инструментарий являются основными средствами, которые входят в мотивационные наборы для клиентов и выдаются при тестировании на ВИЧ. Предполагается, что в дальнейшем целесообразно включать в этот набор и другие материалы – например, таблетницы, косметички, контейнеры для презервативов.
- 3) Масштабирование услуг проекта: во всех регионах проекта рекомендация клиентов была связана с расширением территориального охвата – выезд мобильных пунктов в разные районы городов и областей, открытие филиалов НКО в разных районах, повышение охвата КГН.
- 4) Увеличение количества/частоты проведения образовательных профилактических мероприятий (в формате лекций, дискуссионных клубов, крупномасштабных мероприятий, которые могут проводиться, в том числе, вне помещений НКО) для клиентов, включая информирование на такие темы, как: обсуждение с партнером ВИЧ-статуса и тестирования на ВИЧ, отношения в дискордантных парах, жизнь с ВИЧ-инфекцией и риски распространения и др. Такие мероприятия, по мнению клиентов, могут помогать в привлечении новых благополучателей и повышать информированность в вопросах, связанных с ВИЧ.
- 5) Среди профилактических мер медицинского характера клиенты назвали распространение информации о доконтактной и постконтактной профилактике.
- 6) Развитие консультирования по вопросам ИППП с учетом специфичных рисков, симптомов и других особенностей отдельных целевых групп. НКО-члены Консорциумов концентрируются в большей степени на консультировании по вопросам распространения ВИЧ, при этом у представителей КГН также существует запрос на консультирование по другим ИППП, в некоторых случаях они не знают о возможности обратиться за этой информацией в ВИЧ-сервисные НКО.

К частным рекомендациям, актуальным для отдельных регионов, относятся:

- 1) Санкт-Петербург: включение ставок для специалистов, которые ведут работу с клиентами онлайн: консультируют, информируют о доступных сервисах (веб-аутрич).
- 2) Челябинск: обеспечение доступа группы СР к консультациям медицинских специалистов, предоставление растворов для инъекций, жгутов, адаптация состава мотивационного набора исходя из актуальных запросов клиентов, например, – замены в гигиеническом пакете для женщин ЛУИН – прокладок на тампоны.

Помимо усилий по профилактике ВИЧ, направленных на представителей КГН, к возможным мерам профилактики информанты из числа клиентов и сотрудников

Консорциумов относили широкую информационную и просветительскую деятельность, охватывающую не только КГН, но и широкую общественность. По мнению клиентов проекта, во многом именно нехватка достоверной информации, циркуляция мифов и стереотипов об этом заболевании и способах его передачи приводят к увеличению числа инфицированных. Информационно-просветительская деятельность в этом направлении может быть реализована посредством:

- 1) размещения информационных материалов в медицинских учреждениях
 - 2) организации публичных просветительских мероприятий
 - 3) посещения образовательных учреждений в целях информирования молодежи о ВИЧ, размещения социальной рекламы на улицах, в общественных местах и в масс-медиа
 - 4) расширения сотрудничества с учреждениями системы социальной защиты и медицинскими учреждениями, включая работу с медицинскими специалистами
- «чтобы добавить, надо сам проект пересматривать и расширять. Если мы берем, например, большую комплексную работу по снижению уровня новых случаев ВИЧ, то это не только работа с ключевыми группами. Это большая информационно-просветительская деятельность среди общего населения, это работа с системой здравоохранения, особенно с медицинскими сотрудниками, это достаточно большой пласт. Это работа с социальным блоком...» (СК Челябинск)*

В том числе просветительская работа должна быть направлена на борьбу со стигматизацией КГН, так как стигматизация способствует тому, что не все представители этих категорий обращаются за тестированием и лечением ВИЧ, увеличивая риски распространения.

1.3. Оценка услуг по тестированию

1.3.1. Доступность тестирования в регионах проекта

В отличие от профилактических сервисов, информанты отмечали широкую доступность тестирования на ВИЧ и другие ИППП за пределами организаций-членов Консорциумов: возможно проходить тестирование на базе Центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, других государственных или коммерческих медицинских организаций или приобрести тест в аптеке и сделать его самостоятельно.

Несмотря на большое количество возможностей сдать тест на ВИЧ, информанты выделяли тестирование в НКО-членах Консорциумов (включая тестирование в офисах организаций, мобильных пунктах или в клубах) как наиболее предпочтительный вариант по сравнению с обращением за этой услугой в государственную или коммерческую организацию по причинам доступности, отсутствия опасений, которые связаны с

обращением в государственные медицинские организации: столкнуться с негативным или пренебрежительным отношением со стороны врачей и медицинского персонала, раскрытия персональных данных, отсутствия анонимности и необходимости потратить большое количество времени на посещение медицинского учреждения и сложностью процедуры сдачи теста.

Помимо этого, в частных и непрофильных государственных медицинских организациях не проводится дотестовое и послетестовое консультирование пациентов, что потенциально снижает шансы на обращение за дальнейшей диагностикой и лечением в случае положительного результата теста на ВИЧ. Однако информанты в регионах проекта также отмечали, что проводится сокращенная процедура дотестового консультирования при тестировании сотрудниками НКО в ночных клубах и при повторном тестировании клиентов проекта. Также в клубах послетестовое консультирование может не проводиться, если клиенты не возвращаются за результатом.

«Про консультирование вообще дотестовое и послетестовое, в клубах проходит более такой легкий формат консультирования, потому что люди часто подвыпившие, в не очень адекватном состоянии, они ничего особо не слышат» (ФГ МСМ Челябинск)

Клиенты проекта и сотрудники Консорциумов отмечали более формальное отношение к процедуре тестирования и консультирования в государственных и частных медицинских организациях в сравнении с НКО. Другими важными факторами обращения за тестированием в НКО являются: возможность сдать анализы бесплатно, анонимно, не предоставляя документы; комфортная атмосфера; чувство безопасности.

Большинство опрошенных представителей ключевых групп населения удовлетворяют свои потребности в тестировании именно в организациях, реализующих проект «КАСКАД», из-за этого они не испытывают необходимость обращаться в другие организации за прохождением тестирования. Однако информанты не видят проблемы с доступом к тестированию на ВИЧ в регионах. Некоторые информанты отмечали, что, являясь представителем той или иной ключевой группы и общаясь с другими представителями этой группы, легче можно узнать и о других организациях, в которых можно пройти тестирование. Клиенты считают, что если бы не постоянная коммуникация с такими же представителями ключевой группы, то они могли бы испытывать проблемы в получении информации о возможных организациях, где можно пройти тестирование на ВИЧ и получить помощь.

«Можно, наверное, в Центре вот это сдать, но просто не все поедут в центр. А автобусы — они стоят, я так понимаю, что не во всех районах города. В

определенный день они останавливаются — можно прийти, как-то пройти анализы»
(ЛУИН Санкт-Петербург)

Информанты из Санкт-Петербурга отмечали возможность легко сдать тест на ВИЧ в городе: по мнению информантов, всегда есть возможность сдать тест в других организациях Санкт-Петербурга, кроме НКО-членов Консорциума. Однако в некоторых организациях это нельзя сделать бесплатно, также представители ключевых групп населения говорят об отсутствии экспресс-тестов и наличии больших очередей в государственных организациях, что затрудняет доступ к услугам.

В Москве информанты также знают организации, где можно пройти тестирование, помимо НКО-членов Консорциума. Среди барьеров в доступности тестирования в государственных учреждениях Москвы информанты назвали необходимость предъявлять паспорт в некоторых организациях при получении результата тестирования.

В Челябинске информантам было сложнее всего назвать организации, в которых можно пройти тестирование, помимо НКО-членов Консорциума. Среди сложностей представители КГН выделили отсутствие анонимного кабинета в Центре СПИД, сложность пройти бесплатное тестирование быстро, отсутствие дотестового и послетестового консультирования. Также некоторые информанты в Челябинске столкнулись со случаями, когда медицинские специалисты из Центра СПИД несколько раз в течение полугода звонили и приглашали пройти тестирование повторно, это вызывает у представителей КГН страх деанонимизации, нежелание находиться в базе организации. Кроме того, информанты сталкивались с осуждающим отношением со стороны медицинских специалистов государственных организаций из-за подозрений, что люди, которые приходят на тестирование, могут быть инфицированы ВИЧ-инфекцией и практиковать рискованное поведение.

«Нет, информация не распространяется, тебя могут, не желая, то, что ты не хочешь, они могут полгода тебя наблюдать: там звонить или там говорить проходить тесты. Потому что люди туда не просто же так идут, а обычный человек придет, у них уже будут подозрения, что у тебя есть риск заразиться» (ФГ СР Челябинск)

1.3.2. Удовлетворенность клиентов тестированием

Все клиенты из трех регионов проекта, которые приняли участие в исследовании, были полностью удовлетворены прохождением тестирования на ВИЧ и другие ИППП в НКО-членах Консорциумов и отмечали легкий доступ к услугам – в офисе или мобильном пункте. Представители группы МСМ расценивали тестирования в клубах как удобный и эффективный формат и отмечали быструю и легкую процедуру сдачи теста, полезную

информацию, полученную при дотестовом консультировании, и комфортное общение с сотрудниками, которые проводят тестирование.

«Самое главное, что к тебе открыты. С тобой общаются очень открыто. Там ни беседы, ничего – это просто открытый добрый диалог. У тебя взяли кровь, сказали подождать, заметили что-то в образе, сказали так-то и так-то. То есть это абсолютно легко и в диалоге, и в процессе, в системе» (ФГ МСМ Челябинск)

К числу недостатков тестирования клиенты проекта относили организационные условия: тестирование группы МСМ в клубах не всегда проводится в удобном помещении. Также информанты в Москве отмечали отсутствие в мобильном пункте специальных условий для проведения тестирования.

Из недостатков информанты из Челябинска выделили ограниченное количество точек в городе, где можно пройти тестирование, а также ограниченное время, которое сотрудники могут тратить на общение с клиентами. Из плюсов информанты выделили то, что тестирование проводится безболезненно в отличие от тестирования в некоторых государственных организациях.

В Санкт-Петербурге информанты положительно высказывались о возможности прохождения тестирования на ИППП, в качестве недостатков в Москве и Челябинске выделили тот факт, что не всегда можно пройти тестирование на сифилис и гепатиты.

Информанты из группы МСМ в регионах проекта, которые имели опыт использования наборов для самотестирования, также отмечали удобство и понятную процедуру использования тестов. При этом многие информанты получали услуги по самотестированию не в рамках проекта «КАСКАД» - несмотря на существование запроса на самотестирование, этот компонент на момент сбора данных реализован не во всех регионах проекта.

Следует отметить, что услуги в сфере профилактики и тестирования воспринимаются информантами как взаимосвязанные. Так, раздаточные материалы стимулируют представителей КГН проходить тестирование на ВИЧ чаще.

1.3.3. Рекомендации по компоненту тестирования

В качестве рекомендаций по развитию системы тестирования представители КГН упоминали о необходимости повышения информированности о важности и возможностях прохождения тестирования для всего населения и представителей КГН в частности; повышение доступности и мотивации к прохождению тестирования: наиболее часто упоминаемой рекомендацией являлось увеличение количества мобильных пунктов, в которых можно сдать тест на ВИЧ. К другим частным рекомендациям относятся: распространение автоматов для покупки тестов для самостоятельного проведения, развитие

компонента онлайн-консультирования после сдачи тестов (упоминалось для группы МСМ), поощрение клиентов НКО за прохождение тестирования.

«Расширить какой-то мотивационный пакет (...) – то есть я понимаю, что я приду, я получу презервативы, смазки, тесты на беременность (...) А если бы я понимала, что мне предоставят врача гинеколога или еще кого-то, то я бы уже не только сама бы еще, я бы еще кого-то замотивировала плюсом» (ФГ СР Челябинск)

К организационным условиям компонента тестирования относилась рекомендация по предоставлению в ночных клубах, где проводится тестирование среди представителей группы МСМ, более комфортного и подходящего для этой цели помещения.

«Может быть, так скажем, это уже вопрос к клубам – предоставлять более комфортные, уединенные места для проведения всего. А не по остаточному принципу – где поставили, там и встали. Вот и все» (ФГ МСМ Челябинск)

Рекомендация по организационным и процедурным условиям проведения тестов на ВИЧ в самих НКО относилась к закупке защитных средств для сотрудников, которые проводят тестирование. На этапе сбора данных настоящего исследования эти средства не были закуплены.

Единичный случай некачественных экспресс-тестов был выявлен в Консорциуме Челябинска: сотрудники сообщали о поставке партии экспресс-тестов, которые показывали ложные результаты. На момент проведения исследования об этой проблеме было известно БФ «Гуманитарное действие», планировалось прекращение использования этой партии тестов, однако отмечалось, что урегулирование проблемы заняло длительное время. Сотрудники Консорциума в Челябинске в качестве недостатка компонента тестирования отметили отсутствие вспомогательных материалов для работы специалистов: контейнеров для отходов класса Б, скарификаторов, средств индивидуальной защиты для сотрудников, которые проводят тестирование.

Сотрудники Консорциумов в Москве говорили о желании получить медицинскую лицензию, по мнению информантов, проводить тестирование с ней будет легче и безопаснее, что увеличит количество проведенных тестов в рамках проекта «КАСКАД» среди ключевых групп населения.

Информанты в разных регионах исследования высказывали желание больше проводить тестирование на гепатиты В и С, сифилис, хламидиоз, гонорею. Также клиенты проекта предлагали рекомендацию, направленную на увеличение компонента самотестирования в проекте «КАСКАД».

1.4. Оценка правовой помощи

Большинство информантов из числа представителей КГН затруднились с ответами на вопросы, касающиеся правовой помощи. Осведомленность о такой услуге либо отсутствовала полностью, либо носила фрагментарный характер (более подробный анализ информированности о правовой помощи представлен в разделе 1.1.).

Опыт получения клиентами проекта правовой помощи был ограничен. Лишь единицы имели собственный опыт получения этих услуг. Так, некоторые клиенты обращались за консультациями по оформлению инвалидности к юристам или по вопросам получения доступа к лечению в случае отсутствия регистрации или гражданства. Часть опрошенных только планирует обратиться за подобной консультацией.

«Да, вот в прошлый раз я приходила в маленький автобус, там юрист — вот я у нее спрашивала, как раз-таки про инвалидность, что положено или не положено» (ЛЖВ Санкт-Петербург)

Все опрошенные клиенты, которые обращались за правовой помощью, остались ей удовлетворены, она была предоставлена качественно и быстро. Представители ключевых групп, которые не имели собственного опыта получения данных услуг, положительно рассматривают их наличие в проекте, они готовы будут обратиться за их получением, если они понадобятся. Некоторым информантам также хотелось бы, чтобы услуги в сфере правовой помощи были реализованы в проекте не только в сфере ВИЧ-сервисов, но также охватывали и другие правовые аспекты, чтобы они могли проконсультироваться у юристов проекта «КАСКАД» по любым интересующим их вопросам. Так, например, представительницы группы СР предложили ввести в проект правозащитный элемент по защите от насилия.

«Потому что сейчас вся правовая помощь — это только узкая вот эта стезя: ВИЧ там, не ВИЧ. А у СР вообще, в принципе, очень много проблем. И там семейные какие-то проблемы, и получение пособий, и так далее. То есть это общегражданское законодательство, но этого просто нет. Мы этого лишены. Мне кажется, это огромное упущение» (ФГ СР Санкт-Петербург)

1.5. Оценка других услуг в сфере сохранения здоровья

Собственный опыт получения дополнительных услуг среди опрошенных клиентов проекта включал в себя участие в группах поддержки/дискуссионных клубах, тестирование на ИППП, мотивирование на лечение наркотической зависимости, психологическое консультирование. Из дополнительных услуг наиболее популярно тестирование на ИППП и группы поддержки. Многие опрошенные клиенты имели опыт обращения к медицинским специалистам не только по вопросам в сфере ВИЧ-инфекции. Так, информанты

подчеркивают важность участия в проекте других медицинских специалистов: гинеколога, нарколога, эндокринолога, хирурга. Представители ключевых групп в Санкт-Петербурге делятся и собственным опытом получения других медицинских услуг на базе медицинского центра, например, МРТ, УЗИ, флюорография.

Клиенты проекта из всех КГН отметили, что дополнительных услуг в целом достаточно, и они полезны и актуальны, однако им хотелось бы, чтобы было больше мест, где можно получить такие услуги, а так же чтобы указанные услуги не были жестко привязаны к конкретной КГН, а было возможно перераспределение.

Среди представителей КГН есть запросы на следующие услуги в сфере сохранения здоровья:

- 1) получение препаратов доконтактной и постконтактной профилактики (чаще упоминалось для группы МСМ), так как их бывает сложно приобрести в аптеке: в некоторых случаях в наличии может не быть нужных препаратов, также есть определенные сложности (упоминались КГН в Челябинске) с тем, что врачи не выписывают рецепт на получение этих препаратов;
- 2) консультирование доверенных врачей: гинеколога и дерматовенеролога (для группы СР в Челябинске, при этом информанты отмечают готовность сотрудников Консорциума налаживать контакт и сотрудничать с врачами, которые могли бы выполнять эту функцию);
- 3) расширение перечня тестов на ИППП, тесты на вирусную нагрузку и иммунный статус.

1.6. Оценка услуг в области лечения ВИЧ

1.6.1. Доступность лечения в регионах проекта

В целом, по оценкам информантов, диагностика и получение АРВ-терапии доступны на уровне регионов проекта. Получению терапии могут препятствовать: 1) практики отдельных медицинских специалистов: информанты в Челябинске сообщали о различном опыте назначения терапии: в то время как в ряде случаев врачи назначают терапию вне зависимости от вирусной нагрузки, в других случаях врачи «отговаривают» от терапии; 2) отсутствие регистрации в регионе или отсутствие российского гражданства, которые затрудняют получение терапии и госпитализацию – в этих случаях сотрудники НКО в регионах проекта помогают в получении терапии.

Трудности с получением доступа к лечению связаны с необходимостью организации диагностики, необходимой для его получения, которая связана с записью к врачам, очередью в медицинские организации. Сопровождение специалистов НКО-членов Консорциума помогает ускорить процесс диагностики и назначения АРВ-терапии.

«В принципе любая врачебная комиссия – не сложнее, чем пройти диспансеризацию. Так же там очередь, очередь, очередь. Все как обычно. Конечно, с ребятами, как они рассказывают, с ними легче происходит, чем просто стоять в очередях подолгу».
(ЛЖВ Санкт-Петербург)

В сфере предоставления услуг по сопровождению пациентов в процессе диагностики и получения лечения Консорциумы также являются единственной группой организаций, предоставляющей такую помощь в регионах проекта.

1.6.2. Удовлетворенность услугами в области лечения

Помощь клиентам проекта в сфере лечения не ограничивается сопровождением в процессе обращения в Центры СПИД: она включает в себя мотивационное консультирование клиентов с положительным ВИЧ-статусом, консультирование по вопросам лечения, сопровождение в процессе диагностики и подбора терапии, мотивирование на продолжение лечения, помощь с доставкой терапии, поддержание приверженности и возвращение к приему терапии в случаях прерывания.

Опрошенные клиенты сообщали о значимости информирования о необходимости принятия АРВ-терапии для людей, живущих с ВИЧ. Консультирование этой группы необходимо для повышения приверженности к лечению, снижения ВИЧ-диссидентства, а также развенчивания мифов о ВИЧ-инфекции. Клиенты подчеркивают значимость эффективного сопровождения для людей, живущих с ВИЧ, при обращении в медицинские организации.

*«Когда человек такое узнает, он думает: „Что мне делать? Куда мне идти?“
Объяснять, что жизнь продолжается»* (ФГ СР Санкт-Петербург)

«Блин, убедили меня, наверное, все-таки, что надо пить. Я все-таки, вот врачи, они не так доносят. То есть надо и все» (КП ЛУИН Челябинск)

Также некоторые информанты обращались за консультацией для партнеров о безопасном инъекционном употреблении наркотиков и необходимости приема АРВ-терапии для людей, живущих с ВИЧ. Отдельно клиентом из Санкт-Петербурга был отмечен опыт, когда из-за плохого самочувствия клиент не смог самостоятельно вовремя обратиться за терапией, тогда сотрудники организации проекта «КАСКАД» привезли терапию к клиенту на дом.

