

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
« ____ » _____ 2024 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

03.06.2024 М.М. Русакова

подпись, дата

Директор БФ «Гуманитарное действие»

_____ С.Г. Дугин

подпись, дата

Санкт-Петербург
2024

СПИСОК ИСПОЛНИТЕЛЕЙ

Руководитель темы:

Ст. науч. сотр.,
канд. социол. наук _____ 03.06.2024 М.М. Русакова (введение,
(подпись, дата) основная часть)

Исполнители темы:

Ст. науч. сотр., канд. _____ 03.06.2024 К.Ю. Ерицян (введение,
псих. наук (подпись, дата) основная часть)

Ст. науч. сотр., канд. _____ 03.06.2024 В.А. Одинокова (введение,
социол. наук (подпись, дата) основная часть)

Науч. сотр. _____ 03.06.2024 В.П. Авдеева (введение,
(подпись, дата) основная часть)

Мл. науч. сотр. _____ 03.06.2024 А.Р. Шаршов (введение,
(подпись, дата) основная часть)

РЕФЕРАТ

Отчет 225 страниц, 36 рисунков, 35 таблиц, 4 приложения.

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

Ключевые слова: ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ, АНАЛИЗ КАСКАДА ЛЕЧЕНИЯ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА, ОЦЕНКА КОМПОНЕНТА ПРАВОВОЙ ПОМОЩИ, КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Отчет включает в себя информацию по следующим блокам: качественный компонент исследования эффективности проекта, основанный на анализе мнений представителей различных заинтересованных сторон, включая оценку компонента правовой помощи в рамках проекта «КАСКАД», каскадный анализ, математическое моделирование эпидемиологических процессов с учетом воздействия проекта «КАСКАД», оценка социальной результативности и социально-экономической эффективности проекта «КАСКАД».

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», а также с активистами Форумов КГН.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	11
1. КАЧЕСТВЕННЫЙ КОМПОНЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА, ОСНОВАННЫЙ НА АНАЛИЗЕ МНЕНИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН	15
Методология	15
Цель исследования	15
Задачи исследования.....	15
Дизайн исследования	15
Целевые группы	15
Процесс рекрутирования.....	16
Выборочная совокупность.....	17
Методика исследования	17
Полуструктурированные интервью с клиентами проекта	18
Полуструктурированные интервью с сотрудниками Консорциумов.....	19
Полуструктурированные интервью с членами Форумов КГН	19
Анализ данных	20
Ограничения исследования	20
Результаты качественного исследования	22
1. Оценка сервисного компонента проекта «КАСКАД» клиентами проекта.....	22
1.1. Описание выборочной совокупности: опыт и частота обращения в НКО и ИГ-члены Консорциумов	22
1.2. Оценка услуг по профилактике ВИЧ	22
Собственные действия клиентов проекта по профилактике инфицирования/распространения ВИЧ.....	22
Опыт получения профилактических услуг.....	24
Количественная доступность профилактических услуг	24
Доступность профилактики для клиентов	25
Приемлемость профилактических услуг	26
Качество профилактических услуг.....	26
Помощь в профилактике, которой не воспользовались	27
Запрос на дополнительные услуги по профилактике	28
1.3. Оценка услуг по тестированию	28
Собственные действия по тестированию.....	28
Опыт получения услуг по тестированию.....	28
Количественная доступность тестирования	29

Доступность тестирования для клиентов.....	29
Приемлемость услуг по тестированию	30
Качество тестирования	30
Запрос на дополнительные услуги по тестированию	31
1.4. Оценка услуг по лечению ВИЧ-инфекции	31
Опыт приема АРВТ.....	31
Собственные действия по решению проблем в сфере лечения ВИЧ-инфекции	32
Получение помощи в лечении ВИЧ	33
Количественная доступность услуг по сопровождению к лечению	34
Доступность услуг по сопровождению для клиентов	34
Приемлемость услуг по сопровождению к лечению.....	34
Качество услуг по сопровождению	35
Запрос на дополнительные услуги в сфере лечения ВИЧ-инфекции	35
1.5. Оценка правовой помощи.....	37
Собственные действия по решению правовых проблем	37
Опыт столкновения с правовыми последствиями из-за принадлежности к КГН.....	37
Опыт столкновения с правовыми последствиями из-за наличия ВИЧ-инфекции	38
Опыт получения правовой помощи.....	38
Количественная доступность правовой помощи для клиентов.....	38
Доступность правовой помощи для клиентов.....	39
Приемлемость правовых услуг	39
Качество правовых услуг	39
1.6. Общая оценка сервисов организаций и ИГ-членов Консорциумов клиентами проекта	39
Опыт взаимодействия с сотрудниками	39
Оценка взаимодействия с сотрудниками.....	40
Влияние полученной помощи на жизнь и поведение.....	40
Изменения в работе Центров СПИД	41
Изменения в жизни в случае закрытия организации.....	42
2. Оценка сервисного компонента проекта «КАСКАД» специалистами Консорциумов Санкт-Петербурга, Москвы и Челябинска и Форумами КГН	43
2.1. Соответствие проекта проблемам в сфере ВИЧ и потребностям КГН	43
2.2. Оценка услуг по профилактике	47
Количественная доступность профилактических услуг	47
Доступность профилактики для клиентов	49
Приемлемость профилактических услуг	50

Качество профилактических услуг.....	52
2.3. Оценка тестирования.....	53
Количественная доступность тестирования.....	53
Доступность тестирования для клиентов.....	54
Приемлемость услуг по тестированию.....	54
Качество тестирования.....	56
2.4. Оценка услуг по сопровождению к лечению.....	56
Количественная доступность услуг по сопровождению к лечению.....	56
Доступность услуг по сопровождению для клиентов.....	58
Приемлемость услуг по сопровождению к лечению.....	59
Качество услуг по сопровождению.....	59
3. Собственные действия клиентов в профилактике, тестировании и лечении.....	59
4. Оценка мероприятий по укреплению НКО и организаций на базе сообществ.....	61
4.1. Обучение сотрудников Консорциумов и членов Форумов КГН.....	61
4.2. Потребности в обучении.....	63
4.2. Обмен опытом между Консорциумами.....	65
4.3. Опыт участия в программе малых грантов.....	65
Эффективность работы по укреплению организаций на базе сообществ.....	66
5. Оценка эффективности социального партнерства.....	67
Изменения в работе государственных организаций.....	67
Развитие социального партнерства Консорциумов и Форумов КГН с органами власти и государственными организациями.....	68
6. Сотрудничество Консорциумов и Форумов КГН.....	70
7. Оценка исследований.....	75
Исследования, проведенные согласно рабочему плану СПб БФ «Гуманитарное действие».....	75
Оценка исследований, проведенных Форумами КГН.....	75
8. Оценка системы управления проектом.....	77
Организация работы и взаимодействие с основным реципиентом.....	77
Влияние внешних условий на реализацию проекта.....	80
Оценка системы мониторинга и оценки.....	82
Планы по использованию разработанных практик в МиО после завершения проекта.....	85
9. Оценка правового компонента и прогресса в решении правовых проблем клиентов.....	86
Реализация правового компонента.....	86
Обучение уличных юристов.....	88
Прогресс в решении правовых проблем клиентов.....	89

10. Общая оценка и устойчивость результатов проекта	92
2. КАСКАДНЫЙ АНАЛИЗ	96
Методика расчета	96
Результаты	97
Каскадный анализ: ЛЖВ в целом, Москва	97
Каскадный анализ: ЛЖВ в целом, Санкт-Петербург.....	100
Каскадный анализ: ЛЖВ в целом, Челябинск.....	102
3. ОЦЕНКА МАСШТАБОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОЕКТА «КАСКАД» НА ОСНОВЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ СЦЕНАРИЕВ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ	106
Введение.....	106
Методология	106
Исходные данные	106
Модели	106
Статистическое моделирование	107
Модельные предположения	107
Оценка по данным с 2019 г.	115
Математическое моделирование на основе популяционных (компарментальных) SIR-моделей	120
Модели	120
Детализированная популяционная модель	120
Упрощённая компарментальная модель	123
Калибровка модели на данные.....	125
Преобразование данных	125
Москва и Санкт-Петербург	125
Челябинск.....	126
Прогнозирование.....	127
Оценка эффективности программы «КАСКАД»	131
4. ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА «КАСКАД»	142
ФАКТИЧЕСКАЯ СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ	142
1. Расчет стоимости комплексной услуги по основным компонентам	143
1.1. Базовый сервисный пакет.....	143
1.2. Консультирование.....	144
1.3. Тестирование	146
1.4. 1.5. 1.6. Организационные расходы, продвижение проекта и затраты на отдельные категории в рамках КГН.....	147

ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ, СТОИМОСТЬ ВЫДЕЛЕННОЙ УСЛУГИ	157
Оценка результативности и эффективности проекта «КАСКАД»	158
Оценка результативности проекта «КАСКАД».....	158
Данные каскада по КГ ЛУИН и расчет количества предотвращенных случаев для КГ ЛУИН	159
Данные каскада по КГ СР, ЛРСП, ЛПН и расчет количества предотвращенных случаев для КГ СР, ЛРСП, ЛПН.....	161
Расчет добавленных QALY проекта.....	162
Расчет результативности проекта «КАСКАД» на основе добавленных QALY.....	164
Оценка эффективности проекта «КАСКАД» на основе стоимости добавленных QALY.....	166
Расчет полной стоимости QALY.....	167
Подходы к уточнению оценки эффективности проекта «КАСКАД» на основе расчета полной стоимости QALY	169
ВЫВОДЫ.....	171
Качественный компонент исследования эффективности проекта, основанный на анализе мнений представителей различных заинтересованных сторон	171
Каскадный анализ	175
Математическое моделирование эпидемиологических процессов с учетом воздействия проекта «Каскад»	176
Оценка социальной результативности и социально-экономической эффективности проекта «Каскад»	176
РЕКОМЕНДАЦИИ	180
Качественный компонент исследования эффективности проекта, основанный на анализе мнений представителей различных заинтересованных сторон	180
Математическое моделирование эпидемиологических процессов с учетом воздействия проекта «Каскад»	181
Оценка социальной результативности и социально-экономической эффективности проекта «Каскад»	182
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	183
Приложение 1. КАЧЕСТВЕННЫЙ КОМПОНЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА, ОСНОВАННЫЙ НА АНАЛИЗЕ МНЕНИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН	183
Приложение 1.1. Список интервью с сотрудниками Консорциумов, клиентами проекта и членами Форумов КГН	183
Приложение 1.2. Форма информированного согласия КГН.....	186
Приложение 1.3. Форма информированного согласия Консорциумы.....	188
Приложение 1.4. Форма информированного согласия Форумы	191
Приложение 1.5. Путеводитель интервью с клиентами проекта.....	193

Путеводитель интервью с представителями КГН.....	193
Приложение 1.6. Путеводитель интервью с сотрудниками Консорциумов	200
Приложение 1.7. Путеводитель интервью с финансовым директором проекта.....	206
Приложение 1.8. Путеводитель интервью с членами Форумов КГН	207
Приложение 2. МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ С УЧЕТОМ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОЕКТА «КАСКАД».....	212
Приложение 2.1. Листинг кода расчётов модельных траекторий для детализированной компарментальной модели	212
Приложение 2.2. Листинг вычислительного алгоритма для упрощённой модели	213
Приложение 2.3. Таблицы коэффициентов пропорциональности α_{PY} для расчёта динамики численностей КГН.....	214
Приложение 2.4. Таблицы исходных данных для калибровки модели	214
Приложение 3. ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА «КАСКАД»	217
Приложение 3.1. Список источников	217
Приложение 4. КАСКАДНЫЙ АНАЛИЗ	219

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

- АРВ (АРВТ) — антиретровирусная терапия
- БФ – благотворительный фонд
- ВВП — валовый внутренний продукт
- ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
- ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
- ВРП — валовый региональный продукт
- ГФ — Глобальный фонд
- ДКП – доконтактная профилактика
- ИГ — инициативная группа
- ИППП – инфекции, передаваемые половым путем
- КГН — люди, относящиеся к одной или нескольким ключевым группам населения
- КП — клиент проекта
- ЛЖВ — люди, живущие с ВИЧ
- ЛПН — лица с полоролевой неконформностью
- ЛРСП — лица, практикующие рискованное сексуальное поведение
- ЛУИН — люди, употребляющие инъекционные наркотики
- МиО – мониторинг и оценка
- МО — медицинская организация
- НКО — некоммерческие организации
- ПИН — потребители инъекционных наркотиков
- ПКП – постконтактная профилактика
- ПМГ – программа малых грантов
- РФ — Российская Федерация
- СК — сотрудник Консорциума
- СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита
- СР — секс-работники/цы
- УЗИ – ультразвуковая диагностика
- УФСИН – Управление федеральной службы исполнения наказаний
- ФИС – форма информированного согласия
- ФЦ — Федеральный центр по профилактике и борьбе со СПИДом
- ЦС — Центр по профилактике и борьбе со СПИДом
- ЮНЭЙДС — Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ВВЕДЕНИЕ

В России продолжает развиваться эпидемия ВИЧ, на 31 декабря 2022 г. в стране проживало 1 168 076 россиян с лабораторно подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции. Пораженность населения ВИЧ-инфекцией составила 794,7 на 100 тысяч населения России, то есть с зарегистрированной ВИЧ-инфекцией жили 0,8% всего населения России и 1,4% 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 (59,2%) получают лечение. Среди тех, кто состоит на диспансерном наблюдении, получают лечение 85,2% 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 планируется 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 2022 г. <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2023/09/Spravka-VICH-v-Rossii-na-31.12.2022.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 лица, практикующие рискованное сексуальное поведение (РСП),

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.

работники секс-бизнеса (СР) (в том числе женщины, мужчины и трансгендерные люди, а также СР, употребляющие наркотики), люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН), люди с полоролевой неконформностью (ЛПН), 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 качественного социологического исследования, правовой оценки, математического моделирования и экономического анализа.

В данном отчете представлены результаты исследования по следующим направлениям:

Таблица 1.1. Разделы отчета и авторы:

№	Раздел отчета	Авторы
1	Качественный компонент исследования эффективности проекта, основанный на анализе мнений представителей различных заинтересованных сторон, включая оценку компонента правовой помощи в рамках проекта «Каскад»	Авдеева В.П., Одинокова В.А. к. с. н., Шаршов А.Р.
2	Каскадный анализ	Ерицян К.Ю. к. пс. н., Шаршов А.Р.
3	Математическое моделирование эпидемиологических процессов с учетом воздействия проекта «Каскад»	Леоненко В.Н. к. ф.-м. н.
4	Оценка социальной результативности и социально-экономической эффективности проекта «Каскад»	Рождественская Н.В. к. э. н., Богуславская С.Б. к. э. н.

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

Методология

Цель исследования

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

Задачи исследования

1. Оценка эффективности сервисного компонента проекта «КАСКАД»: удовлетворенности клиентов услугами в области профилактики, тестирования и сопровождения к лечению, влияния на жизнь клиентов и соответствия актуальным потребностям.

2. Оценка эффективности реализации правового компонента проекта и прогресса в сфере решения правовых проблем клиентов.

3. Анализ эффективности усилий по мобилизации сообществ КГН и усилению координации и взаимодействия с местными органами власти и государственными организациями.

4. Оценка управления проектом «КАСКАД» и взаимодействием региональных Консорциумов и Форумов КГН.

Дизайн исследования

Исследование проводилось в три этапа (раунда), что позволило сравнить эффективность воздействия вмешательств в начале проекта «КАСКАД», на этапе активной реализации проекта и на его заключительном этапе.

Целевые группы

В качественное исследование были включены три целевые группы информантов:

1. Представители ключевых групп населения: ЛЖВ, ЛУИН, РСР, СР и ЛПН

В рамках исследования были проведены интервью с представителями пяти ключевых групп населения, которые были целевыми группами проекта: ЛЖВ, ЛУИН, РСР, СР и ЛПН. Рекрутинг клиентов проекта в исследование осуществлялся с помощью сотрудников Консорциумов. Им было предложено пригласить к участию в исследовании клиентов проекта «КАСКАД», которые получали различный набор услуг, имели разный срок знакомства и получения помощи от организаций-членов Консорциумов, различные социально-демографические характеристики и с учетом различий их места в каскаде

профилактики и лечения ВИЧ таким образом, чтобы обеспечить гетерогенный состав информантов.

2. Поставщики услуг в регионах проекта, сотрудники Консорциумов

К участию в исследовании были приглашены специалисты из числа поставщиков услуг – НКО и ИГ-членов Консорциумов. Были привлечены как сотрудники, непосредственно осуществляющие работу с клиентами проекта и отвечающие за полевую работу, так и представители менеджмента. На заключительном этапе оценки были проведены интервью с представителями основного реципиента.

3. Члены Форумов КГН

В исследовании приняли участие члены межрегиональных Форумов КГН, обладающие наиболее полной информацией о проекте.

Процесс рекрутирования

Рекрутирование информантов из числа сотрудников региональных Консорциумов и членов Форумов КГН осуществлялось при содействии СПб БФ «Гуманитарное действие»: списки информантов от каждого Консорциума и Форума КГН, с которыми необходимо было провести интервью, были предоставлены СПб БФ «Гуманитарное действие» в целях обеспечения представленности мнений и оценок различных категорий информантов. Это также позволило учесть мнения различных участников проекта на разных этапах его реализации. Некоторые ключевые информанты из числа сотрудников Консорциумов и членов Форумов принимали участие на предыдущих этапах оценки.

Приглашение клиентов проекта к участию в исследовании осуществлялось при содействии сотрудников Консорциумов, непосредственно работающих с конкретной КГН: сотрудники исследовательской группы связывались с координаторами, контактные данные которых были предоставлены СПб БФ «Гуманитарное действие», и предлагали пригласить к участию клиентов проекта. В Санкт-Петербурге привлечение клиентов-представителей группы ЛУИН осуществлялось сотрудниками исследовательской группы в мобильном пункте: во время обращения в мобильный пункт в нем находились интервьюеры и предлагали клиентам проекта принять участие в исследовании.

Основные трудности, которые возникали на первом этапе исследования оценки эффективности проекта «КАСКАД», были связаны с рекрутированием участников фокус-групп и привлечением к участию в исследовании представителей экспертов государственных организаций. В связи с этим были внесены изменения в методологию исследования на втором и третьем этапах: было принято решение об отказе от проведения

интервью с представителями государственных организаций и замене фокус-групп с КГН на дополнительные индивидуальные интервью.

Наиболее труднодоступной группой для рекрутирования в исследование на всех его этапах были клиенты из числа ЛПН: трудности были связаны с малочисленностью этой группы во всех регионах проекта и с закрытостью группы, представители которой чаще остальных клиентов проекта отказывались от участия в исследовании. На заключительном этапе проекта эти трудности усугублялись миграцией многих представителей этой КГН.

Наиболее оперативный процесс рекрутинга всех групп информантов – сотрудников Консорциума и клиентов проекта – был реализован Консорциумом Челябинска на всех трех этапах оценки. Все интервью были оперативно согласованы, оказана значительная помощь в организации интервью с клиентами проекта, что может свидетельствовать об активном взаимодействии организаций и ИГ, которые входят в состав Консорциума, и налаженных контактах координаторов с клиентами проекта.

Выборочная совокупность

Целевой объем выборки по трем целевым группам исследования составил:

1. 15 поставщиков услуг – представителей Консорциумов в трех регионах проекта
2. 45 клиентов проекта из числа пяти КГН
3. 5 членов Форумов КГН

Всего в рамках третьего этапа качественного исследования были проведены:

4. 16 полуструктурированных интервью с поставщиками услуг в трёх регионах проекта, членами Консорциумов – 6 в Санкт-Петербурге (включая представителей основного реципиента), 5 в Москве, 5 в Челябинске;
5. 46 полуструктурированных интервью с представителями пяти КГН (по 3 представителя каждой КГН в трех регионах проекта, всего 9 ЛЖВ, 10 ЛУИН (было проведено дополнительное интервью с клиентов проекта в Москве), 9 РСП, 9 СР, 9 ЛПН);
6. 5 полуструктурированных интервью с членами Форумов (2 Форум ЛЖВ, 1 Форум ЛУИН, 1 Форум РСП, 1 Форум СР, 1 Форум ЛПН).

Списки информантов без указания персональных данных представлены в [Приложении № 1.1](#).

Методика исследования

В качестве метода сбора данных использовалось полуструктурированное фокусированное интервью. Большинство интервью с клиентами проекта и представителями Консорциумов проводились в очном формате в офисах организаций. В Санкт-Петербурге

интервью с ЛУИН проводились в мобильном пункте. Интервью с СР, которые получали услуги проекта в Москве и Санкт-Петербурге, проводились по телефону, так как этот формат был более предпочтителен для клиенток проекта. Также большинство интервью с ЛПН проводились по телефону по запросу информантов. Все интервью с активистами Форумов были проведены в онлайн-формате по причине территориальной удаленности – активисты находились за пределами регионов исследования.

Перед началом интервью все участники получили полную информацию о цели исследования, организации, которая его проводит, основных темах, которые будут обсуждаться в интервью, защите конфиденциальности данных и вознаграждении. Информантам, с которыми интервью проводились в очном формате, было предложено прочитать и взять с собой экземпляр Формы информированного согласия (ФИС) (Приложения №1.2-1.4). Сотрудники Консорциумов подписывали ФИС, клиенты проекта и члены Форумов давали устное согласие.

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

За участие в интервью клиентам проекта и сотрудникам Консорциумов предоставлялось вознаграждение в виде подарочного сертификата: в Москве и Санкт-Петербурге – номиналом 1000 рублей, в Челябинске – номиналом 700 рублей (номинал был согласован с координаторами работы с КГН и руководителями Консорциумов).

Полуструктурированные интервью с клиентами проекта

Путеводитель полуструктурированных интервью для клиентов проекта – представителей ключевых групп (ЛЖВ, ЛУИН, РСР, СР, ЛПН) (Приложение №1.5) включал следующие тематические блоки:

1. Опыт получения услуг проекта
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. Взаимодействие с сотрудниками Консорциумов
7. Оценка проекта в целом

Минимальная продолжительность интервью с клиентами проекта составила 13 минут, максимальная – 1 час, средняя продолжительность интервью – 33 минуты.

Полуструктурированные интервью с сотрудниками Консорциумов

Путеводитель интервью для сотрудников Консорциумов включал следующие темы (Приложение №1.6):

1. Общая характеристика проекта и оценка сервисных модулей проекта «КАСКАД»
2. Потребности, сильные стороны и трудности в профилактике, тестировании и лечении в регионе
3. Оценка правовой поддержки в рамках проекта
4. Оценка проекта для развития НКО и социального партнерства
5. Оценка управления проектом
6. Оценка эффективности и устойчивости проекта «КАСКАД»

Отдельный путеводитель был разработан для проведения интервью с финансовым директором проекта (Приложение №1.7). Так как представители Консорциумов, которые были выбраны СПб БФ «Гуманитарное действие» для участия в исследовании, имели разную специализацию и выполняли различные функции в проекте, вопросы интервью были адаптированы с учетом специфики их работы - некоторые вопросы могли не задаваться, если они были нерелевантны для работы информантов в проекте. Помимо интервью с полевыми сотрудниками и менеджментом, было организовано дополнительное интервью с финансовым директором проекта. Для целей этого интервью был разработан отдельный путеводитель.

Минимальная продолжительность интервью с сотрудниками составила 32 минуты, максимальная – 2 часа 42 минуты. Средняя продолжительность интервью – 1 час 28 минут.

Полуструктурированные интервью с членами Форумов КГН

Путеводитель интервью для активистов Форумов (Приложение №1.8) включал следующие тематические блоки:

1. Опыт участия в проекте «КАСКАД»
2. Оценка сервисных модулей проекта и взаимодействия с сотрудниками Консорциумов
3. Оценка услуг по поддержке сообществ
4. Налаживание координации и взаимодействия сообществ и государственных организаций
5. Управление проектом, оценка эффективности и устойчивости

Минимальная продолжительность интервью с членами Форумов составила 46 минут, максимальная – 1 часа 45 минут. Средняя продолжительность интервью – 1 час 18 минут.

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».

Анализ данных

На первом этапе были составлены книги кодов отдельно для анализа интервью с клиентами проекта, сотрудниками Консорциумов и членами Форумов КГН: они включали априорные коды, сформулированные исходя из задач исследования и содержания путеводителей интервью. Коды были сгруппированы по категориям, так как интервью имели достаточно четкую структуру. Затем проводился построчный анализ расшифрованных интервью: производился поиск априорных тем и их выражения в данных.

Для анализа оценок клиентов проекта и сотрудников Консорциумов услуг по профилактике, тестированию, сопровождению к лечению ВИЧ и правовой помощи использовалась модель AAAQ. Для каждой категории услуг были проанализированы следующие аспекты, которые присутствовали в интервью с информантами: количественная доступность услуг (availability), доступность услуг для клиентов (accessibility), приемлемость и соответствие особенностям КГН (acceptability) и качество услуг (quality).

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). Некоторые подразделы содержат срез мнений только одной целевой группы.

Ограничения исследования

Данное исследование имеет несколько ограничений:

1. Большинство информантов из числа клиентов проекта были рекрутированы сотрудниками Консорциумов, поэтому они могут представлять собой наиболее лояльную категорию клиентов, что может обуславливать некоторые смещения в сторону более позитивной оценки сервисов и их реализации НКО и ИГ. Подобное смещение в сторону более лояльных клиентов характерно и для ситуаций, когда рекрутирование осуществлялось сотрудниками исследовательской группы, так как исследование направлено на оценку сервисного компонента, реализуемого Консорциумами, и клиенты проекта могут соглашаться принять участие в интервью в случае высокой лояльности к НКО. При этом информанты отмечали свои рекомендации к изменению и дополнению сервисного

компонента, их оценки и рекомендации представлены в отчете наряду с комментариями сотрудников Консорциумов.

2. В связи с тем, что в исследовании принимали участие сотрудники Консорциумов и члены Форумов с разной специализацией, выполняющие различные функции в проекте и обладающих различной информацией о его содержании, сопоставление данных и представление результатов по отдельным регионам и КГН не всегда было возможным. В отчете представлена детальная информация в разбивке по регионам, КГН и Форумам в зависимости от полноты полученных данных с учетом ограничений выборочной совокупности.

3. В разных раундах оценки принимали участие разные сотрудники Консорциумов и члены Форумов, что также накладывает некоторые ограничения на возможности сопоставления данных. С другой стороны, привлечение разных информантов позволило получить многообразие мнений с учетом опыта и специализации участников и оценить разные аспекты реализации проекта.

Результаты качественного исследования

1. Оценка сервисного компонента проекта «КАСКАД» клиентами проекта

1.1. Описание выборочной совокупности: опыт и частота обращения в НКО и ИГ-члены Консорциумов

Всех клиентов проекта, которые приняли участие в исследовании, можно разделить на две группы в зависимости от частоты их обращений в НКО и ИГ-члены Консорциумов: регулярные (обращения несколько раз в месяц) и эпизодические (несколько раз в год). Во всех регионах исследования клиенты из групп РСП и СР обращались преимущественно за раздаточными материалами — презервативами и лубрикантами. Представители группы ЛУИН чаще всего обращались за получением стерильного инструментария. Клиенты из группы ЛЖВ чаще получали помощь в сопровождении к лечению. Информанты из группы ЛПН, помимо основных профилактических услуг данных организаций, считают важным наличие возможности расширения социальных связей с членами своего сообщества, об этом сообщили представители группы в Москве и Санкт-Петербурге. За правовой помощью чаще обращаются представители группы ЛУИН, однако она является актуальной для представителей всех вышеперечисленных групп; обращение за правовой поддержкой зависит от индивидуальных потребностей клиентов.

Большинство клиентов проекта, принявших участие в исследовании, были знакомы с деятельностью организаций около одного-двух лет. Также в исследовании участвовали информанты с более длительным опытом взаимодействия с организациями-членами Консорциумов — более 10 лет, встречались отдельные клиенты, которые знали об организации около 20 лет, об этом сообщили клиенты проекта из Санкт-Петербурга. В исследовании также приняли участие информанты, которые знакомы с организациями совсем недавно — всего несколько месяцев. В целом более длительный опыт обращения за помощью присутствует у информантов из группы ЛУИН в Санкт-Петербурге.

Выбор информантов из числа клиентов с различным опытом обращения в НКО позволил отразить в оценке разные мнения информантов относительно сервисов проекта.

1.2. Оценка услуг по профилактике ВИЧ

Собственные действия клиентов проекта по профилактике инфицирования/распространения ВИЧ

Большинство клиентов проекта при ответе на вопрос о собственных действиях, которые они совершают для профилактики инфицирования ВИЧ, называли использование презервативов, купленных самостоятельно, как правило, в аптеке. Также информанты к

собственному опыту профилактических действий относили регулярное прохождение медицинских обследований в поликлиниках или частных клиниках, обращение за психологической помощью. Для РСР и СР характерен поиск информации о ВИЧ-инфекции и ИППП в интернете, поиск информации о ДКП. Некоторые представители группы ЛУИН и ЛЖВ обращались в группы взаимопомощи для лечения алкогольной и наркотической зависимости. Клиенты из ключевой группы ЛУИН отмечали использование стерильного инструментария или отказ от употребления наркотиков в компании с другими людьми. Представители группы ЛЖВ в качестве собственных действий по профилактике отметили приверженность приему терапии, получение актуальной информации о вирусной нагрузке, а также информирование своих сексуальных партнеров о своем ВИЧ-статусе и использование презервативов.

«В аптеке, сама покупаешь. Сама же все равно понимаешь, что это ответственность. Я же подписывала, когда пришла к врачу, подписывала, как там, я не знаю, документ, что это уголовно наказуемо, передача, и поэтому, то есть все равно ты обезопасиваешь. Хотя мне и (имя сотрудника) говорит, что сейчас, когда ты принимаешь терапию, ты безопасен. Но все равно для своей уверенности, все равно профилактика. Потому что же не только ВИЧ, правильно?» (Москва ЛЖВ)

Некоторые клиенты знали о других организациях, которые оказывают услуги по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в регионах проекта, однако опыт обращения в другие НКО не в рамках проекта «КАСКАД» имела лишь небольшая часть клиентов. Для большинства информантов необходимость поиска других организаций, которые занимаются профилактикой ВИЧ-инфекции, отсутствует, так как сервисы проекта позволяют удовлетворять все основные потребности КГН. Большинство клиентов полностью удовлетворены услугами организаций-членов Консорциумов, поэтому они не считают необходимым обращаться в другие НКО.

«Чисто у меня с приездом в Питер, сразу меня так, в объятия приняли, так сказать, «Действие», «Гуманитарное действие», «КАСКАД». Это все. И была с ними, до сих пор даже никуда идти и не хочется. Там, типа у нас такие, хоть у меня и довольно такие взгляды, свободные на любовь. У нас вот именно с этим проектом, такие моногамненькие отношения. Пока чисто с ними» (Санкт-Петербург ЛПН)

«Я получаю помощь, поддержку бесплатную, и я за это очень-очень благодарен. И дополнительно выискивать какие-то минусы я, ну просто как-то мне даже, ну у меня не возникает в голове такой мысли» (Санкт-Петербург ЛРСР)

Несмотря на то, что часть клиентов проекта совершали собственные усилия для профилактики инфицирования ВИЧ, информанты отметили важность услуг организаций членов-Консорциумов. Так, большинство клиентов считали, что без услуг данных организаций заботиться о своем здоровье станет сложнее, а кто-то и вовсе прекратит предпринимать какие-либо действия по профилактике ВИЧ-инфекции, чаще об этом сообщали представители группы ЛУИН.

Опыт получения профилактических услуг

Большинство клиентов получали базовые профилактические наборы, содержание которых могло незначительно варьировать в зависимости от организации и региона. Однако во всех случаях в наборы входили: презервативы, лубриканты, гигиенические материалы и дезинфицирующие средства. Кроме того, клиентам предоставлялись информационные материалы и консультации со специалистами по вопросам снижения рисков инфицирования ВИЧ, а также психологические консультации. Информанты также отметили, что благодаря контактам организаций у них была возможность обратиться за консультацией к узкопрофильным медицинским специалистам. Представитель группы РСП в Челябинске упоминал опыт обучения в школе консультанта на волонтерских основаниях для повышения собственных знаний о профилактике ВИЧ.

Количественная доступность профилактических услуг

В целом клиенты высоко оценивали количественную доступность услуг по профилактике: информанты отмечали, что они могут получить необходимые им услуги без каких-либо ограничений в нужном количестве. Согласно оценкам клиентов проекта, сотрудники Консорциумов всегда предлагают раздаточные материалы клиентам, соглашаются выдавать больше материалов, если запрос клиентов больше, чем то количество, которое входит в стандартный профилактический набор.

«И смазки, и дают все столько. Я сегодня хотела попросить, чтобы мне дали контрацептивов. У меня даже еще не кончились вот эти, скажем, материалы. Я хотела сказать, что мне не надо давать» (Челябинск ЛЖВ)

Однако иногда все же отмечалась количественная нехватка некоторых раздаточных материалов: у представительниц группы СР в Санкт-Петербурге и Москве был запрос на хлоргексидин/мирамистин, ЛУИН во всех регионах проекта говорили о нехватке дезинфицирующих и заживляющих мазей.

«Мазей нету, да, я болею, бывает подпревает, мазей нет, приходится хотя бы, хотя бы хлоргексидин эта вода хотя бы была это, потому что болячки, когда перерастают в рожистые воспаления, ну, это все-таки, ну, переходит...» (Санкт-Петербург ЛУИН)

Некоторые клиенты отметили, что за время реализации проекта в профилактические наборы постоянно добавлялись новые материалы: лубриканты, салфетки, антисептики, иногда – кремы.

Доступность профилактики для клиентов

Клиенты проекта во всех регионах исследования высоко оценили доступность услуг по профилактике ВИЧ в организациях-членах Консорциумов. По мнению большинства информантов, получить профилактическую помощь легко благодаря следующим факторам: удобное расположение офисов и мобильных пунктов организаций, возможность обратиться почти в любое время, дистанционно связаться с сотрудниками, отсутствие необходимости предоставления документов, предварительной записи, доброжелательное отношение со стороны сотрудников организаций. В целом, информанты отмечали низкопороговый доступ в организации.

Небольшая часть информантов высказывала мнение о неудобном расположении организации или графике работы, однако эти клиенты отмечали, что могут адаптироваться к этому, если помощь является необходимой. Встречались единичные случаи, когда клиенты не могли получить необходимую консультационную помощь. Так, представитель ЛПН в Санкт-Петербурге не смог записаться к эндокринологу из-за больших очередей летом 2023 года. Также некоторые клиенты отмечали, что им не хватает списка сотрудников и медицинских специалистов, чтобы заранее можно было выбрать, к кому они могут обратиться за помощью.

Клиенты-представители группы РСП отмечали, что количество аутрич-выходов значительно сократилось по сравнению с прошлыми этапами реализации проекта. Представителям группы РСП в Санкт-Петербурге было сложно снова обратиться в организацию после ее переезда, так как это вызывало опасение за собственную безопасность. Кроме того, часть клиентов считали, что информация об организациях распространена недостаточно, чаще всего об их деятельности становится известно от знакомых, но информацию в интернете найти сложнее.

Клиенты из числа РСП в Москве и Санкт-Петербурге чаще были информированы о других ВИЧ-сервисных НКО, однако клиенты подчеркивали уязвимость этих организаций из-за внешних условий и изменения законодательства. В Челябинске НКО и ИГ-члены

Консорциума воспринимались как уникальные организации – клиенты проекта не знали о других возможностях получения подобных услуг в регионе.

Приемлемость профилактических услуг

Во время оценки профилактических услуг с точки зрения их приемлемости и учета потребностей и особенностей КГН информанты выделили дружественную атмосферу в организациях-членах Консорциумов, где есть возможность получить не только услуги по профилактике, но и поддержку от сотрудников, что, по мнению информантов, недоступно в государственных организациях. Большое значение информанты придавали навыкам специалистов из организаций-членов Консорциумов в работе с ключевыми группами населения, особенно это отметили представители группы ЛПН, указав на ориентированность на потребности и специфику этой группы, что редко встречалось в государственных медицинских организациях. Также представители разных КГН в качестве положительного аспекта отмечали возможность общаться с другими представителями группы, что было наиболее актуально для группы ЛПН.

Некоторые комментарии относились к отдельным профилактическим материалам. Так, представители группы РСП в Санкт-Петербурге отмечали, что лубриканты в саше менее удобные, чем в тубе, также не все представители группы РСП были удовлетворены черными презервативами, при этом клиенты отмечали возможность получения других видов презервативов. Клиенты из группы ЛУИН в Санкт-Петербурге рассказали об опыте получения некачественных игл в течение последнего года. В то же время все представители КГН отметили важность присутствия равных консультантов, имеющих схожий жизненный опыт. Уникальность организаций проекта, по мнению информантов, заключается в оказании бесплатных услуг, а также дружественной атмосфере и коллективе сотрудников, которым можно доверять.

«Во-первых, то, что они доходчиво все объясняют, то, что они, я так понимаю, могут найти подход к каждому просто. (...) Это все сводится к тому, сколько тебе времени уделяют, как с тобой обращаются, как к тебе относятся, что тебе помогают, что для тебя делают, что тебе советуют, готовы тебя выслушать, готовы быть на связь 24/7 вне зависимости от рабочего графика. То есть все» (Москва РСП)

Качество профилактических услуг

Как и на прошлом этапе реализации проекта, информанты дали высокую оценку качеству профилактических услуг, предоставляемых организациями во всех регионах

исследования. Информанты высоко оценивали качество как раздаточных материалов, так и услуги по консультированию. По оценкам информантов, услуги в проекте реализуются профессиональными сотрудниками с учетом индивидуального подхода к клиентам из разных групп. Большинство информантов были готовы рекомендовать услуги по профилактике другим представителям КГН, опрошенные клиенты неоднократно сами говорили о том, что советовали эти услуги и приводили в НКО и ИГ своих знакомых.