«Я же терапию на Обводном получаю. Ну, и у меня такой момент был, что очень плохо себя чувствовала, вообще прям. Я позвонила, она взяла мои направления, она привезла мне терапию, ко мне домой» (КП ЛЖВ Санкт-Петербург)

Многие клиенты проекта из числа ЛЖВ отмечали, что, получая новость о положительном ВИЧ-статусе, оказываются в состоянии стресса, вследствие чего им трудно

воспринимать информацию, проходить бюрократические процедуры, необходимые для постановки на учет и получения лечения. По этой причине очень важна роль организаций-членов Консорциума в доведении пациента от постановки диагноза к получению терапии.

Помимо помощи с взаимодействием с Центрами СПИД, сотрудники Консорциумов оказывают помощь с оформлением регистрации, получением терапии для людей, не имеющих регистрации или гражданства, необходимых для формального получения лечения.

Клиенты проекта обращались за помощью в лечении ВИЧ в организации-члены Консорциумов на разных этапах: сразу после выявления заболевания; на стадии лечения, когда возникали сложности с доступом к терапии; после перерыва в лечении; на стадии ухудшения состояния здоровья, требующего госпитализации. Для многих информантов сопровождение сотрудников в Центр СПИДа являлось ключевым фактором для обращения за помощью, так как сопровождение позволяет значительно ускорить процедуру диагностики и назначения терапии. Наиболее эффективной, по мнению опрошенных, была схема, когда по итогам тестирования сервисная организация проводила консультацию и направляла к организации-партнеру, реализующей этот компонент. Это позволяло максимально сократить время от постановки диагноза до получения терапии.

Региональных различий в получении помощи в области лечения ВИЧ-инфекции отмечено не было выявлено по результатам исследования. Все клиенты, которые обращались за подобным видом помощи, удовлетворены полученными услугами в сфере лечения, которые, в свою очередь, способствуют формированию приверженности среди представителей КГН.

По мнению информантов, помощь в области лечения ВИЧ в организациях-членах Консорциумов им было получить легко. Они полностью удовлетворены услугами сопровождения. Благодаря обращению в организации-члены Консорциумов, удавалось ускорить процесс диагностики, оформления документов и получения терапии. По мнению клиентов, предоставляемой помощи достаточно.

1.6.4. Рекомендации по оказанию помощи в области лечения ВИЧ

Основная рекомендация для повышения приверженности лечению – информирование населения о возможности лечения ВИЧ, жизни с заболеванием, снижение стигматизации ЛЖВ и других КГН.

«Общая дестигматизация в культурном поле. Это феномен. Она происходит в последние годы среди блоггеров, YouTube и неформальном СМИ» (ФГ МСМ Челябинск)

Несмотря на то, что большинство информантов высоко оценивали консультирование специалистов НКО проекта «КАСКАД», для мотивирования клиентов к началу лечения и поддержанию приверженности рекомендуется дальнейшее обучение равных консультантов навыкам мотивационного консультирования и помощи в принятии диагноза. Это обусловлено разным уровнем информированности представителей каждой ключевой группы населения о ВИЧ-инфекции и протекании болезни. Мотивационное консультирование должно учитывать особенности каждой КГН. Частная рекомендация клиентов проекта касалась повышения информированности ЛЖВ о схемах лечения и действии препаратов. Эти знания, по мнению клиентов, могли бы помочь, в том числе в повышении уровня доверия к врачам, и при равном консультировании других ЛЖВ.

1.7. Общая оценка услуг проекта: приоритетные и излишние услуги

В числе приоритетных услуг клиенты во всех регионах проекта называли профилактическую помощь: выдачу презервативов, лубрикантов, стерильного инструментария, информационные материалы. Реже в качестве приоритетных, наряду с профилактическими средствами, выделяли услуги по тестированию и сопровождению, консультированию. Помимо профилактических услуг многие клиенты отмечали в качестве важного фактора обращения в НКО потребность в общении с сотрудниками, другими клиентами, получение психологической поддержки и нахождение в безопасной и доверительной среде. Часть услуг информанты могут найти в государственных учреждениях, например, в Центре СПИД, однако не все готовы посещать государственные организации, некоторые представители ключевых групп готовы это делать только с сопровождением, которое предоставляют организации проекта «КАСКАД». Также представители КГН сообщают о том, что в данных организациях вся необходимая помощь представлена в одном месте и нет необходимости обращаться в другие организации.

«Я буду знать, что этот островочек поддержки, где ты чувствуешь себя в безопасности, он закроется. Наверное, будет неприятно. Неприятно будет знать, что я не смогу обратиться, бесплатно сдать тесты, поучаствовать в каком-то мероприятии, где могу чувствовать себя абсолютно комфортно и все такое» (КП МСМ Санкт-Петербург)

Информанты из числа клиентов проекта отмечали, что некоторыми услугами, предусмотренными в рамках проекта «КАСКАД», они не пользовались. Наиболее распространенная причина – отсутствие потребности в той или иной услуге. Чаще всего среди невостребованных услуг упоминалась правовая помощь. Однако учитывая слабую информированность информантов об этом виде помощи и ограниченный опыт обращения

за ней, можно предположить, что клиенты проекта не всегда осознают, как эти услуги могут им помочь, и какие их проблемы решить.

Большинство сотрудников организаций-членов Консорциумов в регионах проекта затруднились с ответом на вопрос об излишних услугах: по их мнению, проект предполагает базовый набор услуг, все представляемые услуги актуальны, и их исключение негативно скажется на качестве жизни клиентов проекта. Единичные мнения относительно сокращения профилактических наборов были связаны с исключением отдельных материалов, однако такие предложения рассматривались только в качестве необходимости при сокращении финансирования.

В некоторых случаях сотрудники, в случае сокращения финансирования проекта, рассматривали бы возможности перераспределения средств с учетом специфики работы с КГН и наличием дополнительных возможностей оказания помощи вне проекта.

1.8. Оценка клиентов взаимодействия с сотрудниками НКО

При оценке взаимодействия с сотрудниками НКО и ИГ региональные различия отсутствуют. Все информанты из числа клиентов проекта давали высокую оценку собственного опыта взаимодействия с сотрудниками НКО и ИГ Консорциумов и выделяют профессиональные и личностные качества сотрудников, готовность оказывать помощь. О негативном опыте взаимодействия с сотрудниками организаций проекта «КАСКАД» никто из опрошенных клиентов проекта не сообщал.

«Мне было комфортно. Приятно. Вот прям приятно. Теплая такая атмосфера (...) и открытая. Они не стесняются о чем-то заявлять, о чём люди обычно не заявляют. Например, о каком-то опыте разном. И я тоже не стесняюсь, потому что они такие же открытые». (СР Челябинск)

Большинство информантов отмечали, что полностью удовлетворены своим взаимодействием с сотрудниками, и в целом никаких изменений не требуется. Рекомендации носили частный характер: увеличение рабочего дня организации, small talk перед тестированием и т.д.

Клиентам также был задан вопрос о рекомендациях, которые они могут дать, при взаимодействии с сотрудниками. Большинство опрошенных считают, что взаимодействие не нуждается в каких-либо изменениях, потому что реализовано на высшем уровне. Единственные рекомендации относятся к желанию клиентов на большее время приема у медицинских специалистов, некоторые клиенты также хотели бы, чтобы сотрудников в организации было больше, они получали более высокую заработную плату и были защищены в случае агрессивного поведения клиентов.

2. Барьеры к получению услуг в сфере профилактики и лечения ВИЧ, с которыми сталкиваются представители КГН

2.1. Барьеры к услугам государственных организаций

По результатам исследования можно выделить несколько групп барьеров к получению услуг по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ.

- 1) Трудности, связанные с отсутствием документов, необходимых для получения лечения и других услуг медицинских организаций:
 - регистрации по месту жительства в регионе, в котором необходимо получать лечение, или гражданство другой страны;
 - документов, удостоверяющих личность (например, у некоторых женщин-представительниц группы СР);
 - несоответствие пола, указанного в паспорте, с фактическим у представителей группы ТГЛ.

НКО-члены Консорциума помогают в оформлении временной регистрации, но, как отмечают клиенты, она может быть сделана единовременно, затем требуется оформление на платной основе.

«Я не местный, иногородний. Мне помогли встать на учет к инфекционисту. Терапию выдал инфекционист. Помогли сделать регистрацию временную и так далее, да? Но жалко, что эта регистрация делается единовременно. То есть они больше не могут больше их делать, вот. Я как бы решил этот вопрос, да? И нормально. А так бы хотелось, чтобы больше. Точнее, ну, первый раз бесплатно сделают, да? А, потом там уже нужно, как везде, это покупать эту регистрацию» (КП ЛЖВ Челябинск)

Барьер, связанный с отсутствием документов, выделяют как сами клиенты проекта «КАСКАД», сотрудники Консорциумов, так и эксперты государственных учреждений здравоохранения.

- 2) Стигматизация и дискриминация со стороны медицинских специалистов и риск раскрытия информации в своем социальном окружении (среди знакомых, на месте работы – что особенно актуально в небольших областных населенных пунктах) о ВИЧ-статусе или принадлежности к КГН, особенно характерно для непрофильных медицинских организаций.

«Наркопотребители тоже, ну это стигма со стороны врачей, что если ты употребляешь наркотики, то какая тебе, в принципе, терапия, о какой терапии ты говоришь?» (СК Челябинск)

Стигматизация является ключевым барьером в доступе представителей ключевых групп населения за помощью в государственные учреждения, этот барьер отмечают сами

клиенты проекта «КАСКАД» из разных КГН, сотрудники Консорциумов и эксперты государственных организаций. По мнению клиентов проекта, при обращении за помощью в НКО-члены Консорциумов риск стигматизации значительно ниже, чем при обращении в государственные учреждения.

«Где-то в периферии тебя положат в обычную больницу, и к тебе врачи подходить не могут – боятся. То бишь есть какая-то, да, структура. Я платил деньги, чтобы поменяли катетер, я платил деньги. И они не хотели менять катетер, хотя это обязанность была медсестры. Я нанимал медсестру, то бишь вольную, да, вы поняли, со стороны. Я ей платил деньги, я не говорил, что у жены статус. Потому что, говоря, что у жены статус, к ней бы не подошли» (ФГ ЛЖВ Москва)

Крайним случаем проявления дискриминации, о котором сообщали информанты исследования, является запрет доступа в медицинское учреждение для отдельных категорий пациентов – употребляющих наркотики, представителей маргинализированных групп, отказ в назначении терапии или назначение препаратов более низкого качества. Также в Челябинске и Москве информанты упоминали случаи отказов продавать шприцы людям, употребляющим наркотики, в аптеках.

- 3) Воспринимаемый риск столкнуться со стигматизацией обуславливает другой барьер к обращению за услугами государственных организаций, связанный с поведением КГН, которые испытывают недоверие к врачам и другим специалистам и не обращаются к ним за помощью или сообщают недостоверную информацию о своем поведении, в том числе потенциальных рисках инфицирования. Это относится как к врачам, так и к психологам в государственных организациях:

«Потому что к обычному гинекологу ты приходишь, и ты врешь постоянно. И он у тебя спрашивает там какие-то вопросы такие, ну, типа: тебе вот столько лет, сколько у тебя детей было, там, ну, грубо говоря, аборт, и сколько у тебя было партнеров. Ты постоянно врешь» (СР)

- 4) Трудности с доступом к врачам в государственных организациях: запись, очереди, в некоторых случаях – отсутствие доступа к достоверной информации о возможностях тестирования на ВИЧ и другие ИППП в государственных медицинских организациях и недостаток консультирования с учетом особенностей поведения и здоровья КГН. В некоторых случаях сложности с попаданием к врачу связаны с несоответствием потока пациентов и возможностями медицинских учреждений: недостаточным количеством врачей.
- 5) Низкая информированность людей о рисках инфицирования и восприятие только отдельных рисков, например, связанных с употреблением наркотиков инъекционно.

- 6) Материальные трудности, территориальная удаленность, отсутствие возможности обратиться в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом.
- 7) Эксперты проекта и сотрудники Консорциумов также сталкивались со случаями, когда люди, живущие с ВИЧ, не принимали антиретровирусную терапию из-за того, что не чувствовали дискомфорта и проблем со здоровьем, находясь в бессимптомной стадии ВИЧ-инфекции. Такие клиенты начинали принимать терапию, когда их самочувствие ухудшалось. Слабая информированность об АРВ-терапии и страх побочных эффектов также являются барьерами, по мнению экспертов, для обращения за помощью в медицинские организации.

2.2. Барьеры к доступу к услугам НКО

Большинство информантов отметили отсутствие каких-либо барьеров для доступа представителей КГН к услугам НКО. Они являются низкопороговыми организациями, предоставляют услуги по профилактике и тестированию в разных форматах, в том числе в мобильных пунктах и клубах. К условным барьерам можно отнести недостаток информации об услугах НКО по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ, в том числе в случае переезда в новый офис в другом районе города (упоминалось в Консорциуме Челябинска), и поведенческие практики и отношения представителей КГН:

- 1) низкий уровень доверия к организациям, оказывающим услуги в сфере здоровья (в том числе ассоциирование их с государственными организациями и правоохранительными органами);
- 2) нежелание обращаться за тестированием из-за скептического отношения или страха узнать о положительном ВИЧ-статусе;
- 3) опасение посещать групповые профилактические мероприятия из-за страха встретить знакомых и опасение раскрытия информации о принадлежности к КГН;
- 4) сомнения в том, что услуги предоставляются бесплатно.

«Мне кажется, поэтому люди и не доверяют. Они сомневаются, что это бесплатно» (ФГ СР Челябинск)

«Барьер единственный, мне кажется, найти информацию, может, для некоторых ключевых групп проблематично, потому что те, кто употребляет наркотики, или кто вышел из мест лишения свободы, допустим, у них нет телефона, нет Интернета, то есть они ориентируются на сарафанное радио, да, то есть тех, кто там посоветует, покажет, где это находится, где можно там получить помощь. А так в целом НКО все у нас открыты, то есть могут прийти, да, в любое время и получить помощь» (ЭГ Челябинск)

В ряде случаев барьером может выступать территориальная удаленность офиса, нежелание тратить время на дорогу и отсутствие возможности у потенциальных клиентов обращаться за услугами онлайн. В Челябинске было отмечено наличие всего двух низкопороговых центров на город, также в этом регионе информанты сообщали, что некоторым представителям ключевых групп, например, людям употребляющим инъекционные наркотики, сложнее найти информацию в интернете о помощи в сфере ВИЧ, не у всех потенциальных клиентов есть телефоны и доступ в интернет, то же касается людей, которые вышли из мест лишения свободы. Группа МСМ в Челябинске назвала в качестве барьера тот факт, что не все готовы проходить тестирование и получать профилактические материалы в клубах, особенно это касается более взрослых представителей данной группы.

Информантами из Санкт-Петербурга барьером, с которым могут сталкиваться в некоммерческих организациях, была названа система кодирования, когда клиентам присваивают код для защиты конфиденциальности. Некоторые информанты считают, что такая система препятствует получению профилактических услуг для некоторых представителей КГН. Сотрудники Консорциумов подтверждают точку зрения, что постановка на учет и в государственных организациях, фиксация данных клиентов в некоммерческих организациях являются барьерами для ключевых групп населения.

Представители группы ТГЛ из Санкт-Петербурга сообщили о собственном опыте обращения в мобильный пункт, однако они не смогли получить помощь из-за большого количества желающих в очереди, а также времени работы мобильного пункта, которое заканчивалось на момент их обращения.

«Я конкретно обращался один раз, но там было очень много народу, я не успел просто пройти, автобус уезжал уже» (ТГЛ ФГ Санкт-Петербург)

Также сотрудники Консорциумов из Санкт-Петербурга сообщали, что у некоторых представителей КГН существует страх обращения за помощью в сопровождении к лечению. Это связано с отношением информантов к сопровождению как к излишнему контролю со стороны специалистов.

2.3. Способы преодоления барьеров

Помимо описания трудностей, с которыми сталкиваются представители КГН при обращении к услугам государственных организаций, клиентам проекта, активистам Форумов и сотрудникам Консорциумов было предложено поделиться мнениями относительно того, каким образом НКО помогают сокращать эти барьеры.

По мнению информантов, снижение барьеров осуществляется посредством повышения доступности услуг по профилактике, тестированию и лечению, что достигается

благодаря работе мобильных пунктов, анонимности и доступности услуг по профилактике и тестированию, расширению вариантов распространения информации о работе НКО и доступных услугах в социальных сетях, через партнеров, включая Центры СПИД, распространение информации о доступной помощи НКО через равных консультантов и клиентов. Преодоление барьеров к доступу к услугам по диагностике и лечению ВИЧ в государственных организациях осуществляется с помощью услуг НКО по сопровождению клиентов, которые предполагают не только техническое сопровождение и прохождение диагностики, но и мотивирование к обращению в Центры СПИД, психологическую поддержку и подготовку к началу приема терапии:

«Благодаря кейс-менеджерам, то есть сопровождению людей в те же медицинские учреждения. То есть человек, допустим, здесь выявляется в безопасном пространстве, получает ту же психологическую поддержку, ему все разъясняют, какие нужно делать пошаговые действия. Предоставляется человек, который по кабинетам дальше все эти очереди и круги ада. То есть человек и так в большом напряжении, и если есть на кого опереться, это намного проще». (ЭГ, Челябинск)

По оценкам информантов из всех регионов исследования, данные услуги способствуют снижению рисков дискриминирующего отношения к пациентам в медицинских учреждениях. Сопровождение является актуальной мерой преодоления барьеров за обращением в государственные медицинские организации для представителей ключевых групп населения в регионе.

Наличие доверенных специалистов как на базе организаций-членов Консорциумов, так и в формате списков контактов таких специалистов, оказывающих услуги на базе государственных и коммерческих организаций, также способствуют снижению барьеров. Сотрудники Консорциумов считают, что создание образа «безопасных» организаций, в которых можно получать услуги конфиденциально, положительно влияет на снижение барьеров среди представителей ключевых групп в получении помощи в сфере ВИЧ-инфекции, информанты из числа представителей КГН разделяют эту точку зрения. Немаловажным фактором для представителей групп ТГЛ и МСМ является позиционирование организаций как ЛГБТ-френдли.

В целом, работа НКО направлена, помимо прочего, на медиацию между государственными организациями и клиентами. Вместе с тем, сотрудник организации-члена Консорциума отмечает, что преодоление барьеров происходит в первую очередь на индивидуальном уровне, добиться же серьезных системных изменений на данный момент не удается.

2.4. Сценарии развития эпидемии ВИЧ

Эксперты государственных учреждений, отвечая на вопрос о возможных тенденциях развития эпидемии ВИЧ-инфекции, отмечают сохранение тенденции преобладания гетеросексуального пути передачи ВИЧ. Сценарии развития эпидемии предполагают смещение инфицирования / выявления новых случаев ВИЧ у людей, которые не являются основными целевыми группами профилактических усилий, и у людей старших возрастных групп (не имеющих опыт употребления наркотиков, не принадлежащих к стигматизируемым группам). Эксперты предполагают дальнейший рост выявления, это может быть связано с увеличением новых случаев инфицирования или с эффективностью усилий по выявлению.

«То есть, в принципе, заболеть может каждый. И сейчас, наоборот, идет тенденция к смещению именно в более благополучные социальные группы» (ЭГ Санкт-Петербург)

Эксперты также отмечали высокий уровень показателей распространенности ВИЧ-инфекции в стране. По их мнению, ВИЧ будет дальше распространяться среди населения, если не принимать эффективные меры: заниматься просвещением населения относительно ВИЧ-инфекции, сексуальным образованием и увеличением финансирования, выделяемого государством на профилактические меры и лечение ВИЧ.

3. Оценка мероприятий по укреплению НКО и организаций на базе сообществ

Большинство опрошенных сотрудников Консорциумов проходили обучение в рамках проекта и оценивают обучающие мероприятия как полезные и эффективные, отвечающие их запросам. Сотрудники, несмотря на наличие опыта работы с КГН, отметили, что получили новую информацию, которая поможет в их профессиональной деятельности.

«Они очень полезны даже, на самом-то деле. Я вот побыл, побывал на двух тренингах по данному проекту, я узнал много нового» (СК Челябинск)

Однако, по мнению некоторых информантов из Санкт-Петербурга и Москвы, такие тренинги скорее полезны для начинающих сотрудников в сфере профилактики ВИЧ. Сотрудники, которые имеют более глубокий опыт работы в рамках вопросов ВИЧ-инфекции, не получают новой информации, которую хотели бы получить во время своего участия в тренингах.

«Ну, эффективность, да, это для тех сотрудников, которые только пришли работать в проект во всех регионах» (СК Санкт-Петербург)

Помимо получения новой информации, обучающие мероприятия рассматривались как возможность психологической разгрузки благодаря смене вида деятельности и рабочей

обстановки и инструмент для обмена опытом между специалистами организаций в разных регионах. Сотрудники из всех регионов проекта «КАСКАД» отмечали, что такие мероприятия позволили им познакомиться с другими организациями и начать взаимодействие с ними, подчеркивая, что до начала реализации проекта «КАСКАД» такого взаимодействия со многими организациями и их представителями попросту не было.

«Обучение хорошо, хорошо, что оно отдано на самих сотрудников, в плане – на их потребности. Есть возможность собрать обратную связь, и сделать такое обучение, которое было бы более актуальным» (СК Москва)

В силу того, что количество обучающих мероприятий было незначительно на начальном этапе проекта, и не все информанты знакомы с планом обучающих мероприятий, предусмотренных в проекте, зачастую им было сложно дать развернутый комментарий относительно предложений по дальнейшему обучению. Далее будут перечислены некоторые частные запросы на получение информации в рамках обучения для сотрудников и организации мероприятий:

1. развитие навыков оказания психологической помощи при сообщении клиентам о диагнозе;
2. обучение методам и процедурам правовой помощи клиентам для кейс-менеджеров;
3. информирование по вопросам консультирования по другим ИППП;
4. организация обучения в соответствии с профилем работы специалистов проекта;
5. отдельное обучение членов ИГ, которые потенциально могут создать НКО, навыкам финансового менеджмента и развитие их возможностей для регистрации организации и сотрудничества с государственными органами для выражения голоса сообществ;
6. привлечение к тренингам желающих из числа сотрудников государственных организаций и обучение их особенностям работы с ТГЛ.

4. Оценка управления проектом и организации работы

Сотрудники НКО и ИГ-членов Консорциумов в целом позитивно оценивают сопровождение и поддержку реализации проекта БФ «Гуманитарное действие», отмечая хорошо налаженную коммуникацию с Фондом, профессионализм сотрудников, оперативный отклик на возникающие вопросы и проблемы. Тем не менее, на этапе сбора данных отсутствовал главный координатор проекта, что вызывало трудности в оперативной коммуникации по вопросам управления проектом.

Сотрудники Консорциумов отметили несколько основных замечаний, касающихся системы управления проектом. В начале раздела будут представлены несколько общих для всех регионов комментариев относительно организации работы в проекте, которые отметили представители Консорциумов. Далее – некоторые замечания, выделенные представителями отдельными региональными Консорциумами.

К общим недостаткам относятся:

- 1) Негибкость проекта, сложности с внесением изменений.
- 2) Сложности с системой отчетности, чрезмерная детализация работы с клиентами в отчетах, большое количество форм, заполняемых на клиентов при прохождении тестирования, в которых информация дублируется. В особенности при большом количестве клиентов, желающих пройти тестирование, заполнение отчетных форм на каждого клиента затрудняет работу. При этом сотрудники отмечали отсутствие предварительного обучения, что затрудняло адаптацию к проектной отчетности.
- 3) Неравномерное распределение бюджета между регионами проекта с учетом индикаторов работы Консорциумов, при которых бюджет занижен непропорционально снижению индикаторов.
- 4) Задержка с началом реализации проекта: перестраивание работы организаций и запуск проекта с учетом участия большого количества акторов (Форумы, члены Консорциумов) потребовало много времени, административной работы, адаптации специалистов, при этом отчетность по показателям должна осуществляться за год работы.
- 5) Задержки с закупками, которые осуществляются централизованно, что привело к необходимости использования НКО в Челябинске и Санкт-Петербурге, Москве собственных ресурсов на первом этапе работы и задержке запуска проекта. Централизованная закупка рассматривалась как недостаток, так как в случае несоответствия раздаточных материалов запросам КГН, нет возможности закупить новые или изменить их содержание.

- б) Коммуникативные трудности, непрозрачность работы проекта: отсутствие объяснений вносимых в проект изменений и информирования о процессе реализации проекта, достигнутых результатах.

Представители Консорциума в Челябинске отметили следующие недостатки:

- 1) Недостаток консультаций в области финансового менеджмента проекта.
- 2) Затягивание сроков согласования ковидного компонента.
- 3) Сложный процесс внесения изменений и необходимость длительных согласований.
- 4) Неочевидная на первом этапе работы системы трудоустройства специалистов для работы в проекте: необходимость трудоустройства части сотрудников по трудовым договорам, а не ДГПХ – это условие являлось жестким и не было согласовано заранее.
- 5) Отсутствие возможности пересмотра ставок специалистов с учетом потребностей работы с КГН.
- 6) Привязка зарплат сотрудников (включая координаторов) к количественным индикаторам, что не позволяет гармонизировать зарплаты сотрудников с учетом степени ответственности.

Представители Консорциума в Санкт-Петербурге отмечали возникающие сложности с налаживанием контакта с членами Консорциумов в регионах проекта, которые вызывают задержку информации, документооборота. В качестве частного комментария эксперт государственной организации и партнер проекта в Санкт-Петербурге отметил отсутствие медицинской лицензии на гинеколога у медицинского центра БФ «Гуманитарное действие», что ограничивает работу специалистов по диагностике пациенток.

Сотрудники Консорциума в Москве в качестве недостатков организации работы и управления проектом выделяли следующие аспекты:

- 1) Недостаток сотрудников, предусмотренных в проекте.
- 2) Нехватка общих мероприятий, очных встреч с участием Форумов и Консорциумов.
- 3) Сложности в коммуникации между организациям-членами Консорциума в Москве.

В качестве позитивных аспектов в работе организаций в Москве информанты отмечали практики проведения фокус-групп с клиентами проекта, которые позволяют получать обратную связь, и наличие регулярных супервизий для сотрудников.

Сотрудники Консорциумов высказывали следующие предложения для оптимизации работы по проекту:

- 1) Увеличение гибкости проекта в части предоставления возможности организациям-членам Консорциумов пересматривать ставки специалистов, работающих в проекте, менять перечень раздаточных материалов для клиентов с учетом региональных

особенностей и потребностей организаций и инициативных групп, возможность менять заработную плату координаторам направлений и другим сотрудникам проекта в соответствии с объемом выполняемой работы и уровнем ответственности.

- 2) Упрощение отчетности, в том числе сокращение объема заполняемых отчетных форм по характеристикам клиентов в рамках сервисного компонента и сокращение детализаций в отчетных документах по сопровождению клиентов. Сотрудники Консорциумов в качестве предложения рассматривали возможность перевода анкеты в электронный вид для ускорения заполнения и адаптации анкеты с учетом особенностей группы МСМ (опыт рискованных сексуальных контактов, практикуемый химсекс, более широкие временные рамки практикуемого рискованного поведения и т.д.).
- 3) Повышение прозрачности процесса управления и реализации проекта и промежуточных результатов, информирование о задачах, возникающих проблемах и достигнутых результатах сотрудников Консорциумов и активистов Форумов в рамках регулярных совместных мероприятий

Представители Форумов, оценивая управление и организацию работы в проекте, отмечали некоторые задержки в согласовании работы, и связывали это с недостатком сотрудников и отсутствием главного координатора проекта, задержки в области разработки информационной стратегии, отсутствие информации о мероприятиях проекта от сотрудников Консорциумов.

5. Оценка работы Форумов КГН

В отношении укрепления Форумов КГН информанты в первую очередь упоминали о выделении финансовой поддержки и организации встреч. При этом вся деятельность, которую Форумы осуществляют в рамках проекта, должна быть направлена на профилактику ВИЧ-инфекции, а не на адвокационную работу в целом. Однако сотрудники Консорциумов отмечают, что профилактика ВИЧ-инфекции не является ключевой деятельностью для части Форумов. Так, некоторые Форумы хотели бы использовать некоммерческие организации и их финансирования для достижения собственных целей, которые не связаны напрямую с профилактикой ВИЧ-инфекции, что вызывает недопонимание в коммуникации между сотрудниками Консорциумов и представителями Форумов ключевых групп населения.

Более детальные уточнения об укреплении Форумов вызывают у сотрудников Консорциумов затруднения. Не все сотрудники понимают, как именно проект «КАСКАД» должен выполнять эту задачу. Также сотрудники говорят о том, что не могут в полной мере

знать о деятельности по укреплению Форумов, так как часть из них являются закрытыми группами.

Согласно данным, полученным от сотрудников Консорциумов и активистов Форумов КГН, взаимодействие между ними носит фрагментарный характер, так как некоторые представители Консорциумов состоят в Форумах или были лично знакомы с их представителями, однако системное взаимодействие на первом этапе проекта не осуществлялось. Кроме того, у многих сотрудников Консорциумов и активистов Форумов не было четкого понимания порядка и задач сотрудничества.

«Я вот лично не знаю, что у них там внутри Форумов происходит, потому что я там не состою и, наверное, я и не должна» (СК Москва)

«Это как обязательный компонент. Но мы долгое время не могли понять, как сотрудничать. И до сих пор до конца не понимаем» (СК Челябинск)

Сотрудники организаций, имевшие такой опыт сотрудничества, позитивно оценили деятельность по укреплению Форумов в рамках проекта «КАСКАД».

«В этом проекте Форумы ключевых групп несут достаточно большую значимость... Для нас как сервисной организации важно мнение сообщества, собственно говоря, которое и представляют Форумы, и в этом контексте, конечно, сильное влияние Форумов – оно очень-очень важно» (СК Москва)

Информанты подчеркивали важность регулярного информирования представителей сообществ об ограничениях и рисках для работы НКО, которые необходимо учитывать при публичных выступлениях и выражениях мнений. Запрос на систематические меры по разработке и соблюдению информационной стратегии также был отмечен представителем Форума.

Роль проекта «КАСКАД» в мобилизации Форумов КГН оценивалась информантами-представителями Форумов неоднозначно – в то время как некоторые из них отмечали критическую значимость ресурсов проекта для активной работы Форума, другие считали, что взаимодействие может осуществляться и вне рамок проекта.

«Соответственно, есть проект «КАСКАД», нет проекта «КАСКАД», мы все равно между собой общаемся, взаимодействуем. Всегда. Так было. Проект «КАСКАД» мне позволил фактически объединить определенные ресурсы, по достижению этих целей и задач, которые стоят, и все. По факту взаимодействие есть, было, и происходит на постоянной основе, здесь сложностей никаких нет» (активист Форума КГН)

На этапе оценки проекта основное взаимодействие осуществлялось внутри Форумов, сотрудничество между Форумами находилось на этапе планирования. При этом

информанты отмечали мотивацию к развитию такого сотрудничества и важность очных встреч для налаживания контактов, в том числе очных встреч межфорумных рабочих групп.

Информанты из числа сотрудников Консорциумов отмечали снижение требований к работе членов Форумов, отсутствие контроля и системы оценки эффективности их работы. Рекомендация сотрудников Консорциумов и представителей Форумов к функционированию Форумов и взаимодействию между Форумами и Консорциумами относится к более структурированной организации работы: с позиции информантов, необходимо информирование членов Форумов об изменениях в проекте – кадровых изменениях, невыполнении или несвоевременном выполнении задач (например, предоставления отчетов, разработки информационной стратегии), а также информирование Консорциумов о работе Форумов.

6. Общая оценка проекта: сильные и слабые стороны

На основе анализа интервью с сотрудниками Консорциумов, активистами Форумов КГН и экспертами государственных организаций можно выделить следующие основные категории сильных сторон проекта «КАСКАД»:

1) эффективность компонента, направленного на усиление НКО: а) обучающие семинары, которые позволили не только повысить квалификацию специалистов, но и познакомиться и обменяться опытом с другими членами Консорциумов, б) развитие возможностей НКО и ИГ, с) поддержание работы НКО и отдельных специалистов, возможности для развития их работы. Сотрудники Консорциумов отмечали в качестве успехов проекта свои собственные профессиональные успехи, которые стали возможны, в том числе, благодаря реализации проекта;

2) эффективность сервисного компонента в двух аспектах – а) комплексность и результативность самого содержания сервисов, их доступность для представителей КГН и б) обеспечение доступа к представителям КГН, масштабирование работы: начало работы с новыми для организаций КГН или расширение сервисного компонента для групп, с которыми ранее работа осуществлялась с меньшим охватом.

Далее будут представлены сильные стороны проекта, выделенные представителями отдельных регионов проекта.

Сотрудники Консорциума Москвы в качестве сильных сторон рассматривают:

- 1) Обучающие семинары для сотрудников, которые обеспечивают обучение и возможность знакомства и налаживания контактов с коллегами из других регионов.
- 2) Поддержание работы организаций и отдельных специалистов, возможности для развития работы.

- 3) Идея развития взаимодействия между организациями и инициативными группами, которые специализируются на работе с разными КГН.
- 4) Сервисный компонент проекта в целом и отдельные услуги (в частности, сопровождение ЛЖВ).
- 5) Приток новых клиентов организации благодаря тому, что клиенты проекта распространяют информацию среди своих знакомых и приводят их для получения помощи.
- 6) Высокая эффективность профилактических услуг, в частности, программы выдачи стерильного инструментария для ЛУИН.
- 7) Масштабность компонента тестирования на ВИЧ благодаря участию в массовых мероприятиях, работе мобильных пунктов и выездам в реабилитационные центры.
- 8) Развитие работы с группой СР, с которой ранее работа осуществлялась в меньшем масштабе, рост доверия к организации и повышение обращаемости,
- 9) Расширение работы с клиентами, практикующими химсекс.
- 10) Продолжение работы с людьми, которые в силу особенностей российского законодательства, сталкиваются со значительными барьерами к получению услуг по лечению ВИЧ.

Представители государственных организаций в Москве выделили следующие сильные стороны проекта «КАСКАД»: прошу дополнить

Представители Консорциума в Челябинске отметили следующие сильные стороны проекта:

- 1) Масштабность проекта – наличие комплекса услуг по профилактике, тестированию и сопровождению, а также включенность различных КГН.
- 2) Возможность профессионального развития сотрудников благодаря вовлеченности в проект разных КГН и необходимости налаживания работы с ними, внедрению новой системы отчетности по сервисному компоненту Redcap.
- 3) Поддержание развития работы с КГН в Челябинской области с помощью мобилизации и поддержки организаций на базе сообществ, оказание помощи в построении внутренней системы коммуникации с медицинскими учреждениями и представителями КГН.
- 4) Поддержание работы организации с КГН. В частности, проект помогает в продолжении применения модели «зеленого коридора», в рамках которой специалисты самостоятельно договариваются с врачами Центра СПИД и

обеспечивают быстрое получение услуг диагностике ВИЧ и постановку на учет. Работа проекта поддерживает эту практику в регионе.

- 5) Поддержание доступа и развитие работы с ключевыми группам, включая профилактику и тестирование, ЛУИН среди осужденных людей, СР и ТГЛ, в частности, ТГЛ, которые занимаются оказанием секс-услуг.
- 6) Начало работы с новой КГН – ТГЛ.
- 7) В качестве сильной стороны проекта рассматривается профилактический компонент: распространение профилактических материалов как способ привлечения и мотивирования клиентов организации, которые затем при необходимости получают другие виды услуг, в том числе психологическую помощь.
- 8) Высокое качество профилактических материалов – презервативов, лубрикантов, и тест-систем для проведения экспресс-тестирования на ВИЧ.
- 9) Оперативное проведение тестирования и эффективное до- и после-тестовое консультирование.

Представители государственных организаций в Челябинске выделили следующие сильные стороны проекта «КАСКАД»:

- 1) Возможность участия специалистов в обучающих мероприятиях и обмена опытом с коллегами из других регионов, применению лучших практик в своем регионе с учетом потребностей КГН и региональных особенностей.
- 2) Повышение информированности о возможностях получения помощи в сфере профилактики и лечения ВИЧ, привлечение клиентов в НКО и увеличение количества людей, которые обращаются в Центр СПИД, при этом, благодаря налаженному взаимодействию, сокращаются риски столкнуться со стигматизирующим отношением со стороны медицинских специалистов.

Сотрудники НКО и ИГ Консорциума в Санкт-Петербурге СПб СК определяют в качестве сильных сторон проекта:

- 1) Компоненты профилактики и тестирования, исследовательский компонент, наличие правового компонента, который позволяет осуществлять работу с трудной категорией клиентов проекта.
- 2) Содействие проекта в мобилизации активистов, сообществ из числа представителей КГН в вопросах профилактики ВИЧ.

- 3) Сильную команду специалистов проекта, их профессиональный рост, взаимодействие с коллегами внутри организаций и между организациями-членами Консорциума.
- 4) Обучение для сотрудников, его многопрофильность: возможность для сотрудников, которые специализируются на работе с определенной КГН, проходить обучение, сфокусированное на разных КГН.
- 5) Достижение высоких показателей по сервисному компоненту, модель работы с группой ЛУИН.
- 6) Включение в качестве целевой группы профилактики ВИЧ трансгендерных людей.
- 7) Развитие сервисного компонента в организации, которая ранее не специализировалась на предоставлении услуг в сфере профилактики и лечения ВИЧ, благодаря ресурсам проекта.

Эксперты из числа сотрудников государственных организаций в Санкт-Петербурге в качестве сильных сторон проекта рассматривали доступность услуг для КГН и анонимный характер предоставления услуг, а также содержание сервисного компонента: наличие социального компонента и правовой помощи, психологической помощи пациентам и их родственникам, возможность наблюдения и забора крови на дому.

Наиболее часто упоминаемыми слабыми сторонами проекта являются отсутствие гибкости и взаимодействие между членами Консорциумов и Форумами. Некоторые аспекты, рассматриваемые информантами в качестве слабых сторон, относятся к внешним системным барьерам реализации проекта, другие – к актуальным потребностям региональных Консорциумов. К первой категории относятся внешние политические условия, которые создают риски в сфере работы организаций, информационной безопасности, перебоев с поставками материалов и препаратов (например, доконтактной профилактики в Санкт-Петербурге) и усложняют социальное партнерство с государственными организациями в сфере программ снижения вреда, адвокации, декриминализации употребления наркотиков и проституции, ограничивая возможности работы НКО и Форумов. Более подробно этот барьер представлен в следующем разделе.

Далее будут более детально представлены недостатки, упоминавшиеся информантами.

- 1) Жесткая структурированность, негибкость проекта, которая выражается в невозможности перераспределения бюджета, пересмотра индикаторов и ставок, завышенные индикаторы проекта.

- 2) Отсутствие налаженной коммуникации и обмена информацией между участниками проекта: основным реципиентом, Консорциумами, Форумами.
- 3) Проблемы в коммуникации и информировании о проекте сотрудников организаций: отсутствие комплексного понимания организации работы в проекте сотрудниками.
- 4) Неполное соответствие предусмотренного перечня раздаточных материалов потребностям КГН и сложности с его адаптацией в связи с централизованной системой закупок.
- 5) В проекте не предусмотрена до- и постконтактная профилактика ВИЧ во всех регионах.

Из числа экспертов государственных учреждений только сотрудники организаций Санкт-Петербурга прокомментировали слабые стороны проекта. Упомянутые аспекты не относятся непосредственно к рабочему плану проекта, тем не менее, являются запросом специалистов, работающих с ЛЖВ:

- 1) Не налажена онкологическая служба.
- 2) Недостаточно специалистов в проекте (из числа сотрудников Центра СПИД, которые работают в выездной службе с клиентами проекта).
- 3) Отсутствие возможности оперативной транспортировки маломобильных пациентов.
- 4) Недостаточный объем предусмотренных услуг в рамках психологической помощи, социального сопровождения.