«Мне понравилось, как очень тактично и корректно написан материал. Нигде такого я еще не встречал. И хоть я в том числе на сегодняшний день тоже не болею ВИЧ, все равно было полезно узнать, какие анализы там потребуются. То есть подробно раскрыли эту тему. И еще была книжка, которую можно было свободно взять там на стенде, против насилия материалы были. То есть тоже нашел для себя что-то важное»
(Москва ЛПН)

Помощь в профилактике, которой не воспользовались

Хотя все услуги проекта пользовались спросом среди клиентов, некоторые профилактические услуги не являются необходимыми для всех. Например, некоторые клиенты редко используют или вовсе отказываются от использования презервативов и лубрикантов: клиенты-представители групп ЛУИН и ЛПН объясняли это, как правило, низкой сексуальной активностью. Большинство представителей группы РСП оказались не заинтересованы в получении информации и консультаций по вопросам «химсекса», так как не практиковали его. Некоторые клиенты из разных КГН не считали психологические консультации актуальными для себя и поэтому отказывались от психологической помощи в организациях, хотя такие консультации были предложены. Для представителей группы РСП психологические консультации были актуальными.

Средства индивидуальной защиты, такие как маски и перчатки, были более востребованы в начале реализации проекта во время пандемии COVID-19, но в настоящее время, на третьем этапе проекта, спрос на них значительно снизился. Некоторых клиентов перенаправляли к медицинским специалистам, но из-за ограниченных временных ресурсов на момент участия в исследовании они еще не успели обратиться за этим видом помощи. Таким образом, спрос на профилактические услуги варьируется в зависимости от индивидуальных потребностей и характеристик клиентов.

Запрос на дополнительные услуги по профилактике

Информанты из числа клиентов проекта сформулировали несколько запросов по дополнительным услугам в профилактике ВИЧ-инфекции. Представители группы ЛУИН, как правило, говорили о выдаче дезинфицирующих и заживляющих мазей, так как они не всегда могли получить их в рамках проекта. Информанты из числа РСП в Санкт-Петербурге хотели бы получать лубриканты в тубе, также некоторым представителям группы в Челябинске не подходили черные презервативы, но клиенты отмечали, что это их индивидуальные предпочтения, и кому-то данные презервативы могут подойти. Представительницы группы СР выделяли запрос на материалы для интимной гигиены, кремы.

1.3. Оценка услуг по тестированию

Собственные действия по тестированию

Как и в случае с собственными действиями по профилактике инфицирования или распространения ВИЧ, информантам было предложено поделиться собственным опытом прохождения тестирования на ВИЧ вне рамок проекта. Некоторые информанты имели собственный опыт прохождения тестирования на ВИЧ за пределами организаций-членов Консорциумов. Частота тестирования варьировала от единичного случая до регулярного тестирования несколько раз в год. Информанты из разных регионов исследования одинаково часто рассказывали о наличии практики самостоятельного прохождения тестирования вне Консорциумов, несколько чаще представители группы РСП отмечали наличие подобного опыта. Кроме того, стоит отметить, что информанты, имеющие собственный опыт тестирования вне Консорциумов, также высоко оценивали услуги тестирования на ВИЧ в рамках проекта. Они отмечали важность возможности быстро получить результат теста, конфиденциальности, удобства и поддержки, которую они получали от сотрудников.

Опыт получения услуг по тестированию

О тестировании на ВИЧ в НКО и ИГ-членах Консорциумов сообщили почти все опрошенные клиенты из разных КГН. Исключением являлись только представители группы ЛЖВ, которые заведомо знали о собственном ВИЧ-статусе и не нуждались в тестировании. Клиенты также отметили опыт прохождения тестирования на сифилис и гепатит С в организациях проекта. Они высоко оценили поддержку сотрудников при тестировании, а также информацию, полученную в рамках до- и послетестового консультирования.

«Я тоже периодически сдавала анализы, консультации какие-то, мне интересны были какие-то моменты, которые ребята рассказывали. И я в группе, мне интересно, я смотрю какие-то публикации, вебинары слушаю. Много чего полезного я для себя узнаю» (Москва СР)

Клиенты из группы РСП, которые ранее отмечали возможность прохождения тестирования в местах локализации этой группы (например, клубах), считают, что количество аутич-выходов снизилось на третьем этапе проекта.

Количественная доступность тестирования

Абсолютное большинство клиентов из разных КГН во всех регионах проекта никогда не сталкивались с отказами сотрудников в тестировании на ВИЧ из-за нехватки тестов. Клиенты проекта иногда сталкивались с трудностями в прохождении тестов на сопутствующие заболевания (сифилис и гепатит С), об этом сообщали представители группы ЛПН в Санкт-Петербурге – эта проблема также упоминалась при оценке услуг проекта на втором этапе его реализации.

«Но, надеюсь, что просто будет побольше анализов, помимо на ВИЧ-инфекцию, что еще будет на, допустим, гепатит, на сифилис. Вот там немножко ресурсиков не хватает» (Санкт-Петербург ЛПН)

Доступность тестирования для клиентов

Как и в случае с доступностью профилактических материалов, клиенты проекта отмечали легкость и доступность получения тестирования на ВИЧ в организациях проекта «КАСКАД». Пройти тестирование на ВИЧ в организациях проекта можно в удобное время, согласно графику работы организаций, что делает услуги тестирования легкодоступными для всех КГН. По мнению большинства информантов, тестирование в организациях-членах Консорциумов намного удобнее, чем тестирование в частных клиниках или государственных медицинских учреждениях.

«Ну, это удобно. Это пришел, сделал, сразу ответ. Ну и то, что это анонимно. Мне нравится. Не надо идти в клинику» (Москва СР)

Доступность тестирования на ВИЧ в регионах исследования в целом оценивается клиентами выше в сравнении с профилактической помощью. Большинство клиентов знали о возможности сдать тест на ВИЧ в частных медицинских организациях, реже упоминали Центры по профилактике и борьбе со СПИДом и другие государственные медицинские организации. Однако предпочтения все равно отдавались НКО-членам Консорциумов, так

как те больше ориентированы на оказание услуг КГН, тестирование проводится быстрее, атмосфера в организациях более дружественная, отсутствуют большие очереди.

Приемлемость услуг по тестированию

Клиенты проекта отмечают следующие положительные аспекты компонента тестирования: тестирование проводится бесплатно, нет необходимости предъявлять документы, удостоверяющие личность, легкость и безболезненность процедуры сдачи теста, результат теста можно узнать быстрее, чем в других местах, возможность получить консультации при тестировании от сотрудников организаций, которые также помогают снизить психологическую нагрузку во время тестирования, уверенность в безопасности и стерильности инструментария.

«Все в закрытом помещении, никто ничего не знает. Это полная конфиденциальность, опять же. Ну, по мере возможности, ну, максимально стерильно, чтобы все одноразовое. Все вот эти вот тесты» (Челябинск ЛЖВ)

Эти факторы способствуют тому, что клиенты проекта чувствуют себя комфортно и уверенно при прохождении тестирования на ВИЧ в организациях-членах Консорциумов.

Качество тестирования

Большинство информантов выразили высокую степень удовлетворенности качеством услуг по тестированию на ВИЧ, которые они получали в организациях-членах Консорциумов. Они отмечали следующие положительные аспекты: конфиденциальность и анонимность, уважительное отношение сотрудников, компетентность персонала, психологическую поддержку при тестировании. По оценкам клиентов, которые приняли участие в исследовании, специалисты организаций проводят качественное до- и послетестовое консультирование, обеспечивая информирование о ВИЧ-инфекции, рисках передачи ВИЧ и мерах по их сокращению.

В целом высокий уровень удовлетворенности информантов качеством услуг по тестированию на ВИЧ в организациях-членах Консорциумов свидетельствует о высоком качестве тестирования и ориентированности на потребности разных КГН. Информанты были готовы рекомендовать услуги по тестированию своим знакомым, другим представителям КГН. По мнению информантов, привлечению других представителей КГН к тестированию может способствовать: распространение информации об организациях-членах Консорциумов как о низкопороговых центрах, где можно получить помощь бесплатно, конфиденциально, не сталкиваясь со стигматизацией. Однако часть клиентов проекта

считали, что обратиться в организации в первый раз бывает сложно из-за недоверия к возможности получения различных видов помощи бесплатно, в том числе и тестирования. В целом, когда в организацию приводит знакомый, уже имевший опыт обращения за помощью, это может значительно снизить барьеры и улучшить опыт потенциального клиента.

Запрос на дополнительные услуги по тестированию

К дополнительным услугам по тестированию, которые хотели бы получать клиенты проекта, относятся тесты на сифилис и гепатиты С и В, дополнительные тестов на инфекции, передающиеся половым путем. Большинство информантов не нуждались в наборах для самотестирования: клиенты проекта положительнее оценивали возможность протестироваться с сотрудником организации, который сможет ответить на дополнительные вопросы, поддержать, сделать тест профессионально. В этом цикле исследования об опыте получения наборов для самотестирования не рассказал ни один из информантов-клиентов проекта, как и об опыте использования чат-бота для самотестирования. Однако представители Консорциума Москвы отмечали высокий запрос на самотестирование у РСР; они могли реализовывать этот компонент в рамках другого проекта.

1.4. Оценка услуг по лечению ВИЧ-инфекции

Опыт приема АРВТ

Клиенты из числа ЛЖВ поделились своим опытом приема антиретровирусной терапии. Большинство информантов на момент участия в исследовании принимали АРВТ. Небольшое число информантов с недавно выявленной ВИЧ-инфекцией находились на этапе диагностики и согласования получения терапии со своим лечащим врачом в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом.

Пропуски приема препаратов у информантов носили, как правило, эпизодический характер, когда они изредка забывали принимать терапию в течение дня. Однако небольшая доля информантов имели опыт прерывания приема терапии на более длительный срок по различным причинам, таким как:

- Период активного употребления наркотиков
- Появление побочных эффектов от терапии
- Отсутствие предпочитаемых препаратов

- Отъезд из города и отсутствие возможности получения терапии в другом городе

«Я говорю, три месяца пропринимала, у меня пошли хорошие анализы. Мне поменяли ее почему-то. А, меня тошнило с нее. (...) во-первых, утром и вечером для меня это было прям очень... не было смысла, то есть, я спрашиваю: «Если я таблетку утром выпиваю, меня тошнит, я начинаю там, извиняюсь, блевать, мне еще надо выпить? Или все-таки она у меня успевает усваиваться?» То есть, врачу задавала этот вопрос» (Челябинск ЛУИН)

Сложности с получением препаратов, по мнению информантов, касались проблем с записью в Центры СПИД, об этом сообщил клиент из Челябинска, в этом случае информант обратился к сотруднику организации, с которым они запланировали совместный визит в Центр СПИД за назначением терапии. Также некоторые ЛЖВ сталкивались с негативным опытом приема АРВТ, например, с появлением побочных эффектов от терапии. Консультации сотрудников проекта здесь также оказали положительное влияние и помогли не прерывать прием терапии. В Санкт-Петербурге информант рассказал, что из-за смены региона проживания прервала лечение и не встала на учет в Центр СПИД по месту пребывания, консультация сотрудника организации оказала действенное влияние. Также информанты из группы ЛУИН из разных регионов исследования рассказывали о сложностях получения препаратов из-за употребления наркотиков или прохождения лечения в городской наркологической больнице. В Санкт-Петербурге сотрудник организации помогал получать лечение информантам, которые находились в городской наркологической больнице.

Собственные действия по решению проблем в сфере лечения ВИЧ-инфекции

Часть информантов-представителей группы ЛЖВ узнали о своем ВИЧ-статусе задолго до обращения в организации-члены Консорциумов, самостоятельно обращались в Центры по профилактике и борьбе со СПИДом для постановки на учет и получения необходимого лечения. Однако были те клиенты, кому помощь по сопровождению к лечению была актуальна: сотрудники НКО сопровождали их в процессе диагностики и получения терапии и мотивировали их придерживаться приема лечения и снижать риски передачи ВИЧ. Различий при постановке на учет в Центры СПИД в зависимости от ключевой группы выявлено не было, однако представители группы ЛУИН, живущие с ВИЧ, нуждались в большей мотивации со стороны сотрудников для продолжения лечения и формирования приверженности.

Получение помощи в лечении ВИЧ

Большее число информантов из группы ЛЖВ получали помощь в сопровождении к диагностике и лечению ВИЧ, другая часть клиентов уже знали о наличии у них ВИЧ-инфекции и уже стояли на учете в Центрах СПИД. Информанты во всех регионах проекта получали различные услуги в сфере лечения ВИЧ, такие как: консультации по вопросам лечения ВИЧ-инфекции, помощь и сопровождение на всех этапах диагностики и лечения в Центры профилактики и борьбы со СПИДом, помощь при смене терапии из-за побочных эффектов, психологическая помощь при выявлении ВИЧ-инфекции во время экспресс-тестирования со стороны сотрудников организаций.

«В плане тестирования. Вообще, перед тем как обратиться в сам СПИД-центр, я сначала к ребятам обратился. Конфиденциально все это было. И провели тестирование. Так уж вышло, что положительный результат. Психологи поддерживали, объяснили, рассказали, сказали, как нужно себя вести в той или иной ситуации, последовательно рассказали, как обратиться в СПИД-центр. Все пошагово, все доступно объяснили. Я не растерялся, встал на учет и все, лечимся» (Челябинск ЛЖВ)

В Санкт-Петербурге клиенты ЛЖВ рассказали о возможности получать терапию удаленно, когда сотрудник организации привозит ее, если у клиента нет возможности самостоятельно ее забрать, например, в случае прохождения лечения наркотической зависимости. Клиенты проекта, которые принимали участие в исследовании, не имели опыта обращения за тестированием и консультированием сексуальных партнеров. Некоторые упоминали опыт тестирования на ВИЧ партнеров по употреблению наркотиков, как правило, это носило эпизодический характер. Партнеры по употреблению наркотиков зачастую также являлись клиентами организаций-членов Консорциумов или сталкивались с барьерами, связанными со страхом обращения в подобные организации. В некоторых случаях информанты отмечали, что для их партнеров забота о здоровье не является приоритетом.

Предоставление информации и образовательных материалов чаще всего касалось консультаций с сотрудниками организаций или получения буклетов с необходимой информацией, этот опыт также присутствовал у всех представителей ключевых групп во трех регионах исследования.

Количественная доступность услуг по сопровождению к лечению

Клиенты проекта не сталкивались с какими-либо сложностями при получении услуг по сопровождению к лечению. Проблем с точки зрения количества по данному сервисному компоненту клиентами проекта названо не было.

Доступность услуг по сопровождению для клиентов

Клиенты отметили, что сотрудники организаций всегда готовы выделить время на консультации по вопросам лечения и на сопровождение в Центры по профилактике и борьбе со СПИДом, при этом не возникало сложностей с согласованием времени. Информанты также выразили свое удовлетворение тем, что получили достаточное внимание и поддержку от сотрудников в процессе сопровождения к лечению.

«Мне все сказали, все объяснили, всё предложили, за ручку взяли и отвели везде. Поэтому тут никаких сложностей точно не было» (Москва РСР)

Кроме того, большинство клиентов удовлетворены территориальным расположением организаций. Информанты из разных регионов исследования, которые отмечали территориальную удаленность организаций, считали, что для получения помощи можно найти необходимое время и спланировать поездку в организацию. Также клиенты не воспринимали в качестве барьера в доступе необходимость сообщать свои данные: в сравнении с обращением в государственные организации для обращения в НКО и ИГ необходимо сообщить о себе минимальное количество информации.

Временное отсутствие работников организаций отмечали преимущественно в группе РСР и ЛПН, информанты ссылались на новые законы, в связи с которыми многим сотрудником организаций пришлось переехать. Несмотря на то, что клиенты из групп РСР и ЛПН заметили смену некоторых сотрудников, большинство информантов считают, что услуги продолжают реализовываться на высоком уровне, как и на предыдущих этапах реализации проекта «КАСКАД».

Приемлемость услуг по сопровождению к лечению

Клиенты оценивали услуги, связанные с лечением, как подходящие для ЛЖВ. Информанты посчитали важным наличие равных консультантов, которые имеют схожий опыт и готовы помочь в любой ситуации. Согласно мнениям информантов, благодаря сотрудникам организаций обращаться за помощью в Центры СПИД стало легче, это экономит время, так как с их помощью они могут быстрее попасть на консультации ко всем врачам. Также клиенты испытывают меньше волнения, когда их сопровождает сотрудник

организации-члена Консорциума, который может поддержать и подсказать нужную информацию. Находясь с сотрудниками организаций, клиенты чувствуют себя защищенными при обращении в государственные учреждения здравоохранения.

«Вообще, важно, что есть такая организация. (...) чувствуешь, что есть какая-то защищенность. (...), Потому что в России, и относительно маленьких городов, очень много в каких местах происходит дискриминация в отношении таких людей. А эти люди – они и с юридической, и с психологической, и просто с человеческой точки помогают. То есть это все очень важно» (Челябинск ЛЖВ)

Качество услуг по сопровождению

Большинство клиентов, которые обратились за помощью в организации-члены Консорциумов, высоко оценивают качество услуг по консультированию в вопросах лечения и сопровождение в лечении ВИЧ. Сильные стороны этого компонента включают в себя снижение стресса, так как обращение в государственные учреждения здравоохранения вызывают тревогу у многих представителей КГН, как правило, сильнее всего у ЛУИН, быстрый доступ к диагностике и лечению, а также мотивацию и поддержку со стороны сотрудников для регулярного приема терапии. Клиенты также отмечают эмоциональную поддержку и уверенность в успешном результате лечения благодаря помощи специалистов организаций и ИГ. Кроме того, оценивается индивидуальный подход к каждому клиенту и профессионализм сотрудников, что способствует более эффективному процессу лечения.

«Слушайте, ну я удовлетворен. Я на самом деле ей благодарен очень сильно. Меня, ну там если взять [имя сотрудницы], никогда вообще не забывала. То есть даже если я пропадал с горизонта, ну она напоминала о себе. То есть ну она там очень большую внесла, так сказать, вклад в мое, то, что я там живой на сегодня (...). И то, что у меня есть на сегодня, это больше большое уважение с ее стороны» (Санкт-Петербург ЛЖВ)

На всех этапах исследования клиенты оценивали профессионализм сотрудников, который они проявляют при оказании услуг по сопровождению к лечению. Этот сервисный компонент положительно оценивался всеми клиентами, которые обращались за получением подобной помощи как на этом этапе, так и на предыдущих.

Запрос на дополнительные услуги в сфере лечения ВИЧ-инфекции

Запрос на дополнительные услуги в области лечения касался, как правило, возможности бесплатно сдавать общие медицинские анализы и обращаться к терапевтам и профильным медицинским специалистам: гинекологу, урологу, проктологу, дерматологу,

онкологу, эндокринологу, хирургу, стоматологу и др. Предоставление услуг дополнительных медицинских специалистов рассматривалось информантами как вариант развития организаций. Однако информанты понимали, что подобный путь развития требует значительных финансовых ресурсов, поэтому также высказывали мнение о наличии базы контактов доверенных специалистов, к которым можно обратиться платно, при этом быть уверенными в том, что они не столкнутся с негативным и стигматизирующим отношением.

«Я вам честно скажу, мне бы хотелось обращаться к врачам по типу гинекологов, таких врачей. Но я вообще очень тревожно отношусь к этой теме и не знаю, куда мне лучше обратиться. Если бы (организация) предоставляла эти услуги, я бы специально ездил бы опять в Москву именно к конкретному специалисту» (Москва ЛПН)

В целом клиенты из разных ключевых групп и регионов исследования, которые имели опыт получения помощи по сопровождению к лечению, высоко оценили эти услуги. Представители КГН выделяют поддержку сотрудников на всех этапах, а также снижение барьеров при обращении в государственные учреждения здравоохранения, поддержку мотивации к лечению как сильные стороны данной услуги. Подчеркивается доступность этого компонента и приемлемость для разных ключевых групп.

1.5. Оценка правовой помощи

Собственные действия по решению правовых проблем

Большинство опрошенных представителей КГН не имели собственного опыта получения правовой помощи где-либо, кроме организаций-членов Консорциумов. Самостоятельно получение помощи было, как правило, эпизодическим. Так, один из клиентов проекта в Санкт-Петербурге из группы ЛЖВ имел опыт обращения в организацию, оказывающую помощь бездомным, по вопросам восстановления документов. Представители группы ЛПН в Санкт-Петербурге имели опыт обращения в «ОВД-Инфо» за консультациями.

Опыт столкновения с правовыми последствиями из-за принадлежности к КГН

С различными правовыми последствиями из-за принадлежности к КГН сталкивались клиенты проекта из разных групп. Для группы ЛУИН основным правовым последствием является уголовное преследование за хранение и употребление наркотиков, во всех регионах исследования некоторые информанты когда-либо сталкивались с этим. Часто клиенты из этой группы сообщали о том, что их могли обвинить в распространении и назначить более суровое наказание, хотя это не соответствует действительности. Представители групп РСП и ЛПН сталкивались с незаконными задержаниями, в Санкт-Петербурге клиенты из группы ЛПН сообщали о задержании, при котором сотрудники правоохранительных органов сфотографировали их документы, ЛПН во всех регионах исследования также испытывали сложности со сменой документов. В единичных случаях информанты (в Москве и Челябинске) сообщали о сложностях получения или покупки гормональной терапии, с которыми столкнулись их знакомые.

«Ну, например, мне нужно сменить много документов действительно, и вот пока можно было сменить, я много чего сменил. Но у меня остались еще права, например, и вот я не знаю, мне сейчас их можно менять, нельзя. И вот можно тоже обратиться, я думаю, к юристу, может быть, мне скажут. И с военным билетом я тоже не знаю» (Санкт-Петербург ЛПН)

Клиентки проекта из группы СР распространенным опытом столкновения с правовыми последствиями называли административное преследование. Кроме того, многие информанты сталкивались с проявлениями дискриминации, в том числе со стороны врачей и медицинского персонала. Чаше это упоминали ЛУИН.

Опыт столкновения с правовыми последствиями из-за наличия ВИЧ-инфекции

Часть клиентов из группы ЛЖВ также имели опыт столкновения с правовыми последствиями из-за наличия у них ВИЧ-инфекции. Основные нарушения были связаны с дискриминацией в обществе (в личном общении, повседневной жизни) и проблемами с получением медицинской помощи из-за стигмы или непрофессионализма отдельных медицинских специалистов, включая отказы в предоставлении медицинской помощи.

«У меня было такое, в (...) больнице, меня привезли туда на скорой помощи, не хотели брать, я даже передвигаться не мог. Меня вот-таки подняли на отделение, продержали там ночь, и с утра подошла заведующая, и так, типа, вполголоса сказали: «Слушайте, у вас ВИЧ-инфекция, нам придется вас перевезти в больницу по профилю». Ну, типа, ну, это так, неофициально она сказала, вот так у меня. И у меня таких, кстати, ну, несколько случаев было» (Санкт-Петербург ЛЖВ)

В то же время клиенты проекта подчеркивали, что врачи и медицинские специалисты относились к работе с ними лучше, если клиенты обращались в сопровождении сотрудников организаций-членов Консорциумов.

Опыт получения правовой помощи

Около половины информантов имели опыт получения правовой помощи в рамках проекта «КАСКАД». Чаще за помощью обращались представители группы ЛУИН. Основной запрос клиентов из числа ЛУИН касался восстановления документов, как правило, для получения дальнейшей медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения.

Представители групп РСП и ЛПН обращались для получения консультаций о функционировании новых законов, а также для получения помощи по оформлению документов для миграции, решения миграционных вопросов. Клиентки из числа СР имели опыт обращения за правовой помощью для получения консультаций по корректному взаимодействию с правоохранительными органами. Представители группы ЛЖВ также обращались по вопросам восстановления документов, помощи с постановкой на учет в Центры по профилактике и борьбы по СПИДом для получения АРВТ.

Количественная доступность правовой помощи для клиентов

Клиенты проекта, которые имели опыт обращения за правовой помощью, высоко оценили количественную доступность услуг: никто не сталкивался с отказами сотрудников или нехваткой времени. В то же время некоторые информанты выразили желание расширить

спектр правовых услуг, предоставляемых в рамках проекта. По их мнению, услуги должны охватывать не только вопросы, связанные с лечением ВИЧ, но также и другие правовые аспекты, актуальные для разных ключевых групп населения. Расширение спектра правовых услуг позволит организациям-членам Консорциумов более полно удовлетворять потребности своих клиентов и оказывать им комплексную поддержку в решении различных правовых вопросов.

Доступность правовой помощи для клиентов

Все информанты, которые обращались за правовой помощью, отметили легкость ее получения. Клиенты, которые не нуждались в правовой помощи, знали о возможности обратиться за ней.

Приемлемость правовых услуг

По оценкам информантов, правовая помощь в рамках проекта «КАСКАД» учитывает потребности КГН, а уличные юристы готовы профессионально оказывать помощь ключевым группам. По их мнению, это возможно благодаря отсутствию стигматизации КГН, а также большому опыту работы с их правовыми проблемами, что дает им преимущество в сравнении с услугами других организаций, включая коммерческие.

«Да, мы были знакомы. Я знал, что здесь есть юрист, который может дать бесплатную консультацию. И в мирной этой, грубо говоря, в спокойной обстановке на равных можно будет с ней пообщаться. А то, в основном, сами знаете, как это бывает, когда в адвокатскую контору приходишь» (Санкт-Петербург РСП)

Клиенты проекта, которые не имели опыта получения правовой помощи в организациях-членах Консорциумов, что в случае необходимости были готовы обратиться именно в организации проекта «КАСКАД».

Качество правовых услуг

Клиенты проекта «КАСКАД», получившие правовую помощь в организациях-членах Консорциумов, высоко оценили ее качество: сотрудники дали всю необходимую информацию, помогли в решении проблем, информировании.

1.6. Общая оценка сервисов организаций и ИГ-членов Консорциумов клиентами проекта

Опыт взаимодействия с сотрудниками

Клиентам было предложено рассказать об их опыте взаимодействия с сотрудниками организаций и оценить его. В основном клиенты проекта взаимодействовали с кейс-менеджерами, которые осуществляли различные аспекты работы с клиентом, включая выдачу профилактических наборов, тестирование, проведение до- и послетестового консультирования. Также информанты обращались за помощью к уличным юристам, психологам, медицинским специалистам.

Оценка взаимодействия с сотрудниками

Как и на предыдущих этапах оценки, на третьем этапе исследования все опрошенные клиенты дали высокую оценку взаимодействия с сотрудниками Консорциумов. Клиенты подчеркнули дружественную и поддерживающую атмосферу, созданную сотрудниками в организациях и ИГ. Также информанты высоко оценивают профессиональные и личные качества сотрудников. Они отметили, что сотрудники всегда готовы оказать помощь всем представителям ключевых групп населения.

«Просто, понимаете... Ну, я скажу честно, да? Вот «КАСКАД», сколько вот он времени. Но помимо «КАСКАДа», то есть, ребята завоевали репутацию до такой степени, что как бы девчонки доверяют на все 100%. И я знаю очень много таких ситуаций помощи им людям непосредственно СР-кам» (Челябинск СР)

Влияние полученной помощи на жизнь и поведение

Клиенты отмечали, что благодаря организациям они больше внимания уделяют своему здоровью. Если бы организации-члены Консорциумов не оказывали подобную помощь, то рисков для здоровья клиентов было бы больше, некоторые стали бы практиковать более рискованное поведение: незащищенные сексуальные контакты, использование нестерильного инструментария при употреблении наркотиков инъекционно. Представители всех ключевых групп населения сошлись во мнении, что организации-члены Консорциумов являются уникальными местами, где они могут не только получить помощь в профилактике, тестировании и лечении ВИЧ, но и найти поддержку от сотрудников в комфортной и дружественной атмосфере.

Информантам, которые знали об организациях более пяти лет, было сложно выделить изменения в их жизни, которые произошли благодаря проекту «КАСКАД» за последние три года, так как они являются регулярными клиентами уже на протяжении более долгого времени. Некоторые клиенты, которые имели не такой большой опыт взаимодействия с НКО проекта, также испытывали затруднения, отвечая на этот вопрос.

Все информанты, оценившие влияние полученной помощи на их жизнь за период последних трех лет, сходятся во мнении, что без услуг НКО многие они оказались бы в гораздо более сложном положении, а некоторые столкнулись бы с серьезными трудностями в заботе о своем здоровье, об этом чаще сообщали представители группы ЛУИН. Клиенты из разных групп подчеркивали, что организации мотивируют обращать больше внимания на свое здоровье. Информанты отмечали положительное влияние на свое психологическое и социальное благополучие: благодаря помощи организаций и ИГ они обрели место, где им в дружественной обстановке помогают больше заботиться о своем здоровье. Были и клиенты, которые считали, что организации и их сотрудники спасли их от смерти, вернули желание жить дальше.

В целом, по мнению информантов, благодаря организациям-членам Консорциумов, представители КГН начинают серьезнее относиться к своему здоровью, чаще обращаться за различными медицинскими услугами не только в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

«Я начал более серьезно относиться к своему здоровью, узнал, что я достоин вообще нормальной медицинской помощи, нужно чаще обращаться»

Изменения в работе Центров СПИД

Клиенты, которые имели опыт обращения в Центры СПИД, поделились мнением об изменениях в их работе за последнее время. В целом клиенты отметили развитие Центров СПИД во всех регионах исследования: отношение медицинских специалистов к пациентам стало лучше, врачи и медицинский персонал стали более доброжелательными.

В Санкт-Петербурге и Москве клиенты не заметили изменений в работе Центров СПИД, основными изменениями поделились клиенты из Челябинска. Так, некоторые клиенты отмечали негативные изменения в работе в регионе. Клиенты в Челябинске отметили, что Центр СПИД сменил адрес, в этом же регионе информанты отметили неудобную систему обращения в Центр СПИД по талонам, в определенных случаях пациенты ждали своей очереди около месяца.

В Москве клиент проекта из группы ЛЖВ, наоборот, положительно отметил введение системы с талонами, когда нужно приехать к определенному времени и не ждать своей очереди. В Челябинске информант из группы ЛЖВ отметил, что сократились возможности прохождения обследований в Центре СПИД: раньше можно было пройти УЗИ, сейчас подобные услуги сократили, клиенты отметили, что раньше была возможность получения бесплатных презервативов в Центре СПИД, сейчас этой возможности нет. Кроме того,

представитель группы ЛЖВ в Челябинске рассказал, что пришлось поменять препараты, потому что Центр СПИД стал закупать более дешевую АРВТ.

«Терапия, которую я сейчас принимаю, она также уходит, уходит, потому что она дорогая, а закупать ее не хотят. А то, что уровень жизни у человека выше, соответственно, у тебя побочных минимум. Вообще практически их нет. Просто живешь, как обычный человек, пьешь витаминки. И вот это страшно. И сейчас это коснется многих людей, которые так же, как я, принимают эту терапию и которые просто в неведении живут психологическом, что может быть дальше. Ну, это страшно. Вот это, опять же, все наш СПИД-Центр, финансирование и прочее. То есть меняется не в лучшую сторону. Что будет дальше, касаясь СПИД-Центра, остается только надеяться на лучшее»
(Челябинск ЛЖВ)

Изменения в жизни в случае закрытия организации

Мнения клиентов при ответе на вопрос о потенциальных изменениях, которые произойдут в их жизни в случае закрытия организации, разделились. Так, одна группа информантов посчитали, что закрытие организации не повлечет за собой серьезных последствий для их жизни, так как они сами смогут обеспечить себя как профилактическими материалами, как и тестированием. Другая группа представителей КГН отмечали, что их забота о собственном здоровье снизится, а риски повысятся. Как правило, о возможности обеспечивать себя раздаточными материалами чаще сообщали представители группы РСР, а наиболее уязвимыми при закрытии организаций окажутся представители группы ЛУИН.

Кроме того, информанты из обеих групп отмечали ценность знакомства с сотрудниками организаций, с которыми они хотели бы продолжить общение даже в случае закрытия организаций-членов Консорциумов. Также клиентами отмечается, что после закрытия организаций придется обращаться за услугами в государственные учреждения здравоохранения или частные клиники, где получение помощи проходит не в таком быстром формате, есть риск столкнуться с дискриминацией и стигматизацией со стороны сотрудников, также это может быть финансово затратным. Таким образом, наличие организаций-членов Консорциумов играет решающую роль в обеспечении доступности жизненно важных услуг для представителей ключевых групп населения. Закрытие этих организаций может привести к снижению доступа к услугам и ухудшению здоровья и благополучия уязвимых групп населения.

«Я даже не представляю, честно. Чего будет не хватать... Во-первых, вот этой дружественной атмосферы, куда можно в любой момент прийти, или даже позвонить.

Посоветоваться, что-то даже получить из профилактики, какой-то вопрос задать. Да и вообще помощь, мало ли. Так заболеешь или еще что-то, да? То есть чтобы вот это получить за тебя терапию. Потому что мои родственники не знают. И, честно, это было бы очень печально» (Москва ЛЖВ)

Таким образом, клиенты проекта высоко ценят получаемую помощь, которая оказывает существенное положительное влияние на их жизнь: улучшение здоровья, снижение рискованного поведения, смена его на более безопасные практики. Если организации, предоставляющие эти услуги, будут закрыты, это окажет значительное негативное влияние на качество жизни клиентов. Закрытие организаций приведет к потере важного источника поддержки и помощи для клиентов проекта. Это негативно повлияет на их общее благополучие, увеличит риски для здоровья и ухудшит качество их жизни.

2. Оценка сервисного компонента проекта «КАСКАД» специалистами Консорциумов Санкт-Петербурга, Москвы и Челябинска и Форумами КГН

2.1. Соответствие проекта проблемам в сфере ВИЧ и потребностям КГН

Анализ высказываний сотрудников Консорциумов (СК) показывает, что проект в целом соответствует проблемам в сфере ВИЧ и потребностям ключевых групп.

«Эти услуги, мотивационные наборы, тестирование и сопровождение, в целом – да, они нужны всем ключевым группам» (СК Санкт-Петербург)

В качестве приоритетных услуг сотрудники Консорциумов выделяли профилактические материалы и тестирование. Профилактические наборы, в свою очередь, помогали в поддержании контактов с клиентами и мотивации на прохождение тестирования. В профилактическом компоненте, помимо материалов, были востребованы психологические консультации, в особенности среди клиентов-представителей групп РСП и ЛПН.

Сопровождение к лечению, по оценкам некоторых информантов из числа сотрудников, было менее востребовано в силу личных предпочтений клиентов (представители группы РСП часто предпочитают обращаться за медицинской помощью самостоятельно) или низкой приоритетностью заботы о своем здоровье. В то же время сопровождение и содействие в приверженности лечению оценивается специалистами проекта как важнейший компонент работы с клиентами. В то же время помощь в области социально-правового сопровождения, в частности, по восстановлению документов, была крайне востребована.

«Наверное, самый невостребованный – это сопровождение и то в силу того, что РСП любят сами ходить, не любят, чтобы с ними кто-то рядом стоял. ЛУИНЫ не очень

понимают, зачем им это надо, и некогда – у них совсем другие приоритеты. Поэтому со стороны клиентов это, наверное, не очень востребовано. Но с нашей точки зрения это самый важный этап – довести до лечения» (СК Санкт-Петербург)

Представитель Форума ЛУИН также подтверждает актуальность сопровождения ЛУИН:

«Если говорить о классических наркоманах, которые употребляют героин и метадон, то для них по-прежнему основными востребованными услугами остается социально-правовое сопровождение. Потому что наркопотребитель, как я уже говорила в самом начале, у него комплекс проблем, просто букет проблем всегда из-за зависимости. Это и отсутствие документов. Это и высокий порог наркологической помощи. Это и невозможность попасть на реабилитацию (Форум ЛУИН).

Представитель Форума ЛПН говорит о том, что несмотря на то, что профилактика ВИЧ у ЛПН не на первом месте, это не означает, что она не востребована, так как из-за ухудшения психологического состояния возрастают риски инфицирования и распространены рискованные поведенческие практики.

Информанты указывают на различия в потребностях и охвате разных ключевых групп: например, РСП описываются как более самостоятельные, в то время как ЛУИН могут требовать более интенсивного сопровождения. Как и на предыдущих этапах оценки, сотрудники отмечали более низкую приоритетность услуг в сфере профилактики ВИЧ-инфекции для группы ЛПН, исключение составляет кросс-группа ЛПН-СР.

Отмечается, что не все группы охвачены равномерно, и есть проблемы с адаптацией проекта под конкретные региональные особенности и потребности. Отмечается, что, например, если для ЛУИН и СР есть стандартные пакеты услуг, то потребности ЛПН меняются и трудно прогнозируемы. В значительной степени это связано с угрозами безопасности, которые испытывают эти люди в связи с новым законодательством относительно ЛГБТ.