Активисты Форумов в качестве слабых сторон проекта:

- 1) Отсутствие общего понимания проекта.
- 2) Пробелы в коммуникации между специалистами Консорциумов и активистами проекта, отсутствие обмена информацией.
- 3) Несогласование сокращения бюджета проектов, поддерживаемых в рамках программы малых грантов.
- 4) Затягивание сроков разработки коммуникационной политики, которая регулировала бы порядок внешней коммуникации с учетом возможных рисков.
- 5) Непонимание возможностей взаимодействия с государственными органами, в частности, с сотрудниками правоохранительных органов.

Что касается реализации проекта в целом, то на данном этапе сотрудники в основном отмечали, что проект реализуется в штатном режиме, сталкивается с характерными для

начальной стадии преодолимыми трудностями, а для более развернутой оценки результатов, по мнению информантов, требуется больше времени.

7. Оценка социального партнерства

Сотрудничество Консорциумов с государственными организациями имеет региональную специфику. В связи с этим в данном разделе характеристика социального партнерства будет представлена отдельно по регионам, в заключении будут сформулированы общие заключения, основанные на оценках информантов.

Представители НКО и ИГ Консорциума Москвы характеризовали сотрудничество с государственными организациями как находящееся на начальной стадии или сообщали об отсутствии социального партнерства с ними. Исключение составляет сотрудничество через специалистов организации «Позитивная инициатива», которые также являются сотрудниками Центра СПИД, и взаимодействие посредством отправки жалоб и обращений.

Консорциумы Санкт-Петербурга и Челябинска имели налаженную систему взаимодействия с Центрами СПИД еще до запуска проекта. Эти регионы продолжили сотрудничество с государственными медицинскими организациями с использованием ресурсов проекта. Ресурсы проекта помогают в предоставлении услуг КГН, которые недоступны или малодоступны в государственных организациях, в особенности услуг в области профилактики, создавая определенную нишу для НКО. Также они способствуют обеспечению устойчивости работы организаций и восприятия государственными учреждениями как стабильных агентов в сфере работы с КГН. Сотрудники Консорциумов Челябинска и Санкт-Петербурга подчеркивали важную роль НКО в обеспечении доступа представителей КГН к услугам государственных организаций, снижению стигматизации.

В Санкт-Петербурге информанты отмечали развитое взаимодействие с Центром СПИД, наркологическим диспансером. В рамках проекта это партнерство продолжается. Существует запрос на расширение мобильной бригады, работающей с маломобильными пациентами со СПИД и сопутствующими диагнозами, и продолжение ее финансирования. Данная работа реализуется в партнерстве с городским Центром СПИД.

В Челябинске ресурсы проекта помогли укреплению существующего взаимодействия с Центром СПИД и развитию сотрудничества с другими государственными медицинскими учреждениями: туберкулезным диспансером, инфекционными больницами. Кроме того, проект позволил развивать направление паллиативной помощи в регионе. Таким образом, проект позволил продолжать и наращивать социальное партнерство с организациями, с которыми ранее уже осуществлялось взаимодействие, и развивать новые направления сотрудничества.

«Он все-таки обязывает нас сотрудничать так или иначе с какими-то лечебными учреждениями, не только с центром СПИД, у нас есть соглашение, в рамках которого мы как бы двигаемся. Также это лечебные учреждения, также это туберкулезные больницы, и именно благодаря проекту... та работа, которую проводила организация до этого проекта, понятно, что большая степень и заслуга оттуда еще, но именно благодаря проекту есть возможность продолжать сотрудничество, наращивать его» (СК Челябинск)

По мнению эксперта государственной организации в Челябинске, проект «КАСКАД» помогает в усилении социального партнерства НКО и государственных организаций, которые стали более открыты к взаимодействию – как главные врачи, так и медицинские специалисты, которые непосредственно работают с пациентами. При этом появилась возможность решения сложных правовых вопросов – обеспечения доступа к медицинской помощи для людей без регистрации в регионе.

«Я думаю, что да, [проект] помогает. Потому что, так скажем, те же главврачи, они более открыты стали. Они уже, так скажем, слышат об этом проекте, он на слуху» (ЭГ Челябинск)

Эксперты и сотрудники Консорциумов считают важным компонент социального партнерства в рамках проекта «КАСКАД», по их мнению, проект способствует налаживанию взаимодействия с государственными организациями здравоохранения. Информанты также выделяют ряд барьеров, которые препятствуют эффективности налаживания социального партнерства; к ним относятся стигматизирующее отношение некоторых медицинских специалистов к представителям КГН и ограничения в открытом диалоге о снижении вреда и работе с КГН.

В сфере взаимодействия с государственными организациями находится упоминаемый сотрудниками Консорциумов внешний барьер для реализации проекта: социально-политическая ситуация в России и новое законодательство в сфере регулирования деятельности НКО создало дополнительные риски для проекта в целом и для партнерства с государственными организациями. В этой ситуации иностранное финансирование проекта и статус иностранного агента может вызывать опасения потенциальных партнеров.

Говоря о возможностях развития социального партнерства с государственными организациями, сотрудники Консорциумов отметили, что для развития отношений с ними и повышения эффективности взаимодействия, необходим выход на более высокий уровень

– руководителей организаций, органов власти, привлечение их к сотрудничеству с проектом в формате консультационного совета экспертов, поддерживающих проект. Такая мера могла бы позитивно влиять на репутационные аспекты проекта. Альтернативная рекомендация по развитию социального партнерства связана с переориентированием этого компонента проекта на усиление сотрудничества с организациями системы здравоохранения на местном уровне, включая медицинские учреждения, вузы и ассоциации врачей.

Взаимодействие Форумов КГН с государственными органами оценивается информантами из числа активистов Форумов неоднозначно: нет сформированного представления о возможностях сотрудничества с государственными организациями, особенно – с правоохранительными органами, которое предусмотрено в рабочем плане проекта.

Рекомендация по развитию социального партнерства, предложенная активистами Форумов, относится к обеспечению представительства КГН в государственных консультационных органах – созданию и регистрации пациентских организаций из числа представителей КГН и включение их в консультационные советы, действующие с участием государственных организаций и органов власти.

Выводы

1. На основании обратной связи от сервисных клиентов, сотрудников Консорциумов, активистов Форумов КГН и экспертов государственных организаций, содержание проекта может быть признано соответствующим эпидемиологической ситуации, потребностям профилактики и основным запросам представителей КГН в регионах проекта. Предлагаемый в рамках проекта набор услуг, по мнению информантов, является эффективной моделью работы для решения проблем в сфере профилактики, тестирования и лечения ВИЧ.
2. Предоставляемые в рамках проекта сервисные компоненты, по мнению большинства КГН, достаточны по количеству и качеству. Рекомендации сервисных клиентов проекта в основном касаются масштабирования проекта и расширения возможностей для получения этих услуг КГН — увеличения количества филиалов организации, мобильных пунктов, количества предоставляемых профилактических материалов.
3. Недостатки сервисного компонента связаны с региональными особенностями и частными потребностями КГН, не в полной мере обеспечиваемыми ресурсами проекта: отсутствием доконтактной профилактики для группы MSM, информированием и предоставлением препаратов постконтактной профилактики, запросом на увеличение количества средств контрацепции для СР и др. Более подробный анализ представлен в основной части отчета. В некоторых случаях они компенсируются за счет других ресурсов организаций и инициативных групп, входящих в составы Консорциумов.
4. Возможность получения профилактических материалов способствует тому, что клиенты проекта проходят тестирование и получают другие виды помощи в организациях проекта «КАСКАД», поддерживают контакт с НКО и ИГ-членами Консорциумов. Профилактические услуги и тестирование на ВИЧ и другие ИППП являются наиболее значимыми услугами как с точки зрения клиентов проекта, так и по мнению сотрудников Консорциумов.
5. Клиенты проекта в наименьшей степени информированы о возможностях получения правовой помощи в сфере профилактики и лечения ВИЧ и с форматом работы уличных юристов. В целом, правовая помощь в основном актуальна для подгруппы ЛЖВ, которые не имеют регистрации и испытывают трудности с получением терапии.
6. В целом, услуги НКО по профилактике и тестированию воспринимаются как более предпочтительные в сравнении с услугами государственных и частных медицинских организаций по ряду причин: более высокой доступности, восприятия НКО как

безопасной и комфортной среды, наличие мотивационных наборов профилактических материалов.

7. Одной из важных функций, которые выполняет проект «КАСКАД», является работа по снижению барьеров, с которыми сталкиваются представители КГН при получении доступа к услугам государственных организаций. Основным барьером, препятствующим обращению представителей ключевых групп населения за услугами государственных организаций, является риск столкнуться со стигматизацией со стороны медицинских специалистов и распространения информации о принадлежности к КГН и/или положительном ВИЧ-статусе среди социального окружения. Другой барьер составляют трудности прохождения процедуры диагностики и получения лечения, при этом особенно затруднен доступ к лечению для людей без гражданства или без регистрации в регионе проживания. Работа НКО по сопровождению пациентов для прохождения диагностики и лечения является важным фактором преодоления существующих барьеров к доступу услуг Центров по профилактике и борьбе со СПИДом.
8. В качестве лучших практик, реализуемых в рамках проекта «КАСКАД», выступают мотивирование представителей КГН к получению услуг по тестированию и дальнейшему сопровождению с помощью системы мер профилактики, которая включает консультирование специалистов, информационные материалы и средства профилактики. В области тестирования лучшими практиками являются работа мобильных пунктов и тестирование в клубах (для группы МСМ), в сфере обеспечения доступа к лечению — система сопровождения клиентов проекта при наличии установленных договоренностей с Центрами по профилактике и борьбы со СПИДом (т.н. «зеленые коридоры»), которая, согласно оценкам информантов, в значительной мере повышает долю клиентов, которые проходят диагностику и начинают лечение.
9. Ресурсы проекта обеспечивают мобилизацию сообществ КГН путем поддержания и координации работы Форумов КГН, инициативных групп и организаций на базе сообществ. Несмотря на то, что большинство Форумов функционировали до начала проекта «КАСКАД», работа в проекте помогает активизировать их работу и обеспечить участие в осуществлении мониторинга национальных мер противодействия ВИЧ. К моменту начала проекта был запущен компонент мониторинга, оценка результатов сотрудничества с государственными организациями предполагается на следующем этапе оценки проекта.
10. Взаимодействие между Форумами ключевых групп населения и некоммерческими организациями проекта «КАСКАД» характеризуется фрагментарностью, отсутствием

эффективной и налаженной системы коммуникации. Также существуют недостатки во взаимодействии между Форумами КГН и в области информационного компонента работы Форумов. Эти пробелы могут быть связаны с отсутствием общего понимания целей совместной работы, недостаточным учетом рисков для деятельности НКО при адвокационной работе Форумов в рамках проекта и отсутствием единой информационной стратегии. Социальное партнерство между Консорциумами и государственными организациями развито неравномерно в регионах проекта: устойчивое партнерство существует в Санкт-Петербурге и Челябинске.

11. Сотрудничество НКО и ИГ-членов Консорциумов и государственных организаций, с которыми они взаимодействуют в рамках проекта, в большинстве случаев сформировалось до начала проекта. Проект «КАСКАД» помогает поддержанию этого сотрудничества благодаря продолжению работы с КГН и наличием ресурсов для профилактики, которые могут использоваться при предоставлении сервисов клиентам проекта совместно с медицинскими организациями, и одновременно с этим поддерживать устойчивость организации и статуса стабильного агента работы с целевыми группами профилактики.
12. Проект помогает поддерживать уже существующее взаимодействие НКО-членов Консорциумов и организаций системы здравоохранения. Недостатком реализации компонента развития социального партнерства являются трудности, связанные с опасением сотрудников некоторых государственных организаций сотрудничать с НКО, в том числе в связи с изменившейся политической ситуацией.
13. Сотрудники Консорциумов отмечают поддержку и оперативное реагирование БФ «Гуманитарное действие» на вопросы относительно управления и реализации проектом. В качестве ключевых недостатков организации и управления проектом рассматривают отсутствие гибкости бюджета, ставок специалистов, установленных индикаторов, систем оплаты работ и системы отчетности. Централизованная система закупок также обуславливает негибкость сервисного компонента проекта и в некоторых случаях вызывает задержки с началом его реализации.

Рекомендации

1. Поскольку список оказываемых в проекте услуг в целом соответствует эпидемиологическим потребностям и потребностям КГН, и применяемые Консорциумами практики в сфере профилактики, тестирования и сопровождения для получения лечения демонстрируют свою эффективность, целесообразно продолжение реализации сервисного компонента проекта в полном объеме. Дальнейшее совершенствование пакета услуг может быть связано с региональными особенностями КГН (в том числе в случае расширения целевых групп организаций), запросами представителей Консорциумов в регионах проекта.
2. Рассмотреть возможность увеличения количества выдаваемых профилактических материалов по запросу отдельных членов Консорциумов (при наличии обоснований) и их разнообразие. Эта мера позволит мотивировать представителей КГН чаще обращаться в организации и получать другие виды помощи.
3. В целях повышения прозрачности процесса реализации проекта на всех уровнях и преодолению коммуникативных барьеров, существующих между Форумами КГН и Консорциумами, рекомендуется обеспечить информирование Консорциумов и Форумов КГН о промежуточных результатах по регионам и в проекте в целом, обоснование вносимых в проект изменений.
4. Разработать единую информационную (коммуникативную) стратегию для всех участников проекта — сотрудников Консорциумов и активистов Форумов — которая позволит минимизировать потенциальные риски для участников проекта и будет учитывать актуальные законодательные нормы.
5. Предусмотреть мероприятия, направленные на усиление сотрудничества между сотрудниками Консорциумов и представителями Форумов.
6. В целях развития социального партнерства между НКО, ИГ и государственными организациями и органами власти, рекомендуется разработать индивидуальные стратегии и планы мероприятий с учетом: 1) уже имеющихся партнерств в регионах; 2) приоритетным стратегическим направлениям работы и потребностям членов Консорциумов; 3) возможностей на уровне региона.
7. Рассмотреть возможности упрощения системы отчетности для членов Консорциума во избежание дублирования показателей и оптимизации полевой работы в регионах проекта.
8. Предусмотреть возможность изменения ставок, перераспределения статей бюджета для НКО в пределах согласованных допустимых значений, пересмотра набора профилактических наборов для клиентов проекта.

8. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Отбор регионов сравнения: статистические таблицы

Таблица 22. Сравнение регионов по эпидемиологическим показателям по ВИЧ-инфекции, регион сравнения - Москва

Регион	Заболеваемость ВИЧ-инфекцией	Рейтинг	Пораженность ВИЧ-инфекцией	Рейтинг	Сумма разниц с показателями Москвы (по модулю)	Место в суммарном рейтинге по степени близости к показателям Москвы
Москва	13,5	1	634,6	5		
Новосибирск (Новосибирская область)	65,8	9	1337,3	11	14	8
Нижний Новгород (Нижегородская область)	55,8	8	802,4	7	9	6
Екатеринбург (Свердловская область)	90,1	12	1906,9	13	19	12
Самара (Самарская область)	73,6	10	1818,0	12	16	10
Казань (Республика Татарстан)	22,1	3	440,2	3	4	1
Ростов-на-Дону (Ростовская область)	22,2	4	385,7	2	6	3
Уфа (Республика Башкортостан)	43,8	6	635,8	6	6	3
Омск (Омская область)	49,3	7	955,5	8	9	6
Красноярск (Красноярский край)	74,3	11	1154,5	9	14	8
Воронеж (Воронежская область)	19,7	2	235,1	1	5	2
Пермь (Пермский край)	90,1	12	1262,8	10	16	10
Волгоград (Волгоградская область)	40,5	5	543,0	4	5	2

Таблица 23. Сравнение регионов по эпидемиологическим показателям по особо уязвимым группам, регион сравнения – Москва

Регион	Сведения о потребителях инъекционных наркотиков (ПИН), зарегистрированных амбулаторной наркологической службой (на 100 тысяч населения) 2020 год	Рейтинг	Удельный вес ВИЧ-позитивных среди зарегистрированных ПИН (%) 2020 год	Рейтинг	Сумма разниц с показателями Москвы (по модулю)	Место в суммарном рейтинге по степени близости к показателям Москвы
Москва	122.96	8	14.3	2		
Новосибирск (Новосибирская область)	88.7	4	45.3	10	12	10
Нижний Новгород (Нижегородская область)	117.86	7	23.8	3	2	1
Екатеринбург (Свердловская область)	90.84	5	46.2	13	14	11
Самара (Самарская область)	111.87	6	36.9	9	9	4
Казань (Республика Татарстан)	201.65	11	31.1	6	7	3
Ростов-на-Дону (Ростовская область)	146.81	10	11.4	1	3	2
Уфа (Республика Башкортостан)	73.13	3	45.9	12	15	12
Омск (Омская область)	258.11	13	33.6	8	11	9
Красноярск (Красноярский край)	64.86	2	28.2	5	9	4
Воронеж (Воронежская область)	256.26	12	32	7	9	4
Пермь (Пермский край)	126.92	9	45.3	10	9	4
Волгоград (Волгоградская область)	51.87	1	26	4	9	4

Таблица 24. Сравнение регионов по эпидемиологическим показателям по социально-экономическим показателям, регион сравнения – Москва

Регион	Валовой региональный продукт на душу населения (Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Уровень занятости(Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Уровень безработицы (Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Среднедушевые денежные доходы (Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Сумма разниц с показателям и Москвы (по модулю)	Место в суммарном рейтинге по степени близости к показателям Москвы
Москва	6	1	6	1	2	1	4	1		
Новосибирск (Новосибирская область)	35	8	41	8	56	11	29	7	30	8
Нижний Новгород (Нижегородская область)	34	7	13	2	18	5	21	4	14	2
Екатеринбург (Свердловская область)	22	4	44	10	40	8	14	2	20	4
Самара (Самарская область)	29	6	18	4	15	4	36	11	21	5
Казань (Республика Татарстан)	15	3	14	3	6	2	18	3	7	1
Ростов-на-Дону (Ростовская область)	51	12	38	7	24	6	30	8	29	7
Уфа (Республика Башкортостан)	44	9	62	13	42	9	33	9	36	10
Омск (Омская область)	48	11	28	6	74	13	50	12	38	11
Красноярск (Красноярский край)	10	2	27	5	47	10	24	5	18	3
Воронеж (Воронежская область)	46	10	43	9	10	3	28	6	24	6
Пермь (Пермский край)	24	5	58	11	39	7	34	10	29	7
Волгоград (Волгоградская область)	52	13	60	12	63	12	64	13	46	12

Таблица 25. Сравнение регионов по эпидемиологическим показателям по ВИЧ-инфекции, регион сравнения - Санкт-Петербург

Регион	Заболееваемость ВИЧ-инфекцией	Рейтинг	Поражённость ВИЧ-инфекцией	Рейтинг	Сумма разниц с показателями Санкт-Петербурга (по модулю)	Место в суммарном рейтинге по степени близости к показателям Санкт-Петербурга
Санкт-Петербург	40.8	5	1082.4	8		
Новосибирск (Новосибирская область)	65.8	9	1337.3	11	7	5
Нижний Новгород (Нижегородская область)	55.8	8	802.4	6	5	3
Екатеринбург (Свердловская область)	90.1	12	1906.9	13	12	12
Самара (Самарская область)	73.6	10	1818.0	12	9	8
Казань (Республика Татарстан)	22.1	2	440.2	3	8	7
Ростов-на-Дону (Ростовская область)	22.2	2	385.7	2	9	8
Уфа (Республика Башкортостан)	43.8	6	635.8	5	4	2
Омск (Омская область)	49.3	7	955.5	7	3	1
Красноярск (Красноярский край)	74.3	11	1154.5	9	7	5
Воронеж (Воронежская область)	19.7	1	235.1	1	11	11
Пермь (Пермский край)	90.1	12	1262.8	10	9	8
Волгоград (Волгоградская область)	40.5	4	543.0	4	5	3

Таблица 26. Сравнение регионов по эпидемиологическим показателям по особо уязвимым группам, регион сравнения – Санкт-Петербург

Регион	Сведения о потребителях инъекционных наркотиков (ПИН), зарегистрированных амбулаторной наркологической службой (на 100 тысяч населения) 2020 год	Рейтинг	Удельный вес ВИЧ-положительных среди зарегистрированных ПИН (%) 2020 год	Рейтинг	Сумма разниц с показателями Санкт-Петербурга (по модулю)	Место в суммарном рейтинге по степени близости к показателям Санкт-Петербурга
Санкт-Петербург	123.43	8	43	9		
Новосибирск (Новосибирская область)	88.7	4	45.3	10	5	3
Нижний Новгород (Нижегородская область)	117.86	7	23.8	2	8	8
Екатеринбург (Свердловская область)	90.84	5	46.2	13	7	4
Самара (Самарская область)	111.87	6	36.9	8	3	2
Казань (Республика Татарстан)	201.65	11	31.1	5	7	4
Ростов-на-Дону (Ростовская область)	146.81	10	11.4	1	10	10
Уфа (Республика Башкортостан)	73.13	3	45.9	12	8	8
Омск (Омская область)	258.11	13	33.6	7	7	6
Красноярск (Красноярский край)	64.86	2	28.2	4	11	11
Воронеж (Воронежская область)	256.26	12	32	6	7	6
Пермь (Пермский край)	126.92	9	45.3	10	2	1
Волгоград (Волгоградская область)	51.87	1	26	3	13	12

Таблица 27. Сравнение регионов по эпидемиологическим показателям по социально-экономическим показателям, регион сравнения – Санкт-Петербург

Регион	Валовой региональный продукт на душу населения (Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Уровень занятости(Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Уровень безработицы (Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Среднедушевые денежные доходы (Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Сумма разниц с показателями Санкт-Петербурга(по модулю)	Место в суммарном рейтинге по степени близости к показателям Санкт-Петербурга
Санкт-Петербург	9	1	7	1	3	1	9	1		
Новосибирск (Новосибирская область)	35	8	41	8	56	11	29	7	30	9
Нижний Новгород (Нижегородская область)	34	7	13	2	18	5	21	4	14	2
Екатеринбург (Свердловская область)	22	4	44	10	40	8	14	2	20	4
Самара (Самарская область)	29	6	18	4	15	4	36	11	21	5
Казань (Республика Татарстан)	15	3	14	3	6	2	18	3	7	1
Ростов-на-Дону (Ростовская область)	51	12	38	7	24	6	30	8	29	7
Уфа (Республика Башкортостан)	44	9	62	13	42	9	33	9	36	10
Омск (Омская область)	48	11	28	6	74	13	50	12	38	11
Красноярск (Красноярский край)	10	2	27	5	47	10	24	5	18	3
Воронеж (Воронежская область)	46	10	43	9	10	3	28	6	24	6
Пермь (Пермский край)	24	5	58	11	39	7	34	10	29	7
Волгоград (Волгоградская область)	52	13	60	12	63	12	64	13	46	12

Таблица 28. Сравнение регионов по эпидемиологическим показателям по ВИЧ-инфекции, регион сравнения - Челябинск

Регион	Заболеваемость ВИЧ-инфекцией	Рейтинг	Пораженность ВИЧ-инфекцией	Рейтинг	Сумма разниц с показателями Челябинска (по модулю)	Место в суммарном рейтинге по степени близости к показателям Челябинска
Челябинск (Челябинская область)	70.1	9	1410.1	11		
Новосибирск (Новосибирская область)	65.8	8	1337.3	10	2	1
Нижний Новгород (Нижегородская область)	55.8	7	802.4	6	7	6
Екатеринбург (Свердловская область)	90.1	12	1906.9	13	5	3
Самара (Самарская область)	73.6	10	1818.0	12	2	1
Казань (Республика Татарстан)	22.1	2	440.2	3	15	10
Ростов-на-Дону (Ростовская область)	22.2	2	385.7	2	16	11
Уфа (Республика Башкортостан)	43.8	5	635.8	5	10	8
Омск (Омская область)	49.3	6	955.5	7	7	6
Красноярск (Красноярский край)	74.3	11	1154.5	8	5	3
Воронеж (Воронежская область)	19.7	1	235.1	1	18	12
Пермь (Пермский край)	90.1	12	1262.8	9	5	3
Волгоград (Волгоградская область)	40.5	4	543.0	4	12	9

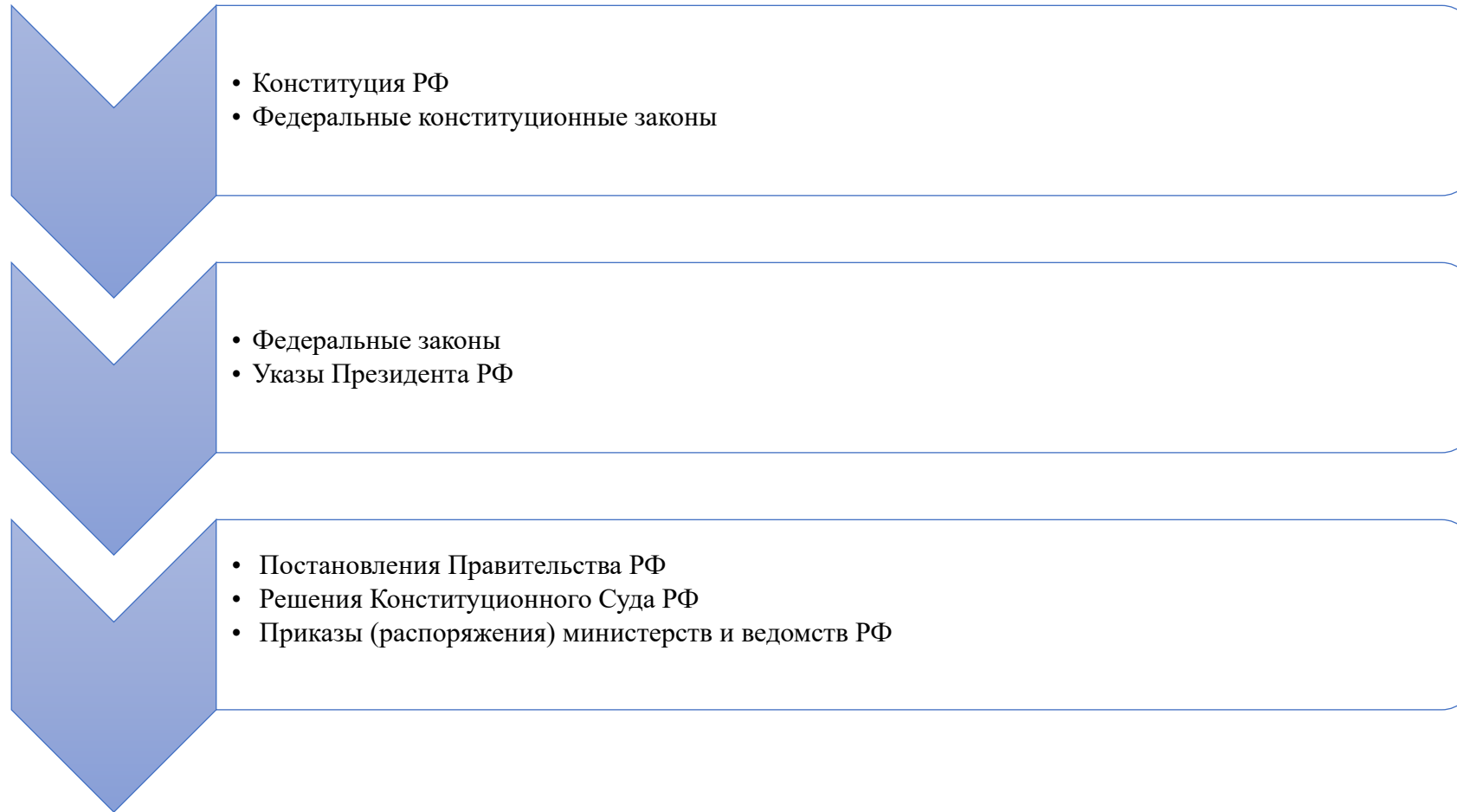
Таблица 29. Сравнение регионов по эпидемиологическим показателям по особо уязвимым группам, регион сравнения – Челябинск

Регион	Сведения о потребителях инъекционных наркотиков (ПИН), зарегистрированных амбулаторной наркологической службой (на 100 тысяч населения) 2020 год	Рейтинг	Удельный вес ВИЧ-позитивных среди зарегистрированных ПИН (%) 2020 год	Рейтинг	Сумма разниц с показателями Челябинска (по модулю)	Место в суммарном рейтинге по степени близости к показателям Челябинска
Челябинск (Челябинская область)	151.4	10	41.3	9		
Новосибирск (Новосибирская область)	88.7	4	45.3	10	7	6
Нижний Новгород (Нижегородская область)	117.86	7	23.8	2	10	9
Екатеринбург (Свердловская область)	90.84	5	46.2	13	9	7
Самара (Самарская область)	111.87	6	36.9	8	5	2
Казань (Республика Татарстан)	201.65	11	31.1	5	5	2
Ростов-на-Дону (Ростовская область)	146.81	9	11.4	1	9	7
Уфа (Республика Башкортостан)	73.13	3	45.9	12	10	9
Омск (Омская область)	258.11	13	33.6	7	5	2
Красноярск (Красноярский край)	64.86	2	28.2	4	13	11
Воронеж (Воронежская область)	256.26	12	32	6	5	2
Пермь (Пермский край)	126.92	8	45.3	10	3	1
Волгоград (Волгоградская область)	51.87	1	26	3	15	12

Таблица 30. Сравнение регионов по эпидемиологическим показателям по социально-экономическим показателям, регион сравнения – Челябинск

Регион	Валовой региональный продукт на душу населения (Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Уровень занятости (Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Уровень безработицы (Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Среднедушевые денежные доходы (Место, занимаемое субъектом в Российской Федерации)	Рейтинг	Сумма разниц с показателями Челябинска (по модулю)	Место в суммарном рейтинге по степени близости к показателям Челябинска
Челябинск (Челябинская область)	45	9	15	3	59	11	54	12		
Новосибирск (Новосибирская область)	35	7	41	8	56	10	29	6	14	2
Нижний Новгород (Нижегородская область)	34	6	13	1	18	4	21	3	21	8
Екатеринбург (Свердловская область)	22	3	44	10	40	7	14	1	28	11
Самара (Самарская область)	29	5	18	4	15	3	36	10	15	3
Казань (Республика Татарстан)	15	2	14	2	6	1	18	2	28	11
Ростов-на-Дону (Ростовская область)	51	12	38	7	24	5	30	7	18	5
Уфа (Республика Башкортостан)	44	8	62	13	42	8	33	8	18	5
Омск (Омская область)	48	11	28	6	74	13	50	11	8	1
Красноярск (Красноярский край)	10	1	27	5	47	9	24	4	20	7
Воронеж (Воронежская область)	46	10	43	9	10	2	28	5	23	10
Пермь (Пермский край)	24	4	58	11	39	6	34	9	21	8
Волгоград (Волгоградская область)	52	15	60	12	63	12	64	13	17	4

Приложение 2. Иерархия нормативно-правовых актов РФ



Приложение 3. Суммирующий анализ по методам оценки эффективности социально-ориентированных проектов

Таблица 31. Применение методик оценки в зависимости от управленческой цели

	Убеждение и эмоциональное воздействие	Управление процессами	Управление результатами	Выявление лучших практик	Составление планов	Оценка эффективности	Оценка рентабельности	Обоснование инвестиций
Истории и кейсы								
Описательная статистика								
Логическая модель								
Теория изменений								
Индикаторная оценка								
СЕА								
СВА								
SROI								
Статистическое прогнозирование и моделирование								
Оценка вклада в устойчивое развитие (GIIN)								

Таблица 32. Возможность применения методик в различных масштабах

	Программа/проект	Организация	Отрасль/регион	Макроэкономические показатели
Истории и кейсы				
Описательная статистика				
Логическая модель				
Теория изменений				
Индикаторная оценка				
CEA				
СВА				
SROI				
Статистическое прогнозирование и моделирование				
Оценка вклада в устойчивое развитие (GIIN)				

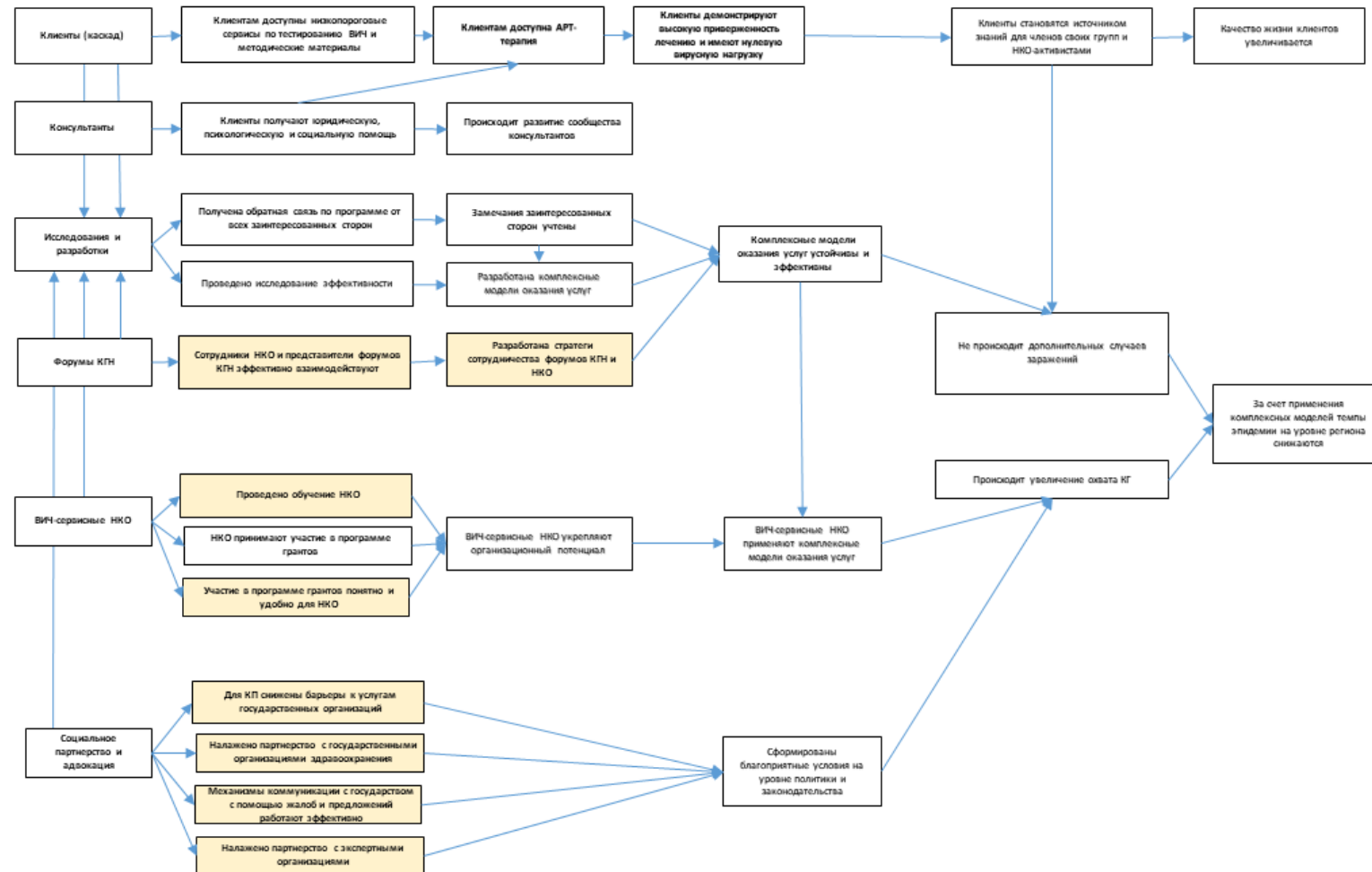
Таблица 33. Трудоемкость применения методик оценки и нуждаемость в экспертной и консультационной помощи

	Низкая	Средняя	Высокая	Очень высокая
Истории и кейсы				
Описательная статистика				
Логическая модель				
Теория изменений				
Индикаторная оценка				
CEA				
СВА				
SROI				
Статистическое прогнозирование и моделирование				
Оценка вклада в устойчивое развитие (GIIN)				

Таблица 34. Практика применения методик оценки проектов ВИЧ-сервисных организаций в России и странах СНГ и за рубежом

	Истори и и кейсы	Описательна я статистика	Логическа я модель	Теория измени й	Индикаторна я оценка	СЕ А	СВ А	SRO I	Статистическое прогнозировани е и моделирование	Оценка вклада в устойчиво е развитие (GIIN)
Россия и СНГ										
Зарубежны е кейсы										

Приложение 4. Карта результатов



Приложение 5. Расчет ЕСР по прямым затратам (на основе произвольных данных)

Таблица 35. Расчет ЕСР по прямым затратам

Затраты	Количество	Стоимость единицы	Общая стоимость
Выдано шприцев (всего, шт.)	328350	178	58446300
Спиртовые салфетки (шт.)	0		0
Иглы (шт.)	328350	7,5	2462625
Вода (шт.)	37213	40	1488520
Мазь (шт.)	0		0
Бинт (шт.)	0		0
Налоксон (шт.)	26268	165,7	4352607,6
Антисептик (шт.)	11164	221	2467244
Гигиенические салфетки (шт.)	0		0
Презервативы (шт.)	0		0
Лубриканты/саше (шт.)	87560	50	4378000
Лубриканты/бут. (шт.)	4378	289	1265242
Набор СИЗ (шт.)	0		0
Набор для ж-ЛУИН (шт.)	0		0
Набор для СР (шт.)	1446	320	462720
Набор для ЛЖВ (шт.)	0		0
Информационные материалы (кол-во получивших клиентов)	0		0
Консультаций [информационных бесед при выдаче] (~5 мин.)	7844	50	392200
Консультирование (Report: Counseling Form)	0		0
Социально-психологических консультаций (~15-30 мин.)			0
Прямые затраты, всего			75715458,6
Количество уникальных клиентов получивших базовый сервисный пакет услуг			2189
ЕСР по прямым затратам (стоимость всего/ количество уникальных клиентов получивших базовый сервисный пакет услуг)			34589,06

Приложение 6. Расчет ЕСР по производственным затратам (на основе произвольных данных)

Таблица 36. Перечень и сумма производственных затрат

Заработная плата аутрич-сотрудников, в том числе, взносы и налоги с ФОТ (руб. в год)	360000	10	3600000
Заработная плата уличных консультантов, в том числе, взносы и налоги с ФОТ (руб. в год)	480000	20	9600000
Заработная плата координатора программы, в том числе, взносы и налоги с ФОТ (руб. в год)	660000	2	1320000
Аренда офиса (руб. в год)	720000	1	720000
			15240000

Таблица 37. Матрица коэффициентов распределения (расчетный пример)

Показатель	1.1 Количество уникальных представителей, получивших базовый сервисный пакет услуг	2.1 Количество уникальных КП, протестированных на ВИЧ	3.1 Количество клиентов, у которых ВИЧ-инфекция впервые выявлена во время участия в проекте, получающих АРВТ	4.1 Процент ВИЧ-клиентов, приверженных АРВТ со снижением вирусной нагрузки до неопределяемых уровней
Количество клиентов проекта на этапе программы «КАСКАД»	570	2500	260	700
Весовой коэффициент (% от общего количества клиентов)	0,14	0,62	0,06	0,17

Таблица 38. Расчет ЕСР по производственным затратам (расчетный пример)

	Сумма	1.1	2.1	3.1	4.1
Затрата					
Заработная плата аутрич-сотрудников, в том числе, взносы и налоги с ФОТ (руб. в год)	360000	50918,11	223325,06	23225,81	62531,02
Заработная плата уличных консультантов, в том числе, взносы и налоги с ФОТ (руб. в год)	480000	67890,82	297766,75	30967,74	83374,69
Заработная плата координатора программы, том числе, взносы и налоги с ФОТ (руб. в год)	660000	93349,88	409429,28	42580,65	114640,20
Аренда офиса (руб. в год)	720000	101836,23	446650,12	46451,61	125062,03
Прямые затраты	565000,00	120000,00	270000,00	100000,00	75000,00
Количество КП	4030	570	2500	260	700
ЕСР по производственным затратам		761,39	173,60	1669,21	619,99

Приложение 7. Путеводители интервью и фокус-групп, информированные согласия

Путеводитель фокус-групп с представителями КГН

Добрый день! Меня зовут [имя модератора], сегодня со мной мой/моя коллега [имя модератора]. Цель нашей сегодняшней беседы - обсудить возможности (услуги) профилактики и лечения ВИЧ, которые доступны в [регион]. В частности, мы хотели бы поговорить о тех услугах, которые предоставляются в [название организации: НКО или гос. организации, на базе которой информанты могут получать услуги проекта]. Эти услуги связаны с профилактикой ВИЧ, тестированием на ВИЧ, лечением и правовой помощью. Вы могли получать все эти услуги или только некоторые из них. При дальнейшей беседе мы попросим Вас поделиться вашим мнением об этой помощи и обсудить Ваши идеи относительно того, как можно сделать такую помощь лучше.