«Допустим, по ЛПН, например, там как-то волнообразно вот это идет все. Нет какого-то четкого понимания, что можно было бы добавить, что можно было бы убрать, например. То есть, нет какой-то структуры, скажем так. По остальным ключевым группам какая-то уже устоявшаяся есть канва, по которой мы идем, скажем так...» (СК Челябинск)

Говоря о потребностях РСП, представитель форума РСП отметил, что эти потребности неизвестны, так как нет качественных исследований и аналитики, отражающей текущую ситуацию. Помимо этого, нет никаких объективных сведений, отражающих

эффективность текущей работы с этой группой: *«О какой эффективности можно говорить? Люди в каком-то таком перманентном режиме полной паники находятся и в сеть стараются не лезть, потому что есть прямая угроза того, что на следующий день прискачут мальчики в сером и НКО просто помножатся на ноль с некоторыми сотрудниками» (Форум РСП).*

Информанты из всех регионов отмечают изменения в наркосцене, включая появление новых психоактивных веществ, что требует адаптации проекта под новые потребности и реалии. В частности, выявляется рост числа молодых потребителей наркотиков и неинъекционных способов употребления. Потребители новых наркотиков, в отличие от ЛУИН, сексуально активны, в связи с чем риски сексуального пути передачи ВИЧ в этой группе высоки. Среди потребителей новых наркотиков большинство – это молодежь, хотя есть и ЛУИН, которые переходят на эти наркотики в связи с «усталостью» от привычных. Кроме того, новые наркотики дешевле. В свете ожидаемого снижения экономического благосостояния населения, информанты прогнозируют рост спроса на новые наркотики.

В связи с изменением наркосцены упоминалась также необходимость пересматривать состав и обучение сотрудников, работающих с потребителями наркотиков на первой линии, привычными к работе с ЛУИН.

«Проект «КАСКАД» изначально предполагал инъекционные наркотики. А значит, наши раздаточные материалы, низкороговые пункты, консультации – они все заточены на этот вид профилактики. А новые наркопотребители – люди значительно моложе, они не считают себя наркозависимыми людьми, и у них совсем другие потребности, если говорить о профилактических пакетах, мотивационных пакетах» (СК Санкт-Петербург)

Необходимость переориентации услуг проекта в соответствии с изменением наркосцены также подчеркивалась представителем Форума ЛУИН:

«Услуги для этих людей, они абсолютно другие должны быть. ...Привычные медикаменты с ними не работают и привычные методы с ними не работают. И соответственно, к ним вообще доступ сложный. Когда они в употреблении, они закрыты, потому что там свои особенности проявления, там и сексуальные и все. Когда они не в употреблении, так скажем, абстиненции, они на каких-то своих этих гонках, и в этот момент с ними тоже невозможно разговаривать. Поэтому вот это сейчас самое актуальное» (Форум ЛУИН)

Информанты предложили идеи по повышению соответствия проекта проблемам в сфере ВИЧ и потребностям КГН, включая более гибкий подход к предоставлению услуг, учет изменений в наркосцене и увеличение ассортимента предоставляемых материалов и

услуг, таких как тестирование на сифилис и предоставление мазей для лечения химических ожогов от употребления метадона, противовоспалительных и заживляющих мазей. Недостаток мазей упоминался сотрудниками также на предыдущих этапах оценки проекта, что свидетельствует о сохранении актуальности этих материалов для клиентов.

В качестве направления для повышения эффективности работы с КГН сотрудники Консорциумов предлагали более гибкий и адаптивный подход с учетом изменений в сфере рисков инфицирования, практик КГН и региональных особенностей.

«Если бы, например, предложение сделали по определённым видам услуг: возможность свои какие-то предложения вносить, и под каждый регион, может услугу как-то менять – это было бы эффективней» (СК Челябинск).

Обобщая рассмотренные ответы в разрезе КГН и регионов, можно выделить следующие области, где может быть повышено соответствия проекта проблемам в сфере ВИЧ и потребностям КГН:

- Москва: психологическая помощь РСП и ЛПН, которая поможет справиться с текущей ситуацией; низкопороговые медицинские центры, как альтернатива государственной медицинской помощи; тестирование на сифилис и гепатиты В и С для РСП и ЛПН (востребованная услуга)
- Санкт-Петербург: адаптированные услуги по профилактике и профилактические наборы для потребителей новых наркотиков, учитывающие их активное сексуальное поведение; тестирование на сифилис и гепатит В (востребованная услуга)
- Челябинск: карты оплаты мобильной связи и транспорта для ЛУИН для обеспечения доступности посещения Центров СПИД.

Как и в предыдущем раунде оценки проекта, информанты из числа сотрудников Консорциумов рассматривали предусмотренный в проекте набор услуг как базовый, который не должен сокращаться. Отвечая на предложенный вопрос об отказе от услуг в случае сокращения финансирования проекта, информанты предложили следующие варианты:

- Москва: отказаться от аутрич-работы с РСП и ЛПН (услуги небезопасны), отказаться от гинекологических услуг для СР (услуги не востребованы), сократить правовую помощь для РСП и ЛПН, сократить количество встреч групп взаимопомощи (услуги не востребованы)

- Санкт-Петербург: сократить мотивационные пакеты для всех групп, сократить социально-правовое сопровождение СР, сократить сопровождение к лечению РСП (услуги не востребованы), отказаться от групп взаимопомощи ЛУИН и РСП и ЛПН (услуги не востребованы), сократить охват РСП и ЛПН (услуги небезопасны/не востребованы).
- Челябинск: уменьшить охват КГН, сократить консультации по химсексу, сократить количество встреч групп взаимопомощи (услуги не востребованы)

«Я бы ничем не пожертвовал, я бы просто уменьшил охват (прим. – в случае сокращения финансирования). Потому что нельзя чем-то жертвовать, потому что у нас и так самые основные базовые услуги» (СК Челябинск)

2.2. Оценка услуг по профилактике

Количественная доступность профилактических услуг

В Челябинске сотрудники Консорциума отмечают рост доступности профилактики для клиентов за счет значительного расширения охвата за последний год. В первую очередь, рост охвата отмечается в отношении ЛУИН. Рост информационного охвата КГН привел к увеличению обращений из малых городов и областей, однако имеется дефицит ресурсов для оказания услуг в этих локациях:

«Чем больше мы работаем, тем больше информация распространяется в самих ключевых группах. И много обращений идёт с области, с малых городов. Потому что потихоньку информация туда доходит. Но, конечно, не всем удобно приезжать. Мы наблюдаем (...) дефицит ресурсов с нашей стороны, чтобы оказывать услуги именно в области, в малых городах. То есть мы Челябинск, Копейск, какие-то ближайшие 100 километров более-менее еще обслуживаем, оказываем услуги. А вот подальше уже 150, Златоуст, Миас (...) туда уже не хватает возможности ехать» (СК Челябинск).

Сотрудники также отмечают, что приток новых клиентов позволил охватить людей с низким уровнем информированности о ВИЧ и методах профилактики.

«...когда мы стали больше уделять времени способам профилактики ВИЧ-инфекции, мы увидели, что у людей есть огромный провал в этой части. То есть они в принципе, кроме как использования презерватива, не видят никаких способов профилактики ВИЧ-инфекции... Либо ты инфицируешься, либо ты остаешься с ВИЧ отрицательным статусом.» (СК Челябинск)

Трудности в доступности профилактических услуг возникали в связи с рейдами в отношении СР, однако сотрудники смогли преодолеть эту проблему благодаря наличию доверительных контактов среди СР. Также отмечается проблематичный доступ к представителям групп РСР и ЛПН, однако сотрудники находят способы преодоления этой проблемы, включая использование веб-аутричей.

В целом, представители Консорциума Челябинска отметили, что базового профилактического пакета достаточно. Однако мнения сотрудников о нехватке профилактических средств разнятся. Некоторые отмечают, что не хватает мазей, и иногда приходится экономить на них, особенно речь идет о таких препаратах, как «Левометил», «Левомеколь», «Офломелид». Другие же утверждают, что сейчас закупки увеличены, и мазей достаточно. Также существуют некоторые трудности с обеспечением Налоксоном из-за отсутствия у организации медицинской лицензии на хранение медицинских препаратов.

По мнению сотрудников Консорциума в Москве, базового набора профилактических материалов и услуг достаточно. Хотя время от времени возникают единичные запросы на определенные препараты, такие как антибактериальные мази, большинство сотрудников считает, что удовлетворить все индивидуальные запросы невозможно и нецелесообразно.

«Давайте, может быть, возьмем чего-то больше, что пользуется большим спросом, и большее количество людей это получит» (СК Москва)

«Мы комплектуем наборы по потребностям конкретного получателя. И это как раз показывает гибкость самого проекта, так как есть ассортимент, набор, и мы комплектуем под потребности каждого человека» (СК Москва)

Из запланированных профилактических услуг в Москве пока не реализован компонент по химсексу в части чат-бота. Однако проводится консультирование, а чат-бот, который используется, предоставлен СПб БФ «Гуманитарное действие». В проекте остаются недоступными для РСР такие востребованные услуги, как самотестирование, ДКП и тестирование на ИППП. Представители групп РСР и ЛПН могли получать ДКП, ПКП и наборы для самотестирования в рамках других проектов организации.

«Тут классно было бы на ИППП на все проверяться, потому что у нас тоже был такой опыт, когда у нас была возможность проверять здесь клиентов на 7 ИППП, запись на месяц у нас заполнялась за 1 день» (СК Москва).

Сотрудники также отмечают недостаток предложений по психологическим консультациям в проекте, учитывая недостаточный бюджет, выделенный на них. Недостает также мотивационных наборов для ЛЖВ, включая таблетницы и бутылки для воды с отделением для таблеток. Сотрудники предлагают увеличить материальные стимулы, такие

как предоплаченные карты в продуктовые магазины, чтобы стимулировать контакт клиентов с сервисом. По их словам, этот стимул актуален для всех целевых групп, в первую очередь для ЛУИН и мигрантов, но также и для других клиентов.

Сотрудники Консорциума Санкт-Петербурге считают, что профилактический пакет достаточен. Однако возникает предложение увеличить количество игл, поскольку в наборе предоставляется только одна, в то время как наркопотребитель может делать 7–10 инъекций в день.

Доступность профилактики для клиентов

В Челябинске создание спроса на профилактические материалы и консультирование в области ВИЧ осуществлялось через различные каналы, включая Telegram-каналы, сообщества, рекламу, новостные сюжеты и статьи на телевидении и в социальных сетях. За 2,5 года работы спрос на услуги постепенно возрос благодаря узнаваемости и популяризации программы, включая возможность получения консультаций и профилактических средств. Основной прирост клиентов пришелся за счет ЛУИН и за счет КГН из более удаленных районов. Это обусловлено тем, что СР и РСП в малых городах практически не представлены.

Увеличивается охват группы СР в Челябинске. Если вначале он обеспечивался аутрич-выездами, то сейчас СР сами посещают низкопороговый центр, сообщают другим СР о такой возможности. Автомобиль для аутрич выездов находится в плохом техническом состоянии, в связи с этим выездов стало меньше.

«Если в начале проекта очень так, если мы выезжали к ним – это уже было хорошо, а то, чтобы они к нам пришли – это было прям очень хорошо, то на сегодняшний день это, в принципе, обычная практика, что они приходят, когда им надо, и мы выезжаем по их запросу. Плюс, конторы, которые узнают о нас или формируются – ну, новые – они по определенным, как сказать, предложениям своих же коллег, они обращаются к нам. В принципе, это хорошая тенденция. То есть мы завоевали их доверие, что безопасно, эффективно, качественно, они спрашивают, есть спрос, обращение» (СК Челябинск)

По оценке сотрудников, доступность услуг затруднена примерно для 30% клиентов из удаленных районов, которых приходится привозить в низкопороговый центр в сопровождении сотрудника проекта на такси, по несколько человек, для экономии средств на проезд.

В Москве доступность услуг для клиентов в первую очередь ограничивается размером города, численностью населения и возможностями проекта. Охват и доступность услуг для клиента определяется финансовыми и кадровыми возможностями.

Доступность для клиентов заключается в том, что, несмотря на специализацию низкопороговых центров на работу с определенной КГН, в любом из них представитель КГН может получить услуги по профилактике и тестированию независимо от своей принадлежности к группе. Этим обеспечивается территориальная доступность для клиентов.

В Санкт-Петербурге охвачены все районы города за счет активной работы мобильных пунктов, что позволяет обеспечивать высокую доступность профилактики для клиентов ЛУИН и СР. Доступность профилактических услуг для секс-работниц за последний год значительно увеличилась за счет расширения охвата салонов до 35. Это увеличение было связано с преодолением препятствий во взаимодействии с администраторами салонов.

С точки зрения доступности профилактики для ЛПН и РСП ситуация за последний год значительно осложнилась в связи с законодательством относительно этих групп риска во всех трех регионах проекта. Фактически достигнутый за прошлые годы прогресс в повышении доступности услуг для этой группы профилактики сократился. В Москве ВИЧ-сервисная организация получила доступ к группе и стала предоставлять услуги по профилактике. В Санкт-Петербурге инициатива пошла от группы в рамках проекта по профилактике ВИЧ. В Челябинске сообщество было создано силами одного активиста, который в дальнейшем покинул страну. В настоящий момент многие активисты покинули страну, помимо этого, усилился контроль со стороны правоохранительных органов. В наибольшей степени это затрагивает Москву и Санкт-Петербург, в меньшей – Челябинск. В Челябинске сотрудники консорциумов отмечают, что переориентировались на привлечение представителей РСП в низкопороговый центр для профилактики и тестирования. По оценкам информантов Консорциума в Санкт-Петербурге, для РСП и ЛПН сервисы практически недоступны из-за опасности для сотрудников проводить аутрич-работу.

Приемлемость профилактических услуг

В Челябинске была проведена значительная работа по увеличению приемлемости профилактических услуг для ЛПН. Работа с этой группой началась только в рамках проекта «КАСКАД». В начале проекта ЛПН были представлены разрозненными группами, не существовало единого сообщества. Консорциумом была организована безопасная площадка вне стен НКО (чтобы исключить пересечение с ЛУИН и другими ключевыми группами населения). Профилактика ВИЧ осуществлялась как часть более широких мероприятий, включающих психологические услуги и совместные мероприятия типа настольных игр и «барахолок», что помогло преодолеть тот фактор, что профилактика ВИЧ для этой группы не является приоритетной.

«Им было интересно встречаться, общаться, делиться информацией друг с другом, получать информацию из других источников. И между всеми этими мероприятиями мы ненавязчиво и свои услуги продвигали. Поэтому хоть как-то мы у 60-70% у нас достижение индикатора, в принципе, неплохое. Беря во внимание, что мы с нуля начали эту всю работу» (СК Челябинск).

В Москве низкопороговые центры для РСП в значительной степени адаптированы с учетом разных потребностей группы. Консультирование проводится на различных языках, включая языки Центральной Азии, английский и испанский. Услуги оказываются в дружественной атмосфере, в условиях безоценочности, анонимности и конфиденциальности. Однако, по словам сотрудника, основной барьер заключается в том, что клиентам нужно узнать о существовании организации. Кроме того, крайне ограничено использование интернета для контактов и привлечения клиентов из среды ЛПН и РСП.

В Петербурге профилактические услуги в основном ориентированы на потребителей инъекционных наркотиков, и поэтому профилактический пакет содержит материалы, актуальные для них. Сотрудники обучены работать с этой категорией ЛУИН. Однако потребности молодых потребителей неинъекционных наркотиков недостаточно учтены. О необходимости адаптации пакета также упоминали информанты из Челябинска и Москвы, приводя в пример вариативность выдачи профилактических товаров в соответствии с потребностями различных ЛУН и различными практиками употребления.

Представитель Форума СР сообщает о региональной специфике в потребностях СР в профилактике:

«Должна быть немножечко разная раздатка для девушек. То есть для трассовых девушек – это одна раздатка, один мотивационный пакет. Для салонных девушек – это уже другой мотивационный пакет. И, если брать, например, то же самое сравнение Москва или Питер с Челябинском, то это разные ценовые категории. И, если в Москве девушки работают по 15-20 тысяч, то им в принципе эти презервативы не нужны. Они их могут прекрасно купить, у них позволяют на это деньги» (Форум СР).

В Санкт-Петербурге сотрудник также высказывает необходимость учета потребностей СР-ЛПН. Сотрудники московского Консорциума в качестве недостатка отметили доступность сервисов только для женщин СР, в то время как мужчины СР не могут получать услуги проекта. Это же подтверждает представитель форума ЛПН: *«Наибольшая выявляемость ВИЧ у ЛПН, которые занимаются секс-работой. Поэтому профилактика ВИЧ очень важна, те же самые презервативы, лубриканты, сдача анализов».*

Если рассматривать используемую терминологию, то сотрудник консорциума в Москве отмечал, что термин "химсекс" является непонятным для клиентов сексуальных работников (СР). Он также отмечал, что аналогичное потребление наркотиков присутствует в этой группе, и часто оно происходит по требованию клиента, то есть является вынужденным для СР.

Качество профилактических услуг

В Челябинске сотрудники отмечают высокое качество консультирования по профилактике. Однако необходимы усовершенствования, в частности, сотрудники рассматривают внедрение чат-консультанта на базе искусственного интеллекта для ответа на наиболее часто задаваемые вопросы, которые в большинстве случаев являются однотипными.

В Москве информанты сообщали о том, что для поддержания качества необходимо постоянно учиться и осваивать новые практики, такие как веб-аутрич. Также в Москве и Санкт-Петербурге качество повышается за счет взаимодействия с другими фондами, с обменом услугами, перенаправления клиентов.

Во всех регионах сотрудники Консорциумов отмечали, что закупки профилактических материалов выполнялись в консультации с клиентами и Форумами, чтобы обеспечить лучшее качество. Несмотря на это, случались некачественные поставки, такие как высохшие спиртовые салфетки в Челябинске или саше-смазки в Санкт-Петербурге, однако в целом материалы были высокого качества.

Оценивая качество услуги по профилактике, представитель форума РСП отметил, что профилактика очень поверхностна и оценить ее качество в этой группе невозможно по объективным причинам (неизвестны потребности, закрыты данные о выявляемости ВИЧ: *«Нужно ли это сообществу? Насколько это вообще влияет на распространение ВИЧ-инфекции? Я не знаю. У меня нет какого-то основного показателя, насколько в том или ином регионе вообще меняются показатели зараженных, пораженных ВИЧ-инфекцией. Меньше или больше становится новых случаев ВИЧ-инфекции... Эта отчётность, она вся закрыта. ...Поэтому здесь оценка эффективности, наверное, «со слов потерпевшего» - моя любимая фраза. Но НКО считают, что они работают хорошо» (Форум РСП).*

Качество профилактических услуг заключается не только в качестве и количестве выдаваемых материалов, но и в том, насколько мотивационный профилактический набор помогает установить контакт с клиентом и сделать этот контакт устойчивым, замотивировать на прохождение тестирования и лечение.

«У нас главная задача, чтобы человек остался в программе профилактики, чтобы он ее посещал, чтобы он получал чистый инструментарий, чтобы он проходил консультации, чтобы его поведение менялось на более безопасное. То есть у нас нацеленность не на количество, а именно на качество, что мы проводим качественные консультации, которые людям интересны, они потом возвращаются к нам. ...Собственно, сейчас мы перестраиваем регионы. ... У нас даже были специальные обучения для координаторов, для сотрудников, что мы именно нацелены на другое, на длительную работу с человеком, на изменение его поведения, чтобы оно становилось безопаснее для него и для окружающих» (СК Санкт-Петербург)

2.3. Оценка тестирования

Количественная доступность тестирования

Потребности в тестировании различаются для разных групп в зависимости от уровня риска. СР и ЛУИН часто нуждаются в тестировании после рискованных контактов или инъекций, в то время как у ЛПН риски могут быть минимальными.

Доступность тестирования для ЛУИН в Челябинске была максимальной, насколько это позволяли ресурсы проекта. По словам сотрудников Консорциума, тестирований в группе ЛУИН в Челябинске можно было бы делать больше.

В Москве доступность тестирования ограничивается объемом охвата услугой в настоящее время. Информанты выдвигают предложение о необходимости использования лицензированных оборудованных автомобилей для мобильных пунктов тестирования с целью повышения охвата и качества тестирования.

«Нынешнее тестирование, оно такое нелегальное, тихое, но при этом довольно-таки с большим охватом уже. А если были бы именно оборудованные мобильные пункты, и, причем, не один, то охват и качество тестирования можно повысить существенно» (СК Москва)

В Санкт-Петербурге доступность тестирования для людей, потребляющих наркотики, ограничена за счет потребителей новых наркотиков, хотя эта группа может быть источником большого числа новых случаев ВИЧ. Во всех регионах количество тестов, по мнению информантов, достаточно для удовлетворения запросов клиентов.

По словам сотрудников Консорциумов, выявляемость новых случаев ВИЧ в ключевых группах относительно низкая, что связано тем, что многие клиенты уже знают свой ВИЧ-статус. Например, ЛУИН как правило проходили тестирование в наркологических стационарах. Среди СР многие работают в салонах и регулярно проходят тестирование.

Однако эпидемия не остановилась, и существует необходимость пересмотреть стратегию тестирования и достичь групп людей, где число новых случаев ВИЧ выше. К ним, в частности, относятся потребители новых наркотиков, половые партнеры клиентов с высокой вирусной нагрузкой из групп ЛУИН и РСП.

«Мы не там тестируем и не тех. Соответственно, мы сейчас думаем, как нам выйти на те группы людей, где все-таки новых случаев ВИЧ много (...) это важно делать, потому что ВИЧ стал более агрессивным вирусом. И как раз-таки здесь связано и с потребителями новых веществ, потому что среди них много новых случаев. Есть методика индексного тестирования. Она направлена на партнеров тех людей, у которых выявлено, и, скорее всего, у них высокая вирусная нагрузка, что они могли кого-то заразить из своих партнеров. И здесь уже ведется работа точно с партнерами» (СК Санкт-Петербурга).

Доступность тестирования для клиентов

Сотрудники Консорциумов отмечают, что доступность профилактических услуг для ЛУИН и СР обеспечена максимально в рамках имеющихся ресурсов проекта. Однако для групп РСП и ЛПН доступность значительно ограничена из-за страха перед уголовным преследованием, связанным с новым законодательством.

«Для наркопотребителей, для секс-работниц доступно и очень гибко, да, особенно для секс-работниц. По РСП... Они могут приходить также на низкороговые мобильные пункты и тестироваться, но пока они находятся в таком состоянии, что они просто опасаются» (СК Санкт-Петербург).

Приемлемость услуг по тестированию

По мнению сотрудников Консорциумов, услуги по тестированию, предоставляемые в рамках проекта, в целом подходят для большинства представителей ключевых групп. Однако для некоторых групп, таких как СР и ЛПН, использование слюновых тестов является более предпочтительным из-за их удобства, отсутствии специальных требований к месту проведения теста и уменьшения страха перед процедурой забора крови.

Компонент самотестирования был запланирован, но не был реализован в проекте. В целом оно не рекомендовано для КГН так как затрудняет полноценное проведение до и послетестового консультирования. Сотрудники Консорциумов подчеркнули, что важным элементом качественного тестирования является сам факт оказания клиентам до- и послетестового консультирования, что является сильной стороной очного тестирования в сравнении с самотестированием.

«...Когда человек приходит в офис, мы можем полностью выстроить контакт, можем проконсультировать, ... можем дать информацию по ВИЧ (...) проинформировать его и, в общем-то, охватить его всем спектром наших услуг... А люди, которые заказывают тест на дом, они скорее... «Дайте мне тест и отвалите, я сделаю тест, увижу, что он отрицательный, и продолжу дальше делать» (СК Москва)

Приемлемость услуг по самотестированию индивидуальна для разных ключевых групп. Например, РСП обладают сформированной культурой самотестирования, в то время как ЛУИН могут не проявлять интереса к самотестированию из-за отсутствия приоритета заботы о здоровье. Согласно мнению информанта, представляющего московский Консорциум, самотестирование пользуется популярностью у людей, которые стремятся избежать учета своих данных, чтобы избежать возможных негативных последствий, и возможности встретить знакомых. Поэтому они предпочитают избегать контактов с сотрудниками и делать самостоятельное тестирование.

В Челябинске, в отличие от Москвы и Петербурга, культура тестирования у РСП была низкой. Сотрудники Консорциума привлекали РСП в низкопороговый центр с помощью информационных кампаний по профилактике, а затем уже мотивировали их пройти тестирование на ВИЧ.

«Сейчас, когда мы стали проводить инфокампанию по привлечению клиентов в низкопороговый центр, ... основная цель – чтобы клиент пришел, мы предлагаем не сдать тест, а именно получить профматериал. Когда клиент уже обращается, мы проводим с ним беседу и уговариваем, настраиваем его, чтобы он сдал тест на ВИЧ, тем самым узнал свой ВИЧ-статус. И большая часть соглашается» (СК Челябинск)

Для ЛПН тестирование может не всегда быть приоритетом из-за наличия других более срочных запросов, таких как доступ к гормональной терапии. Для ЛУИН подходят как офисные, так и мобильные пункты для тестирования. Однако для проведения теста может потребоваться мотивационная работа со стороны специалистов, поскольку инициатива тестироваться со стороны ЛУИН возникает редко.

Сотрудники выражают мнение, что приемлемость тестирования на ВИЧ может быть выше, если проводить его в наряду с тестированием на другие заболевания, поскольку многие боятся узнать о ВИЧ-положительном результате. Однако дизайн и бюджет проекта не предполагает такого широкого выбора тестирований.

«Как показала практика, люди охотнее сначала тестируются на всё, что угодно – на сахар, на инфекции, передающиеся половым путём, ещё на какую-нибудь болезнь. А потом только можно предложить им ВИЧ – им кажется это уже и не страшно в черед

разных простых как будто бы тестов. Но вот, наверное, такого количества тестов дополнительных у нас нет. Хотя мы видим, что это облегчает работу с клиентом» (СК Санкт-Петербург)

Высокий уровень приемлемости услуг по тестированию в проекте «КАСКАД» обеспечен всесторонним обучением сотрудников Консорциумов, что позволяет им эффективно работать с разными ключевыми группами и обеспечивать комфорт клиентов в процессе тестирования.

Качество тестирования

Сотрудники Консорциумов отметили услуги по тестированию как качественные, особенно выделяя быстрый результат экспресс-тестирования и качественное до- и послетестовое консультирование. Если говорить о качестве самих тестов на ВИЧ, то они соответствуют требованиям Всемирной организации здравоохранения и признаны надежными.

[Тесты на ВИЧ] хорошего качества, быстро реагируют, у них высокая чувствительность. По качеству дотестового, посттестового консультирования – его проводит либо медицинский сотрудник, либо психолог. Также люди с уже большим опытом работы, которые постоянно повышают квалификацию, они проходят ежегодно обучение в СПИД-Центре по мотивационному консультированию и также обучение в рамках проекта по мотивационному консультированию с разными тренерами (...) это очень качественное консультирование (СК Санкт-Петербург)

Сотрудники Консорциума Челябинска отметили, что в прошлом отчетном периоде возникали проблемы с качеством тестов на ВИЧ. Однако эта проблема была решена путем замены тестов на новые. В текущем отчетном периоде использовались уже новые тесты, и к ним не возникало претензий. Тем не менее, также использовались остатки предыдущей партии тестов, из-за чего иногда приходилось проводить повторное тестирование клиентов.

2.4. Оценка услуг по сопровождению к лечению

Количественная доступность услуг по сопровождению к лечению

Доступность услуг по сопровождению имеет региональные особенности. Сотрудники Консорциума Санкт-Петербурга отмечают, что доступность услуг по сопровождению достаточно высока, но возможности проекта не позволяют охватить всех нуждающихся в сопровождении к лечению, появляются новые категории нуждающихся, такие как бездомные. В Москве доступность услуг ограничивается тем, что руководство Центра

СПИДа негативно относится к НКО, а кабинет сотрудников НКО в Центре СПИДа недостаточен для сопровождения всех нуждающихся. В Челябинске большой территориальный разброс приводит к тому, что не все нуждающиеся получают помощь.

Трудности с сопровождением возникают при выявлении ВИЧ-позитивных мигрантов, потому что они не являются гражданами России и не имеют права на бесплатное лечение.

Сотрудники Консорциумов отметили, что ресурсное обеспечение доступности услуг по сопровождению недооценено в проекте «КАСКАД». Сотрудники, ответственные за сопровождение к лечению, несут бремя длительного сопровождения, обеспечивая постоянную мотивацию, консультирование и напоминание о необходимости приема терапии. Однако ресурсы на сопровождение недостаточны, нет средств на оплату регистрации, продуктов и т.п., что могло бы повысить мотивацию клиентов. Если бы были дополнительные ресурсы, это помогло бы повысить мотивацию ЛЖВ и улучшить эффективность работы с ними.

«Компонент ЛЖВ, он в проекте недооценен, потому что, к примеру, для первичных и стабильных клиентов у нас есть шприцы, у нас есть мази, у нас есть перевязочный материал. Мы понимаем, что это для мотивации клиентов и прочее. И что, будучи, когда он становится, допустим, если выявляется положительный диагноз, и он на сопровождении, он здесь может получать, дальше продолжать, эти услуги. Допустим, для СР есть какие-то определенные мотивационные наборы, РСП и так далее. Но внутри компонента ЛЖВ дополнительных каких-то вот этих мотивационных ТМЦ нет. Потому что было бы неплохо на этом компоненте какие-то витамины, таблетки...» (СК Москва).

Сохранение доступности услуг для нуждающихся в дальнейшем потребует увеличение штата сотрудников, занимающихся сопровождением. Это связано с «накоплением» числа клиентов, находящихся на сопровождении, в процессе реализации проекта и возрастающей нагрузкой на сотрудников.

«На протяжении трёх лет есть определённый индикатор, который выставляется специалистом службы сопровождения, что ежемесячно они должны (...) взять на сопровождение людей, живущих с ВИЧ, предположим, десять человек и работать с ними. И нужно понимать, что за предыдущие периоды у них уже ежемесячно набрано по десять человек, их тоже бросать нельзя, с ними нужно работать. Я бы ... увеличивала штат именно по специалистам службы сопровождения, чтобы к концу проекта наши специалисты не загибались и не убегали из-за очень высокой нагрузки на них из-за количества людей, стоящих у них на сопровождении» (СК Санкт-Петербург)

Доступность услуг по сопровождению для клиентов

Расположение организаций рядом с медицинскими учреждениями, такими как Центр СПИДа, или нахождение сотрудников НКО в Центре, способствует более легкому доступу клиентов к услугам сопровождения. Кроме того, наличие представителей в удаленных областях и транспортировка позволяет решать проблемы доступности и доставлять клиентов до Центров СПИДа.

«У нас удобное местоположение. То есть у нас местоположение недалеко от СПИД-центра, это большой плюс.... Мы, понятно, всегда на связи, всегда консультируем. Неважно, кстати, закончился рабочий день или нет. То есть я на связи почти 24/7». (СК Челябинск)

Важным аспектом обеспечения доступности услуг является транспортировка маломобильных пациентов, которая обеспечивается НКО-членами Консорциумов. Транспортировкой занимаются во всех трех регионах. При этом транспортировка маломобильных клиентов вызывает ряд сложностей, например, в Челябинске нет специализированного транспорта. Получение услуги по транспортировке от с организаций социальной защиты затруднительна из-за ряда барьеров: необходимости записи, отсутствия транспорта, сложности согласования с посещением медицинского учреждения.

Также доступность лечения обеспечивается услугой по доставке терапии клиенту – домой или в медицинскую организацию, в которой клиент проходит лечение.

«Есть автомобиль, на котором могут привезти человека, если он не может прийти. Есть такая услуга, когда стоит человек на учете и пишет доверенность, за него могут получить и привезти ему домой лекарства. Есть услуга, когда человека берут за руку и заводят, там везде, ну, как и во всех медицинских учреждениях, очереди. И, благодаря сопровождению, которое есть в консорциуме, люди заходят без очереди» (СК Москва)

Сотрудники Консорциумов подчёркивают, что сопровождение каждого клиента уникально и значимо для них. Это означает, что услуги сопровождения предоставляются на индивидуальной основе, соответствуют потребностям клиента.

Доступность сопровождения зависела от мотивации клиентов на лечение и их уровня социализации. Сложности возникали с клиентами, у которых низкая ценность собственного здоровья или которые не осознавали необходимость лечения, в основном с ЛУИН. Кроме того, отказы от сопровождения к лечению чаще наблюдались среди РСП. Это могло быть связано как с их ответственным отношением к здоровью и самостоятельностью (не

нуждались в сопровождении), так и с опасениями по поводу разглашения конфиденциальной информации, из-за которых они отказывались становиться клиентами проекта.

Приемлемость услуг по сопровождению к лечению

Приемлемость услуг, по словам сотрудников Консорциумов, обеспечивается включением в работу равных консультантов, которые имеют схожий опыт – живут с ВИЧ-инфекцией или ранее принадлежали к ключевым группам населения.

«У нас работают ребята-равные консультанты, поэтому они все эти пути, все трудности они сами на себе проходили. Поэтому максимально стараемся упростить жизнь ребятам, которые хотят дойти до лечения.... у нас в нашем консорциуме как-то выстроено так, что ребята работают по сопровождению не только равные по ВИЧ, а и, в основном, равные по ключевым группам» (СК Челябинск)

В некоторых случаях можно говорить, что услуги не соответствуют образу жизни клиентов (в частности, ЛУИН), например, процедуры взятия крови в медицинских учреждениях возможны только утром, т.е. это вне контроля сотрудников Консорциума. Там, где этот контроль возможен (время и место оказания услуг по тестированию), они представляются с учетом особенностей и образа жизни.

Качество услуг по сопровождению

Качество сопровождения к лечению обеспечивается принятой в проекте моделью, согласно которой цель сопровождения – не только назначение терапии, но и достижение нулевой вирусной нагрузки для остановки передачи инфекции. Эта работа предполагает длительное сопровождение клиентов, особенно тех, кто находится в тяжелой жизненной ситуации или активно употребляет наркотики. Для этого работа с клиентами должна длиться не менее двух лет для формирования приверженности к лечению. Контроль за приемом лекарств осуществляется объективно, по данным Центра СПИД, не полагаясь на заверения клиентов.

3. Собственные действия клиентов в профилактике, тестировании и лечении

По словам сотрудников Консорциумов, клиенты проекта очень разные в том, что касается самостоятельного поддержания безопасного поведения в сфере здоровья и защиты от инфицирования ВИЧ или предотвращения распространения инфекции. В группе СР высокий уровень информированности о ВИЧ. Защита и предохранение стали частью их культуры, и они осознают важность использования противоэпидемических мер. Чаще всего они самостоятельно тестируются на сифилис и ИППП, тестироваться на ВИЧ предпочитают

в проекте, самостоятельно приобретают презервативы, которые не выдаются в наборе (например, размеры XL или предназначенные для БДСМ).

Клиенты из групп РСР и ЛПН часто обладают высоким уровнем информированности и осознают необходимость применения защитных мер. У клиентов из числа мигрантов из Центральной Азии информированность низкая, они часто недостаточно знают о ВИЧ и его передаче.

В группе ЛУИН безопасное поведение снижено, особенно из-за финансовых проблем. Даже если они осведомлены о методах предотвращения ВИЧ, финансовые затруднения могут помешать им использовать необходимые средства защиты.

Среди ЛЖВ есть мигранты, они самостоятельно покупают терапию. Некоторые клиенты самостоятельно покупают препараты доконтактной профилактики ВИЧ, такие как «Доквир».

В целом, если бы услуги программы внезапно прекратились, наибольшее влияние это бы оказало на ЛУИН, как наименее способных с экономической точки зрения приобретать товары и услуги, связанные с профилактикой, а также в меньшей степени мотивированные на сохранение здоровья.

«Те, которые получают у нас бесплатно, я думаю, большая часть, наверное, всё-таки, но это моё личное мнение, не использовала бы презервативы в таком формате и в таких количествах, как используются сейчас, потому что они плюс-минус всё-таки дорогие. Дорогое удовольствие. И пойти, и заплатить 150 рублей за презерватив, учитывая, что у меня секс раз в месяц, а то и раз в два, а пачка сигарет стоит 150 рублей, и, скорее всего, я откажусь от секса в пользу сигарет, либо не буду использовать презерватив. Здесь ценности» (СК Москва).

Некоторые сотрудники Консорциумов выразили мнение, что клиенты ЛУИН, которые регулярно получают услуги проекта, сохраняют приверженность мерам профилактики даже при его завершении.

Многие ЛЖВ становятся самостоятельными в поддержании лечения. Кроме того, КГН распространяют информацию о профилактических мерах в своем социальном круге, что способствует увеличению осведомленности о ВИЧ и его профилактике.

«Я вижу, что многие ЛУИН, которые получают услуги у нас в проекте и начали лечение, остаются в лечении, они становятся самостоятельными и остаются в лечении. Небольшое количество сходит с лечения, и как правило, причина – это всё-таки смена веществ употребляемых» (СК Санкт-Петербург)

Одним из главных аспектов работы в проекте является информирование и консультирование клиентов о рисках и мерах профилактики. Мотивационные наборы являются лишь поводом для контакта. Сотрудники считают, что без такой информации у клиентов просто не будет других источников знаний о здоровье и профилактике ВИЧ.

Таким образом, клиенты, получающие услуги в рамках программы, в значительной степени зависят от информации и поддержки, предоставляемых проектом. В случае прекращения программы эти клиенты могут столкнуться с трудностями в доступе к информации и услугам профилактики ВИЧ.

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

4.1. Обучение сотрудников Консорциумов и членов Форумов КГН

Сотрудники проекта принимали участие в различных обучающих мероприятиях, включая семинары по социально-правовым вопросам, онлайн-встречи для обмена опытом и обновления информации, тренинги по вопросам химсекса и работы с ЛПН, а также обучение для уличных юристов и врачей-наркологов по новым видам психоактивных веществ и методам работы, таким как веб-аутрич и онлайн-работа. Однако некоторые участники отмечают чрезмерное количество обучающих мероприятий.