I. Собственный опыт получения услуг в проекте

- 1) Перед началом нашего обсуждения мы попросим Вас представиться - как Вам было бы удобно, чтобы мы к Вам обращались? Вы можете использовать другое имя для сохранения конфиденциальности. После представления расскажите, пожалуйста, как давно Вы знаете [название организации] и обращаетесь сюда за помощью/получаете ее услуги. Откуда Вы узнали о том, что такая организация существует и помогает представителям КГН?
- 2) Расскажите, пожалуйста, о том, о каких видах помощи, которые предлагает [название организации], вы знаете? Как она помогает людям пройти тест на ВИЧ? Как она помогает в получении лечения людям с ВИЧ-инфекцией? Чем она занимается в области профилактики распространения ВИЧ?

II. Оценка услуг в области профилактики ВИЧ

- 3) Далее предлагаем обсудить, что могут делать медицинские организации, чтобы [прим. для модератора: назвать только группу(ы), в которой(ых) проводится ФГ: люди, употребляющие наркотики / мужчины, практикующие секс с мужчинами / трансгендерные люди / работники секс-бизнеса] не заразились ВИЧ-инфекцией.
- 4) Расскажите, пожалуйста, о Вашем опыте получения профилактической помощи в этой организации. К ней относятся: получение презервативов, лубрикантов, информационных материалов, консультирование по вопросам о ВИЧ, химсекса.
- 5) Вам было легко получить эту помощь? *(Если информант затрудняется с ответом: насколько удобно расположена организация или мобильный пункт, насколько легко обратиться и получить нужную Вам помощь, нет ли рисков столкнуться с негативным отношением, насколько доступна информация о возможности получить помощь и т.д.)* Доступна ли она в каких-то других организациях в регионе?
- 6) Насколько Вы удовлетворены этими услугами? На Ваш взгляд, насколько они подходят для людей в Вашем регионе? Помогает ли эта помощь в том, чтобы как можно больше людей знали о рисках заражения ВИЧ? Было ли что-то, что Вам хотелось бы изменить?
- 7) Насколько этой помощи достаточно для Вас? Есть ли еще какая-то помощь в профилактике, которую Вам хотелось бы получать?

- 8) Как Вы думаете, насколько профилактика ВИЧ доступна в Вашем регионе? Какие еще организации занимаются профилактикой ВИЧ в [регионе]? Что нужно делать, чтобы профилактика ВИЧ была лучше/эффективнее? Как сделать ее доступнее для людей в Вашем регионе? Давайте обсудим, как нужно работать с [прим. для модератора: назвать только группу(ы), в которой(ых) проводится ФГ: люди, употребляющие наркотики / мужчины, практикующие секс с мужчинами / трансгендерные люди / люди в секс-бизнесе], чтобы как можно больше людей получали помощь по профилактике ВИЧ?

III. Оценка услуг в области тестирования на ВИЧ

Сейчас я попрошу Вас обсудить помощь, как Вы оцениваете помощь в прохождении тестирования на ВИЧ. Это может быть тестирование на базе организации или получение набора для самотестирования. Расскажите о своем опыте.

- 9) Вам было легко получить эту помощь? (Если информант затрудняется с ответом: насколько удобно расположена организация или мобильный пункт, насколько легко обратиться и получить нужную Вам помощь, нет ли рисков столкнуться с негативным отношением, насколько доступна информация о возможности получить помощь и т.д.) Доступна ли она в каких-то других организациях в регионе?
- 10) Насколько Вы удовлетворены помощью в прохождении тестирования на ВИЧ? На Ваш взгляд, она подходит для людей в Вашем регионе? Помогает ли эта помощь в том, чтобы как можно больше людей проходили тестирование на ВИЧ? Было ли что-то, что Вам хотелось бы изменить?
- 11) Насколько этой помощи было достаточно для Вас? Есть ли еще какая-то помощь в области тестирования на ВИЧ, которую Вам хотелось бы получать?
- 12) Как Вы думаете, насколько в целом тестирование на ВИЧ доступно в Вашем регионе? В каких еще организациях можно сдать тест на ВИЧ? Что нужно сделать, чтобы как можно больше людей в Вашем регионе делали тесты на ВИЧ и узнавали свой статус? Давайте обсудим, что можно сделать, чтобы [прим. для модератора: назвать только группу(ы), в которой(ых) проводится ФГ: люди, употребляющие наркотики / мужчины, практикующие секс с мужчинами / трансгендерные люди / работники секс-бизнеса] проходили тестирование на ВИЧ?

IV. Оценка услуг в области лечения ВИЧ

В следующей части нашего обсуждения я предлагаю нам обсудить помощь в лечении людей с ВИЧ-инфекцией, которая доступна в этой организации. Это могут быть консультирование по лечению ВИЧ, в том числе онлайн, сопровождение в Центр СПИД или другие медицинские учреждения. Расскажите о своем опыте.

- 13) Вам было легко получить эту помощь? (Если информант затрудняется с ответом: насколько удобно расположена организация или мобильный пункт, насколько легко обратиться и получить нужную Вам помощь, нет ли рисков столкнуться с негативным отношением, насколько доступна информация о возможности получить помощь и т.д.) Доступна ли она в каких-то других организациях в регионе?

- 14) Насколько Вы удовлетворены помощью в лечении ВИЧ? На Ваш взгляд, она подходит для людей в Вашем регионе? Помогает ли эта помощь в том, чтобы как можно больше людей с ВИЧ-инфекцией начинали и продолжали лечение? Было ли что-то, что Вам хотелось бы изменить?
- 15) Насколько этой помощи было достаточно для Вас? Есть ли еще какая-то помощь в области лечения ВИЧ, которую Вам хотелось бы получать?
- 16) Как Вы думаете, насколько в целом лечение ВИЧ доступно для людей, живущих с ВИЧ, в Вашем регионе? Знаете ли Вы, какие организации помогают в лечении ВИЧ в Вашем регионе? Что нужно сделать, чтобы как можно больше людей в Вашем регионе с ВИЧ-положительным статусом начинали лечение? Далее мы попросим Вас поделиться Вашими идеями, что необходимо сделать, чтобы [прим. для модератора: назвать только группу(ы), в которой(ых) проводится ФГ: люди, употребляющие наркотики / мужчины, практикующие секс с мужчинами / трансгендерные люди / работники секс-бизнеса] начинали и продолжали лечение?

V. Оценка правовой помощи

Далее предлагаем Вам поделиться Вашим мнением относительно правовой помощи, которую Вы получали на базе [название организации]. Это могла быть помощь уличных юристов, в том числе в мобильных пунктах. Расскажите о своем опыте

- 17) Вам было легко получить эту помощь? (Если информант затрудняется с ответом: насколько удобно расположена организация или мобильный пункт, насколько легко обратиться и получить нужную Вам помощь, нет ли рисков столкнуться с негативным отношением, насколько доступна информация о возможности получить помощь и т.д.) Доступна ли она в каких-то других организациях в регионе?
- 18) Насколько Вы удовлетворены правовой помощью, которую Вы здесь получили? На Ваш взгляд, она подходит для людей в Вашем регионе? Было ли что-то, что Вам хотелось бы изменить?
- 19) Насколько этой помощи было достаточно для Вас? Есть ли еще какая-то правовая помощь в области лечения ВИЧ, которую Вам хотелось бы получать?
- 20) Как Вы думаете, насколько в целом правовая помощь, связанная с профилактикой и лечением ВИЧ, доступна в Вашем регионе? Какие еще организации ее оказывают? Что, на Ваш взгляд, необходимо сделать, чтобы как можно больше людей, которые нуждаются в правовой помощи в сфере ВИЧ, получали ее? Далее мы попросим Вас поделиться Вашими идеями, что необходимо сделать, чтобы [прим. для модератора: назвать только группу(ы), в которой(ых) проводится ФГ: люди, употребляющие наркотики / мужчины, практикующие секс с мужчинами / трансгендерные люди / люди в секс-бизнесе] могли обратиться и получить правовую помощь?

VI. Оценка других сервисов для сохранения здоровья

- 21) *Расскажите, пожалуйста, о Вашем опыте получения других услуг для сохранения здоровья:*
- участия в группах поддержки

- для ЛУИН - получение стерильных иглы и шприцов, помощь при передозировках, тестирование на гепатит С,

- для ТГ - консультации эндокринолога,

- для СР - тестирование на ИППП,

- для СР, МСМ и ТГ в СПб - доконтактная профилактика.

- 22) Вам было легко получить эту помощь? (Если информант затрудняется с ответом: насколько удобно расположена организация или мобильный пункт, насколько легко обратиться и получить нужную Вам помощь, нет ли рисков столкнуться с негативным отношением, насколько доступна информация о возможности получить помощь и т.д.) Доступна ли она в каких-то других организациях в регионе?
- 23) Насколько Вы удовлетворены этими услугами? На Ваш взгляд, насколько они подходят для людей в Вашем регионе? Было ли что-то, что Вам хотелось бы изменить?
- 24) Насколько этой помощи достаточно для Вас? Есть ли еще какая-то помощь в сфере сохранения здоровья, которую Вам хотелось бы получать?

VII. Общая оценка взаимодействия с организацией

В заключительной части нашей беседы мы попросим Вас поделиться Ваш мнением о работе организации в целом.

- 25) Насколько Вы в целом удовлетворены Вашим взаимодействием со специалистами [название организации]? Что Вам понравилось? Что хотелось бы улучшить?
- 26) Как Вы считаете, каких услуг не хватает в этой организации? Для каких групп населения эти услуги наименее доступны?
- 27) Представьте, что [название организации] закрылась. Как изменится Ваша жизнь? Чего Вам будет не хватать, а что Вы сможете легко найти в других организациях?
- 28) А сейчас представьте, наоборот, что организация развивается и Вас пригласили как главного эксперта, чтобы придумать, как сделать ее работу еще лучше, при этом Вы не ограничены в финансах. Что бы Вы посоветовали?

Спасибо Вам за участие в дискуссии, мы уверены, что Ваш опыт и Ваши идеи позволят улучшить организацию помощи [указать группы] в [название региона] и России в целом!

Путеводитель интервью с представителями КГН

I. Получение услуг в проекте

Для начала я попрошу Вас рассказать о Вашем опыте получения помощи в [название организации]

- 1) Расскажите, пожалуйста, когда Вы впервые обратились в эту организацию? В связи с чем Вы обратились сюда? Откуда Вы узнали о том, что такая организация существует и помогает представителям КГН?
- 2) Как часто за последний год Вы обращались в [название организации]?
- 3) Какую помощь Вы получили здесь с [период начала проекта]? Расскажите об этом.
Примечание интервьюеру: по каждой услуги дополнительно задать уточняющие вопросы “Насколько Вы удовлетворены этой помощью?”, “Чем Вам было это полезно?”
- 4) Далее я перечислю еще виды помощи, которые Вы могли получать в этой организации. Они могли быть связаны с профилактикой, тестированием, лечением ВИЧ-инфекции и правовой помощью. Пожалуйста, назовите, какие из них Вы получали и прокомментируйте, насколько Вы удовлетворены этой помощью:

Примечание интервьюеру: перечислить услуги, если информант говорит, что получал(а) какие-то из них, дополнительно задать вопрос “Насколько Вы удовлетворены этой помощью?”, а если не получал(а) - “Вы хотели бы получать эти услуги? Предлагали ли Вам такую помощь?”

4.1) Услуги по профилактике ВИЧ

- получение презервативов, лубрикантов
- получение информационных материалов
- консультирование специалистов (до и после тестовое, социально-психологическое, правовое)
- тестирование на ВИЧ
- доконтактная профилактика
- получение информации и онлайн консультирование по вопросам, связанным с "химсексом"
- группы поддержки и персональное психологическое консультирование для практикующих "химсекс"
- информационные материалы по вопросам “химсекса”

Только для ЛУИН:

- обмен игл и шприцев
- профилактика передозировок и помощь при передозировках (выдача ампулы налоксона – 85% ЛУИН)
- тестирование на гепатит С
- для практикующих химсекс (10%) – предоставление лубрикантов

Только для женщин ЛУИН:

- получение гигиенических пакетов

Только для женщин СР:

- тестирование на ИППП
- психологическое и медицинское консультирование

Только для ТГЛ:

- *консультации эндокринолога*

Насколько этой помощи было достаточно для Вас? Насколько легко Вам было ее получить в [название организации]? Есть ли еще какая-то помощь в области профилактики ВИЧ, которая Вам нужна?

Могли бы Вы получить эту помощь в другом месте? Почему Вы выбрали именно эту организацию?

4.2) Тестирование на ВИЧ

- *тестирование на ВИЧ*
- *предоставление наборов для самотестирования на ВИЧ*
- *использование интернет-бота при самотестировании*

Насколько этой помощи было достаточно для Вас? Насколько легко Вам было пройти тестирование на ВИЧ в [название организации]? Если Вы делали тест самостоятельно - насколько легко Вам было получить набор и воспользоваться им? Есть ли еще какая-то помощь в области профилактики ВИЧ, которая Вам нужна?

Могли бы Вы пройти тестирование в другом месте? Почему Вы выбрали именно эту организацию?

4.3) Лечение, уход и поддержка

- *сопровождение в мед. учреждения за лечением и диагностикой, в том числе оторвавшихся от лечения пациентов*
- *помощь в обращении в Центр СПИД для получения терапии;*
- *социальная поддержка*
- *помощь в тестировании на ВИЧ и консультирование сексуальных партнеров и партнеров по употреблению наркотиков*
- *предоставление информации и образовательных материалов,*
- *перенаправление в другие НГО.*

Насколько этой помощи было достаточно для Вас? Насколько легко Вам было получить помощь в лечении ВИЧ в [название организации]? Есть ли еще какая-то помощь в области лечения ВИЧ, которая Вам нужна?

Принимали ли Вы АРВТ-терапию? Был ли у Вас опыт прерывания АРВ-терапии? Получали ли Вы услуги в связи с прерыванием лечения?

Могли бы Вы получить помощь в лечении в другом месте? Почему Вы выбрали именно эту организацию?

4.4) Правовая помощь (Снижение барьеров, связанных с нарушением прав доступа человека к услугам в сфере ВИЧ)

- консультирование уличных юристов (равных консультантов) и профессиональных юристов по вопросам получения услуг в связи с ВИЧ-инфекцией

Насколько этой помощи было достаточно для Вас? Насколько легко Вам было получить правовую помощь в [название организации]? Есть ли еще какая-то правовая помощь, которая Вам нужна?

Могли бы Вы получить правовую помощь в другом месте? Почему Вы выбрали именно эту организацию?

- 5) Было ли что-то из перечисленных услуг, что Вам здесь предлагали, но Вы не воспользовались? Если да - расскажите, пожалуйста, об этом подробнее. Почему Вам не удалось воспользоваться этой помощью?

II. Взаимодействие с сотрудниками Консорциумов

Далее я попрошу Вас рассказать о том, как вы общались со специалистами этой организации.

- 29) Расскажите, пожалуйста, с какими специалистами [название организации] Вы общались?
- 30) Как бы Вы оценили Ваше общение с сотрудниками [название организации]? Пожалуйста, прокомментируйте Ваш ответ.
- 31) Насколько Вы удовлетворены Вашим взаимодействием со специалистами? Что Вам понравилось? Что хотелось бы улучшить?

III. Оценка проекта в целом

В заключительной части нашей беседы предлагаю Вам поделиться Вашими идеями о том, что из той помощи, которую Вы получаете здесь, можно заменить, и как ее можно улучшить.

- 6) Представьте, что [название организации] закрылась. Как изменится Ваша жизнь? Чего Вам будет не хватать, а что Вы сможете легко найти в других организациях?
- 7) А сейчас представьте, наоборот, что организация развивается и Вас пригласили как главного эксперта, чтобы придумать, как сделать ее работу еще лучше, при этом Вы не ограничены в финансах. Что бы Вы посоветовали?

Спасибо Вам за участие в исследовании, мы уверены, что Ваш опыт и Ваши идеи позволят улучшить организацию помощи [указать группы] в [название региона] и России в целом!

Путеводитель интервью с активистами, представителями Форумов

I. Участие в проекте

Для начала предлагаем Вам рассказать о Вашем опыте участия в проекте “КАСКАД”

- 1) Расскажите, пожалуйста, что, Вам известно о проекте “Каскад”. Участвовали ли Вы или Форум в планировании этого проекта на какой-то из стадий? Расскажите поподробнее.
- 2) О каких мероприятиях проекта КАСКАД Вам известно? Откуда? Есть ли мероприятия, запланированные конкретно для Форумов? Как Вы участвуете в этих мероприятиях?

II. Оценка услуг сервисных модулей проекта

Первая часть нашей беседы будет посвящена сервисным компонентам проекта. Я попрошу Вас поделиться Вашим мнением об услугах, доступных в проекте, а также о том, каких услуг не хватает.

- 1) Какие услуги, которые предоставляются в проекте, являются на Ваш взгляд самыми важными? Почему?
- 2) Есть ли в проекте услуги, которые, наоборот, излишни (например, они не нужны в конкретном регионе, уже предоставляются другими организациями, не актуальны для одной или нескольких целевых групп проекта)?
- 3) Далее я попрошу Вас рассказать, какие услуги и сервисы, по Вашему мнению, следовало бы дополнительно включить в проект “КАСКАД” для людей, употребляющих инъекционные наркотики? Прокомментируйте, пожалуйста, Ваш ответ.
- 4) Какие услуги следовало бы включить для мужчин, практикующих сексуальные контакты с мужчинами? Почему?
- 5) Какие еще услуги необходимо включить в проект для работников секс-бизнеса? Почему?
- 6) Какие дополнительные услуги нужны для трансгендерных людей? Почему?
- 7) С какими барьерами могут сталкиваться представители КГН при получении доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ в НКО? В государственных организациях? Как Форумы могут помогать сократить эти барьеры?
- 8) На Ваш взгляд, какие еще услуги необходимы для людей, практикующих химсекс? Почему?

III. Услуги по поддержке сообществ

Далее мы перейдем к вопросам, связанным с компонентами проекта, которые направлены на поддержку инициатив и организаций на базе сообществ.

- 9) Участвовали ли Вы в программе малых грантов для организаций/инициативы на базе сообществ? Если да - расскажите, пожалуйста, как эта программа помогла (или поможет, если еще не была реализована) Вашей организации? Как бы Вы оценили ее эффективность?
- 10) Участвовала ли Ваша организация/инициативная группа в программе наставничества? Как бы Вы оценили эффективность этой работы?

- 11) На Ваш взгляд, насколько проект помогает в укреплении и мобилизации сообществ? В поддержке Форумов КГН?

IV. Налаживание координации и взаимодействия сообществ и государственных организаций

В следующем блоке интервью мы обсудим, в какой степени проект “КАСКАД” помогает сообществу сотрудничать с государственными организациями

- 12) По Вашему мнению, насколько в рамках проекта удастся выполнение задачи по обеспечению участия сообществ в мониторинге и взаимодействии с органами власти? Как обеспечивается участие Форумов в мониторинге национальных мер в ответ на ВИЧ?
- 13) Вы знаете о рабочем плане Форума? Как принимаете участие в его работе?
- 14) Какие еще мероприятия вашего Форума, указанные в его рабочем плане, выполняются успешно, а какие требуют корректировки? На Ваш взгляд, насколько проект помогает в адвокации в сфере ВИЧ?
- 15) Как Форумами реализуется задача повышения осведомленности сотрудников полиции о медицинских потребностях КГ, в частности ЛУИН, в рамках проекта КАСКАД? Насколько эффективным, на Ваш взгляд, является этот компонент?

V. Управление проектом

В завершении интервью я задам Вам несколько вопросов об организации работы в рамках проекта, а также о тех успешных практиках, которые были разработаны в проекте.

- 32) Как бы Вы оценили организацию работы в проекте КАСКАД? Как бы Вы оценили управление проектом?
- 33) Как Вы считаете, как Вы и другие представители Форумов могут влиять на мероприятия проекта? На организацию работы и управление проектом?
- 34) Оцените, пожалуйста, взаимодействие членов форумов в Вашем регионе и между регионами проекта.
- 35) Какие успешные практики были выработаны в рамках проекта?

Спасибо Вам за участие в исследовании, мы уверены, что Ваш опыт и Ваши идеи позволят улучшить организацию помощи [указать группы] в [название региона] и России в целом!

Путеводитель интервью с поставщиками услуг (представителями Консорциумов)

I. Оценка сервисных модулей проекта “КАСКАД”

- 1) Насколько, по Вашему мнению, содержание проекта отвечает вызовам/проблемам (соответствуют эпидемиологической ситуации) в сфере ВИЧ-инфекции в Вашем регионе? Как Вы считаете, в какой степени мероприятия проекта помогут достигать приоритетных целей в сфере противодействия ВИЧ в регионе?
- 2) Как Вы считаете, насколько услуги, предусмотренные в проекте, соответствуют потребностям ключевых групп населения в сфере профилактики и лечения ВИЧ в Вашем регионе?
- 3) Как Вы оцениваете эффективность услуг проекта для людей, употребляющих инъекционные наркотики? Для мужчин, практикующих сексуальные контакты с мужчинами? Для работников секс-бизнеса? Для трансгендерных людей?
- 4) Каких сервисных услуг, на Ваш взгляд, не хватает в проекте? Какие услуги могли бы быть заменены или исключены? (Примечание интервьюеру: если сотрудник затрудняется, то переспросить: *представьте, что возникла необходимость сократить финансирование проекта и убрать часть услуг. Чем бы Вы пожертвовали, почему?*)

II. Потребности в профилактике, тестировании и лечении в регионе

- 5) С какими барьерами могут сталкиваться представители КГН при получении доступа к услугам по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ в НКО? В государственных организациях? Как НКО снижают эти барьеры для КГН в рамках проекта?
- 6) Какие услуги наиболее востребованы среди ключевых групп населения в Вашем регионе? Как Вы считаете, с чем это связано?

III. Оценка проекта для развития НКО и социального партнерства

- 7) Как Вы считаете, насколько эффективны мероприятия проекта, направленные на обучение сотрудников НКО? Мобилизацию организаций на базе сообществ?
- 8) Как бы Вы оценили эффективность работы по укреплению Форумов в проекте? Какие успешные практики есть в этой области? Что можно было бы улучшить?
- 9) Как Вы считаете, насколько проект помогает координации и сотрудничеству между сервисными НКО и Форумами ключевых групп населения?
- 10) Как Вы считаете, насколько проект помогает координации и сотрудничеству между сервисными НКО и местными органами власти и государственными организациями здравоохранения?
- 11) Как Вы оцениваете сопровождение и поддержку БФ Гуманитарное действия при выполнении работы Вашей организации в рамках субгранта?
- 12) Что еще можно было бы еще предусмотреть в рамках проекта для Вашей организации, чтобы сделать вашу работу более легкой и эффективной? А для того, чтобы помочь Вам взаимодействовать с местными органами власти и организациями здравоохранения?
- 13) Какие услуги могли бы быть заменены или исключены? (Примечание интервьюеру: если сотрудник затрудняется, то переспросить: *представьте, что возникла*

необходимость сократить финансирование проекта и убрать часть услуг для Вашей организации (обучение, мобилизация). Чем бы Вы пожертвовали, почему?)

IV. Оценка эффективности проекта “КАСКАД”

- 14) Какие критерии, на Ваш взгляд, должны использоваться при оценке эффективности этого проекта?
- 15) Как Вы считаете, насколько эффективно обучение сотрудников НКО в рамках проекта? Поддержка организаций на базе сообществ?
- 16) Как Вы считаете, насколько эффективно реализована профилактическая работа в проекте в Вашем регионе? Что является сильной стороной профилактики в проекте? Каких услуг в области профилактики не хватает?
- 17) На Ваш взгляд, насколько эффективны предоставляемые в рамках проекта услуги по тестированию на ВИЧ для разных КГН? Что является сильной стороной этого компонента? Как можно было бы улучшить систему тестирования в рамках проекта?
- 18) Как Вы считаете, насколько эффективно реализуются услуги в области обеспечения лечения ЛЖВ? Что является сильной стороной этого компонента? Как можно было бы улучшить его?
- 19) Как Вы считаете, насколько в рамках проекта удается работа по снижению барьеров в доступе к услугам в сфере ВИЧ? Какие успешные практики есть в этой области? Что можно было бы улучшить?
- 20) Прокомментируйте, пожалуйста, насколько эффективным Вы считаете реализацию исследований в проекте? Какие являются наиболее значимыми? Какие актуальные темы, на Ваш взгляд, не затронуты?
- 21) Как Вы оцениваете реализацию проекта в целом в настоящий момент? Что затрудняет его реализацию? Какие слабые стороны есть у проекта?
- 22) На Ваш взгляд, какие сильные стороны есть у проекта в целом? Что Вы считаете лучшими практиками и находками в проекте? Чем Вы гордитесь?

Спасибо Вам за участие в исследовании, мы уверены, что Ваш опыт и Ваши идеи позволят улучшить организацию помощи [указать группы] в [название региона] и России в целом!

Путеводитель интервью с экспертами государственных организаций

I. Характеристики и сценарии развития эпидемии в регионе

- 1) Какие основные особенности эпидемии ВИЧ-инфекции характерны для Вашего региона [Москвы, Санкт-Петербурга, Челябинска]? Какой путь передачи является основным? Какие группы населения наиболее затронуты ВИЧ в регионе? Какие факторы развития эпидемии являются приоритетными на уровне региона?
- 2) Как Вы считаете, как будет развиваться эпидемия ВИЧ в регионе [Москве, Санкт-Петербурге, Челябинске]?
- 3) Какие направления профилактики являются приоритетными? Какие цели в области лечения являются приоритетными?
- 4) Какие меры профилактики и обеспечения приверженности лечению реализуются на уровне региона: государственными организациями, НКО и организациями на уровне сообществ?

II. Оценка мероприятий проекта КАСКАД

- 5) Расскажите, насколько Вы знакомы с проектом "КАСКАД", который реализует [Благотворительный фонд "Гуманитарное действие" или название Консорциума]?
- 6) Как Вы узнали об этом проекте? Была ли у Вас возможность повлиять на реализацию проекта в регионе (например, высказать какие-то комментарии, которые были учтены)?
- 7) Насколько, по Вашему мнению, содержание проекта отвечает вызовам/проблемам в сфере ВИЧ-инфекции в Вашем регионе? Как Вы считаете, в какой степени мероприятия проекта помогут достигать приоритетных целей в сфере противодействия ВИЧ в регионе?
- 8) На Ваш взгляд, какие сильные стороны есть у проекта в целом? Какие наиболее значимые достижения проекта Вы могли бы назвать?
- 9) Какие слабые стороны есть у проекта?

III. Потребности в профилактике, тестировании и лечении в регионе

- 10) На Ваш взгляд, какие потребности в области профилактики и лечения ВИЧ являются приоритетными в Вашем регионе?
- 11) С какими барьерами могут сталкиваться представители КГН при получении доступа к услугам по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ в НКО? В государственных организациях? Как НКО могут помогать в сокращении этих барьеров?
- 12) Какие услуги наиболее востребованы среди ключевых групп населения в Вашем регионе? Как Вы считаете, с чем это связано?

IV. Оценка сервисных модулей проекта "КАСКАД"

- 13) Расскажите, пожалуйста, о каких услугах, предоставляемых в рамках проекта КАСКАД, Вам известно?
- 14) Как Вы считаете, насколько услуги, предусмотренные в проекте, соответствуют потребностям ключевых групп населения в сфере профилактики и лечения ВИЧ в Вашем регионе?

- 15) Как Вы оцениваете эффективность услуг проекта для людей, употребляющих инъекционные наркотики? Для мужчин, практикующих сексуальные контакты с мужчинами? Для работников секс-бизнеса? Для трансгендерных людей?
- 16) Каких сервисных услуг, на Ваш взгляд, не хватает в проекте? Какие услуги могли бы быть заменены или исключены?

V. Оценка проекта для развития НКО и социального партнерства

- 17) Как Вы считаете, насколько проект помогает налаживанию сотрудничества между НКО, организациями/инициативами на базе сообществ и местными органами власти и государственными организациями?
- 18) Расскажите, пожалуйста, о Вашем опыте взаимодействия с НКО в рамках проекта? С организациями на базе сообществ КГН? Насколько это взаимодействие эффективно?
- 19) Изменилось ли что-то в Вашем взаимодействии с НКО и организациями на базе сообществ с начала проекта? Если да - расскажите, пожалуйста, подробнее.
- 20) Что еще можно сделать для улучшения этого взаимодействия?

Спасибо Вам за участие в исследовании, мы уверены, что Ваш опыт и Ваши идеи позволят улучшить организацию помощи [указать группы] в [название региона] и России в целом!

Форма информированного согласия для фокус-групп с представителями ключевых групп населения

Индивидуальный номер /__/__/

ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ комплексного трехлетнего исследования эффективности проекта «КАСКАД» и соотношения эффективности и инвестиций по результатам реализации и воздействия гранта

Предлагаем Вам ознакомиться с информацией об исследовании и самостоятельно принять решение об участии в нем. Данная форма информированного согласия включает всю необходимую информацию, а также контактную информацию координатора исследования и подпись нашего сотрудника.

Исследование проводится Социологическим институтом Российской академии наук — филиалом ФНИСЦ РАН совместно с некоммерческими организациями, работающими в сфере профилактики ВИЧ-инфекции. Если у Вас возникнут вопросы о самом исследовании или о Вашей роли в нем, пожалуйста, задавайте их членам исследовательской группы.

Цель исследования:

Проект «КАСКАД» реализуется в трех регионах РФ (г. Санкт-Петербург, г. Москва, г. Челябинск) и занимается оказанием услуг таким ключевым группам, как люди, живущие с ВИЧ, мужчины, практикующие секс с мужчинами, секс-работники, люди, употребляющие инъекционные наркотики, трансгендерные люди.

Целью данного исследования является оценка того, насколько данный проект помогает людям оставаться здоровыми: избежать заражения ВИЧ-инфекцией и другими заболеваниями и, при необходимости, своевременно и эффективно получать лечение, а также справляться с жизненными сложностями.

Участие в исследовании:

Для участия в исследовании мы предлагаем Вам принять участие в фокус-группе, во время которой мы поговорим на следующие темы:

- Ваш опыт получения услуг в рамках Проекта «КАСКАД»;
- Как можно улучшить работу Проекта, чтобы он стал еще более полезным для групп, уязвимых к ВИЧ-инфекции или живущих с ВИЧ.

Фокус-группа представляет собой метод сбора данных, при котором несколько человек (8-12) с похожим опытом вместе обсуждают вопросы, сформулированные ведущим. Мы предполагаем, что это займет около 2 часов. Чтобы ничего не упустить мы будем записывать фокус-группу на диктофон. Собранные данные будут переведены в формат текста, после этого все записи с диктофона будут удалены.

Конфиденциальность данных:

Ваше участие в исследовании является полностью конфиденциальным: никакие Ваши персональные данные (имя, фамилия, дата рождения) нигде не будут указаны. Аудиозапись и расшифровка фокус-группы будут доступны только членам исследовательской группы Социологического института и не будут разглашены. Все результаты будут представлены только в общем массиве, а не индивидуально.

Добровольность и риски участия в исследовании:

Участие в исследовании с Вашей стороны является добровольным. Вы должны сами решить, принимать участие в исследовании или нет. Некоторые вопросы фокус-группы могут показаться Вам достаточно личными, на которые людям обычно бывает сложно

отвечать. Часть вопросов могут вызывать дискомфорт или эмоциональное напряжение. Если по каким-то причинам Вам будет неудобно отвечать на тот или иной вопрос, Вы можете не отвечать на него. Однако мы просим Вас по возможности отвечать на вопросы наиболее подробно. Даже если Вы сначала согласились принять участие в исследовании, то Вы можете в любое время изменить свое решение и отказаться от участия.

Права участника исследования:

Данный проект прошел оценку в Локальном этическом комитете ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова». Цель деятельности этого Комитета — максимально обеспечить соблюдение прав участников исследования. Если у Вас возникнут вопросы о Ваших правах как участника исследования, то Вы можете связаться с Этическим Комитетом по следующему телефону: +7(812)338-66-17.

Другие вопросы:

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы относительно исследования и Вашего участия в нем, Вы в любой момент можете связаться с координатором исследования: Авдеева Владлена Павловна. Почта: vladlena.avdeeva@gmail.com. Телефон: +7(931)224-03-06.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Я объяснил(а) респонденту предложенную выше форму информированного согласия, а также ответил(а) на все вопросы респондента относительно участия в комплексном трехлетнем исследовании по соотношению эффективности и инвестиций по результатам реализации и воздействия гранта. Его/ее решение принять участие в исследовании является осознанным и добровольным, о чем получено устное согласие. Он/она выразил(а) свое согласие принять участие в фокус-группе. Это решение не было навязано кем-либо и является осознанным и добровольным, о чем было получено устное согласие.

ФИО модератора, заполняющего форму: _____

Подпись модератора, заполняющего форму: _____

Дата: « ____ » _____ 2022 год.

Форма информированного согласия для интервью с поставщиками услуг, членами Консорциумов

Индивидуальный номер /__/__/

ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ комплексного трехлетнего исследования эффективности проекта «КАСКАД» и соотношения эффективности и инвестиций по результатам реализации и воздействия гранта

Предлагаем Вам ознакомиться с этой формой и самостоятельно принять решение об участии в исследовании. Мы отдаем Вам экземпляр Формы информированного согласия со всей необходимой информацией, включая контактную информацию координатора исследования и подписью нашего сотрудника.

Исследование проводится Социологическим институтом Российской академии наук — филиалом ФНИСЦ РАН совместно с Консорциумами, работающими с ключевыми группами (МСМ, СР, ЛУИН, ТГЛ, ЛЖВ). Если у Вас возникнут вопросы о самом исследовательском проекте или о Вашей роли в нем, пожалуйста, задавайте их членам исследовательской группы Социологического института.

Цель исследования:

Целью данного исследования является оценка эффективности вмешательств, проведенных в ходе реализации Проекта «КАСКАД» в трех регионах РФ (г. Санкт-Петербург, г. Москва, г. Челябинск)

Участие в исследовании:

Для участия в исследовании мы предлагаем Вам дать интервью, во время которого мы поговорим на следующие темы:

- Какие потребности в профилактике, тестировании и лечении ВИЧ-инфекции есть в регионе;
- Как проект реализуется сейчас и какую роль играет в профилактике ВИЧ-инфекции, развитии НКО и партнерства НКО и государственных организаций;
- Каковы основные сложности и успехи в реализации проекта.

Время проведения интервью около 1 часа. Для последующей расшифровки и анализа данных будет вестись аудиозапись интервью. После расшифровки аудиозапись будет удалена.

Конфиденциальность данных:

Ваше участие в исследовании является полностью конфиденциальным: никакие Ваши персональные данные (имя, фамилия, дата рождения) нигде не будут указаны. Аудиозапись и расшифровка интервью будут доступны только членам исследовательской группы Социологического института и не будут разглашены. Все результаты будут представлены только в общем массиве, а не индивидуально.

Добровольность и риски участия в исследовании:

Участие в исследовании с Вашей стороны является добровольным. Вы должны сами решить, принимать участие в исследовании или нет. Некоторые вопросы интервью могут показаться Вам достаточно личными, на которые людям обычно бывает сложно отвечать. Часть вопросов могут вызывать дискомфорт или эмоциональное напряжение. Если по каким-то причинам Вам будет неудобно отвечать на тот или иной вопрос, Вы можете не отвечать на него. Однако мы просим Вас по возможности отвечать на вопросы наиболее

подробно. Даже если Вы сначала согласились принять участие в исследовании, то Вы можете в любое время изменить свое решение и отказаться от участия.

Права участника исследования:

Данный проект прошел оценку в Локальном этическом комитете ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова». Цель деятельности этого Комитета — максимально обеспечить соблюдение прав участников исследования. Если у Вас возникнут вопросы о Ваших правах как участника исследования, то Вы можете связаться с Этическим комитетом по следующему телефону: +7(812)338-66-17.

Другие вопросы:

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы относительно исследования и Вашего участия в нем, Вы в любой момент можете связаться с координатором исследования: Авдеева Владлена Павловна. Почта: vladlena.avdeeva@gmail.com. Телефон: +7(931)224-03-06.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Я объяснил(а) респонденту предложенную выше форму информированного согласия, а также ответил(а) на все вопросы респондента относительно участия в комплексном трехлетнем исследовании по соотношению эффективности и инвестиций по результатам реализации и воздействия гранта. Его/ее решение принять участие в исследовании является осознанным и добровольным, о чем получено устное согласие. Он/она выразил(а) свое согласие принять участие в интервью. Это решение не было навязано кем-либо и является осознанным и добровольным, о чем было получено устное согласие.

ФИО интервьюера, заполняющего форму: _____

Подпись интервьюера, заполняющего форму: _____

ФИО информанта, заполняющего форму: _____

Подпись информанта, заполняющего форму: _____

Дата: « ____ » _____ 2022 год.

Форма информированного согласия для интервью с представителями ключевых групп

Индивидуальный номер /__/__/

ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ комплексного трехлетнего исследования эффективности проекта «КАСКАД» и соотношения эффективности и инвестиций по результатам реализации и воздействия гранта

Предлагаем Вам ознакомиться с информацией об исследовании и самостоятельно принять решение об участии в нем. Данная форма информированного согласия включает всю необходимую информацию, а также контактную информацию координатора исследования и подпись нашего сотрудника.

Исследование проводится Социологическим институтом Российской академии наук — филиалом ФНИСЦ РАН совместно с некоммерческими организациями, работающими в сфере профилактики ВИЧ-инфекции. Если у Вас возникнут вопросы о самом исследовании или о Вашей роли в нем, пожалуйста, задавайте их членам исследовательской группы.

Цель исследования:

Проект «КАСКАД» реализуется в трех регионах РФ (г. Санкт-Петербург, г. Москва, г. Челябинск) и занимается оказанием услуг таким ключевым группам, как люди, живущие с ВИЧ, мужчины, практикующие секс с мужчинами, секс-работники, люди, употребляющие инъекционные наркотики, трансгендерные люди.

Целью данного исследования является оценка того, насколько данный проект помогает людям оставаться здоровыми: избежать заражения ВИЧ-инфекцией и другими заболеваниями и, при необходимости, своевременно и эффективно получать лечение, а также справляться с жизненными сложностями.

Участие в исследовании:

Для участия в исследовании мы предлагаем Вам дать интервью, во время которого мы поговорим на следующие темы:

- Опыт получения сервисных услуг, предлагаемых в рамках Проекта «КАСКАД»;
- Роль услуг, предоставляемых в рамках Проекта «КАСКАД», в профилактике ВИЧ-инфекции;
- Опыт взаимодействия с сотрудниками Консорциумов, НКО, инициативных групп.

Время проведения интервью около 1 часа. Для последующей расшифровки и анализа данных будет вестись аудиозапись интервью. После расшифровки аудиозапись будет удалена.