Представители Форумов ЛУИН и РСП отметили недостаток обучения для Форумов в проекте, в то время как количество мероприятий для сотрудников Консорциумов часто было избыточным. Представители Форумов СР и ЛПН принимали участие в тренингах, в том числе в обучении для уличных юристов. Им поступали приглашения на обучение, у членов Форумов была возможность писать заявки. Помимо этого, члены Форума ЛПН сами активно участвовали в обучении в качестве тренеров и спикеров:

«Мы проводили вебинары обучающие, в прошлом году мы даже более 10 вебинаров посвятили именно по, рассказывая о потребностях, о нуждах, об особенностях работы с транс-людьми. Мы, у нас были технические визиты, ... чтобы мы приехали и помогли наладить работу с компонентом ЛПН. ...Самых сотрудников обучали. Мы проводили вебинар для представителей Координационного комитета по корректной лексике и терминологии в отношении транс-людей. Приглашали на свои очные встречи, также Форум ЛЖВ, Форум ЛУН, кажется, РСП, и СР даже. Другие Форумы тоже приглашали представителей ЛПН-людей на свои очные встречи, поэтому тоже мы отправляли представителя, который также мог рассказать о деятельности нашего Форума и в целом о том, кто такие ЛПН-люди и как с ними работать» (член Форума)

Обучение в проекте оказало значительное влияние на профессиональное развитие сотрудников НКО и консолидацию работников различных регионов. Оно способствовало повышению кадрового потенциала организаций за счет обмена опытом, налаживания контактов, снижения стигмы между ключевыми группами, обучения новых сотрудников и профилактики выгорания. Обучающие мероприятия способствовали не только получению новых знаний, но и созданию сети контактов между участниками. Это позволило укреплять взаимодействие между организациями и ИГ Консорциумов и Форумов и расширять их возможности.

«Это все равно являлось возможностью съезда активистов, сотрудников разных Консорциумов, Форумов на вот эту общую даже там условную тусовку, в которой люди могли друг на друга посмотреть, друг с другом как-то повзаимодействовать, познакомиться, обменяться контактами. ...С точки зрения эффективной работы, перенаправления и возможности предоставления более широкого списка услуг, вот это вот знакомство, которое происходило на всех съездах, обучениях и так далее – это было крайне полезно» (СК Москва)

«Большая задача, которую и я перед собой ставила во всех этих обучениях, и вообще в рамках моей работы, это снижение уровня стигмы ключевых групп друг к другу, потому что все-таки сейчас она ниже стала, но в начале проекта прямо очень высокая. Там и ЛУИНЫ по отношению к РСР, и РСР по отношению к ЛУИНам. ...текучка, у нас появляются какие-то новые сотрудники, которые, например, вообще впервые пришли в эту сферу» (СК Санкт-Петербург)

Обучение в проекте оценивается членами Форумов положительно как с точки зрения обучения и развития, так и с точки зрения поддержки и сетевого взаимодействия. Положительные аспекты обучения:

1. Поддержка в организационных вопросах, таких как регистрация организаций и налоговый учет. Это особенно важно для новых активистов и организаций.
2. Участие в мероприятиях проекта дает участникам возможность приобретать новые знания и навыки. Информанты отмечали значительный рост Форумов в своей профессиональной деятельности, включая улучшение навыков составления обращений, документов, составлении отчетных документов, определение направлений работы и способности влиять на процессы в сфере здравоохранения, также отмечается эффективность обучения для уличных юристов на базе Форумов.

3. Сетевое взаимодействие участников со всей страны и создает возможность для обмена опытом и лучших практик между регионами.

«Я могу сказать, что это действительно, вот я сейчас пришла как бы нулевой, стремящейся к нулю в этой сфере, а сейчас я очень многими какими-то знаниями, опытом обладаю, что имею уже возможность сама передавать (...) А проект «КАСКАД» именно даёт нам возможность встречаться вот таким составом в таком формате. Самостоятельно сделать, вот если не будет, допустим, этого проекта, самостоятельно, я не знаю, в рамках чего и когда мы сможем встретиться» (член Форума)

4.2. Потребности в обучении

Сотрудники Консорциума Санкт-Петербурга выделили несколько областей, в которых требуется дополнительное обучение сотрудникам в регионах:

1. Низкопороговый подход в работе с наркопотребителями (семинары и тренинги), так как не все новые сотрудники осознают его философию.
2. Обучение в области психического здоровья является необходимым, особенно с учетом изменяющейся наркосцены и воздействия новых наркотиков на психику и поведение людей в сфере здоровья.
3. Семинары по менеджменту в организации и финансовой отчетности актуальны как для сотрудников организаций, так и для членов Форумов КГН. С предоставлением отчетности возникали сложности из-за недостатка навыков и быстрых изменений в законодательстве, увеличением объема отчетности в государственные органы. Небольшим организациям сложно следить за этим, потому что зачастую один и тот же человек ведет бухгалтерский и кадровый учет, готовит содержательные отчеты.
4. Обучение в области индексного тестирования.
5. Углубленные тренинги по теме ВИЧ-инфекции для как новых, так и опытных сотрудников, включая базовую информацию о ВИЧ-инфекции и ее особенностях, дотестовое и послетестовое консультирование по ВИЧ-инфекции.
6. Обучение взаимодействию с сотрудниками государственных учреждений, чтобы лучше организовать работу по сопровождению и обеспечить эффективное взаимодействие с клиентами, включая общение с людьми, употребляющими наркотики, и проведение консультаций.
7. Написание и формулирование постов в социальных сетях, привлечение клиентов с помощью социальных сетей.

8. Более углубленное обучение в сфере социальной работы, изучение основ, инструментов, методик, возможностей адаптации к работе с КГН.

Сотрудники Консорциума Москвы отметили нехватку обучения по следующим темам:

1. Профилактика профессионального выгорания
2. Обучение административного звена, включая финансовых менеджеров, координаторов и руководителей, по управленческим процессам и стратегиям.
3. Обучение по написанию отчетов, особенно в контексте социального сопровождения, чтобы улучшить качество документации.
4. Освоение новых методов привлечения и работы с клиентами: информирование и сопровождение при внедрении их в работу

«Сейчас огромный рынок новых профессий, про которые мы вообще ничего не знаем, которые уже позволяют какими-то другими методами работать и выходить на клиентов»

Другие важные темы для обучения включают серосортинг, индексное тестирование, правовое взаимодействие и информационную защиту.

«Все равно люди не всегда понимают, что они делают, для чего они это делают. Степень выгораемости, она растет, она выше становится. ... если бы проект как-то начал бы внедрять какие-то инновационные методики, техники, возможности образовательные, это было бы еще круче» (СК Москва)

Представители Форумов КГН отметили следующие потребности в обучении:

1. Навыки написания грантовых заявок
2. Организация школ пациентов, развитие равного консультирования
3. Юридические аспекты помощи ЛЖВ
4. Работа с потребителями новых веществ
5. Обучение равному консультированию
6. В целом повысить доступность различных обучающих мероприятий, учитывая появление в Форумах новых членов и отсутствие другого доступного обучения

«В Форуме очень много новых участников. А в стране, к сожалению, сейчас нет никаких обучений. А когда в нашей стране работали международные организации, различные фонды и другие, то проводилось много обучений ... И единственная возможность

для людей обучаться – это вот в рамках каких-то проектов. Поэтому для новых участников (...) актуально любое обучение» (член Форума)

7. Обучение работе со стандартными программами для подготовки заявок и отчетности (Excel, Word, PDF)

8. Ведение проектной документации (написание заявок, содержательных и финансовых отчетов), проектный менеджмент, финансовый менеджмент

«И я говорила, и буду говорить о том, что мы представители ключевых групп. Не все из нас заканчивали институты. Кто-то из нас даже школу не закончил. И люди хотят расти, хотят учиться, хотят что-то делать. Но, если нам говорить, что, если вы идете в какую-то организацию работать, вы должны иметь какую-то квалификацию. Извините, но эту квалификацию я могу приобрести, только работая в Форуме» (член Форума)

4.2.Обмен опытом между Консорциумами

Опыт других Консорциумов оказался полезным для различных аспектов работы. Например, в московском Консорциуме была применена система выездов после стажировки в Санкт-Петербурге. Опыт московского Консорциума в работе с РСП был ценным для сотрудников из Санкт-Петербурга, их опыт внедрения индексного тестирования был интересен для сотрудников из Санкт-Петербурга и Челябинска. Сотрудники челябинского Консорциума отметили, что постоянно опираются на опыт Санкт-Петербурга.

«Консорциум Москвы, по работе с РСП их опыт нам был очень полезен. ... У нас была идея тоже у нас внедрять индексное тестирование, попробовать работать с партнёрами РСП» (СК Санкт-Петербург).

4.3.Опыт участия в программе малых грантов

По словам сотрудников Консорциумов, программа предоставляет возможность реализовать небольшие, но важные активности для организаций. Это позволяет им не только расширить свои возможности, но и поделиться своим опытом с другими. Несмотря на небольшой бюджет, проекты, реализуемые в рамках ПМГ, оказываются успешными. Некоторые организации получают гранты уже не первый год, развивая свою деятельность и становясь экспертами в своих областях.

«В целом можно сказать, что это успешные проекты. Некоторые из них уже второй год получают от нас гранты, то есть, они развивают своё дело. Некоторые из них уже стали спикерами на наших обученных и вебинарах. Потому что хорошо продвинулись, и

им уже есть, чем поделиться. Где-то у нас был опыт регистрации НКО после получения такого гранта» (СК Санкт-Петербург)

Сотрудники Консорциумов отмечали, что участие в программе малых грантов является возможностью опробовать новые методики и технологии в своей работе. Программа малых грантов также способствует консолидации сообщества, позволяя объединить усилия для решения общих задач и проблем.

«В этом году мы вот сейчас завершаем малый грант по доконтактной профилактике.... Для нас это малый грант, наверное, была как возможность попробовать внедрить методику индексного тестирования, как такую апробацию сделать, пилотный проект» (СК Москва)

Двое информантов из числа членов Форумов имели опыт участия в проектах, поддержанных ПМГ – представители Форумов СР (школа менторства) и ЛЖВ (развитие работы с УФСИН по информированию о потребностях ЛУИН). Они оценивали этот опыт как успешный.

В качестве недостатков ПМГ информанты из числа представителей Консорциумов и Форумов отмечали недостаточный размер грантов. Они отмечают необходимость большего финансирования, чтобы более полноценно реализовать свои инициативы.

Другой трудностью, по мнению члена Форума, в получении малых грантов сообществами является то, что предпочтение в основном отдается некоммерческим организациям. Это организации, которые уже имеют опыт работы с документацией и подготовкой проектных заявок. Из-за этого Форумам и инициативным группам очень сложно конкурировать с ними, в связи с этим предложение по сокращению этого барьера заключается в выделении квоты для Форумов и ИГ.

Эффективность работы по укреплению организаций на базе сообществ

На основании оценок сотрудников Консорциумов, проект «КАСКАД» существенно влияет на развитие и укрепление организаций на базе сообществ. В результате его реализации появились новые НКО, которые активно участвуют в местных конкурсах и получают государственное финансирование. Это свидетельствует о повышении устойчивости и самостоятельности этих организаций. За период реализации проекта в Челябинской области были зарегистрированы 2 ВИЧ-сервисные НКО при содействии Консорциума. В Москве также были открыты новые организации с помощью обучения, которое было реализовано НКО Консорциума.

«За время реализации проекта при нашем участии открылось 2 НКО – СПИД сервисные. Одна в Магнитогорске, и она уже на сегодняшний день при нашей поддержке выиграла 2 гранта – президентский и губернаторский. Им сейчас дали помещение своё для низкопорогового пункта» (СК Челябинск)

Сотрудники консорциумов в Петербурге отмечают значительный профессиональный рост и укрепление Форумов КГН. При этом кадровый потенциал Форумов на данный момент оценивается как недостаточный, особенно с учетом административного состава, включая координаторов, которые не обладают достаточными навыками социального проектирования, отчетности, мониторинга и оценки. В связи с этим возникает значительное количество задач, которые по-прежнему решаются в «ручном режиме». Также существует проблема текучки кадров: состав меняется, участники уезжают, что требует постоянного обучения и адаптации. Форумы, как самостоятельные объединения, подчиняются собственным внутренним процедурам, политике и традициям, их изначальная цель – защита прав и адвокация. В нынешних реалиях эта деятельность противоречит и даже представляет угрозу для основных целей проекта «КАСКАД», что требует длительных переговоров и поиска компромиссов.

5. Оценка эффективности социального партнерства

Изменения в работе государственных организаций

Сотрудники Консорциума Санкт-Петербурга отметили положительные изменения в работе государственных организаций: рост осведомленности о ключевых группах населения за счет обучения и взаимодействия с социальными работниками НКО, а также улучшение репутации НКО среди государственных организаций.

С точки зрения сотрудников Консорциума Москвы, в регионе ужесточились требования к документам для госпитализации клиентов, особенно это касается наркологии. Возможности получения услуг по реабилитации без регистрации в городе крайне ограничены.

Информанты из всех трех регионов отмечали, что на уровне Центров СПИД негативных изменений за время реализации проекта не произошло, помощь остается по-прежнему доступной для пациентов. В частности, в Челябинске отмечается качественное амбулаторное отделение, где можно получить обследование различных специалистов. В Санкт-Петербурге сотрудник отмечает, что Центр СПИД ввел удобный график посещения пациентов раз в 3 месяца, а не ежемесячно. В Москве сотрудники отмечают толерантное отношение и отсутствие стигмы в отношении ключевых групп населения, даже несмотря на

все законодательные новации последнего времени. Негативным изменением в отношении доступности услуг в области лечения стало изменение месторасположения областного Центра СПИД. В целом, можно отметить стабильность работы на уровне Центров СПИД в трех регионах, несмотря на законодательные изменения за последний год.

Развитие социального партнерства Консорциумов и Форумов КГН с органами власти и государственными организациями

Во всех регионах большинство организаций Консорциумов продолжают получать государственные гранты и субсидии. Проект «КАСКАД» для них представляет дополнительную финансовую возможность продемонстрировать, что работа продолжается и достигаются результаты, что является необходимым условием для получения дальнейшего государственного финансирования.

В региональном контексте существует специфика этого взаимодействия; например, в Санкт-Петербурге существуют формальные отношения между СПб БФ «Гуманитарное действие» и Комитетами по социальной политике и здравоохранению, не подверженные влиянию в случае изменений в руководстве. При этом сотрудники во всех регионах отмечают, что социальное партнерство между НКО и государственными организациями строится на неформальном уровне – на личных контактах с врачами и неформальных «зеленых коридорах». При этом в каждом регионе проекта есть свои особенности.

В Москве проект «КАСКАД» оказал существенное влияние на доступность медицинских услуг, обеспечивая клиентам доступ к учреждениям, к специалистам которых ранее было трудно попасть, благодаря сотрудничеству Консорциумов: у каждой НКО, которая входит в Консорциум, были свои партнерские отношения с государственными медицинскими организациями. Благодаря созданию Консорциума и налаживанию сотрудничества у каждого члена расширились возможности для перенаправления клиентов.

Однако использование неформальных «зеленых коридоров» и личных контактов вызывает сомнения в долгосрочной эффективности и системности данного партнерства. Сейчас взаимодействие с государственными учреждениями затруднено, поскольку нет официального одобрения проекта «КАСКАД», руководство учреждений не готово к открытому сотрудничеству из-за иностранного финансирования проекта. Это является основным барьером для развития социального партнерства с органами власти и государственными медицинскими организациями.

«Мы, по сути, сейчас общаемся с тем же СПИД-Центром на добром слове как бы. И, если что-то пойдет не так, ... если им что-то не понравится, они в теории могут просто пнуть, сказать: «Нет, все». (СК Москва)

В Санкт-Петербурге сотрудничество с государственными организациями уже имело свои основания до начала проекта, благодаря качественным отношениям с людьми, принимающими решения, социальными службами и медицинскими учреждениями. Проект лишь подчеркнул качество работы специалистов, что стало причиной для учреждений все чаще обращаться за помощью. Создание «зеленых коридоров» для социальных работников и клиентов является важным аспектом сотрудничества.

«Очень нужны медицинские учреждения в качестве партнёров. И здесь, к сожалению, стоит отметить, что нет институционального такого взаимодействия, как НКО и медучреждения. И вот у нас, конечно, это всё на личных отношениях пока. Но я надеюсь, так как в государственной стратегии есть такой индикатор для государственных учреждений – взаимодействие с НКО, что в какой-то момент это всё-таки заработает именно как полноценное взаимодействие с ресурсами от медучреждений, которые могли бы помочь НКО работать» (СК Санкт-Петербург)

В Челябинске сотрудничество с государственными организациями стало более официальным и укрепилось благодаря подписанию соглашений, например, с ГУ ФСИН и другими локальными госорганами, такими как Министерство социальных отношений и Министерство здравоохранения. Отношения с главврачами и начмедами улучшились, и теперь они проявляют интерес к сотрудничеству, даже обращаясь самостоятельно при работе с КГН. Создание "зеленых коридоров" и открытость администрации Центра СПИД в сотрудничестве стали ключевыми факторами ускорения процессов и улучшения обмена информацией. Кроме того, сотрудники консорциумов приглашаются на различные мероприятия и конференции, что свидетельствует о признании их экспертности.

«У главных врачей, у начмедов приходит осознание того, что этой проблемой надо заниматься и то, что нужно вовлекать некоммерческие организации, пациентские сообщества. Раньше ... наоборот, что мы звонили, навязывались отчасти, «Давайте», уговаривали. В этот раз они сами звонят» (СК Челябинск).

Взаимодействие Форумов КГН с государственными органами крайне затруднено. Форум ЛЖВ осуществляет мониторинг и оценку ситуации, затем направляют запросы в Министерство здравоохранения. Большинство регионов реагируют на эти запросы быстро и предоставляют качественные ответы. Однако есть проблема с частью регионов (примерно 20%), где отсутствует взаимодействие и государственные организации не отвечают на

запрос. Даже при активных попытках взаимодействия с государственными органами, результаты этого взаимодействия часто оказываются зависимыми от индивидуальных усилий и мотивации конкретных сотрудников.

Представители Форумов СР и РСР отметили ограниченное сотрудничество с государственными организациями. Отсутствие ЛПН в Национальной стратегии профилактики ВИЧ в России приводит к недостаточному участию и поддержке этой ключевой группы в системе здравоохранения. В течение первого года проекта Форум проводил мониторинг работы с представителями ключевой группы в государственных организациях: отправлялись запросы, проводился анализ информации. На следующих этапах проекта эта работа не представлялась возможной.

Помощь в развитии партнерства с государственными организациями со стороны основного реципиента заключалась в консультативной поддержке, в том числе в вопросах оформления документов, а также в проведении встреч с руководством медицинских организаций, позиционирование проекта. Для улучшения социального партнерства сотрудники Консорциумов предложили следующие меры:

1. Трансляция поддержки НКО на региональном уровне федеральными экспертами, такими как А.И. Мазус или В.В. Покровский, чтобы местные чиновники были более мотивированы к сотрудничеству.

2. Разработка методологии взаимодействия с государственными учреждениями, включая определение целей, задач и мероприятий, которые помогли бы повысить эффективность коммуникации и сотрудничества.

3. Организация совместных мероприятий, таких как круглые столы, семинары и планерки, чтобы создать единую коммуникационную площадку и повысить понимание работы НКО государственными учреждениями.

4. Организация региональной конференции по проблематике ВИЧ с участием НКО, активистов из числа КГН, представителей государственных организаций, фармацевтических компаний.

5. Участие официальных лиц, таких как А.И. Мазус, в открытом обсуждении и поддержке проекта «КАСКАД», что может повысить его видимость и признание со стороны государственных структур.

6. Сотрудничество Консорциумов и Форумов КГН

На основании анализа интервью можно выделить следующие направления сотрудничества Консорциумов и Форумов КГН:

1. Привлечение новых клиентов и развитие работы с КГН. Форумы оказывали помощь в налаживании контактов с клиентами. Особенно актуальна такая помощь была, если организации Консорциума только начинали работу с определенной группой (чаще – ЛПН): представители Форумов могли распространять информацию об услугах проекта среди КГН, давать Консорциумам доступ к группе, информировали специалистов Консорциумов об актуальных потребностях КГН. Так, с помощью Форума ЛПН была налажена работа с ключевой группой в Челябинске и Ростове-на-Дону, удалось определить «точки входа» и изучить потребности группы.

«То есть мы до конца не понимали, где точки входа расставлять, чтобы представители группы входили в проект. Какая специфика. Но вот взаимодействие с Форумом ЛПН и консультирование постоянное помогли разобраться в этом вопросе, и постепенно подстроиться под их реальные потребности» (СК Челябинск)

В Москве члены Форума ЛУН оказывали помощь в налаживании работы с ЛУИН после изменения состава Консорциума – когда новая организация и ИГ взяли на себя задачу работы с ЛУН. Форум СР оказывал помощь Консорциуму Санкт-Петербурга при налаживании работы с СР:

«Форум ЛУИН приезжал в Москву. Сейчас там у нас изменился состав Консорциума. (...) Форум ЛУИН приезжал туда и помогал продумывать точки входа для клиентов, потому что новая команда наполовину. И нужно было найти новые локации.» (СК Санкт-Петербург)

В условиях дополнительных сложностей при поиске новых клиентов и работе с группами РСП и ЛПН, группы становятся более закрытыми, у Форумов сохраняется контакт с представителями этих КГН – привлекая клиентов, они помогают выполнять индикаторы сервисного плана.

2. Трансляция актуальной информации об особенностях КГН, работы с ними для специалистов Консорциумов: реализация Форумами как сообществами представителей КГН просветительской, информационной функции. В проекте были организованы вебинары для информирования об актуальных вопросах при работе с ЛПН.

«Наиболее активная часть Форумов, они являются сами либо активными представителями той группы, которую они представляют, либо в прошлом были (...) И основная их функция – это просветительская. (...) Форум ЛПН стал таким источником

вот этой самой информации, где можно у ЛПН, можно задать глупые вопросы, которые других обижают» (СК Санкт-Петербург)

В свою очередь, Форум ЛПН обращался к Консорциумам для получения актуальной информации о клиентах проекта, их характеристиках и сервисах, которыми они пользовались.

3. Взаимодействие при сопровождении клиентов. Консорциумы привлекали специалистов из Форумов для работы с клиентами. Например, Консорциум Челябинска приглашал специалистов в области ментального здоровья из Форума ЛПН, у других Консорциумов была практика привлечения уличных юристов и экспертов из Форума ЛЖВ для помощи в сопровождении клиентов в ходе судебных дел, сотрудничества в правовом сопровождении клиентов. Благодаря сотрудничеству с Форумами сотрудники могли перенаправлять клиентов в организации, представители которых являются членами Форумов (если клиент находится вне региона реализации проекта), для оказания экстренной помощи, которая не входит в рамки проекта «КАСКАД».

«В случае запросов их конечно беру, перенаправляю, собственно. Кстати, вот Форумы в этом плане очень помогают, потому что они не в зависимости от Консорциумов работают, и там есть представители как Консорциумов, так и вообще каких-то отдельных активистов. И вот периодически прилетают какие-то кейсы и запросы на помощь, в том числе, на сопровождение именно оттуда. И это тоже очень хороший инструмент для взаимодействия» (СК Москва)

4. Сотрудничество в рамках адвокационной работы: направление писем, обращений от имени Форумов в государственные организации здравоохранения, например, для получения статистических данных.

5. Поддержание оперативной связи в рабочем процессе и обмен опытом: членство сотрудников Консорциумов в Форумам, подписка на рассылку, общение в общих чатах, в которых есть возможность задать вопрос, касающийся работы, в особенности – правового сопровождения клиентов; общение в рамках общих очных и онлайн встречах, мониторинговых визитов, приглашение на мероприятия, обучение, распространение информации, разработанных продуктов, материалов, консультирование по рабочим вопросам.

«Я не вникаю чаще всего в какие-то их внутренние дела. Для меня важнее быть там, чтобы быть контактным лицом от Консорциума, с кем можно оперативно связаться в случае какой-то необходимости» (СК Москва)

6. Внесение Форумами предложений относительно реализации проекта, которые рассматриваются основным реципиентом. Привлечение членов Форумов к обучающим мероприятиям: в качестве ведущих и для получения комментариев к программам обучения.

7. Помощь со стороны сотрудников Консорциумов в проведении исследований Форумов КГН на этапе сбора данных.

Сотрудники Консорциумов давали разные оценки эффективности сотрудничества с Форумами КГН: Консорциумы Москвы и Челябинска взаимодействовали с ними по отдельным рабочим задачам (перенаправление клиентов, обмен продуктами, информацией). Информанты Консорциума Санкт-Петербурга чаще оценивали сотрудничества как эффективное. Информанты от всех Консорциумов отмечали налаживание взаимодействия с Форумами по сравнению с началом проекта.

«Никто не понимал, что происходит, у кого, какие функции, зачем вообще, что происходит. Сейчас более-менее понятно» (СК Москва)

«Я считаю, очень эффективно. В тех условиях, в которых мы начали работать, и в тех условиях, в той, в том виде, в каком были мы, в каком есть мы, с теми рамками, которыми мы ограничены, и, учитывая особенности каждого Форума по отдельности, наше сотрудничество крайне эффективное» (СК Санкт-Петербург)

Информанты выделяли следующие трудности в сотрудничестве Консорциумов и Форумов:

1. Сотрудники Консорциумов сообщали о недостаточной информированности о работе Форумов КГН, их целях и роли в проекте; члены Форумов, в свою очередь, также не всегда знали о работе, которую выполняют Консорциумы. Аналогичный недостаток информации отмечался также на предыдущих этапах оценки проекта. Сотрудничество осуществлялось по отдельным вопросам (не на систематической основе) или с конкретными специалистами, при этом не хватало комплексного понимания содержания работы и возможностей сотрудничества как менеджерами, так и полевыми сотрудниками.

«Я затрудняюсь ответить на этот вопрос, потому что я пока не понимаю точки взаимодействия Консорциумов и Форумов. (...) у одних и у вторых совершенно разные цели и задачи. И как это все соединить? Очень сложно» (СК Москва)

«...у нас сотрудники Консорциумов о своей деятельности, допустим, даже состоящие в нашем Форуме, они в принципе не описывают, что они там делают, как там происходит (...) Простому обывателю информация недоступна» (член Форума)

2. Отсутствие инициативы к сотрудничеству со стороны Консорциумов, наличие у Форумов индикаторов, связанных с взаимодействием с Консорциумами, и отсутствие таких индикаторов у последних. Эту сложность отмечали информанты из числа сотрудников НКО и ИГ и членов Форумов.

«Сложность, на мой взгляд, в том, что у Форумов есть какие-то индикаторы по взаимодействию. У консорциумов этих индикаторов нет, и получается, что Форумы как бы навязывают какие-то свои услуги. Получается, что они недовольны, что консорциумы с ними не взаимодействуют (...) В основном, по потребности. То есть если им надо, они к нам обращаются. Нам надо – мы к ним обращаемся. Какого-то прямо такого постоянно взаимодействия, наверное, нет» (СК Челябинск)

Представители Консорциумов сформулировали несколько возможных мер для повышения эффективности сотрудничества НКО и ИГ с Форумами:

1. Информировать о работе Консорциумов и Форумов: информационные рассылки, организация общих встреч Консорциумов и Форумов, на которых они представят цели и задачи своей работы, стратегии работы. Запрос на проведение таких встреч наиболее актуален для Консорциумов Москвы и Челябинска. Представители Консорциума Санкт-Петербурга отмечали улучшение взаимодействия с Форумами благодаря проведению подобных встреч, на которых обсуждались возможности взаимодействия, согласование и координация совместной работы.

2. Предусматривать к каждому направлению в рабочем плане Форумов индикаторы и конкретные мероприятия, в том числе в части взаимодействия с Консорциумами.

3. Для улучшения работы самих Форумов, по оценкам информантов, необходима работа отдельного бухгалтера в каждом Форуме и отдельного сотрудника, который осуществляет финансовый менеджмент работы Форумов. Также члены Форумов отмечали выделение одинакового финансирования Форумов вне зависимости от количества участников, в результате некоторые Форумы могли участвовать в очных встречах в полном составе, в то время как другие были вынуждены делать выбор.

7. Оценка исследований

Исследования, проведенные согласно рабочему плану СПб БФ «Гуманитарное действие»

Сотрудники Консорциума Санкт-Петербурга считают все проведенные исследования необходимыми, но отмечают трудности в их практическом применении. Консорциумы в регионах проекта не очень хорошо информированы о результатах исследований. Результаты доступны на сайте и распространяются через рассылки, уровень информированности сотрудников о результатах остается низким. Результаты интервью с сотрудниками Консорциумов в Челябинске и Москве подтверждают это: информанты они сообщили, что не знают о проведенных исследованиях либо не читали их, ссылаясь на отсутствие времени или мнение о том, что это не относится к ним. В целом, интервью указывают на недостаточное понимание того, как результаты исследований могут быть использованы в практической работе.

Все представители Форумов отмечают, что редко или вообще не получают исследовательские отчеты, и не знакомы с ними.

«Я знаю, что в координационном комитете делали презентацию отчетов, но, честно говоря, я тоже не очень знакома с этими исследованиями» (член Форума)

Оценка исследований, проведенных Форумами КГН

С точки зрения сотрудников Консорциумов, исследования, проводимые силами Форумов, были важны в первую очередь для самих Форумов, поскольку они хотели проверить свои гипотезы и получить интересующую их информацию. Для обеспечения методического уровня исследований они вовлекали профессиональных социологов. Однако практическое применение этих результатов было затруднено. По мнению одного из сотрудников, интерес к исследованиям значительно снизился из-за того, что перспектива их практического применения оказалась достаточно слабой. Это во многом связано с позиционированием исполнителей и инициаторов исследования: по оценкам информантов, члены Форумов не обладают достаточной экспертностью, чтобы результаты их исследований можно было демонстрировать и использовать в качестве обоснования в профессиональной среде, в первую очередь среди людей, принимающих решения, и специалистов государственной системы.

Кроме того, методологический уровень исследований недостаточен. Форумам требуется больше знаний и опыта для того, чтобы разрабатывать дизайн и реализовывать исследования:

«С научной точки зрения, мне кажется, они не очень состоятельны, если честно. ... Я бы обучала тому, как это делать вообще. И важно, чтобы как не всех, а, наверное, каких-то наиболее активных членов Форумов и с привлечение обязательным стороннего специалиста, который проводит исследования» (СК Санкт-Петербург)

По оценкам информантов, исследования, которые проводят Форумы, недостаточно ориентированы на практику. В большей степени они обсуждают актуальную проблематику прав КГН, но редко содержат практические кейсы, демонстрирующие пути решения этих проблем. Таким образом, их практическая значимость остается низкой.

Сотрудники из Челябинска и Москвы также отметили, что либо не знакомы с исследованиями Форумов, либо знают об их существовании, не проявляли интереса к их содержанию.

Представитель Форума ЛУИН поделился двумя значимыми исследованиями, которые были проведены с участием Форума. Первое исследование сосредоточилось на эффективности лечения туберкулеза у ЛУИН в условиях туберкулезных стационаров, диспансеров и больниц. Исследование включало опрос участников Форума и запросы в Министерства здравоохранения регионов, что позволило получить разнообразную характеристику ситуации. В ходе исследования было выявлено, что ЛУИН сталкиваются с проблемой отсутствия наркологической помощи во время лечения туберкулеза, что может приводить к прерыванию лечения и последующему распространению болезни. Многие из них досрочно выписываются за нарушение режима. Исследование также выявило, что ЛУИН избегают обращения за помощью из-за опасений быть задержанными полицией. На основе результатов исследования высказывается необходимость в разработке единой нормативно-правовой базы на федеральном уровне для оказания наркологической помощи в туберкулезных стационарах, а также внедрении стандартов лечения и услуг по всей стране для обеспечения единых подходов и улучшения доступа к помощи.

Второе исследование проводилось в сентябре 2023 года в связи с введением новых правовых актов в области наркологии. Были изменены критерии постановки на наркологический учет, усложнены процедуры получения бесплатной реабилитации, и вступил в силу закон о лицензировании частных реабилитационных центров. Исследование включало опрос лиц, употребляющих наркотики, о доступности наркологической помощи и реабилитации, а также запросы в региональные органы здравоохранения и социального

обслуживания относительно стандартов и доступности услуг. Результаты показали разнообразие ситуации в регионах и нехватку реабилитационных возможностей для наркозависимых, что подчеркивает необходимость работы на федеральном уровне над улучшением ситуации.

Таким образом, представитель Форума ЛУИН высоко оценил актуальность и результаты проведенные исследования, однако выразил сомнения в возможности применения этих результаты на практике.

Представитель Форума РСП полагает, что исследования, проводимые Форумами актуальны и важны, но есть трудности в доведении до готовности и публикацией, что вызвано плохой организацией исследовательского процесса и научного менеджмента со стороны Консорциума. Представители форумов СР и ЛПН затруднились дать оценку исследованиям, поскольку в них не участвовали.

8. Оценка системы управления проектом

Организация работы и взаимодействие с основным реципиентом

Информанты-представители Консорциумов Москвы, Санкт-Петербурга и Челябинска в качестве позитивных аспектов организации работы выделяли быстрое реагирование представителей основного реципиента на вопросы, готовность к обсуждениям, консультированию, обработку всех запросов от Консорциума. Представители Консорциумов Москвы и Челябинска сталкивались с задержками с получением ответов на некоторые запросы/рассмотрением предложений.

«Вообще, очень, конечно, классно, потому что всегда на связи, они всегда готовы ответить на вопросы, всегда готовы создать Zoot, обсудить что-то» (СК Москва)

Основные недостатки в системе управления и организации работы, которые отметили сотрудники Консорциумов:

1. негибкий бюджет проекта и не соответствующее потребностям в работе распределение средств по некоторым статьям расходов: например, завышенный бюджет на канцелярские товары, при отсутствии возможности перераспределения средств на другие статьи;

2. изменения в финансовой отчетности, которые необходимо было вносить в короткие сроки и адаптировать отчеты, подготовленные по ранее предоставленным формам;

3. задержка с организацией работы, налаживанием всех административных процессов, в том числе назначением координатора проекта и МиО, отсутствие должности руководителя московского Консорциума;

4. задержки финансирования, выход одной из организаций из состава московского Консорциума повлек ряд административных сложностей, в результате которых были перебои с финансированием для организаций Консорциума, включая задержки в выплате заработной платы;

5. изменения в содержательной части работы для полевых сотрудников, требованиях, с начала проекта не было очевидно, что входит в круг задач;

6. длительный срок согласования изменений в работе, бюджете как со стороны основного реципиента, так и донора. По оценкам информантов, большинство предложений, запросов отправлялось на доработку; сотрудники московского и челябинского Консорциумов отмечали, что часто решали возникающие проблемы с помощью собственных ресурсов или делали работу согласно плану, не инициируя необходимые изменения, из-за ожидаемых ресурсов и времени, которые пришлось бы затратить на согласование;

7. долгий и чрезмерно бюрократизированный процесс согласования тренингов по профилактике профессионального выгорания;

8. жесткие требования и трудности с предоставлением документов, подтверждающих приверженность лечению, так как не все клиенты были готовы предоставлять персональные данные, забывали отправить рецепт или не получали его от врача;

9. сотрудники московского Консорциума отмечали чрезмерное количество мониторинговых визитов. Повышение уровня их структурированности и ясности целей, более понятный и открытый механизм передачи Консорциуму информации о результатах этих визитов могли положительно повлиять на их эффективность.

Предложения по улучшению системы управления проектом заключались в усилении поддержки для членов Консорциумов в следующих направлениях:

1. Онлайн-консультации, очное консультирование в рамках мониторинговых визитов по вопросам документооборота, первичной финансовой отчетности и управления проектом; планируется оптимизация системы финансовой отчетности для работы в

следующем проекте таким образом, чтобы она была простой и при этом достаточно подробной для предоставления итоговых отчетов донору.

2. Проведение сессий с представителями Консорциумов для разработки стратегии реализации проекта в регионах с учетом региональных особенностей (помимо реализации сервисного компонента).

3. Учет потребностей регионов при планировании проекта, его сервисного компонента и более гибкий подход к финансированию.

4. Информирование менеджеров и полевых сотрудников о требованиях и условиях работы.

«Повысить прозрачность работы, прозрачность проекта, прозрачность требований, которые предоставляются для осуществления, чтобы были четкие какие-то задачи, четкие рамки, полномочия» (СК Москва)

5. Организация установочной встречи с представителями всех Консорциумов в начале проекта.

6. Организация встречи бухгалтеров и финансовых менеджеров проекта.

7. Обеспечение обмена опытом между сотрудниками Консорциумов, организация очных встреч с руководителями и сотрудниками:

«...вот именно увидеть, познакомиться с опытом в широком смысле, понять, как у них что устроено, понять, как у них что работает, какая система (...) не хватило вот этих встреч именно с сотрудниками, с руководителями консорциумов, когда мы могли понять, во-первых, как устроен какой консорциум. А, во-вторых, может быть, чем мы можем друг другу быть полезны, какие у кого есть ресурсы» (СК Москва)

В качестве предложения к составу Консорциумов была предложена идея включения пяти организаций или ИГ, каждая из которых специализируется на работе с одной КГН.