Конфиденциальность данных:

Ваше участие в исследовании является полностью конфиденциальным: никакие Ваши персональные данные (имя, фамилия, дата рождения) нигде не будут указаны. Аудиозапись и расшифровка интервью будут доступны только членам исследовательской группы Социологического института и не будут разглашены. Все результаты будут представлены только в общем массиве, а не индивидуально.

Добровольность и риски участия в исследовании:

Участие в исследовании с Вашей стороны является добровольным. Вы должны сами решить, принимать участие в исследовании или нет. Некоторые вопросы интервью могут показаться Вам достаточно личными, на которые людям обычно бывает сложно отвечать. Часть вопросов могут вызывать дискомфорт или эмоциональное напряжение. Если по

каким-то причинам Вам будет неудобно отвечать на тот или иной вопрос, Вы можете не отвечать на него. Однако мы просим Вас по возможности отвечать на вопросы наиболее подробно. Даже если Вы сначала согласились принять участие в исследовании, то Вы можете в любое время изменить свое решение и отказаться от участия.

Права участника исследования:

Данный проект прошел оценку в Локальном этическом комитете ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова». Цель деятельности этого Комитета — максимально обеспечить соблюдение прав участников исследования. Если у Вас возникнут вопросы о Ваших правах как участника исследования, то Вы можете связаться с Этическим Комитетом по следующему телефону: +7(812)338-66-17.

Другие вопросы:

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы относительно исследования и Вашего участия в нем, Вы в любой момент можете связаться с координатором исследования: Авдеева Владлена Павловна. Почта: vladlena.avdeeva@gmail.com. Телефон: +7(931)224-03-06.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Я объяснил(а) респонденту предложенную выше форму информированного согласия, а также ответил(а) на все вопросы респондента относительно участия в комплексном трехлетнем исследовании по соотношению эффективности и инвестиций по результатам реализации и воздействия гранта. Его/ее решение принять участие в исследовании является осознанным и добровольным, о чем получено устное согласие. Он/она выразил(а) свое согласие принять участие в интервью. Это решение не было навязано кем-либо и является осознанным и добровольным, о чем было получено устное согласие.

ФИО интервьюера, заполняющего форму: _____

Подпись интервьюера, заполняющего форму: _____

Дата: « ____ » _____ 2022 год.

Форма информированного согласия для экспертных интервью с представителями комитетов по здравоохранению/руководителями ЦС/другими экспертами

**ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ
комплексного трехлетнего исследования эффективности проекта «КАСКАД» и
соотношения эффективности и инвестиций по результатам реализации и
воздействия гранта**

Предлагаем Вам ознакомиться с этой формой и самостоятельно принять решение об участии в исследовании. Мы отдаем Вам экземпляр Формы информированного согласия со всей необходимой информацией, включая контактную информацию координатора исследования и подписью нашего сотрудника.

Исследование проводится Социологическим институтом Российской академии наук — филиалом ФНИСЦ РАН совместно с Консорциумами, работающими с ключевыми группами (МСМ, СР, ЛУИН, ТГЛ, ЛЖВ). Если у Вас возникнут вопросы о самом исследовательском проекте или о Вашей роли в нем, пожалуйста, задавайте их членам исследовательской группы Социологического института.

Цель исследования:

Проект «КАСКАД» реализуется в трех регионах РФ (г. Санкт-Петербург, г. Москва, г. Челябинск) и занимается оказанием услуг таким ключевым группам, как МСМ, СР, ЛУИН, ТГЛ, ЛЖВ. Целью данного исследования является оценка эффективности Проекта «КАСКАД» для противодействия распространению ВИЧ-инфекции в регионе.

Участие в исследовании:

Для участия в исследовании мы предлагаем Вам дать интервью, во время которого мы поговорим на следующие темы:

- Характеристики и сценарии развития эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе;
- Актуальные потребности в профилактике, тестировании и лечении ВИЧ-инфекции в регионе;
- Ваш опыт взаимодействия с проектом «КАСКАД»;
- Ваша оценка того, как реализуется проект в регионе и какие результаты были достигнуты.

Время проведения интервью около 1 часа. Чтобы ничего не упустить мы будем записывать интервью на диктофон. После того, как аудиозапись будет переведена в текстовую форму, она будет удалена.

Конфиденциальность данных:

Ваше участие в исследовании является полностью конфиденциальным: никакие Ваши персональные данные (имя, фамилия, дата рождения) нигде не будут указаны. Аудиозапись и расшифровка интервью будут доступны только членам исследовательской группы Социологического института и не будут разглашены. Все результаты будут представлены только в общем массиве, а не индивидуально.

Добровольность и риски участия в исследовании:

Участие в исследовании с Вашей стороны является добровольным. Вы должны сами решить, принимать участие в исследовании или нет. Некоторые вопросы интервью могут показаться Вам достаточно личными, на которые людям обычно бывает сложно отвечать. Часть вопросов могут вызывать дискомфорт или эмоциональное напряжение. Если по каким-то причинам Вам будет неудобно отвечать на тот или иной вопрос, Вы можете не отвечать на него. Однако мы просим Вас по возможности отвечать на вопросы наиболее

подробно. Даже если Вы сначала согласились принять участие в исследовании, то Вы можете в любое время изменить свое решение и отказаться от участия.

Права участника исследования:

Данный проект прошел оценку в Локальном этическом комитете ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова». Цель деятельности этого Комитета — максимально обеспечить соблюдение прав участников исследования. Если у Вас возникнут вопросы о Ваших правах как участника исследования, то Вы можете связаться с Этическим Комитетом по следующему телефону: +7(812)338-66-17.

Другие вопросы:

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы относительно исследования и Вашего участия в нем, Вы в любой момент можете связаться с координатором исследования: Авдеева Владлена Павловна. Почта: vladlena.avdeeva@gmail.com. Телефон: +7(931)224-03-06.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ

Я объяснил(а) респонденту предложенную выше форму информированного согласия, а также ответил(а) на все вопросы респондента относительно участия в комплексном трехлетнем исследовании по соотношению эффективности и инвестиций по результатам реализации и воздействия гранта. Его/ее решение принять участие в исследовании является осознанным и добровольным, о чем получено устное согласие. Он/она выразил(а) свое согласие принять участие в интервью. Это решение не было навязано кем-либо и является осознанным и добровольным, о чем было получено устное согласие.

ФИО интервьюера, заполняющего форму: _____

Подпись интервьюера, заполняющего форму: _____

ФИО информанта, заполняющего форму: _____

Подпись информанта, заполняющего форму: _____

Дата: « ____ » _____ 2022 год.

Приложение 8. Список использованных источников

1. «Who are You and What are You Doing Here?»: Social Capital and Barriers to Movement along the HIV Care Cascade among Tajikistani Migrants with HIV to Russia, 2021. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-021-03359-w>
2. «90–90–90: амбициозные цели, приближающие победу над эпидемией СПИДа». <https://www.unaids.org/ru/resources/909090>
3. «Посыл был хороший, но реальность такова». Чем опасна криминализация заражения ВИЧ и кто от этого пострадает. Ссылка: <https://takiedela.ru/news/2021/07/16/122andcrime/>
4. Apolloni, A. et al. Metapopulation epidemic models with heterogeneous mixing and travel behaviour // *Theoretical Biology and Medical Modelling*, Vol. 11, No 1, 2014, Article number 3.
5. Bansal S., Grenfell B., Meyers L. A. When individual behaviour matters: homogeneous and network models in epidemiology // *J. R. Soc. Interface*. 2007. Vol. 4, No. 16. P. 879-891.
6. Bartlett M. S. *An Introduction to Stochastic Processes, with special reference to methods and applications*. Third edition. Cambridge University Press, 1978. 388 p.
7. Bellerose, M., Zhu, L., Hagan, L. M., Thompson, W. W., Randall, L. M., Malyuta, Y., ... & Linas, B. P. (2021). A review of network simulation models of hepatitis C virus and HIV among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 88, 102580.
8. Bernier, A., Romyantseva, T., Reques, L., Volkova, N., Kyburz, Y., Maximov, O., ... & Pataut, D. (2020). HIV and other sexually transmitted infections among female sex workers in Moscow (Russia): prevalence and associated risk factors. *Sexually Transmitted Infections*, 96(8), 601-607.
9. Black F. L., Singer B. Elaboration versus simplification in refining mathematical models of infectious disease // *Ann. Rev. Microbiol.* 1987. No. 41. P. 677–701.
10. Bonabeau, E. Agent-based modeling: methods and techniques for simulating human systems // *Proceedings from the National Academy of Sciences*. 2002. Vol. 99. P. 7280-7287.
11. Boren, D. et al. Stochastic variation in network epidemic models: Implications for the design of community level HIV prevention trials // *Statistics in Medicine*, 2014
12. Carley K. M., Altman N., Kaminsky B., Nave D., Yahja A. *BioWar: A City–Scale Multi–Agent Network Model of Weaponized Biological Attacks* (2004). CASOS Technical Report [Электронный ресурс].
13. Coakley S. *Formal Software Architecture for Agent–Based Modelling in Biology* // Ph. D. thesis. Department of Computer Science, University of Sheffield, UK, 2007.

14. Conner M. M., Gross J. E., Cross P. C., Ebinger M. R., Gillies R. R., Samuel M. D., Miller M. W. Scale–dependent approaches to modeling spatial epidemiology of chronic wasting disease. Special Report. Utah Division of Wildlife Resources, 2007.
15. Escudero DJ, Lurie MN, Mayer KH, King M, Galea S, Friedman SR, Marshall BD. The risk of HIV transmission at each step of the HIV care continuum among people who inject drugs: a modeling study. *BMC public health*. 2017 Dec;17(1):1-9.
16. Fraser, H., Borquez, A., Stone, J., Abramovitz, D., Brouwer, K.C., Goodman-Meza, D., Hickman, M., Patterson, T.L., Silverman, J., Smith, L. and Strathdee, S.A., 2021. Overlapping key populations and HIV transmission in Tijuana, Mexico: a modelling analysis of epidemic drivers. *AIDS and Behavior*, 25(11), pp.3814-3827.
17. Garnett GP, Hallett TB, Takaruzza A, Hargreaves J, Rhead R, Warren M, et al. Providing a conceptual framework for HIV prevention continuums and assessing feasibility of empirical measurement with data from east Zimbabwe: a case study. *Lancet HIV*. 2016; 3(7): e297–e306. [https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(16\)30039-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(16)30039-X/fulltext)
18. Gountas, I., Nikolopoulos, G., Touloumi, G., Fotiou, A., & Souliotis, K. (2021). Could the 2010 HIV outbreak in Athens, Greece have been prevented? A mathematical modeling study. *PloS one*, 16(10), e0258267.
19. Kelley CF, Kahle E, Siegler A, et al. Applying a PrEP Continuum of Care for Men Who Have Sex with Men in Atlanta, Georgia. *Clin Infect Dis*. 2015; 61(10):1590–1597. <https://academic.oup.com/cid/article/61/10/1590/302887>
20. Krebs, E., Enns, B., Wang, L., Zang, X., Panagiotoglou, D., Del Rio, C., Dombrowski, J., Feaster, D.J., Golden, M., Granich, R. and Marshall, B., 2019. Developing a dynamic HIV transmission model for 6 US cities: an evidence synthesis. *PloS one*, 14(5), p.e0217559.
21. Monteiro, J.F.G., Escudero, D.J., Weinreb, C., Flanigan, T., Galea, S., Friedman, S.R. and Marshall, B.D.L., 2016. Understanding the effects of different HIV transmission models in individual-based microsimulation of HIV epidemic dynamics in people who inject drugs. *Epidemiology & Infection*, 144(8), pp.1683-1700.
22. Moorhouse L, Schaefer R, Thomas R, et al. Application of the HIV prevention continuum to identify, develop and evaluate interventions to improve use of prevention methods: examples from a study in east Zimbabwe. *J Int AIDS Soc*. 2019; 22 Suppl 4(Suppl Suppl 4): e25309.
23. Pertsev N. V., Leonenko V. N. Discrete stochastic model of HIV infection spread within a heterogeneous population // *Russian Journal of Numerical Analysis and Mathematical Modelling*, 27:5 (2012), 459-477.

24. Sahneh, F.D. , Scoglio, C., Van Mieghem, P. Generalized epidemic mean-field model for spreading processes over multilayer complex networks // *IEEE/ACM Transactions on Networking*, Vol. 21, Issue 5, 2013, P. 1609-1620.
25. Sloot P. M. A., Ivanov S. V., Boukhanovsky A. V., Vijver D. A. M. C. Van De, Boucher C. A. B. Stochastic simulation of HIV population dynamics through complex network modeling // *International Journal of Computer Mathematics*. 2008. Vol. 85, No. 8. P. 1175–1187.
26. UNAIDS, Fast-Track: accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_Fast_Track_en.pdf
27. Uuskuula A, Vickerman P, Raag M, Walker J, Paraskevis D, Eritsyan K, et al. (2020) Presenting a conceptual framework for an HIV prevention and care continuum and assessing the feasibility of empirical measurement in Estonia: A case study. *PLoS ONE* 15(10): e0240224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240224>
28. Watts D. J., Muhamad R., Medina D. C., Dodds P. S. Multiscale, resurgent epidemics in a hierarchical metapopulation model // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2005. Vol. 102, No. 32. P. 11157–11162.
29. Xiong, J. et al. Multiagent-based simulation of the HIV/AIDS spatial and temporal transmission among injection drug users // *18th International Conference on Geoinformatics, Geoinformatics 2010*.
30. Xuan H., Xu L., Li L. A CA-based epidemic model for HIV/AIDS transmission with heterogeneity // *Ann Oper Res* (2009) 168: 81–99.
31. Zang, X., Goedel, W.C., Bessey, S.E., Lurie, M.N., Galea, S., Galvani, A.P., Friedman, S.R., Nosyk, B. and Marshall, B.D., 2022. The impact of syringe services program closure on the risk of rebound HIV outbreaks among people who inject drugs: A modeling study. *AIDS*, 36(6), pp.881-888.
32. Zang, X., Krebs, E., Wang, L., Marshall, B.D., Granich, R., Schackman, B.R., Montaner, J.S. and Nosyk, B., 2019. Structural design and data requirements for simulation modelling in HIV/AIDS: a narrative review. *PharmacoEconomics*, 37(10), pp.1219-1239.
33. Zhong, L., Zhang, Q. and Li, X., 2018. Modeling the intervention of HIV transmission across intertwined key populations. *Scientific reports*, 8(1), pp.1-9.
34. А.Б. Ларин, Ю.А. Тюков. Влияние медико-социального статуса ВИЧ-инфицированных в Челябинской области на приверженность лечению. *Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»*. №6, 2011.
35. Авдеев Ю.А., Дацко С.И. и др. Эффективная связь с лечением людей, впервые получивших диагноз «ВИЧ-инфекция». *Сборник полезного регионального опыта*.

- Методическое пособие. /Под ред. А.В. Выгоняйлова. – Челябинск, 2020. https://mnenie.center/netcat_files/userfiles/Effektivnaya_svyaz_s_lecheniem.pdf
36. Авдеев Ю.А., Дацко С.И. и др. Эффективная связь с лечением людей, впервые получивших диагноз «ВИЧ-инфекция». Сборник полезного регионального опыта. Методическое пособие. /Под ред. А.В. Выгоняйлова. – Челябинск, 2020. https://mnenie.center/netcat_files/userfiles/Effektivnaya_svyaz_s_lecheniem.pdf
37. Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации. Доклад по результатам исследования по оценке социально-экономических потерь общества от эпидемии ВИЧ/СПИД в России. М., 2020. С. 233
38. Батлук Ю.В., Барабохина В.А., Ивашкина Ю.Ю., Суворова С.В. Организация социального обслуживания ВИЧ-инфицированных граждан и членов их семей. Методические рекомендации / под редакцией М.В. Жуковой. – 2-е изд.: переработанное и дополненное. – СПб.: Изд-во СПб ГБУ «Городской информационно- методический центр «Семья», 2015. Ссылка: http://homekid.ru/content/docs/met_help/VICH/13.6%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BA%D0%B0.pdf
39. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора. Москва, 2021 Buulleten-46-VICH-infektsiya-za-2020-g.-.pdf (hivrussia.info)
40. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года от 21 декабря 2020 года N 3468-р. <https://docs.cntd.ru/document/573200412>
41. Если обвиняют в заражении ВИЧ. Ссылка: <https://xn--26-jlcp8al.xn--plai/zhizn-s-vich/esli-obvinyayut-v-zarazhenii-vich.html>
42. Исследование барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения в трех регионах Российской Федерации (г. Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск). – Санкт-Петербург, 2022. <https://haf-spb.org/wp-content/uploads/2022/04/issledovanie-barerov.pdf>
43. Исследование барьеров в доступе к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения в трех регионах Российской Федерации (г.Москва, г. Санкт-Петербург, г. Челябинск). – Санкт-Петербург, 2022. <https://haf-spb.org/wp-content/uploads/2022/04/issledovanie-barerov.pdf>

44. Исследование дискриминации в отношении ЛГБТ+ людей в России: качественные данные, 2021. Вторая часть. Ссылка: <https://lgbtnet.org/upload/iblock/09d/Diskriminatsiya.-Kachestvennyy-analiz.docx.pdf>
45. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ
46. Конституция РФ 1993 г.
47. Крикова А.В., Конышко Н.А., Беспалова Л.И. и др. ВИЧ-инфекция: нормативно-правовое регулирование и эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации. Вестник Смоленской государственной медицинской академии 2018, Т. 17, № 3. С. 48
48. Медико-правовой справочник пациента: ВИЧ-инфекция. Благотворительный фонд «Открытый Медицинский Клуб», 2017. С. 70
49. Определение Конституционного Суда РФ от 12.05.2006 № 155-О «По жалобе гражданина Украины Х. на нарушение его конституционных прав пунктом 2 статьи 11 Федерального закона "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», пунктом 13 статьи 7 и пунктом 13 статьи 9 Федерального закона «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»
50. Определение Четвертого кассационного суда общей юрисдикции №88-27002/2020 от 07.12.2020 г. https://minzdrav.gov.ru/regional_news/4235-krasnodar-vmeste-protiv-spida
51. Отчет о числе осужденных по всем составам преступлений Уголовного кодекса Российской Федерации и иных лиц, в отношении которых вынесены судебные акты по уголовным делам. Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2021 год. Ссылка: <http://www.cdep.ru/index.php?id=79&item=6121>
52. Отчет о числе привлеченных к уголовной ответственности и видах уголовного наказания за 12 мес. 2021 г. Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2021 год. Ссылка: <http://www.cdep.ru/index.php?id=79&item=6121>
53. Плавинский С. Л., Ладная Н. Н., Баринаева А. Н., Зайцева Е. Е. Эпидемиологический надзор II поколения за ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования, 2017 г.
54. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: искоренение неравенства и становление на путь, позволяющий искоренить СПИД к 2030 году. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N21/139/45/PDF/N2113945.pdf?OpenElement>
55. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 №1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»

56. Постановление правительства РФ от 01.12.2004 №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»
57. Постановление Правительства РФ от 08.04.2017 №426 «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом»
58. Приказ Минздрава России от 29.04.2015 № 216н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний»
59. Распоряжение Правительства РФ от 21.12.2020 № 3468-р «Об утверждении Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2030 года»
60. Сопровождение людей, живущих с ВИЧ, пострадавших от криминализации ВИЧ-инфекции в регионе ВЕЦА. <https://network.org.ua/wp-content/uploads/2021/07/Praktycheskoe-posobyе-dlya-parayurystov.pdf>
61. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 30 сентября 2021 г. <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2021/11/Spravka-VICH-v-Rossii-9-mes-2021-g..pdf>
62. Справка по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на 31.12.2021 г. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. Данные получены из территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом (или иных уполномоченных организаций) и территориальных Управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
63. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ
64. Федеральный закон от 02.07.2021 № 357-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»
65. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
66. Федеральный закон от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»
67. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

68. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»
69. Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»
70. Федорович И., Йорский Ю., Джума В. Запретить нельзя разрешить. Как работают законы о запрете «гейпропаганды» в Российской Федерации/ЕКОМ — Евразийская коалиция по здоровью, правам, гендерному и сексуальному многообразию.Таллинн, 2020. С. 29