Запрос на дополнительную поддержку со стороны Форума ЛПН заключался в правовом консультировании по вопросам безопасности работы Форума в текущих условиях. В том числе был сформулирован запрос на разработку «матрицы риска» и рассмотрение вариантов поддержки активистов.

Влияние внешних условий на реализацию проекта

На основании анализа интервью со специалистами проекта можно выделить несколько ключевых последствий влияния внешних условий для работы Консорциумов и Форумов КГН:

1. Текучесть кадров в НКО, потеря опытных сотрудников из-за их переезда, сложности с поиском новых сотрудников, особенно тех, которые работают с ЛПН и сами являются представителями ключевой группы, необходимость тратить дополнительные ресурсы на поиск и обучение новых сотрудников.

2. Сложности в работе с ЛПН из-за новых законов «о пропаганде»: из-за криминализации этой группы (и разнообразия в интерпретации этих законов на местах) сотрудники НКО и члены ИГ отмечают большую закрытость этих групп, массовый отъезд представителей группы ЛПН, в том числе активистов, и закрытие организаций на базе сообщества, прекращение мероприятий для группы, через которые раньше могли привлекаться клиенты проекта, сложности с поиском новых клиентов.

«Мы не так открыто можем говорить про работу с определёнными ключевыми группами, а значит, не можем и информировать полноценно наших потенциальных клиентов о проекте. Ну и вынуждены всячески жить сами в себе, чтобы не провоцировать никаких действий ни по отношению к НКО, ни по отношению к нашим клиентам» (СК Санкт-Петербург)

3. Сокращение возможностей работы с РСП: перепрофилирование или закрытие клубов для РСП, рейды правоохранительных органов в клубы, сокращение числа посетителей этих клубов, что способствует еще большей закрытости ключевой группы. Даже в случае продолжения работы клубов, изменение их позиционирования как клубов для РСП, как ожидается специалистами, снизит интерес у ключевой группы, вызовет переход мероприятий в формат частных вечеринок, отказ некоторых НКО от прямых сервисов для этих групп с учетом особенностей группы. Это, в свою очередь, сократит возможности для системных профилактических вмешательств.

НКО и ИГ выбрали разные стратегии адаптации работы с РСП: в Челябинске сотрудники переориентируют представителей группы обращаться в НКО, развивается работа на частных вечеринках, в Москве была прекращена аутрич-работа в клубах и внедрен веб-аутрич. В Санкт-Петербурге работа с новыми клиентами также осуществляется онлайн, рассматривались идеи размещения автобусов рядом с клубами, которые продолжают

работать, и сотрудничества с кожно-венерологическим диспансером. При этом информанты отмечали риски для НКО при сборе данных клиентов онлайн.

«Не безопасно в тех условиях, когда у нас есть закон об экстремистской организации; собирать данные клиентов онлайн – не очень хорошо для обеих сторон» (СК Санкт-Петербург)

4. Сложности для НКО в привлечении финансовых и административных ресурсов для предоставления услуг ЛПН и РСП из-за воспринимаемых рисков, прекращение работы фондов в России и сокращение возможностей получения финансирования международных организаций и фондов и в целом устойчивости НКО, возможностей планирования работы на средне- и долгосрочную перспективу.

5. Сотрудники Консорциума Челябинска выделяли сложности в работе с СР из-за систематических рейдов в салоны, в результате которых они «уходят в затишье», что негативно влияет на системность работы НКО. Вариантом адаптации к этим трудностям стало обращение СР в офис НКО.

6. Дополнительная нагрузка при оформлении отчетных документов и любых информационных материалов, публикуемых организациями, в том числе в социальных сетях, сокращение публикаций по тематике работы в сфере профилактики ВИЧ, ограничения для презентации результатов исследований для широкой аудитории.

«Это всё наложило дополнительную какую-то нагрузку ответственности в оформлении всех, любых документов, любых постов, любых объявлений, информационных материалов. Точно так же это наложило, естественно, тревогу на сотрудников» (СК Челябинск)

7. Повышение тревожности и психологического напряжения сотрудников Консорциумов в текущих условиях (в особенности полевых сотрудников, работающих с РСП и ЛПН), принятие НКО дополнительных мер для обеспечения безопасности: в том числе отказы некоторых организаций от аутрич-работы, оформление удостоверений для сотрудников на случай столкновения с правоохранительными органами.

8. Дополнительные проверки работы НКО со стороны контролирующих органов, в том числе инициирование по обращениям граждан.

Некоторые изменения, также повлиявшие на реализацию проекта, относятся к контексту и возможностям работы:

1. Переезд опытных сотрудников из партнерских государственных организаций и большее опасение сотрудников работать с КГН.

«Мы видим, как и они опасаются, как они боятся, они с нами боятся работать» (СК Москва)

2. Изменение повестки в сфере здравоохранения и снижение приоритетности некоторых вопросов, связанных с профилактикой ВИЧ: например, упоминалось непринятие федерального протокола по ДКП. Некоторые препараты для лечения ВИЧ-инфекции становятся недоступными из-за повышения цен или введения новых санкций.

3. Сокращение возможностей обмена опытом для специалистов и ознакомления с новыми методиками работы из-за ограничения посещений конференций и обучающих мероприятий.

4. Ограничения для инициирования системных изменений в работе государственных организаций. Переговоры НКО или официальные обращения в государственные организации могут расцениваться как политическая деятельность и создавать риски для присвоения статуса иностранного агента.

«...сейчас достаточно скользко там, и любые такие переговоры или какие-то обращения могут закончиться тем, что это будет считаться публичным обращением в органы власти, а это всё же иностранные деньги и опять этот реестр» (СК Санкт-Петербург)

5. В правовом компоненте проекта: сложности с пониманием перечня услуг, которые сотрудники могут оказывать без рисков для своей работы.

В целом информанты отмечали готовность к быстрым изменениям в связи с меняющимся законодательством.

Оценка системы мониторинга и оценки

Индикаторы, которые включены в систему МиО, оцениваются сотрудниками Консорциумов и представителями основного реципиента как логичные и понятные, позволяющие провести анализ работы и сформировать рекомендации. Все показатели работы учтены, при этом система индикаторов не воспринимается как избыточная.

Внедрение этой системы повлияло на развитие навыков сотрудников по ведению отчетности.

Работа с базой REDCap оценивается на высоком уровне большинством информантов: как полевыми сотрудниками, так и менеджерами.

«Что касается программы «REDCap» - внесение данных, выгрузка данных, корректировка данных – всё, в принципе, на хорошем уровне» (СК Челябинск)

Информантами из челябинского Консорциума позитивно воспринимается печать QR-кодов на карточках клиентов (наряду с буквенно-цифровым индивидуальным кодом), который ускоряет работу, позволяет быстро получить информацию о клиенте.

В качестве недостатков и дополнительных потребностей в системе отчетности, мониторинга и оценки, информанты отмечали:

1. Отсутствие персонифицированности в зависимости от специализации сотрудника (таким образом, чтобы он/она могли отмечать услуги из списка, который актуален именно для их работы). Выбор из общего списка услуг со множеством позиций занимает большое количество времени у сотрудников и может вызывать ошибки, когда консультация или раздаточный материал отмечаются случайно.

2. Недостатки в представлении информации, связанные с действиями сотрудников: неполное представление всей информации о работе полевых сотрудников в базе REDCap.

3. Отсутствие возможности использовать планшеты полевыми сотрудниками во время выездов: в таких ситуациях данные фиксируются на бумаге, а затем переносятся в электронную базу. По этой причине данные не всегда появляются в базе оперативно, также возможны ошибки. В качестве недостатка отмечена работа исключительно в планшетах, что неудобно при переносе данных с бумажных форм, которые иногда заполняются во время аутрич-работы.

Помимо работы с базой в рамках сервисного компонента, информанты называли некоторые сложности, которые относятся к системе отчетности, МиО и их реализации в проекте:

1. Недостаточную подготовку сотрудников Консорциумов в области финансовой и иной отчетности по проекту. В течение проекта у основного реципиента возникала необходимость отправлять на доработку и переделывать документы, которые были отправлены Консорциумами.

2. Запрос со стороны представителей московского Консорциума на более глубокий анализ данных, специалиста-социолога, который мог бы самостоятельно анализировать данные, формулировать и проверять гипотезы и делать выводы о результативности интервенций.

«Именно для работы нужен более какой-то глубокий анализ происходящего и оценки наших интервенций, как они влияют вообще на сообщество, как они влияют на ситуацию с ВИЧ в нашем сообществе или в других сообществах» (СК Москва)

3. Квалификация сотрудников, которые занимаются ведением базы REDCap, не всегда достаточна, что приводило к повышенной нагрузке на других сотрудников, эта проблема отмечалась сотрудниками московского Консорциума.

4. Риски деанонимизации клиентов из-за способа формирования клиентского кода, который содержит, в том числе, первые буквы имени и дату рождения. По мнению сотрудников, необходимо сделать ее более безопасной, анонимизированной, сократить вероятность идентификации клиента по его коду, и снизить риск беспокойства самих клиентов о возможности раскрытия их личности:

«Вопрос с кодировками. Как-то пересмотреть положение об уникальных кодах клиента, сделать их более анонимными и более простыми для того, чтобы человек меньше беспокоился о том, что его данные как-то вообще используются, и, чтобы было больше вероятность, что он вообще нам эти данные даст» (СК Москва)

5. Некоторые формулировки вопросов в анкете для дотестового консультирования некорректны или неприменимы для КГН, в частности, для ЛПН. Отмечалась необходимость пересмотреть шкалы в вопросах о частоте употребления наркотиков и вопросы о сексуальных контактах с людьми своего пола или противоположного пола – они могут быть неприменимы для ЛПН. Их целесообразно заменить на вопросы о типах сексуальных контактов – так они будут более универсальными для всех КГН и в большей степени позволят оценить риски инфицирования.

Как и на этапе активной реализации проекта, на завершающем этапе сотрудники называли проблему, которая заключается в том, что клиенты называют разные данные для формирования кода. Например, сотрудники Консорциума Челябинска сталкивались с ситуациями, когда клиенты могли называть новые данные для получения дополнительного профилактического набора. Сотрудники предпринимали различные меры для минимизации возможных дублирований: полевые сотрудники могли идентифицировать постоянных

клиентов, информировали всех клиентов, что профилактический набор можно получить, не проходя тестирование; регулярно взаимодействовали со специалистом по МиО, который исправлял ошибки в базе.

Планы по использованию разработанных практик в МиО после завершения проекта

До начала проекта «КАСКАД» в организациях и ИГ Консорциумов использовались разные базы данных: таблицы Excel, Google Формы. База REDCap позволила унифицировать отчетность по сервисному компоненту проекта:

В настоящее время ИГ и НКО Консорциумов используют REDCap только для проекта «КАСКАД». Со стороны сотрудников московского и челябинского Консорциума есть заинтересованность использования этой системы и для других проектов. Это обусловлено преимуществами REDCap:

1. Универсальностью, возможностью использования для разных проектов и сопоставлять данные из разных проектов.
2. Внесением данных полевыми сотрудниками в электронном виде, что избавляет от необходимости переносить данные в электронную базу отдельным сотрудником.

«Очень хорошую такую роль сыграло, когда нам ввели планшеты, на которых мы сейчас работаем. Потому что, во-первых, стало меньше бумаги, которые нужно заполнять, это всегда приятно. А, во-вторых, очень удобно. То есть человек пришел на кодировочку, вбили сразу все консультации, когда провели с ним, все забили. Я считаю, что это очень улучшает систему учета» (СК Челябинск)

3. Возможностям анализировать данные (о востребованности услуг среди КГН, эффективности вмешательств, получить дезагрегированные данные по полу, возрасту и др. характеристикам и т.д.) и оперативно получать данные об оказанных клиенту услугах (в том числе, получать оповещение, если обратился клиент с выявленной ВИЧ-инфекцией, который еще не получил помощь по сопровождению к лечению) и адаптировать работу с учетом потребностей и уже оказанной помощи. База и система индикаторов дают возможности для использования данных для исследовательской работы и для прикладных целей, эффективность их реализации во многом зависит от навыков работы с данными специалиста по МиО.

«Всё зависит от МИО, и умения работать с цифрами. Вот как к нам сейчас пришёл новый МиО, именно в Консорциум. И она сделала такую чудесную презентацию по итогам 23-го года для соцработников – наглядно, графиками, диаграммами показав, где провал, где перевыполнение, где поднажать, куда посмотреть. ... Но это зависит от человека, который умеет таким образом подать информацию, которая есть в базе данных. И сделать её очевидной для всех» (СК Санкт-Петербург)

4. Другим аспектом, который обуславливает заинтересованность в продолжении работы в REDCap, является адаптация полевых сотрудников и специалистов МиО к этой системе.

Использование базы для других проектов возможно с помощью настройки по выбору проекта: внося данные, сотрудники смогут указать, к какому проекту они относятся, таким образом исключается возможность дублирования данных.

Существует техническая сложность, связанная с большим объемом данных в базе, которые накоплены за 3 года проекта. Из-за этого, по оценке одного из информантов, в регионах проекта возникают задержки в работе базы («подвисания»). На момент сбора данных обсуждалась возможность создания новой базы для работы в следующем проекте с сохранением доступа к ранее собранным данным для их анализа и использования в работе.

Однако сотрудники Консорциумов отмечают неясность и нестабильность ситуации с возможностями работы с базой из-за внешних политических условий и отсутствие возможности долгосрочного планирования. У организаций Консорциумов будет возможность продолжать работать в базе REDCap.

9. Оценка правового компонента и прогресса в решении правовых проблем клиентов

Реализация правового компонента

Основной правовой услугой, оказываемой клиентам, в течение периода реализации проекта являлось восстановление базовых документов: паспорта (в случае его отсутствия или наличия только паспорта СССР), СНИЛС, ИНН, страхового полиса, регистрации, необходимых для получения услуг здравоохранения. Следующую категорию правовых проблем составляют случаи разглашения ВИЧ-статуса, помощь в лечении в случае сочетания заболеваний – ВИЧ и туберкулеза (кейсы среди ЛУИН), представление в суде в качестве правовых защитников, подготовка к суду (часто в интервью упоминались дела, связанные со ст. 228 УК РФ), подготовка характеристик, содействие в лечении

наркотической зависимости, помощь в оформлении инвалидности, помощь в случае отказов в госпитализации, помощь представителям группы ЛПН в получении медицинской помощи в случаях несоответствия гендерной принадлежности паспортным данным. Другие кейсы встречались реже. В случае обращений, которые не относятся к сфере профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, клиентов перенаправляли в профильные организации, которые могли оказать им правовую помощь.

«Самый, то есть топ вообще – это восстановление или вообще создание пакета необходимых документов для того, чтобы получить гарантированные государственные услуги. СНИЛС, ИНН, паспорт, страховой полис» (СК Санкт-Петербург)

Работа уличных юристов на базе Форумов КГН включала более разнообразные по спектру правовых проблем кейсы. По оценке представителей основного реципиента, уличные юристы на базе Форумов чаще работали с кейсами в регионах, в которых они сами проживали и работали. В случае правовой помощи реализация правового компонента на базе Консорциумов и Форумов позволила обеспечить больший охват и непрерывный процесс сопровождения в случае переезда клиента или выявления случая в другом регионе благодаря перенаправлению клиентов от уличных юристов Консорциумов к специалистам Форумов и наоборот.

«Кстати, вот форумы в этом плане очень помогают, потому что они не в зависимости от консорциумов работают, и там есть представители как консорциумов, так и вообще каких-то отдельных активистов. И вот периодически прилетают какие-то кейсы и запросы на помощь, в том числе, на сопровождение именно оттуда. И это тоже очень хороший инструмент для взаимодействия» (СК Москва)

С учетом изменившихся социально-политических условий и появления новых ограничений для работы НКО и Форумов КГН, некоторые виды работ в рамках правового компонента были изменены, в частности, информирование сотрудников правоохранительных органов о потребностях КГН, работа с УФСИН. По оценкам информантов, реализация этого вида работы невозможна из-за иностранного финансирования проекта и отсутствия доступа к сотрудникам правоохранительных органов.

В регионах существуют некоторые отличия в видах оказываемых правовых услуг. Так, сотрудники Консорциума Санкт-Петербурга выступают в судах в качестве общественных защитников. Сотрудники Консорциума Челябинска отказались от практики защиты интересов клиентов в судах и подготовки ходатайств, при этом они оказывают консультационную помощь и поддержку клиентам в процессе следственных действий, а также содействие в получении ЛУИН лечения наркотической зависимости, если они

признают себя зависимыми, при определенных статьях это способствует выбору в пользу условного срока.

Информанты Консорциумов Москвы и Санкт-Петербурга упоминали сотрудничество с профильными организациями и специалистами, к которым они перенаправляют клиентов. Консорциум Санкт-Петербурга имел сеть контактов с адвокатами, которые готовы помогать клиентам бесплатно. При такой работе уличные юристы фактически выполняют роль помощника адвоката и занимаются подготовкой всех документов, отправкой запросов и др.

Внешние условия повлияли на содержание запросов клиентов в области консультирования и правовой помощи: сотрудники московского Консорциума отмечали увеличение числа обращений РСП за помощью по вопросам, связанным с миграцией.

«Во-первых, огромное количество запросов от клиентов не касаются здоровья, а как уехать из России? То есть к нашим консультантам приходят клиенты, они спрашивают, как уехать, помогите нам уехать, даже к нам обращаются как к организации: подпишите нам письма. Скажите, что мы у вас работали, были волонтерами, нам нужны эти письма, чтобы там сформировать кейс, помогите нам уехать. Найдите нам контакты. Найдите нам организацию» (СК Москва).

Некоторые информанты из числа сотрудников Консорциумов и Форумов предполагали в будущем сокращение числа обращений за правовой помощью РСП и ЛПН, так как представители этих групп будут опасаться обращаться за помощью.

Обучение уличных юристов

Обучение уличных юристов проводилось в формате вебинаров и очных семинаров, в рамках которых осуществлялось консультирование и обмен опытом. Уличные юристы и сотрудники Консорциумов, которые взаимодействовали с ними и были включены в координацию работы, в целом высоко оценили обучение. Информанты отмечали, что многие уличные юристы имели большой опыт работы в области социально-правового сопровождения представителей КГН до начала проекта «КАСКАД». В то же время обучение было полезно как для опытных сотрудников, так и для начинающих работу в качестве уличного юриста, так как позволяло обмениваться опытом, в том числе с сотрудниками из других регионов.

«... все базовые, все хорошие информационные материалы, всё было сказано, донесено, обучено» (СК Челябинск)

Со стороны сотрудников Консорциумов Москвы и Челябинска был запрос на дополнительное обучение по подготовке отчетов по результатам работы уличных юристов. Он включал два компонента:

- 1) Обучение подготовке детальных отчетов по проделанной работе в области социально-правового сопровождения клиентов.
- 2) Информирование сотрудников о четких критериях, по которым следовало принимать решение об оказании правовой помощи клиенту. Предполагалось, что решение о релевантности кейса содержанию проекта должно приниматься специалистами самостоятельно, в то же время иногда отчеты уличных юристов не принимались.

«Иногда ребятам вообще сложно сориентироваться, что является кейсом уличного юриста, а что не является кейсом уличного юриста (...) иногда, что хочется прямо какую-то классификацию: вот это кейс уличного юриста, а вот этот кейс не подходит уличному юристу» (СК Москва)

Один из запросов заключался в разработке базовых алгоритмов работы с наиболее типичными кейсами.

Прогресс в решении правовых проблем клиентов

Информанты в качестве основного направления работы уличных юристов, по которому за время реализации проекта достигнут значительный прогресс, называли восстановление документов. До начала реализации проекта сопровождение клиента, у которого не было документов, считалось сложным случаем. На завершающем этапе проекта эти кейсы оценивались как простые, так как сотрудники обучились порядку работы с ними.

«Легко решаются те, которые ну вот действительно связаны с документами, списанием просто каких-то заявлений – утерян паспорт, надо в ряд инстанций написать, его восстановят»» (СК Санкт-Петербург)

С апреля 2023 г. кейсы по восстановлению документов не включаются в отчетные данные по проекту как наиболее рутинные. В процедуре и порядке восстановления документов существуют региональные различия, на этот процесс влияет профессиональный уровень специалистов, поэтому невозможно сделать вывод об усложнении, или, наоборот, упрощении этого процесса.

В следующем проекте планируется, что сопровождение клиентов, при котором требуется восстановление документов, будут осуществлять кейс-менеджеры и социальные работники, так как эта работа относится к категории социального сопровождения и не потребует включения в работу профессиональных юристов благодаря обучению специалистов проекта необходимым навыкам. Такая организация работы представляется сотрудникам Консорциумов более логичной.

«(Социальная работа) была разобрана на части, и из нее был выделен отдельный компонент социально-правового сопровождения. Хотя, если взять такую классическую социальную работу с научной точки зрения, то правовое сопровождение является одной из методик социальной работы (...) мы выделили это как отдельных специалистов для того, чтобы их обучить (...) в следующем гранте уже все сотрудники будут оказывать эту, социальную, заниматься социально-правовым сопровождением» (СК Санкт-Петербург)

Помимо обучения сопровождению клиентов при восстановлении документов информанты выделяли другие области, по которым был достигнут прогресс в работе уличных юристов. Сотрудники Консорциума Санкт-Петербурга отметили прогресс в оформлении обращений (жалоб, ходатайств и др.) в государственные органы; в защите прав клиентов в судах качестве общественных защитников, изучение порядка работы по восстановлению паспорта в случаях, когда у клиента есть паспорт СССР. Профессиональные юристы нашли информацию о порядке работы в этих случаях, передали ее уличным юристам, которые проинформировали сотрудников паспортных столов, как действовать в этих случаях. Сотрудники Консорциума Челябинска отметили налаживание работы в защите прав клиентов в случае отказов от госпитализации – эти кейсы также стали рутинными.

Информанты, представляющие московский Консорциум, выделяли налаженную работу по вопросам регистрации уже с начала проекта и прогресс в решении правовых проблем, связанных с госпитализацией людей без гражданства или иностранных граждан, людей без регистрации, в том числе без определенного места жительства. Прогресс в восстановлении документов был достигнут в том числе благодаря налаживанию отношений с партнерскими организациями (НКО и государственными организациями).

Помимо прогресса в работе с отдельными категориями кейсов, информанты рассматривали в качестве позитивного изменения выявление запроса клиентов на правовую помощь. Благодаря проекту клиенты были проинформированы о возможности получать правовую помощь, были получены соответствующие обращения клиентов. В Челябинске рост числа запросов по правовой помощи произошел в том числе из-за расширения

сотрудничества с уголовно-исполнительной инспекцией и работе с клиентами, которые получили условный срок – эта категория клиентов, в отличие от получателей услуг социально-реабилитационных центров, не получали помощь в восстановлении документов.

Прогресс в социально-правовом сопровождении достигнут благодаря разработке алгоритмов работы с наиболее часто встречающимися кейсами, обращению к профессиональным юристам, сотрудничеству с членами Форумов. Информация об алгоритмах и инструментах работы распространялась через координатора правовой помощи, очные и онлайн встречи. Изучение стандартного порядка работы позволило уличным юристам работать более самостоятельно и обращаться к профессиональным юристам только в сложных случаях, что свидетельствует о повышении их профессионализма.

«...не так много к юристам обращаюсь, чтобы прямо к ним писать что-то. Уж очень по серьезным каким-то случаям, как у меня с судом было у подопечного» (СК Челябинск)

В процессе реализации проекта произошло налаживание сотрудничества между профессиональными и уличными юристами, их слаженной работе. На завершающем этапе проекта информанты не сталкивались с трудностями при сотрудничестве с профессиональными юристами, также произошло налаживание работы с юристами Форумов.

«Консорциумы уже понимают, к кому они могут, хотят, любят обращаться. Условное закрепление юристов за Консорциумами или за своими соработниками произошло» (СК Санкт-Петербург)

Повышение профессионализма уличных юристов и полевых сотрудников, которые занимались правовым сопровождением, рассматривается информантами как ресурс, благодаря которому возможно обучение новых сотрудников в следующем проекте.

Некоторые полевые сотрудники отмечают, что все осталось на том же уровне, так как работа по правовому сопровождению была налажена уже в начале проекта.

По оценкам информантов, сложными остаются случаи, связанные с жилищными вопросами, медико-социальными экспертизами при оформлении инвалидности, работой с иностранными гражданами, случаями коморбидности туберкулеза и ВИЧ-инфекции, а также наркотической зависимостью и проблемами лишения родительских прав. Также к сложным случаям относится уголовное преследование клиентов, что обусловлено психологическим напряжением и непостоянной готовностью клиентов к сотрудничеству со специалистом, а также отсутствием специальных знаний в области юриспруденции.

В целом эффективность правового компонента остается стабильной и оценивается достаточно высоко, не менее 80% кейсов удается решить. Нерешенные кейсы встречаются в случаях длительного сопровождения, отказов самих клиентов продолжать работу или смерти клиентов.

10. Общая оценка и устойчивость результатов проекта

Большинство сотрудников Консорциумов положительно оценивали реализацию проекта «КАСКАД» и отмечали достижение или перевыполнение запланированных показателей охвата всех КГН (включая количество контактов, число уникальных клиентов) за исключением группы ЛПН. Также во многих организациях челябинского и московского Консорциумов не был выполнен показатель по выявляемости новых случаев ВИЧ-инфекции – информанты связывали это с изначально завышенным плановым индикатором выявляемости.

В процессе реализации были пересмотрены некоторые запланированные виды работ: в частности, адвокаты, ДКП, самотестирование (последние два – из-за отсутствия возможностей закупки препаратов и материалов). Проект оценивался как масштабный, налаживание всех процессов в регионах, взаимодействия региональных Консорциумов и основного реципиента рассматривалось как важный результат работы.

В целом проект оценивался информантами как рентабельный – они не видели возможности достижения запланированных результатов с меньшими ресурсами (как финансовыми, так и кадровыми и временными).

«Очень много людей задействовано, очень сложный проект, я поэтому думаю, что у нас и так люди работают, мне кажется, за двоих каждый. Если ещё меньше ресурсов дать на этот проект, боюсь, что уже качество будет сильно страдать.» (СК Санкт-Петербург)

По оценкам некоторых из них, лучших результатов можно было бы достичь при более гибком подходе к финансированию, возможностям перераспределения средств между статьями расходов и учету особенностей работы в регионах проекта. Сокращение финансирования оценивалось некоторыми информантами как целесообразное для отдельных компонентов: профилактики COVID-19, работа с клиентами, имеющими туберкулез (для группы РСР в Москве). Оптимизировать расходы на сотрудников, по мнению информантов, позволит оплата работы в зависимости от количества клиентов, которым оказывается правовая помощь.

К результатам проекта, которые потенциально будут иметь долгосрочный эффект, относится формирование и развитие сотрудничества между НКО и ИГ, которые входят в состав московского Консорциума: это дало возможность перенаправлять клиентов и оказывать комплексную помощь. До реализации проекта «КАСКАД» не было систематического взаимодействия сотрудников. Предполагается, что сотрудники НКО и ИГ продолжат сотрудничество и после завершения проекта. Сохранение сотрудничества в долгосрочной перспективе будет зависеть от усилий со стороны менеджмента организаций.

«...мы предполагаем, что проект завершился. Всё, мы больше не работаем в Консорциуме, не работаем вместе, и всё-таки какое-то время, пока эти же сотрудники будут оставаться сотрудниками этих организаций, они всё равно будут знакомы друг с другом, они всё равно будут понимать, кому куда можно перенаправить» (СК Москва)

В Консорциуме Челябинска в результате реализации проекта была скорректирована модель работы и основной приоритет. До проекта «КАСКАД» основной фокус работы был сделан на проведение экспресс-тестирования и выявление новых случаев; было множество уникальных клиентов. В процессе реализации проекта работа была переориентирована на формирование долгосрочного взаимодействия с клиентами, был внедрен более системный подход к работе с клиентами. Была сформирована структура работы – понимание спектра оказываемых услуг и их порядка, особенностей работы с разными КГН. В работе с КГН стала шире применяться психологическая помощь.

«Вообще в работе у нас как-то более все структурировалось, наверное, то есть стало более понятно. (...) сейчас, я думаю, что благодаря этому, все равно уровень фонда как-то вырос» (СК Челябинск)

Другой потенциально долгосрочный эффект заключается в признании экспертности НКО Консорциума в профилактике ВИЧ государственными организациями, а также в налаживании или усилении работы с КГН и повышение доверия их представителей к НКО и ИГ.

Информанты, представлявшие московский и челябинский Консорциумы, положительно оценивали систему МиО и рассматривали возможности сохранения наработанных практик в дальнейшей работе, в том числе использования планшетов для фиксации оказанных услуг, QR-кодов клиентов, базы REDCap. Более подробно этот аспект представлен в Разделе 8. Также внедрение системы МиО отмечалось информантами из числа членов Форумов.

Повышение профессионального уровня сотрудников Консорциумов и членов Форумов благодаря обучению в проекте и практике работы является результатом, который может оказывать влияние на работу организаций и ИГ в целом на длительную перспективу. В частности, внедрение модели социально-правового сопровождения позволило обучить сотрудников работе с наиболее часто встречающимися правовыми проблемами клиентов. Этот результат может иметь долгосрочный эффект для возможностей организаций и ИГ оказывать помощь КГН в преодолении барьеров к получению услуг по профилактике и лечению ВИЧ. В случае продолжения проекта все наработанные практики планируется сохранить с учетом исправления недостатков, выявленных в процессе реализации проекта, и с учетом актуальных изменений КГН и возможностей работы с ними

На основе анализа интервью с клиентами, сотрудниками Консорциумов и Форумов КГН была составлена карта социальных результатов проекта (Рисунок 1.1.). Она представляет собой визуализацию структуры связей результатов на различных уровнях. Подробный анализ эффективности проекта и его рентабельности представлен в Разделе 4.

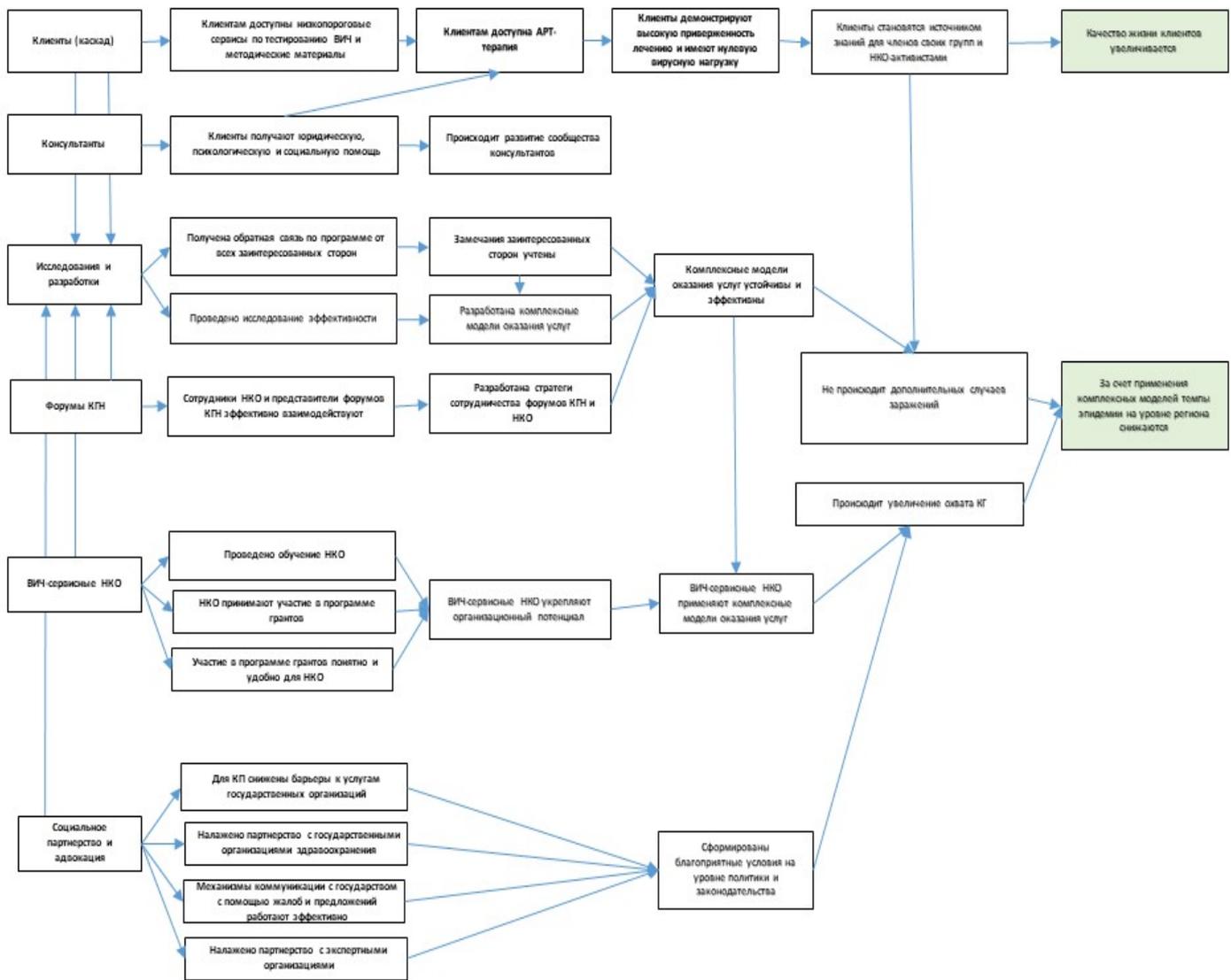


Рисунок 1.1. Карта социальных результатов проекта

2. КАСКАДНЫЙ АНАЛИЗ

Методика расчета

Для оценки продвижения по каскаду диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, как и в прошлых раундах исследования были сделаны запросы на получение статистической информации в следующие учреждения:

1. Федеральная служба государственной статистики (Росстат);
2. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом;
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации;
4. Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом;
5. Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями;
6. Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями Министерства здравоохранения Республики Татарстан»;
7. Самарский областной клинический центр профилактики и борьбы со СПИД;
8. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» в Челябинске;
9. Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

В ответ на официальный запрос от ФНИСЦ РАН статистическая информация была предоставлена исключительно Федеральной службой государственной статистики. На момент подготовки отчета открытые данные Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом в региональном разрезе по-прежнему ограничены 2021 годом. Отсутствие этих данных не позволяет 1) использовать при анализе данные об общем количестве людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция в конкретном регионе, а также 2) оценить динамику тестирования в регионах проекта и регионах сравнения отдельных ключевых групп, как и 3) выявляемости ВИЧ-инфекции среди них.

В целом за прошедшие три года проекта мы наблюдаем открытости данных по эпидемиологии ВИЧ-инфекции.

Предоставленные Федеральной службой государственной статистики данные позволяют оценить полный спектр показателей, относящихся к каскаду лечения: количество ЛЖВ с диагностированной ВИЧ-инфекцией, их нахождение в контакте с системой здравоохранения, получение АРВТ и достижение ими неопределяемой вирусной нагрузки на основе форм отчетности Министерства Здравоохранения РФ. Эти данные также представлены в региональном разрезе, однако они не позволяют оценить специфику каскада лечения у КГН. Кроме того, их ограничением является спорный статус оценок об общем количестве ЛЖВ на территориях: оценки данного ведомства были ранее существенно более консервативны чем оценки Федерального центра по профилактике и борьбы со СПИДом.

Итоговые таблицы каскадного анализа за период 2020 – 2023 года представлены в Приложении 4.

Результаты

Каскадный анализ: ЛЖВ в целом, Москва

Динамика основных показателей каскада в г. Москва представлена на рисунках 1-4

Если смотреть на итоговый показатель успешности прохождения всех этапов каскада - долю ЛЖВ, имеющих неопределяемую вирусную нагрузку среди всех известных ЛЖВ – то и Москва, и все регионы сравнения демонстрируют сходную позитивную динамику (рис. 1). За прошедшие 4 года она существенно возросла как в России в целом (с 58,6% до 66,5%), так и в регионе сравнения (с 63,7% до 68%). При этом в Москве данный рост существенно более резкий – за указанный период доля ЛЖВ с неопределяемой нагрузкой возросла с 52% до 64,7%.

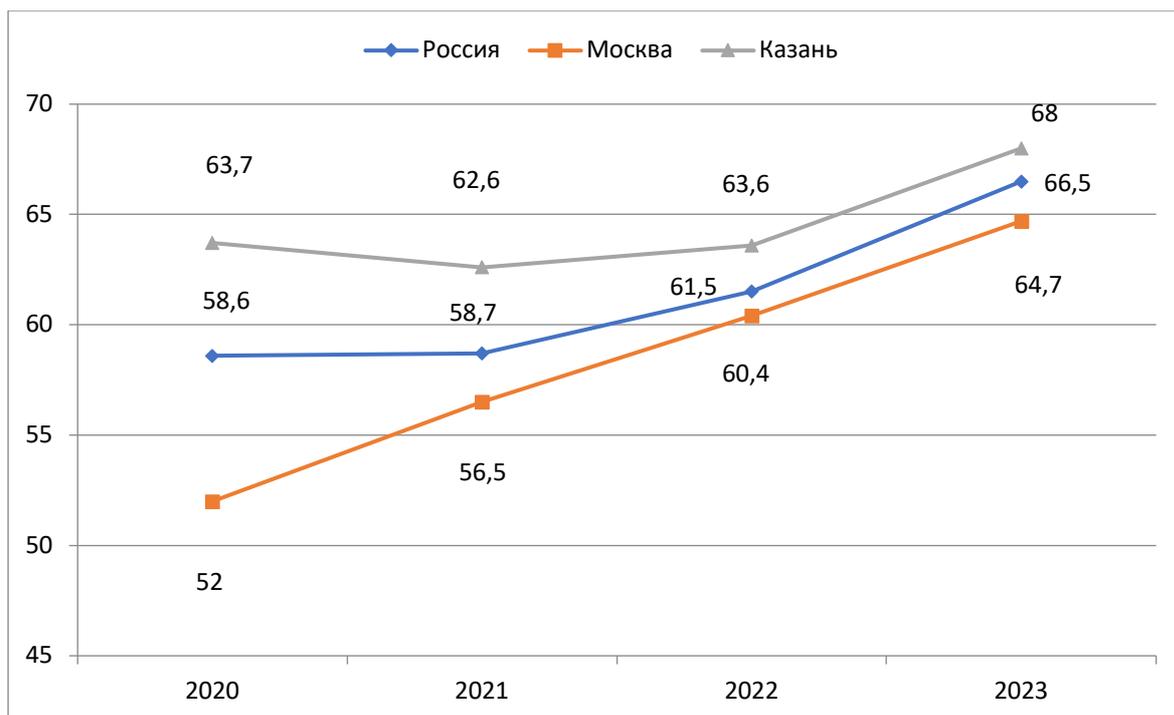


Рисунок 1. Динамика доли ЛЖВ, с неопределяемой вирусной нагрузкой от числа всех ЛЖВ, Москва и регионы сравнения, 2020-2023

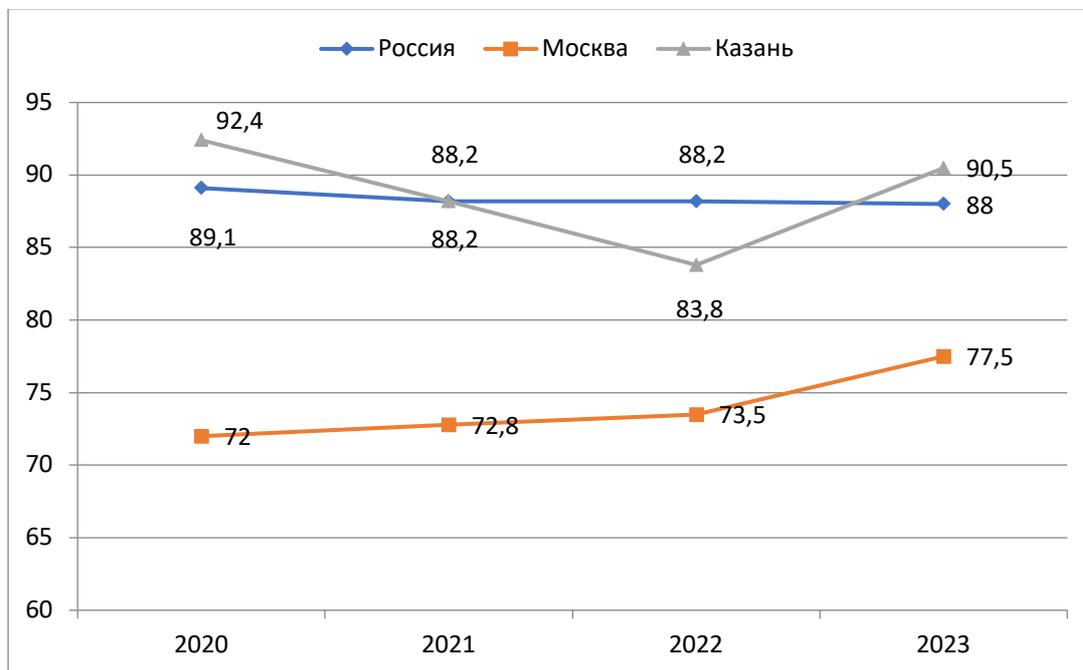


Рисунок 2. Динамика доли ЛЖВ в контакте с профильной системой здравоохранения, Москва и регионы сравнения, 2020-2023

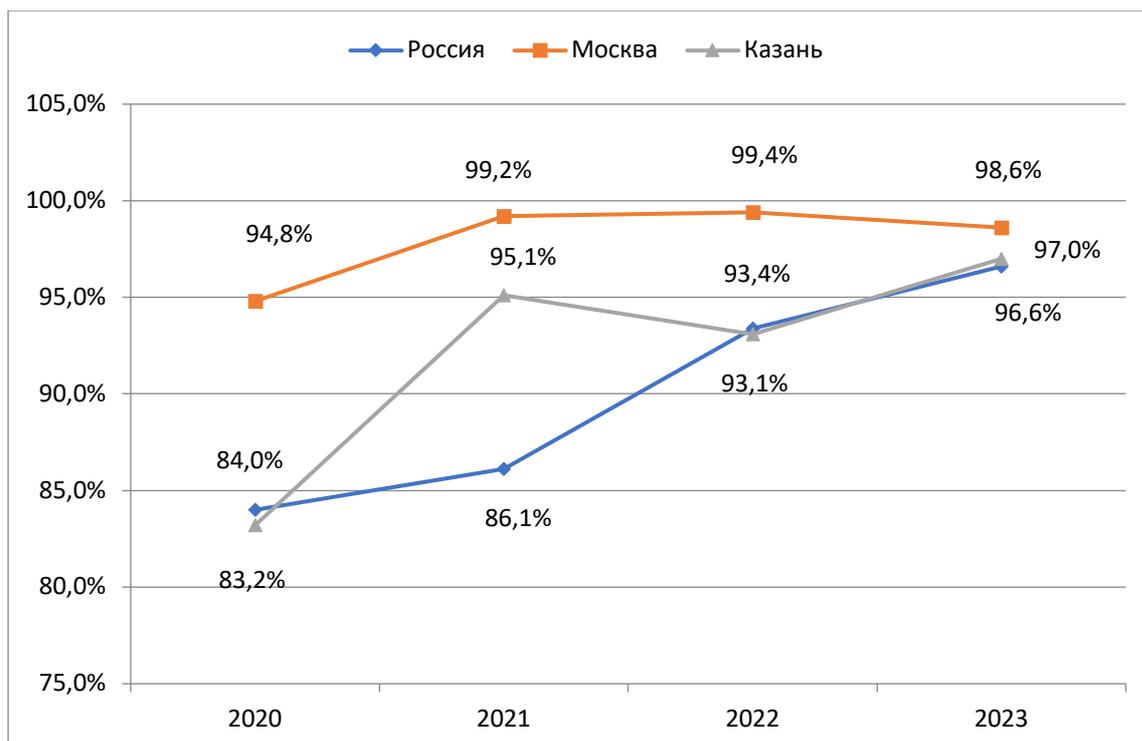


Рисунок 3. Динамика доли ЛЖВ, получающих АРВТ, среди ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения, Москва и регионы сравнения, 2020-2023



Рисунок 4. Динамика доли ЛЖВ, с неопределяемой вирусной нагрузкой от числа ЛЖВ, получающих терапию, Москва и регионы сравнения, 2020-2023

Основной вклад в этот рост в Москве вносит привлечение к АРВ терапии пациентов СПИД центров – за 4 года оно возросло с 76,2% до 84,7% (рис. 3). Достижение неопределяемой вирусной нагрузки у получающих терапию еще до начала проекта в этом регионе было на крайне высоком уровне – 94,8% (рис. 4). Все три года реализации проекта этот показатель находится на максимальном уровне (98,5% - 99,5%) и его дальнейший рост представляется маловозможным. Доля ЛЖВ, находящихся в контакте с профильной системой здравоохранения, в рассматриваемый период также росла, однако существенно менее низкими темпами (с 72,0% до 77,5%) (рис. 2). На конец периода Москва так и не смогла по данному показателю догнать регионы сравнения, для которых он стабильно составляет 80% - 90%.

Каскадный анализ: ЛЖВ в целом, Санкт-Петербург

Как и Москва, Санкт-Петербург демонстрирует более устойчивое и выраженное увеличение доли ЛЖВ, успешно проходящих по этапам каскада: доля всех известных ЛЖВ, имеющих неопределяемую вирусную нагрузку, возросла за 4-летний период с 52,7% до 70,5% (рис. 5). В других регионах данный рост существенно менее значителен.

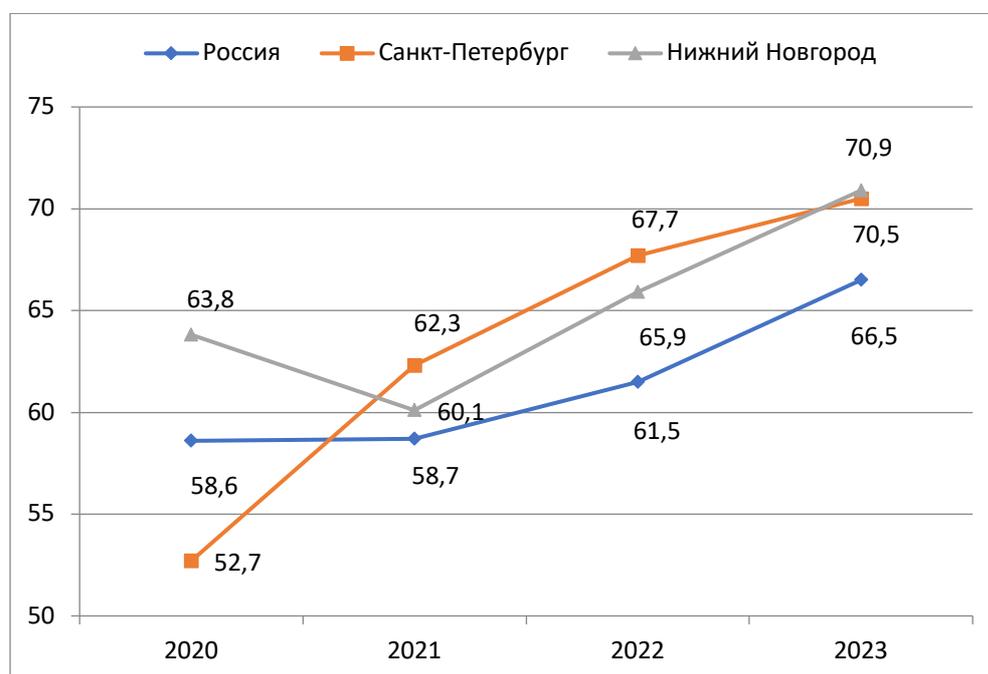


Рисунок 5. Динамика доли ЛЖВ, с неопределяемой вирусной нагрузкой от числа всех ЛЖВ, Санкт-Петербург и регионы сравнения, 2020-2023

По сравнению с 2020-м годом возросли все показатели прохождения по каскаду. Однако для контакта с системой здравоохранения данная динамика была нелинейна – рост в

2021 и 2022 годах был компенсирован достаточно резким снижением в 2023 году (рис. 6). Поэтому общий рост данного показателя за 4 года небольшой – с 91,0 до 92,6%. Следует отметить, что сходная картина характерна и для Нижнего Новгорода, а в целом по России он фактически остается стабильным все годы наблюдения.

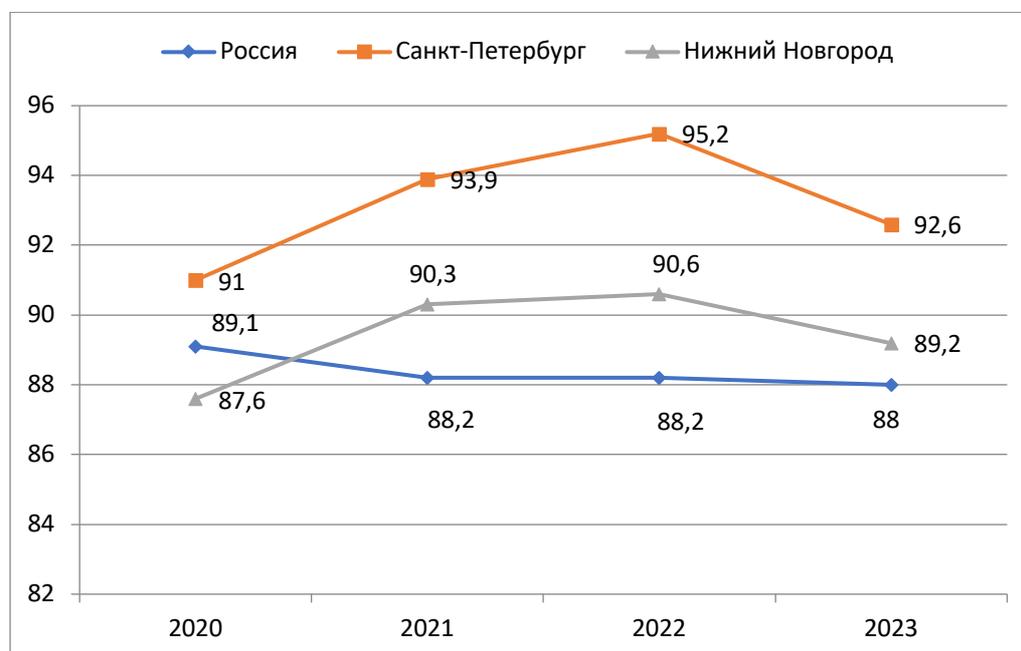


Рисунок 6. Динамика доли ЛЖВ в контакте с профильной системой здравоохранения, Санкт-Петербург и регионы сравнения, 2020-2023

Показатель достижения вирусной нагрузки для получателей АРВ в Санкт-Петербурге также изменялся нелинейно (рис. 8), в результате чего в целом возрос незначительно - с 82,2% до 85,2%. Сходная динамика характерна и для регионов сравнения.

Наибольший прогресс за указанный период связан с увеличением доли пациентов Центра СПИДа, получающих терапию – с 70,5% до 89,3% (рис. 7). Сходный тренд характерен и для общероссийских данных. Сравнение данного показателя с данными Нижнего Новгорода затруднено: число пациентов, получающих терапию, в 2022 и 2023 годах превышает число пациентов, зарегистрированных в центре на конец года.

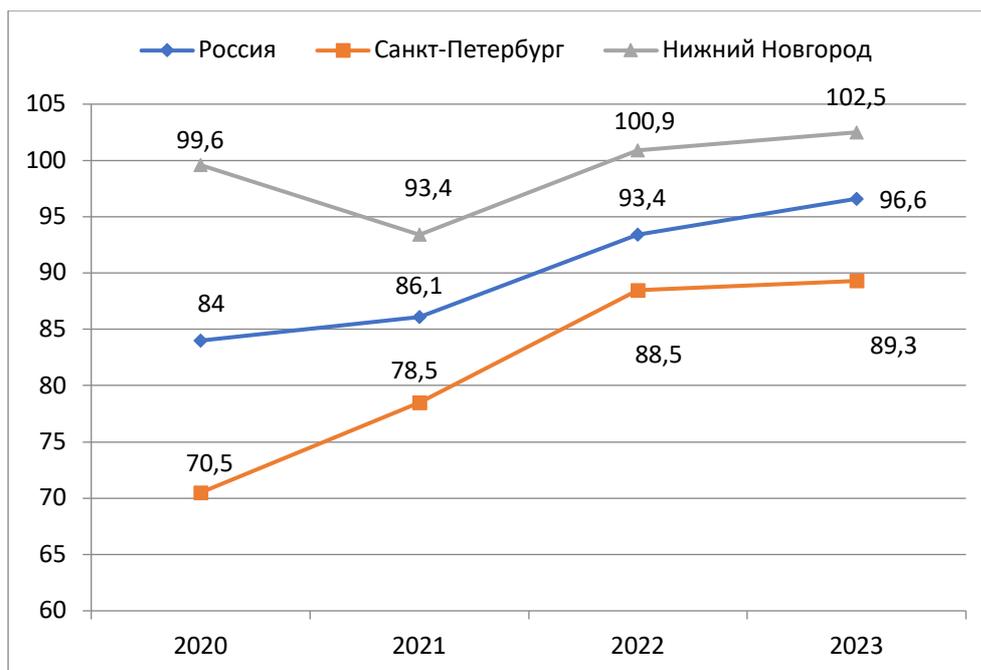


Рисунок 7. Динамика доли ЛЖВ, получающих АРВТ, среди ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения, Санкт-Петербург и регионы сравнения, 2020-2023

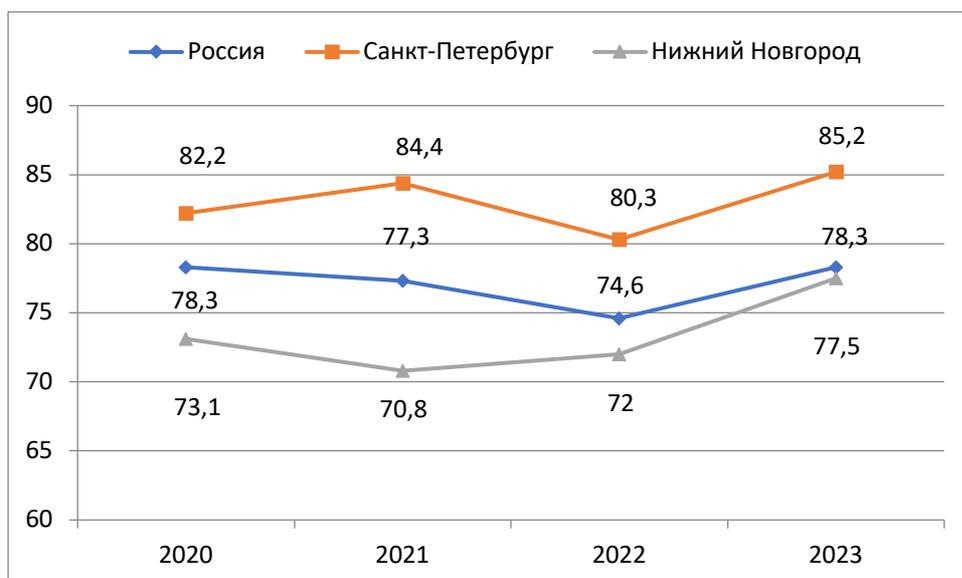


Рисунок 8. Динамика доли ЛЖВ, с неопределяемой вирусной нагрузкой от числа ЛЖВ, получающих терапию, Санкт-Петербург и регионы сравнения, 2020-2023

Каскадный анализ: ЛЖВ в целом, Челябинск

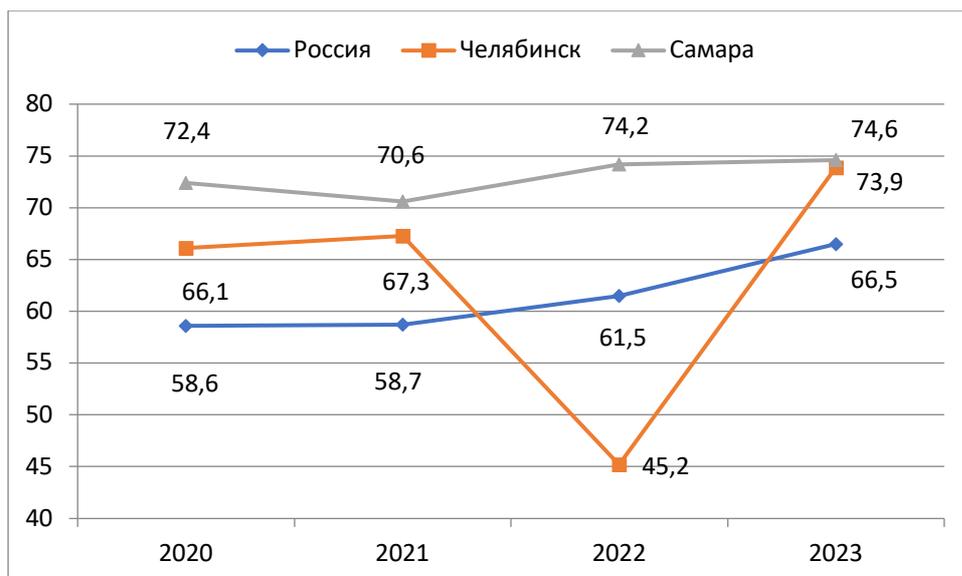


Рисунок 9. Динамика доли ЛЖВ, с неопределяемой вирусной нагрузкой от числа всех ЛЖВ, Санкт-Петербург и регионы сравнения, 2020-2023

Челябинск выделяется на фоне других регионов проекта нелинейной траекторией, а по некоторым показателям - отсутствием выраженного прогресса (рис. 12) или напротив их снижением (рис. 10).

В целом за 4 года доля людей с неопределяемой вирусной нагрузкой среди всех известных ЛЖВ в Челябинске возросла на 7,8% (рис.9). Для сравнения в Санкт-Петербурге аналогичный рост составил 17,8% (рис. 5), а в Москве – 12,7% (рис. 1) при в целом сходных исходных данных. Тем не менее, по сравнению с Самарой (регион сравнения, рост 2,4%) общая динамика каскада в Челябинске существенно более позитивна и соответствует общероссийской (рост 7,9%).

Отсутствие выраженного роста преимущественно связано потерями на первом этапе каскада: за рассматриваемый период доля ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения снизилась на 6% с 94% до 88% (рис. 10). Подобная, хоть и менее выраженная динамика характерна и для Самары.

На последнем этапе каскада после внезапного резкого снижения в 2022 году наблюдается столь резкое же увеличение доли ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой – на 31% (с 56,6% до 87,6%). Нельзя исключить, что это результат какого-то артефакта методов статистического сбора в регионе. В целом за 4 года данный показатель не только не вырос, а снизился на 1,6% (рис. 12).

Потери на этих этапах, как и в других регионах проекта и регионах сравнения компенсируются за счет более активного привлечения состоящих на учёте ЛЖВ к лечению: за четыре года было достигнуто увеличение данного показателя на 17% до максимально возможных значений (95,8%).

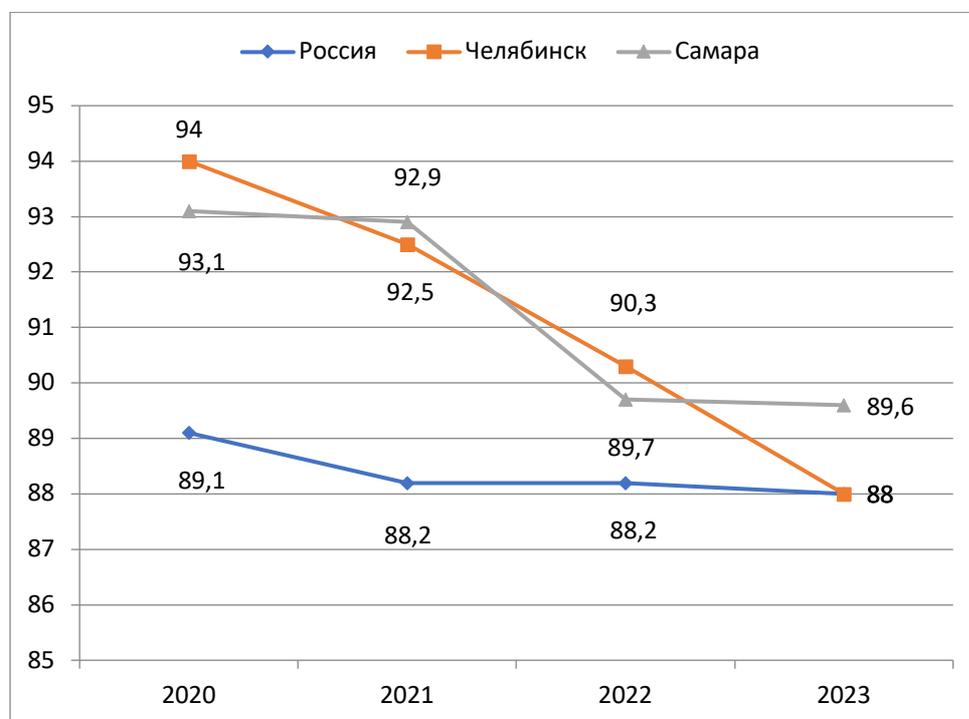


Рисунок 10. Динамика доли ЛЖВ в контакте с профильной системой здравоохранения, Челябинск и регионы сравнения, 2020-2023

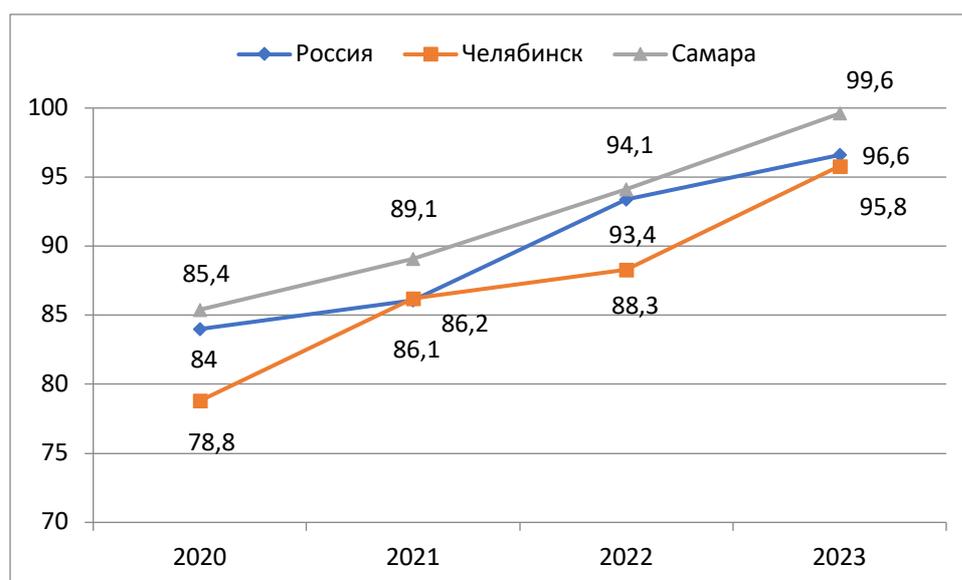


Рисунок 11. Динамика доли ЛЖВ, получающих АРВТ, среди ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения, Санкт-Петербург и регионы сравнения, 2020-2023

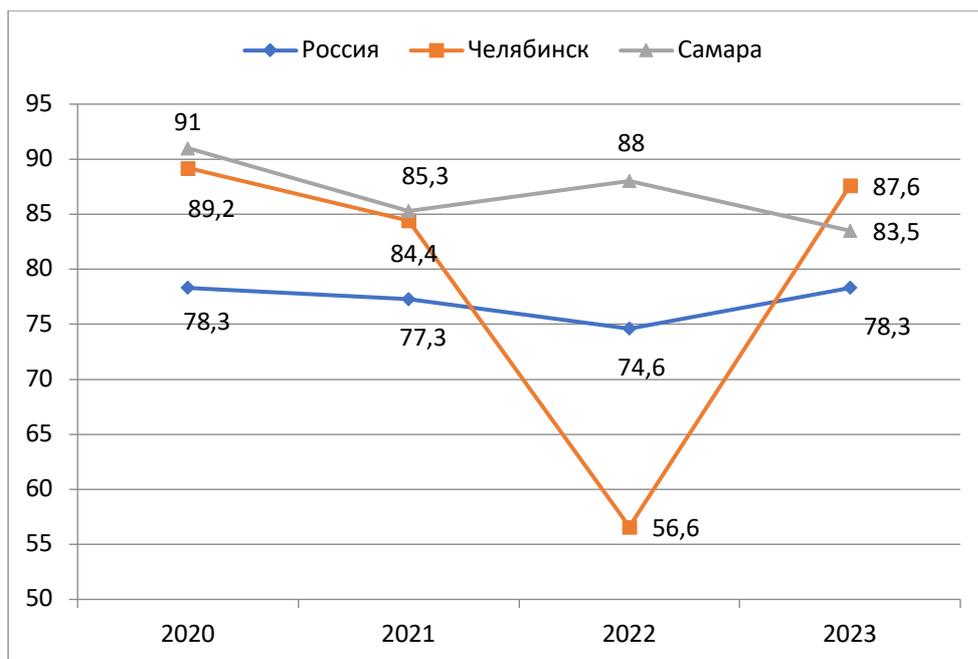


Рисунок 12. Динамика доли ЛЖВ, с неопределяемой вирусной нагрузкой от числа ЛЖВ, получающих терапию, Челябинск и регионы сравнения, 2020-2023

3. ОЦЕНКА МАСШТАБОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОЕКТА «КАСКАД» НА ОСНОВЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ СЦЕНАРИЕВ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ

Введение

Целью данного исследования являлось:

- Разработка математических моделей динамики эпидемического процесса, связанного с заражением ВИЧ лиц из ключевых групп населения (КГН), а также процесса работы с данными лицами в рамках программы «КАСКАД».
- Калибровка моделей на реальных данных из нескольких источников, относящихся к динамике КГН в различных состояниях (восприимчивые к ВИЧ, выявленные и невыявленные ЛЖВ, ЛЖВ, подвергнутые АРВТ, а также ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой) в городах программы.
- Оценка эффективности программы «КАСКАД» по результатам моделирования.

Методология

Исходные данные

- Динамика распределения ЛЖВ по разным стадиям каскада в Москве, Санкт-Петербурге и Челябинске за 2020-2023 гг. без разбивки на отдельные КГН
- Статистика по распределению КГН (в том числе ЛЖВ) по разным стадиям каскада в Москве и Санкт-Петербурге за 2023 г. (открытые данные)
- Оценка размеров популяций КГН и их поведенческих особенностей на основе IBBS 2023
- Статистика по результатам деятельности в рамках проекта КАСКАД по КГН и регионам

Модели

В рамках работы решено было использовать два альтернативных модельных подхода решения поставленных задач, опирающиеся на различные данные:

- на основе официальной статистики Росстата о количестве пациентов с ВИЧ-инфекцией, зарегистрированных в каждом из регионов. Тут проблема, что учитываются только данные в целом по ВИЧ-инфекции, включая все группы заболевших и не только КГН, при этом у нас отсутствуют обоснованные данные о том, какую долю они составляют среди всех ВИЧ+.
- на основе данных биоповеденческих исследований, позволяющих оценивать процессы внутри конкретной КГН, основное ограничение – (1) данные не содержат динамические показатели по годам; 2) данные имеются только по двум регионам из трёх, при этом ничего не известно о городах, где программы не проводятся.

Основной причиной реализации двух подходов вместо одного является проблема достоверности и полноты входных данных, использованных для моделирования, что обостряет проблему баланса между адекватностью модели реальным процессам и погрешностями моделирования, которые возникают при использовании слишком детальных моделей в условиях частичной доступности данных (проблема «отклонения-дисперсии»). Для наиболее полного выполнения задач проекта (оценка программы по трем городам в сравнении с городами без проведения программы) лучше подходит статистический подход к прогнозному моделированию. В то же время интересной, хотя и более сложной, представляется реализация так называемой популяционной SIR-модели (модели типа «Восприимчивые-Инфекционные-Выздоровевшие»), которая полноценно возможна только для Москвы и Санкт-Петербурга по причине отсутствия полного набора данных для Челябинска, а также для городов сравнения.

Первым использованным подходом является статистическое моделирование динамики продвижения ЛЖВ по каскаду лечения на основе линейной и квадратичной регрессионных моделей без разделения на отдельные КГН. В силу простоты данных моделей и, как следствие, отсутствия необходимости выдвигать большое число предположений относительно характера моделируемых ими процессов, сводится к минимуму ошибка, связанная с неверными предположениями и некорректной интерпретацией данных. В то же время, при использовании данного подхода прогнозирование осуществляется за счёт экстраполяции существующих тенденций, что ограничивает его предсказательную силу. Оценка гипотетических сценариев с данным подходом становится невозможной в силу отсутствия в модели переменных, интерпретируемых с точки зрения предметной области, которые можно было бы изменять для отражения изменяемых условий наблюдений.

Вторым использованным подходом является применение классической популяционной (компарментальной) SIR-модели, которая лишена указанных выше недостатков, но может выдавать некорректные результаты из-за необходимости большого количества дополнительных предположений о законах происходящих в КГН социальных и эпидемических процессов, которые не всегда могут подкрепляться данными.

Результаты применения указанных методов описаны далее.

Статистическое моделирование

Модельные предположения

В рамках применения регрессионных моделей были сделаны следующие предположения:

- За счёт программы «КАСКАД» происходит увеличение скорости прироста прохождения по каскаду групп ЛЖВ - а именно, совокупного процента индивидов на лечении из общего числа выявленных ЛЖВ. Численности ВИЧ- КГН и невыявленных ЛЖВ здесь опущены и не рассматриваются в силу отсутствия надёжных данных для оценки воздействия программы на их динамику.
- Можно предполагать, что данные по численностям ЛЖВ в различных стадиях прохождения каскада на 2021 г. являются исходной точкой отсчёта для моделирования, 2020 г. – референсная точка до применения программы. Тогда первые две точки массива данных (2020 и 2021 гг.) задают «контрольную» тенденцию изменения ситуации по лечению, а последние две (2022 и 2023 гг.) – тенденции лечения благодаря существованию программы.
- Экстраполяция разницы между «контрольной» и актуальной тенденциями позволяют оценить эффект программы.
- Предполагается отсутствие сильных колебаний прироста абсолютной численности ЛЖВ по годам.

Недостатки упрощающих предположений:

- По сравнению с популяционной SIR–моделью невозможно оценить эффект заражения восприимчивых индивидов нелечеными ЛЖВ, который усиливается при отсутствии программы и входит в её вклад.
- Фиксированный линейный прирост процента ЛЖВ представляется нереалистичным, более адекватное предположение – фиксированная интенсивность перехода между этапами каскада в группах ЛЖВ. С другой стороны, данных для оценки интенсивностей перехода недостаточно, поэтому принятие линейной гипотезы позволяет уменьшить неопределенность.
- Оцененная разница между контрольной и актуальной тенденциями может быть связана с причинами, не относящимся к работе программы
- Нет максимально достижимого показателя (порога насыщения). Реалистичное предположение – сигмоида (логистическая функция), но нет данных, чтобы её обосновать.
- Из-за малого количества опорных точек возможны большие отклонения в прогнозе; произвести оценку неопределённости не представляется возможным из-за отсутствия соответствующей статистики.

- Предполагаемая аппроксимация многочленом второй степени связана с предположением о росте эффективности перехода по каскаду в связи с участием в программе, однако повышающий тренд может иметь и линейный характер. В последнем случае, в настоящем варианте расчётов эффективность программы завышена по отношению к реальным показателям.

Для каждой из трёх рассматриваемых категорий ЛЖВ (в контакте с системой здравоохранения, проходящие АРВТ, с неопределяемой вирусной нагрузкой) в каждом из трёх городов, охваченных программой, строился отдельный прогноз. Таким образом, результатом каждого численного эксперимента являлось девять прогнозных графиков. Целью применения статистических моделей являлась количественная и качественная оценка эффекта от программы. Количественная оценка заключалась в подсчёте прогнозного процента охвата, а качественная оценка проводилась путём сравнения данных показателей с референсными двух видов: (а) прогнозная динамика аналогичного показателя (процент ЛЖВ в категории) в городе сравнения; (б) оцениваемая прогнозная динамика при гипотетическом отсутствии программы в рассматриваемом городе. Последний показатель оценивался по данным за 2020-2021 гг. в первом численном эксперименте и за 2019-2021 гг. во втором. Идеальным случаем, показывающим предположительное наличие эффекта программы, является сочетание следующих факторов на графике: (а) прогнозная динамика в рассмотренном городе лучше (больше процент ЛЖВ в категории), чем в городе сравнения; (б) прогнозная динамика в рассмотренном городе лучше, чем аналогичная гипотетическая динамика при отсутствии программы. Следует отметить, что эффект программы на различных этапах может отличаться, например, динамика постановки ЛЖВ на учёт может улучшаться, в то время как процент проходящих АРВТ – падать, поэтому анализ воздействия каждого этапа программы производится отдельно от других этапов.

Результаты качественного анализа объединялись в три кластера, в зависимости от видимого эффекта программы или его отсутствия, а именно:

Кластер 1. Возможное наличие количественно выраженного эффекта.

Кластер 2. Отсутствие количественно выраженного эффекта (относительно доли ЛЖВ на этапе каскада нет увеличения роста либо нет уменьшения падения)

Кластер 3. Флуктуация (отклонение) на высоких значениях (возможно, программа не оказывает дополнительного эффекта в этой связи)

1.1. Оценка по данным с 2020 г.

Результаты в виде графиков, а также их присвоение к тому или иному кластеру, приведены на рисунках ниже.

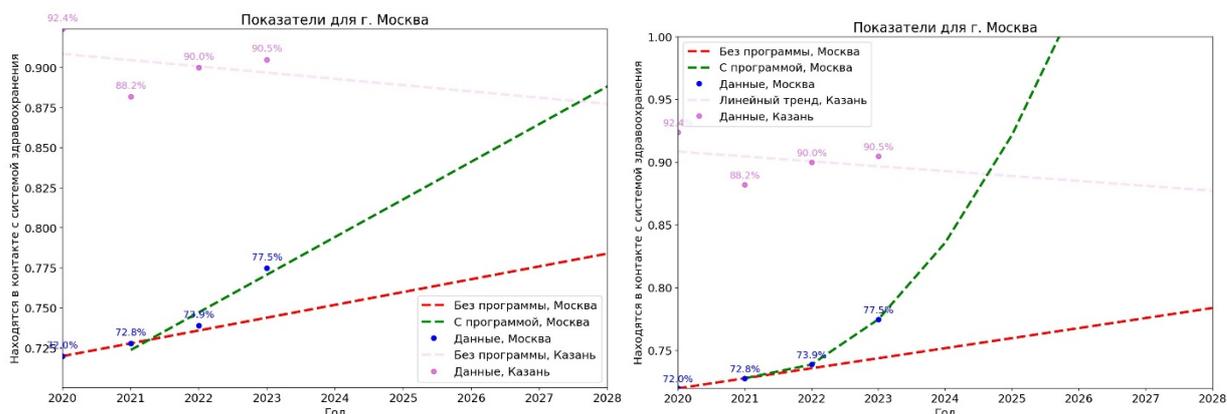


Рис. 1.1. Доля ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения, Москва. Результат классификации: кластер 1.

Комментарий к рис. 1.1.: поскольку имеется тенденция роста показателя, похожая на экспоненциальный рост, в дополнение к линейному (нейтральному) прогнозу был построен экспоненциальный (позитивный). Видно, что в обоих случаях динамика показателя выгодно отличается от города сравнения (Казань), где имеется стабилизация на высоком уровне с дальнейшим незначительным падением. Таким образом, предполагается достижение показателя Казани в Москве к 2027 г. при нейтральном прогнозе и к 2025 г. при позитивном прогнозе.

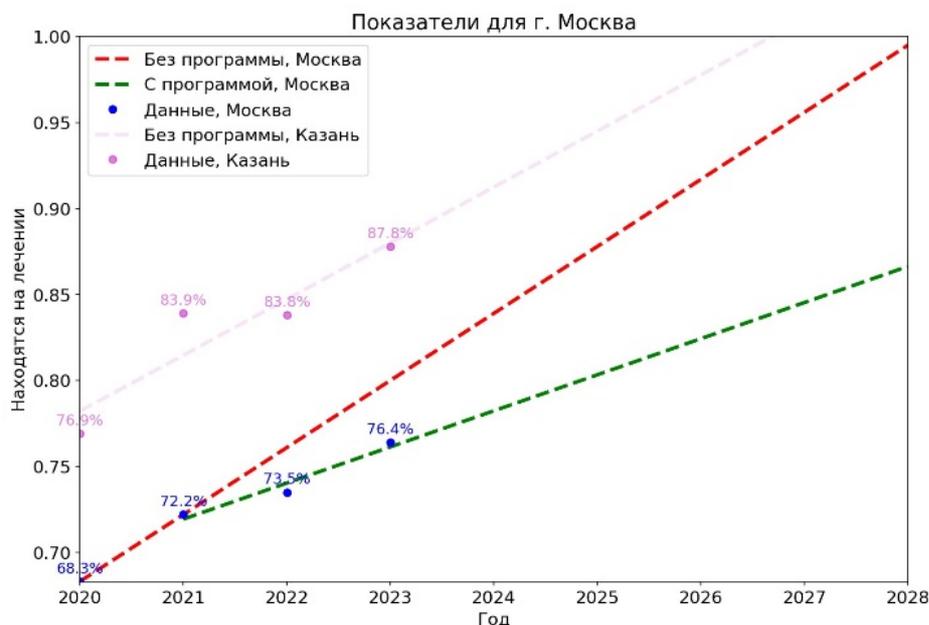


Рис. 1.2. Доля ЛЖВ, находящихся на лечении, Москва. Результат классификации: кластер 2. Комментарий к рис. 1.2.: видно, что тенденция показателя, задаваемая данными 2020-2021 гг., почти параллельная городу сравнения, меняется в тренде по более новым данным, где

скорость прироста показателя падает. Таким образом, прогнозируется, что при сохранении существующих тенденций доля ЛЖВ на лечении в Казани будет выше аналогичной в Москве.

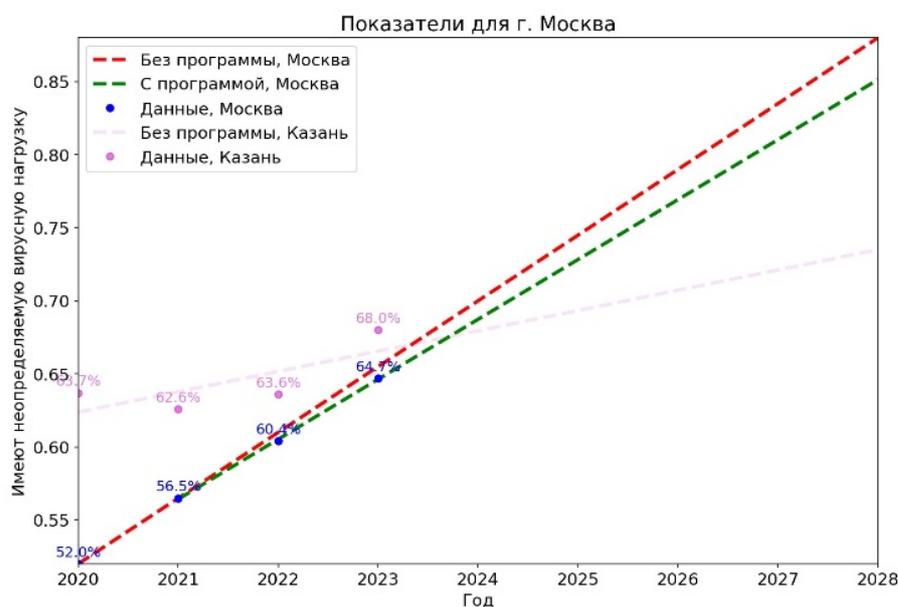


Рис. 1.3. Доля ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой, Москва. Результат классификации: кластер 2.

Комментарий к рис. 1.3.: видно, что доля ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой в Москве превысит таковую для Казани в ближайшее время, причём данная тенденция остаётся устойчивой до момента начала программы.

Выводы. На данных **Москвы** выявлены следующие прогностические закономерности. По контакту с системой здравоохранения наблюдается выраженная позитивная динамика. При этом по количеству ЛЖВ на АРВТ и ЛЖВ с НВН наблюдается обратный эффект. Таким образом, можно потенциально говорить об эффективности лишь одного этапа программы из трёх.

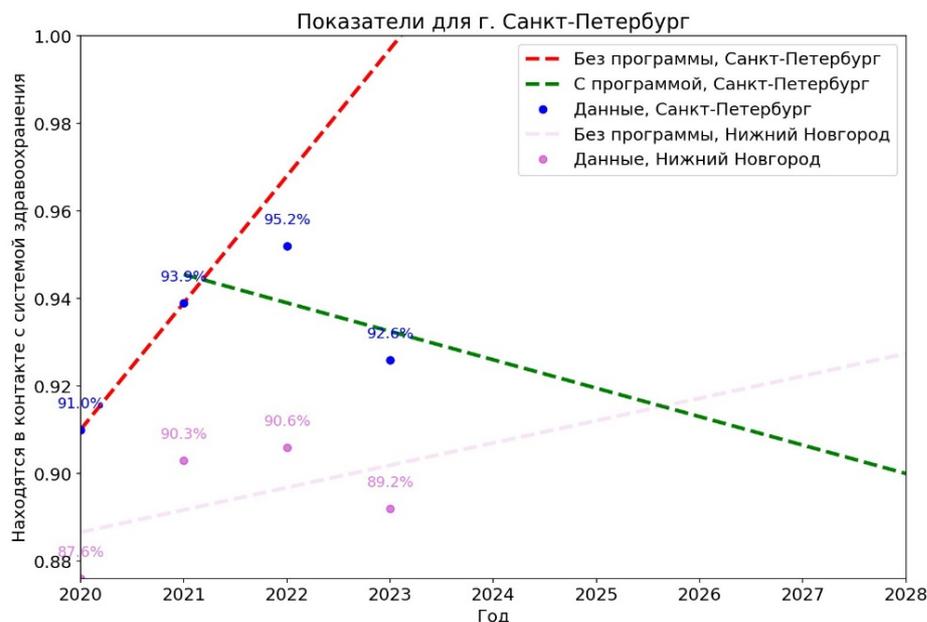


Рис. 1.4. Доля ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения, Санкт-Петербург. Результат классификации: кластер 3.

Комментарий к рис. 1.4.: Видна противоречивая динамика показателя, которая может быть объяснена флуктуацией в окрестности высокого уровня. Для установления устойчивой тенденции желательно продолжать наблюдение. При этом в городе сравнения наблюдаются похожие тенденции, с более низкой скоростью прироста показателя.

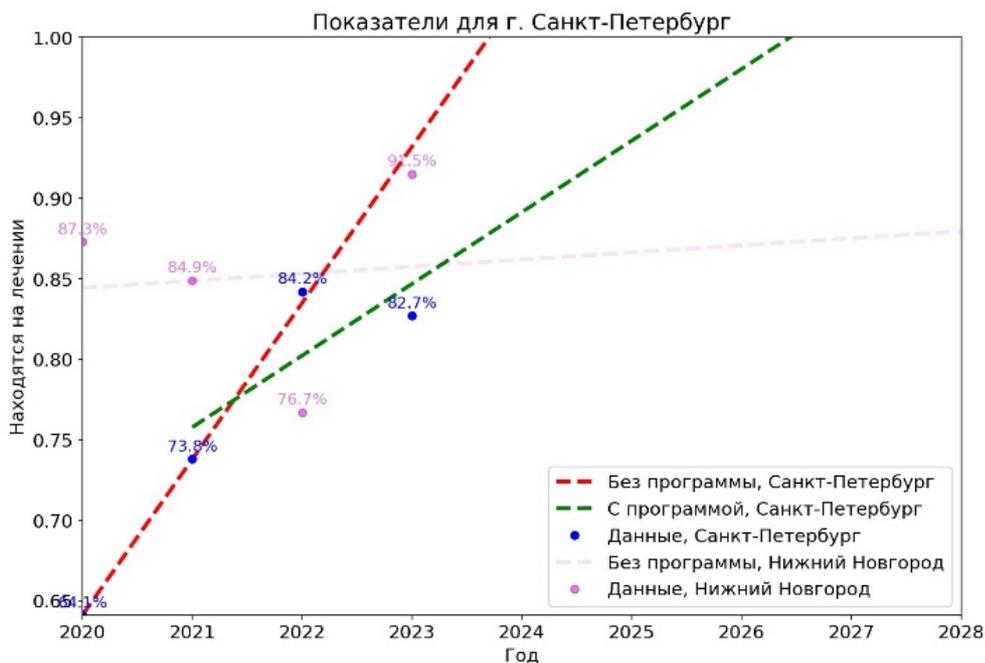


Рис. 1.5. Доля ЛЖВ, находящихся на лечении, Санкт-Петербург. Результат классификации: кластер 2.

Комментарий к рис. 1.5.: наблюдается большой разброс показателя как для анализируемого города, так и для города сравнения, что похоже на ситуацию на предыдущем графике. В силу этого, хотя формально случай относится к кластеру 2, большая дисперсия может означать принадлежность его к кластеру 3. В плане сравнения с Нижним Новгородом для данной стадии программы, можно говорить о схожей ситуации.

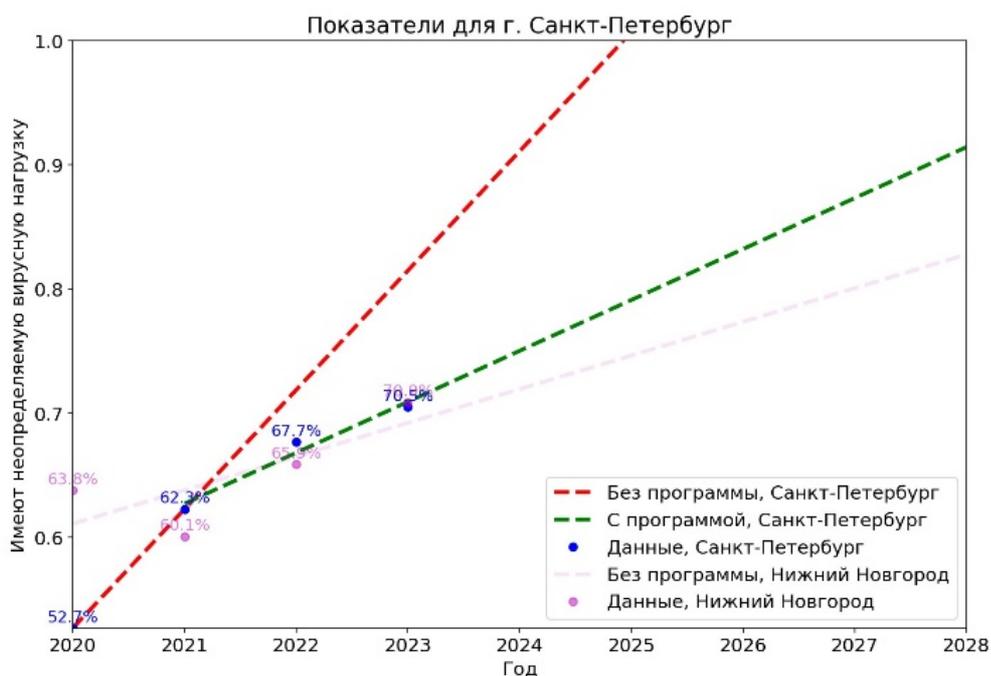


Рис. 1.6. Доля ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой, Санкт-Петербург. Результат классификации: кластер 2.

Комментарий к рис. 1.6.: наблюдаются положительные тенденции к росту значения показателя, скорость роста слабо меняется после начала программы и близка к таковой для Нижнего Новгорода. Таким образом, рост числа ЛЖВ с НВН видится слабо коррелированным с влиянием программы.

Выводы. Результаты для **Санкт-Петербурга** характеризуются положительными прогностическими трендами для ЛЖВ, находящихся на лечении и имеющих НВН. Ситуация по ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения и в какой-то степени по ЛЖВ, проходящих лечение, относится к кластеру 3. Можно интерпретировать это как ситуацию, когда финансовые вложения в повышение эффективности программы могут не окупиться при том, что уже отмечается высокий охват программами ЛЖВ.

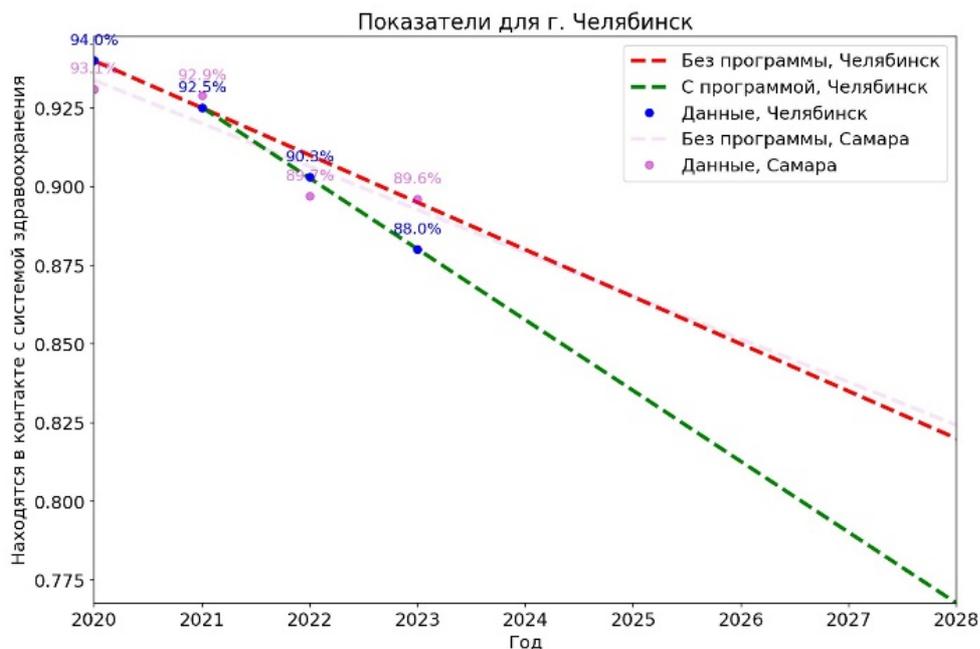


Рис. 1.7. Доля ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения, Челябинск. Результат классификации: кластер 2.

Комментарий к рис. 1.7.: видно падение показателя при изначально высоком значении, причём это падение происходит безотносительно действия программы и совпадает с таковым для города сравнения (Самара). Можно выдвинуть гипотезу о негативных тенденциях, не связанных с программой.

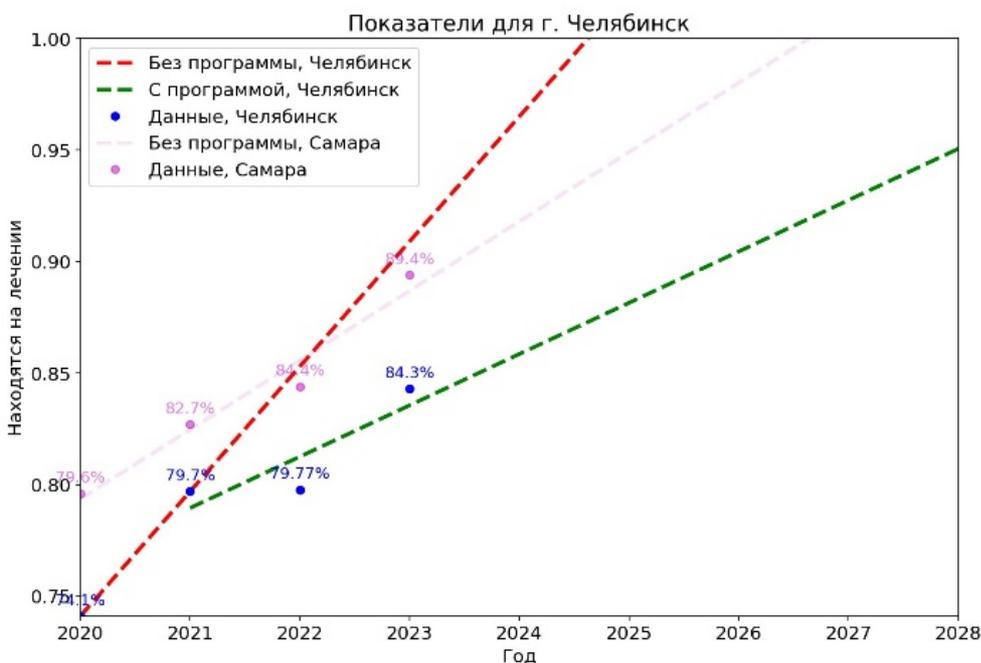


Рис. 1.8. Доля ЛЖВ, находящих на лечении, Челябинск. Результат классификации: кластер 2.

Комментарий к рис. 1.8.: С учётом возможных погрешностей в данных, можно говорить о росте показателя со скоростью, примерно равной в двух городах (Челябинск и Самара) с отсутствием значимого влияния программы.

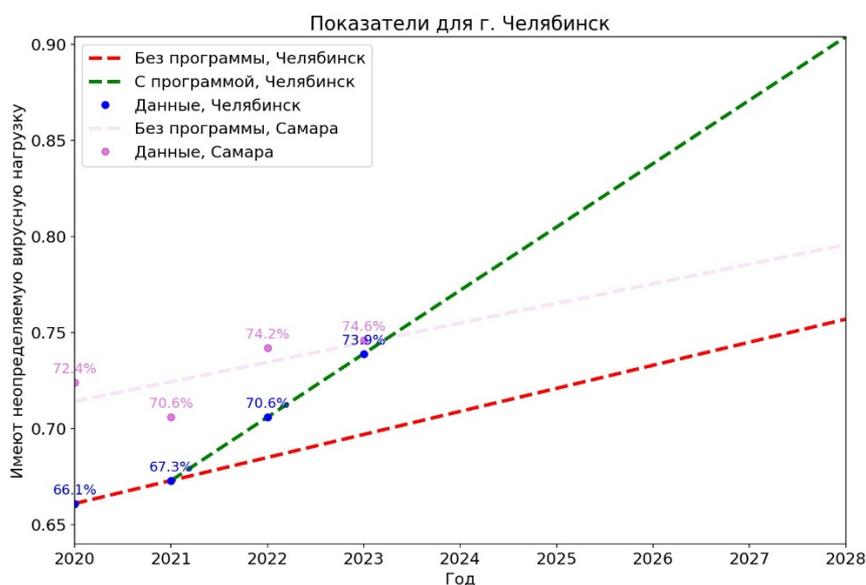


Рис. 1.9. Доля ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой, Челябинск. Выброс 2022 г.

заменён усреднённым значением. Результат классификации: кластер 1.

Комментарий к рис. 1.9.: Тенденции на рисунке говорят о увеличении скорости роста показателя с момента начала программы по сравнению с таковой до начала программы. Интересно отметить, что тренд, полученный по 2020-2021 гг., почти параллелен тренду для города сравнения (Самара), однако это следует расценивать как совпадение. Кроме того, дальнейшие эксперименты с добавлением информации за 2019 г. меняют картину роста показателя (см. Рис. 1.18). С учётом возможных погрешностей в данных и с учётом анализа двух рисунков (1.9 и 1.18), можно говорить об устойчивом росте показателя с незначительным либо отсутствующим эффектом, связанным с программой.

Выводы. Как видно из результатов оценки динамики согласно тенденциям, прослеживаемым на основе данных динамики распределения ЛЖВ в различных стадиях каскада, выраженный эффект можно предполагать в **Челябинске** среди ЛЖВ, имеющих НВН.

Оценка по данным с 2019 г.

Для оценки влияния длины массива доступных данных на результаты анализа был проведён дополнительный расчёт с данными по ЛЖВ за 2019 г. Результаты представлены ниже. Как видно из графиков, в то время как количественные прогнозы для показателей без учёта годов

программы незначительно изменились в ряде случаев, качественная картина, относящаяся к разбиению результатов на кластеры, осталась прежней.

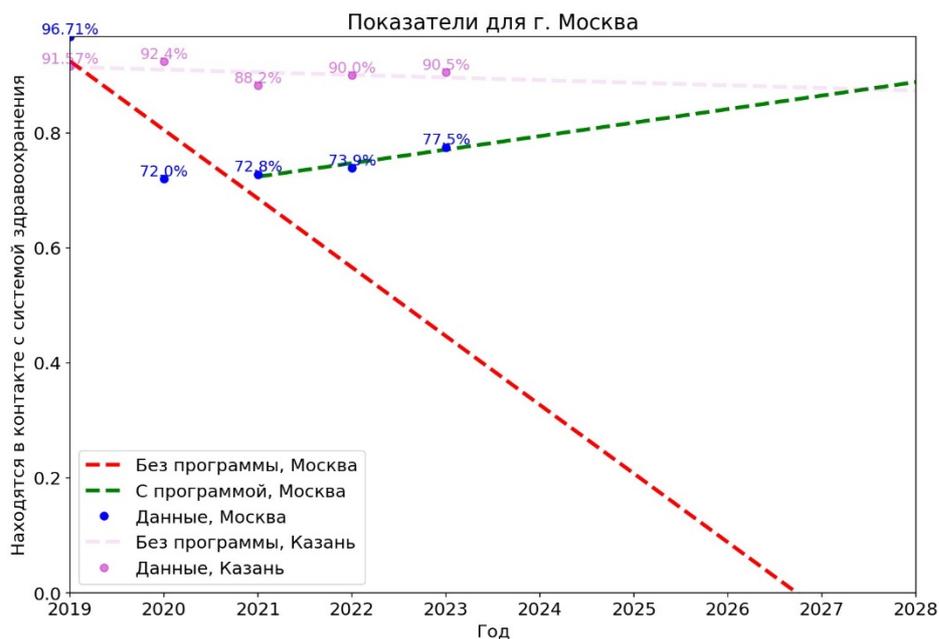


Рис. 1.10. Доля ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения, Москва. Результат классификации: кластер 1.

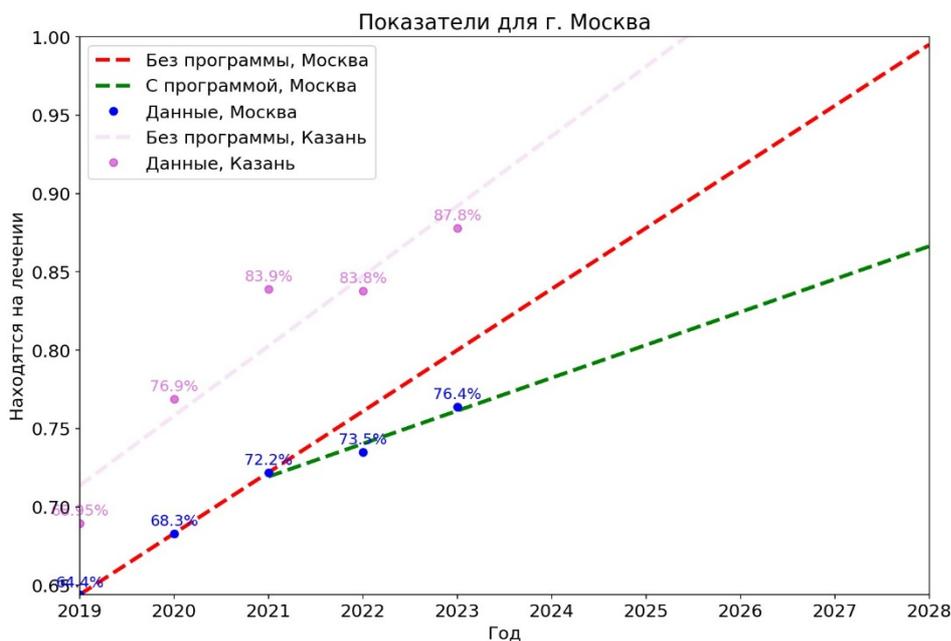


Рис. 1.11. Доля ЛЖВ, находящихся на лечении, Москва. Результат классификации: кластер 2.

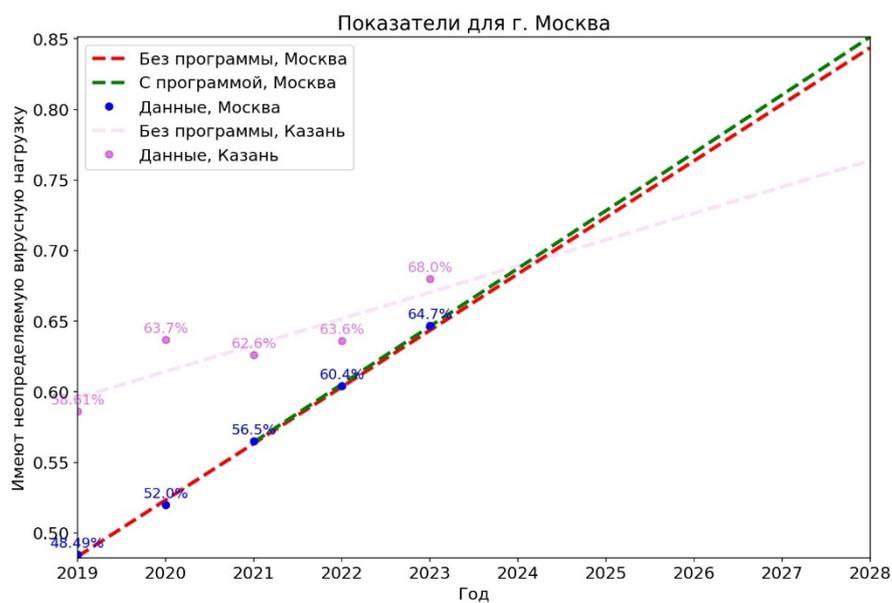


Рис. 1.12. Доля ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой, Москва. Результат классификации: кластер 2.

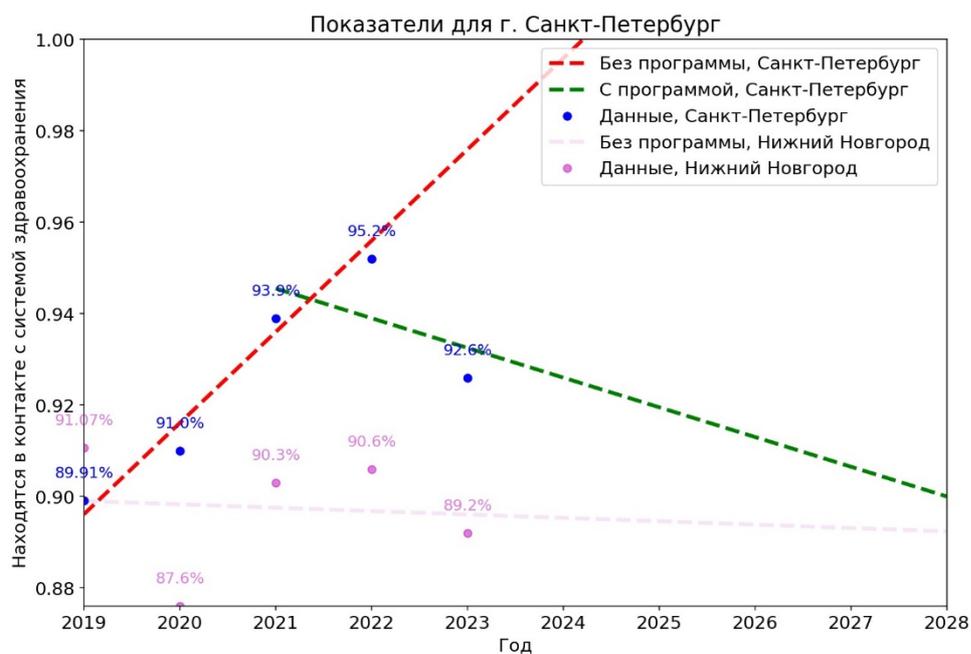


Рис. 1.13. Доля ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения, Санкт-Петербург. Результат классификации: кластер 3.

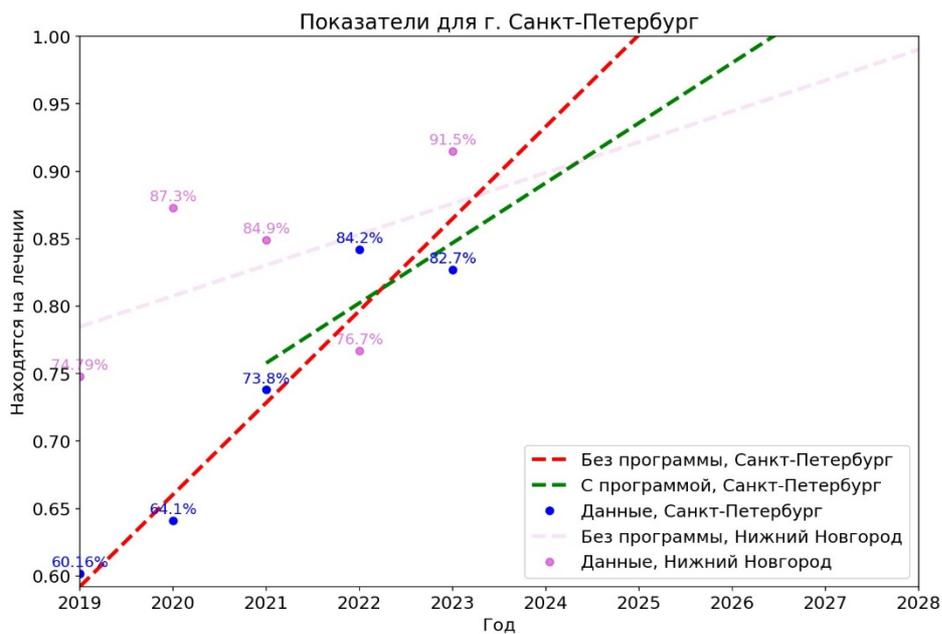


Рис. 1.14. Доля ЛЖВ, находящихся на лечении, Санкт-Петербург. Результат классификации: кластер 2.

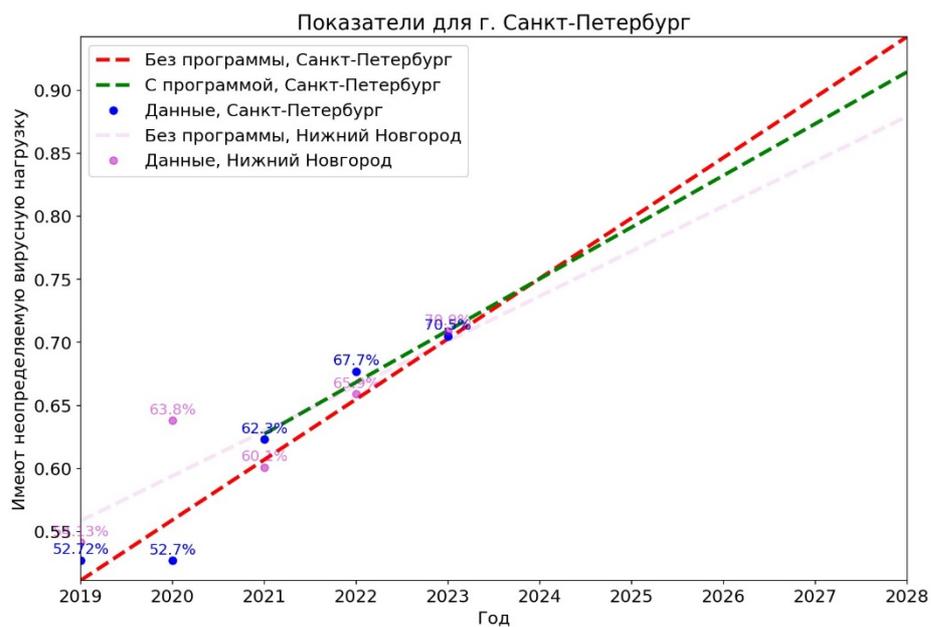


Рис. 1.15. Доля ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой, Санкт-Петербург. Результат классификации: кластер 2.

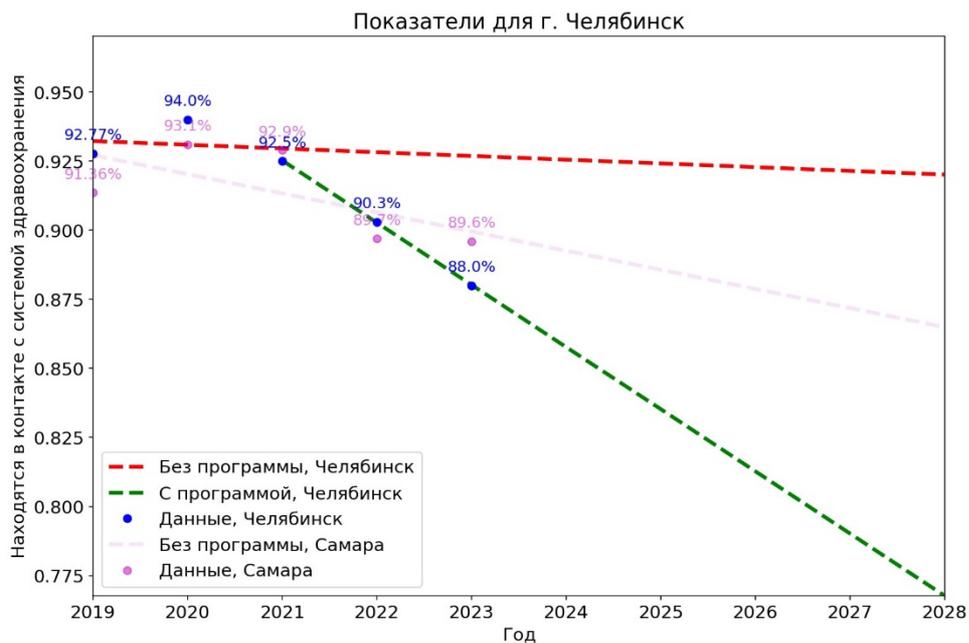


Рис. 1.16. Доля ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения, Челябинск. Результат классификации: кластер 2.

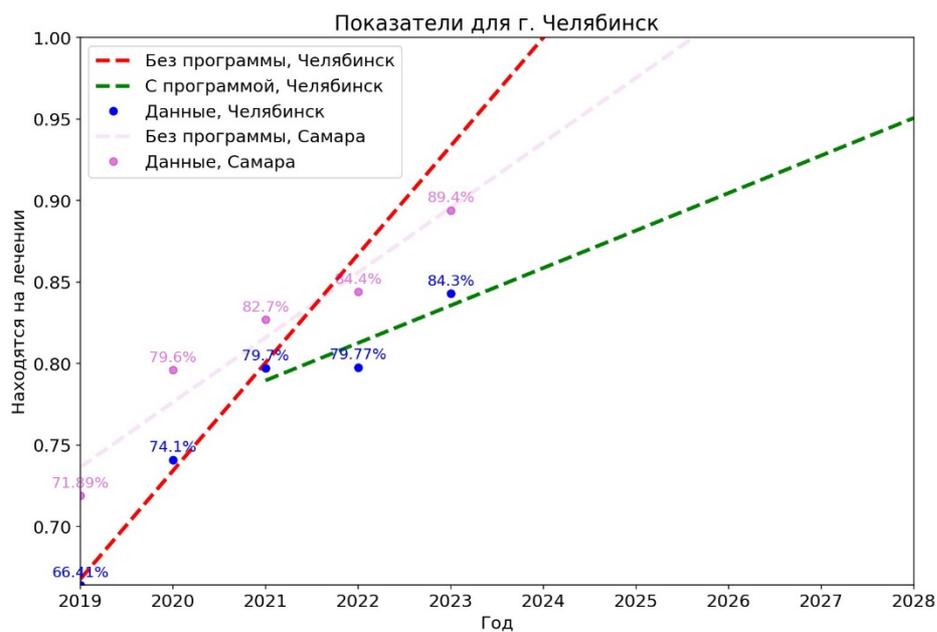


Рис. 1.17. Доля ЛЖВ, находящихся на лечении, Челябинск. Результат классификации: кластер 2.

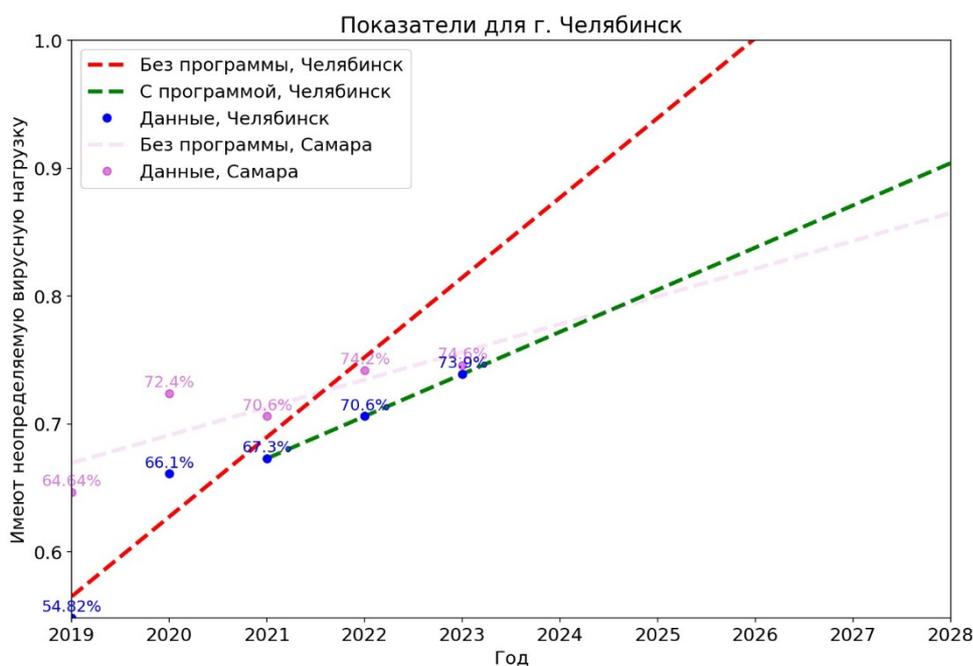


Рис. 1.18. Доля ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой, Челябинск. Выброс 2022 г.

Заменён усреднённым значением. Результат классификации: кластер 1.

Выводы по разделу. Таким образом, по результатам анализа прогнозов, полученных статистическими моделями, можно говорить о возможном эффекте, замеченном в двух случаях из девяти. В остальных случаях потенциальный эффект выявить не удалось. Нужно оговориться, что статистический анализ подобного рода сильно зависит от качества данных и в идеале требует интерпретации наблюдаемых тенденций с точки зрения специалистов предметной области. Необходимо брать в расчёт внешние факторы, не связанные с программой, которые могут значительно повлиять на наблюдаемые тенденции (как-то: рост показателя в силу действий органов здравоохранения, падения показателя, связанное с изменением работы системы учёта, пр.) и быть ошибочно интерпретируемыми в качестве эффекта программы. Более устойчивые и обоснованные результаты могут быть предоставлены объясняющими моделями, например, популяционными SIR-моделями, применение которых описано в следующем разделе.

Математическое моделирование на основе популяционных (компаратментальных) SIR-моделей

Модели

Детализированная популяционная модель

Модельные предположения для наиболее общей постановки задачи моделирования:

- Шаг по времени – один год

- Моделирование происходит для каждой КГН и каждого региона независимо от других, переходы между КГН не рассматриваются
- Интенсивность перехода КГН в состояние КГН ВИЧ+ (заражение КГН) задаётся параметром $\beta = \beta(\cdot)$, являющимся функцией численностей различных категорий КГН ВИЧ+, а также численности инфицированных в генерализованной популяции
- Параметры σ_i отражают прохождение КГН ВИЧ+ по каскаду
- Параметры δ_j отражают возврат ЛЖВ на более ранние этапы каскада
- При необходимости можно не разделять группы параметров σ_i и δ_i , введя вместо них новую группу параметров $\mu_i = \sigma_i - \delta_i$
- Параметры ν_k отражают смертность в соответствующих группах населения. Можно предполагать, что $\nu_5 = \nu_0$, т.е. в последней группе КГН ВИЧ+ смертность не превышает таковую для здоровых КГН
- Цель предпринимаемых в рамках программы мер задаётся в виде увеличения эффективности прохождения ЛЖВ по каскаду (максимизация значений параметров σ_i и минимизация значений параметров δ_i) и, как следствие, ограничение динамики распространения ВИЧ (уменьшение значения $\beta = \beta(\cdot)$)

Уравнения модели для изолированных КГН без перекрёстного заражения в предположении одинаковой инфекционности всех групп ЛЖВ и внешним фактором заражения общей популяции f_G выглядят следующим образом:

$$\frac{dS_P}{dt} = -\beta S_P (X_P + I_P + T_P) - f_G S_P - \nu_S^{(P)} S_P;$$

$$\frac{dX_P}{dt} = \beta S_P (X_P + I_P + T_P) + f_G S_P - \sigma_{XI}^{(P)} X_P + \delta_{IX}^{(P)} I_P - \nu_X^{(P)} X_P;$$

$$\frac{dI_P}{dt} = \sigma_{XI}^{(P)} X_P - (\sigma_{IT}^{(P)} + \delta_{IX}^{(P)} + \nu_I^{(P)}) I_P + \delta_{TI}^{(P)} T_P;$$

$$\frac{dT_P}{dt} = \sigma_{IT}^{(P)} I_P - (\sigma_{TH}^{(P)} + \delta_{TI}^{(P)} + \nu_T^{(P)}) T_P + \delta_{HT}^{(P)} H_P;$$

$$\frac{dH_P}{dt} = \sigma_{TH}^{(P)} T_P - (\sigma_{HR}^{(P)} + \delta_{HT}^{(P)} + \nu_H^{(P)}) H_P + \delta_{RH}^{(P)} R_P;$$

$$\frac{dR_P}{dt} = \sigma_{HR}^{(P)} H_P - (\delta_{RH}^{(P)} + \nu_R^{(P)}) R_P;$$

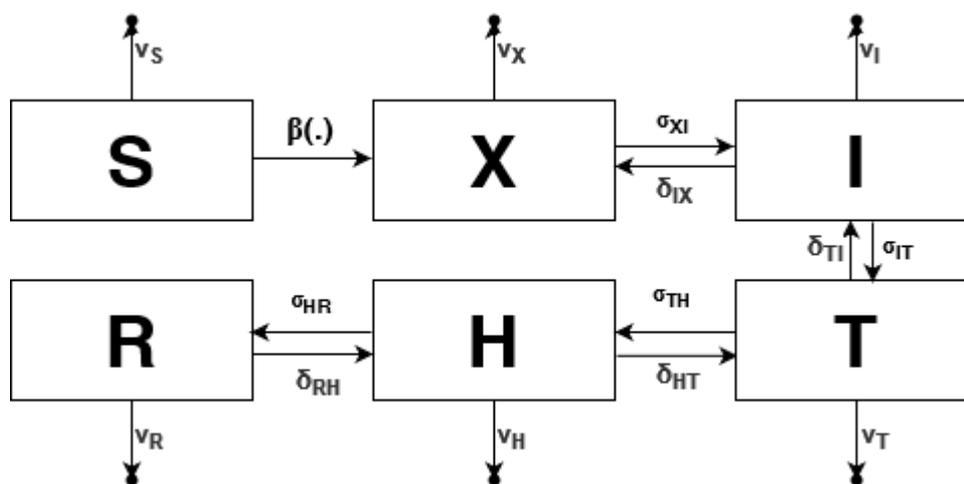


Рис. 13. Схема модели для одной КГН с учётом формульных обозначений

Параметр	Интерпретация
S_P, S_M, S_C	Доля восприимчивых (ВИЧ-) индивидов в соответствующей КГН (ЛУИН, ЛРСП, СР соответственно)
X_P, X_M, X_C	Доля невыявленных ЛЖВ КГН (ЛУИН, ЛРСП, СР)
I_P, I_M, I_C	Доля выявленных ЛЖВ в КГН (ЛУИН, ЛРСП, СР)
T_P, T_M, T_C	Доля ЛЖВ в контакте с системой здравоохранения (ЛУИН, ЛРСП, СР)
H_P, H_M, H_C	Доля ЛЖВ, получающих АРВТ (ЛУИН, ЛРСП, СР)
R_P, R_M, R_C	Доля ЛЖВ с неопределяемой вирусной нагрузкой (ЛУИН, ЛРСП, СР)
β_{XYZ}	Интенсивность эффективных контактов (контактов с последующим заражением) между ВИЧ- индивидами КГН X и ВИЧ+ индивидами КГН Y в состоянии Z, где $X, Y \in \{P, M, C\}$; $Z \in \{S, X, I, T, H, R\}$
$\delta_{YZ}^{(X)}$	Интенсивность передвижения индивидов КГН X по каскаду из состояния Y в состояние Z, где $X \in \{P, M, C\}$; $Y, Z \in \{S, X, I, T, H, R\}$
$\sigma_{ZY}^{(X)}$	Интенсивность обратного перехода индивидов КГН X из состояния Z в состояние Y вследствие выпадения из каскада, где $X \in \{P, M, C\}$; $Y, Z \in \{S, X, I, T, H, R\}$
$v_Y^{(X)}$	Интенсивность смертности индивидов КГН X в состоянии Y, где $X \in \{P, M, C\}$; $Y \in \{S, X, I, T, H, R\}$

Таблица 1. Параметры детальной модели и их интерпретация

Листинг вычислительной процедуры для модели приведен в Приложении 2.1. Примеры выходных траекторий модели приведены на рис. 8. Здесь в тестовых целях изображена номенклатура выводимых траекторий модели без конкретной привязки к данным. На графике представлен вариант траекторий с **быстрым истощением резервуара восприимчивых КГН с дальнейшим ростом числа индивидов с неопределяемой вирусной нагрузкой с пиком в 2024 г.** Эксперименты с данными с использованием данной модели не проводились, поскольку имеющаяся номенклатура данных потребовала редукции пространства параметров модели путём её упрощения.

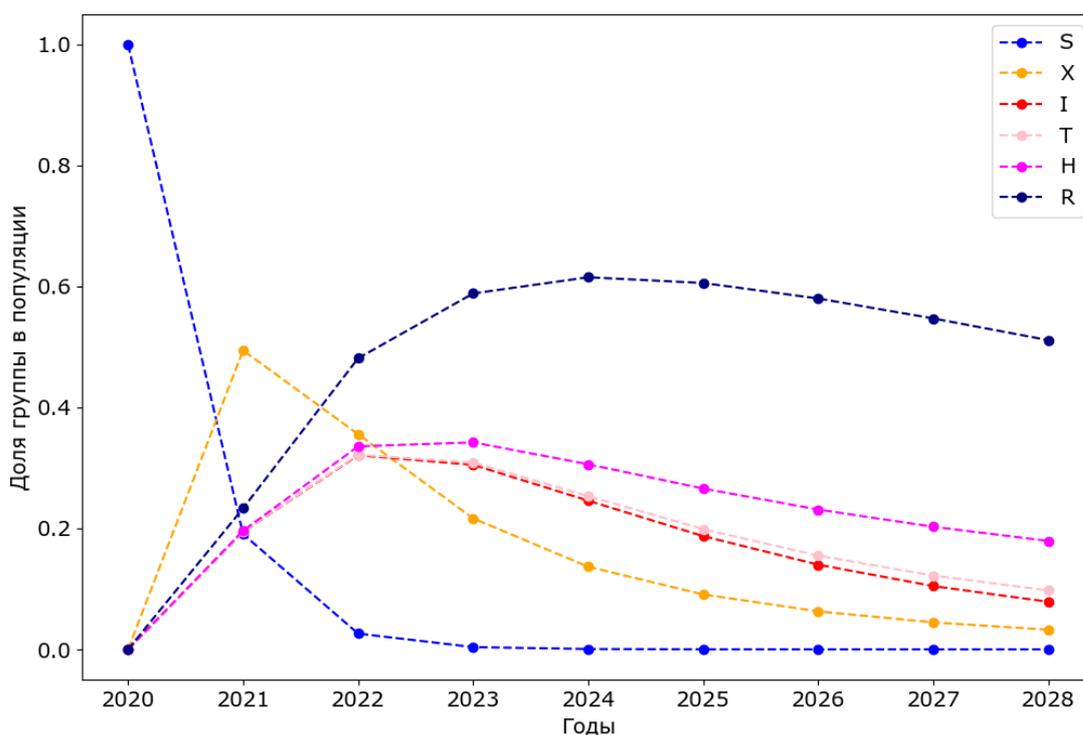


Рис. 14. Пример выходных траекторий модели

Упрощённая компартментальная модель

В упрощенной версии модели относительно смертности принимаем следующие предположения:

1. Индивиды в состоянии ремиссии не умирают от ВИЧ, следовательно, их смертность совпадает с таковой для ВИЧ- из данной КГН
2. Невыявленные, выявленные и в контакте с системой здравоохранения (X, I, T) умирают одинаково (как ВИЧ+). ВИЧ-обусловленная смертность добавляется поверх обычной средней по популяции смертности у всех КГН

3. Проходящие лечение ВИЧ+ (группа Н) по смертности находятся в промежуточном состоянии между индивидами из п.2 (больные) и п.1 (здоровые/ремиссия)

4. Смертность "нормальная" отличается у ЛУИН - она повышенная по сравнению с остальными группами риска

Для дальнейшего упрощения модели с целью облегчить ее калибровку на данные вводятся следующие предположения:

- Ненаблюдаемая категория ЛЖВ задаёт постоянный приток в группу инфицированных I и не является целевым показателем для уменьшения в рамках программы, поэтому в модели она может быть опущена.
- Индивиды, стоящие на учёте в органах здравоохранения, и индивиды, получающие терапию, могут быть объединены в одну группу I, т.е. $I:=I+N$.

Формула упрощенной модели принимает вид:

$$\frac{dS}{dt} = -\beta SI - v_S S;$$

$$\frac{dI}{dt} = \beta SI - \gamma I - v_I I;$$

$$\frac{dR}{dt} = \gamma I - v_S R;$$

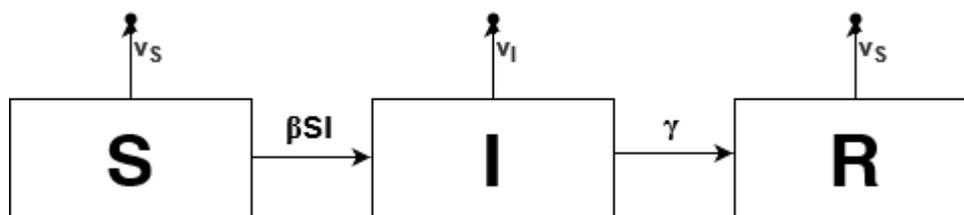


Рис. 15. Схема упрощенной модели

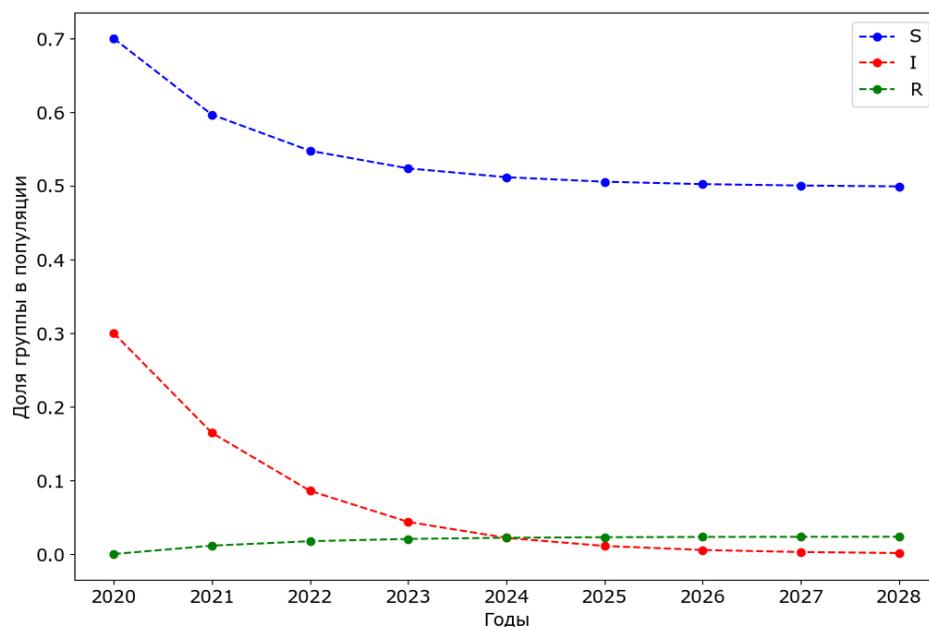


Рис. 16. Выходные траектории модели

Схема модели и пример выходных траекторий приведены на рис. 9-10. Листинг модели приведён в Приложении 2.2. Представлен гипотетический сценарий взаимодействия процесса охвата популяции ВИЧ с его дальнейшим выявлением. Как видно из графика, в котором количество ВИЧ- падает, при этом доля выявленных ЛЖВ падает, а доля ЛЖВ с НВН растет.

В терминах упрощённой модели целью моделирования является максимизация $R/(I+R)$ (доля ЛЖВ с ненаблюдаемой вирусной нагрузкой), управляющей переменной при этом является γ (интенсивность перехода из I в R).

Поиск оптимальных параметров модели осуществляется с помощью автоматической калибровки методом BFGS.

Калибровка модели на данные

Преобразование данных

Были приняты следующие предположения:

- ЛЖВ, не относящихся к КГН, приписываются к генеральной популяции (индивиды вне групп риска)
- Доля ЛЖВ, не относящихся к КГН, неизменна по времени.

Москва и Санкт-Петербург

Входные данные для модели: динамика распределения размеров КГН по разным стадиям каскада в Москве и Санкт-Петербурге за 2020-2023 гг., посчитанная путём интерполяции на основе вышеозначенных данных и предположений

Пересчёт данных:

- Для каждого рассматриваемого города в качестве референсного числа принимается суммарное количество выявленных ЛЖВ из числа КГН по оценке за 2023 г. (приложение отчёта по проекту, использовались данные IBBS 2023).
- Тот факт, что в некоторых городах для некоторых данных, суммарное число ВИЧ+ КГН превышает общее число выявленных ЛЖВ согласно данным 2 этапа проекта, требует дополнительного исследования. На данном этапе предполагается недоучёт ЛЖВ в данных IBBS 2023, что при постулировании заданного процента недоучёта продолжать подготавливать данные для моделирования, ориентируясь на динамику ЛЖВ как на данные, нуждающиеся в нормировке.
- Предполагается верной следующая пропорция, где $Y_P(2023)$ – размер КГН типа P в модельном состоянии Y в 2023 г., $Y_{\Sigma}(2023)$ – суммарное количество ЛЖВ в модельном состоянии Y в 2023 г.:

$$\alpha_P^Y = \frac{Y_P(2023)}{Y_{\Sigma}(2023)}$$

Расчётные значения данных величин представлены в Приложении 3.

- Используя остальную информацию из входных данных и посчитанные коэффициенты пропорциональности, восстанавливаются данные по группам модели I, H и R за 2020-2023 гг., которые составляют искомые модельные входные данные.
- Отсутствующая информация по динамике группы S вычисляется из предположения постоянства размера групп КГН по времени: $N_P(2020) = N_P(2021) = N_P(2022) = N_P(2023)$ для любой КГН.

Искомые таблицы данных для калибровки моделей представлены в Приложении 2.4.

Челябинск

Подготовку данных для моделирования ситуации в Челябинске затрудняет отсутствие оценок по размеру КГН за какой-либо из рассматриваемых годов. Была произведена подготовка двух массивов с приблизительными данными для проведения моделирования, которая основывалась на следующих допущениях:

- Относительный размер каждой КГН относительно всего населения Челябинска можно приравнять к доле референтного города.
- Коэффициенты пропорциональности α_P^Y , связывающие долю выявленных ЛЖВ каждой КГН P относительно общей численности ЛЖВ Челябинска, равны таковым для референтного города.

В качестве референтного города за неимением альтернатив брались Москва и Санкт-Петербург, несмотря на вероятное различие в особенностях ситуации относительно КГН и ЛЖВ и в этих городах по сравнению с Челябинском. Таким образом были посчитаны два набора показателей для Челябинска (см. таблица 2 и Приложение 2.4).

	Москва	Санкт-Петербург	Челябинск-1 (оценка данных по Мск)	Челябинск-2 (оценка данных по СПб)
Население города на 2023 г.	13 104 177	5 600 044	1 182 517	1 182 517
Размер группы ЛРСИ	101 252 (0,77%)	37 966 (0.68%)	9137	8017
Размер группы СР	48 159 (0.37%)	14 188 (0.25%)	4346	2996
Размер группы ЛУИН	159 574 (1.22%)	73 753 (1.32%)	14400	15574

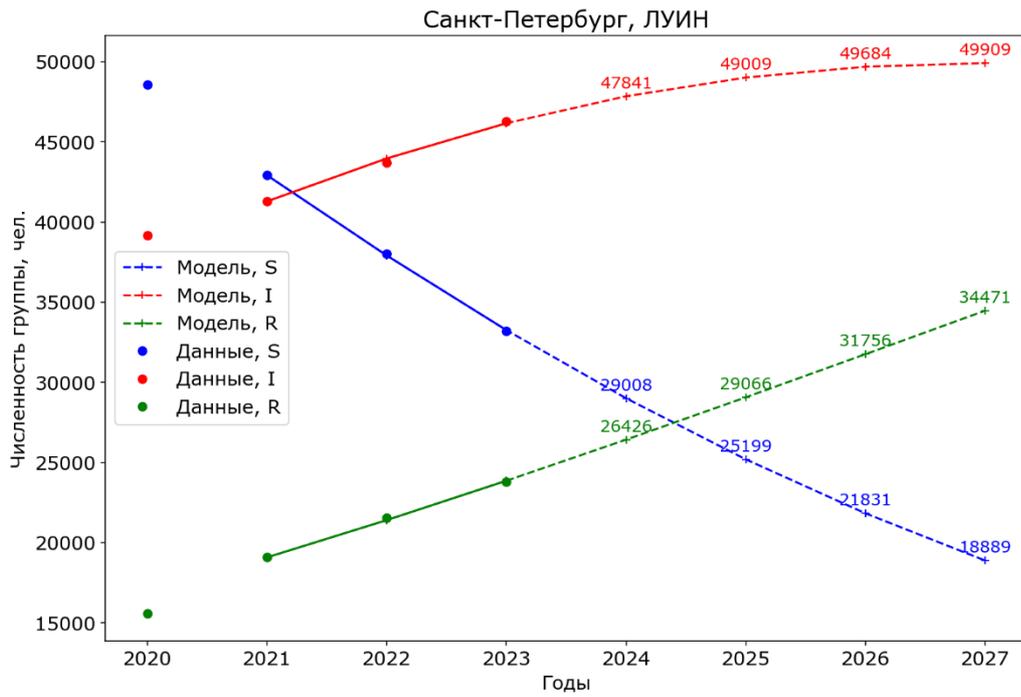
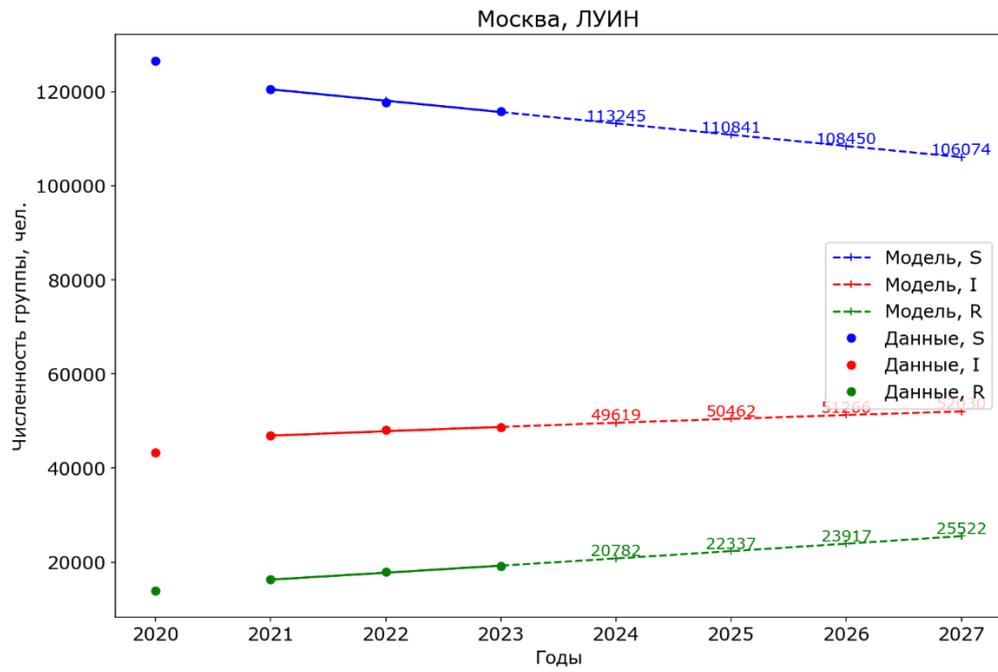
Таблица 2. Оценка численностей КГН для Челябинска

При сравнении оценок из Таблицы 2 с оценками ЛЖВ по разным модельным группам (I, H, R) было найдено несоответствие двух методов оценок. Конкретной проблемой, которую невозможно решить при существующем наборе данных, оказалось почти трёхкратное превышение оценки числа ЛЖВ из КГН по сравнению с размерами КГН, что является явным показателем неэффективности метода восстановления численностей групп для Челябинска. В силу этой причины моделирование для Челябинска не проводилось.

Прогнозирование

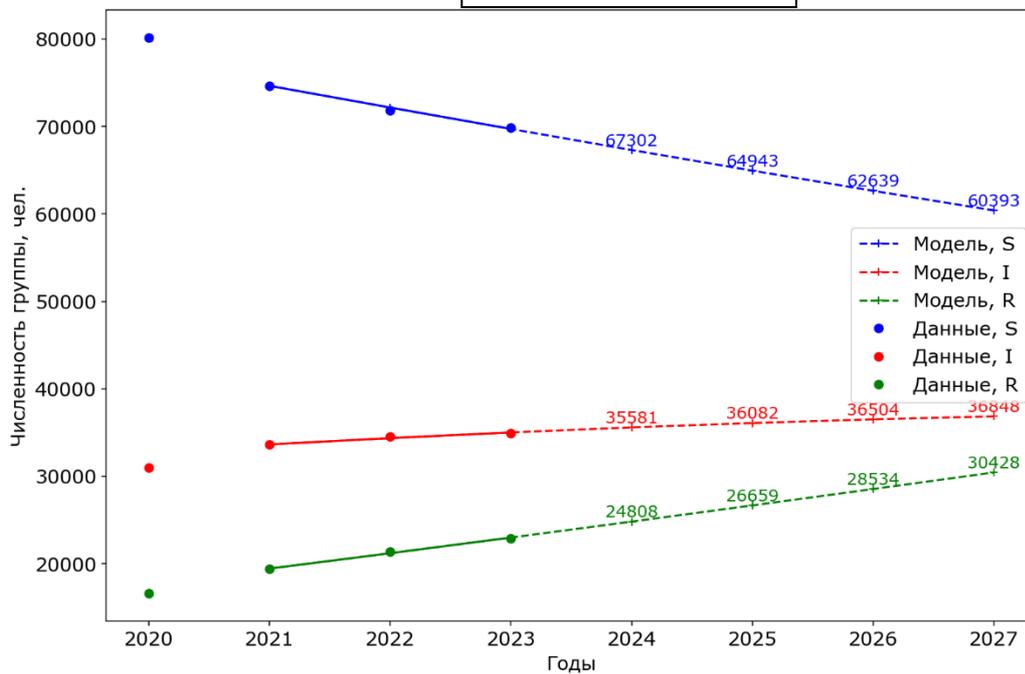
Начальным моментом запуска модели считается 2021 г. (начало программы). Откалиброванная модель использовалась для прогнозирования динамики численностей групп S, I и R до 2028 г. Графики с калибровкой SIR-модели на данные КГН для Москвы и Санкт-Петербурга приведены ниже.

Результаты калибровки SIR-модели, ЛУИН

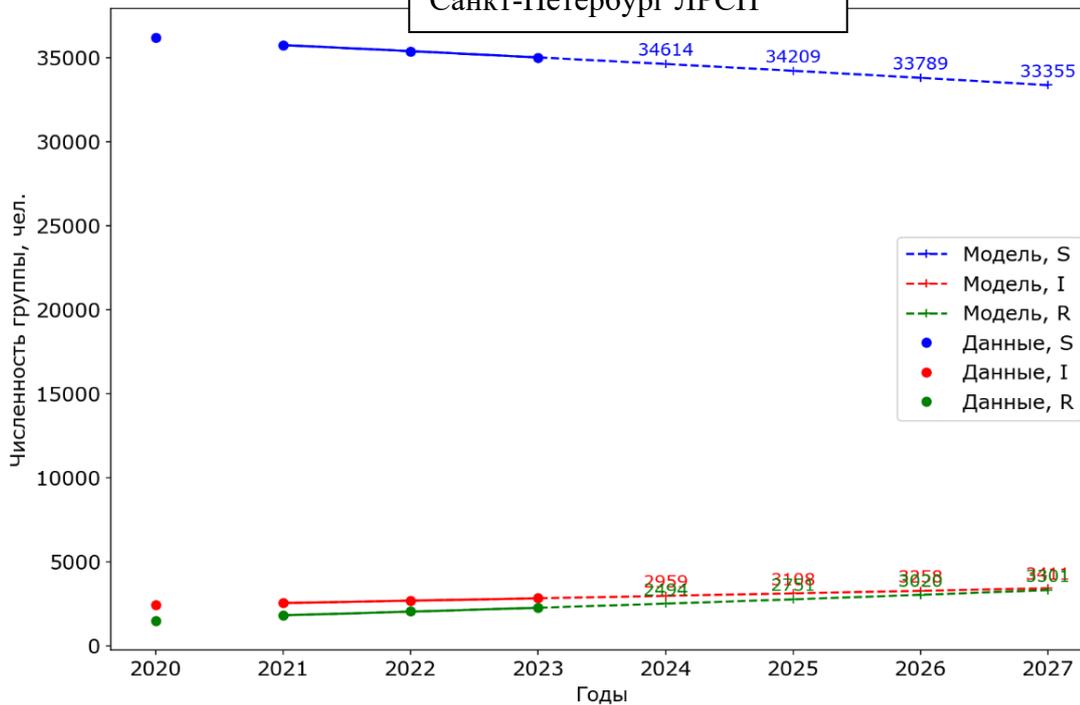


Результаты калибровки SIR-модели, ЛРСП

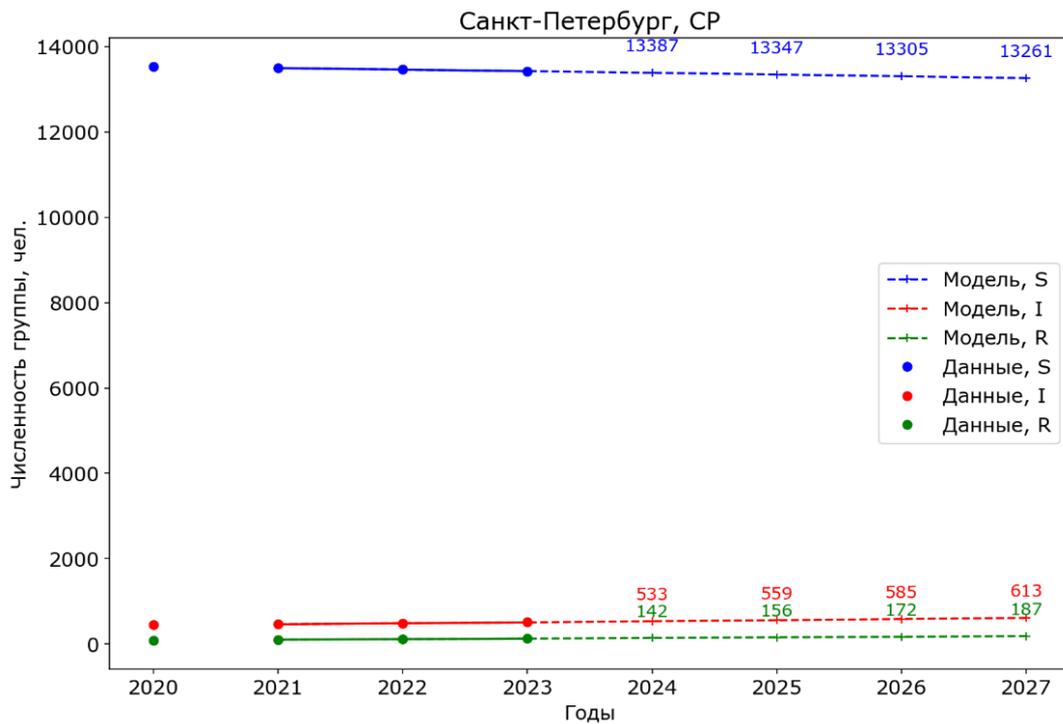
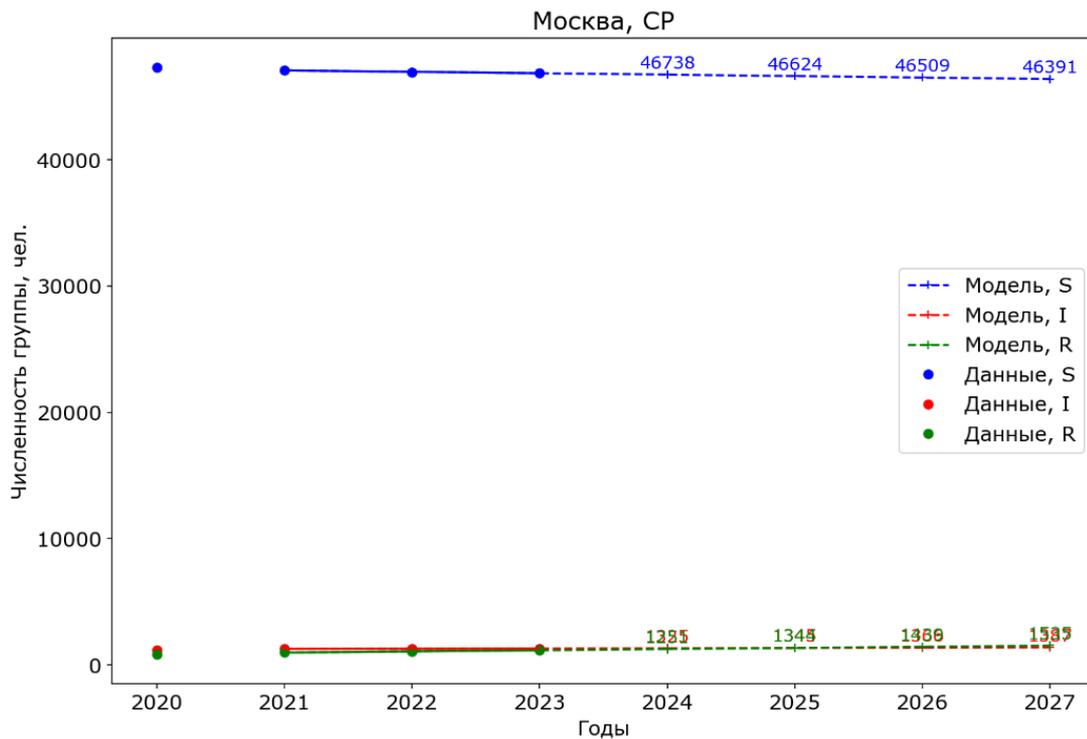
Москва ЛРСП



Санкт-Петербург ЛРСП



Результаты калибровки SIR-модели, СР



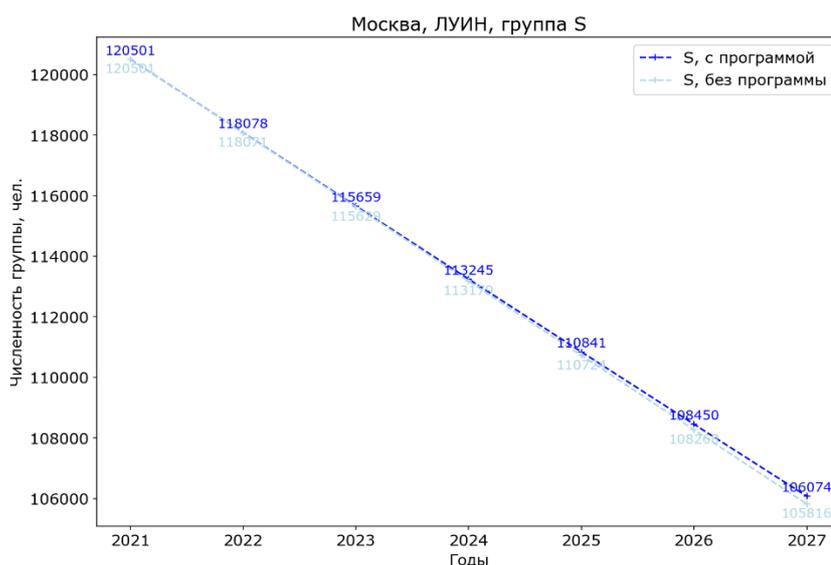
По графикам видно, что траектории SIR-модели удовлетворительно описывают данные и позволяют, аналогично статистической модели, строить прогнозные кривые. В то же время, ключевой особенностью SIR-модели, выгодно отличающей её от статистических моделей, является возможность оценки параметров, важных с точки зрения предметной области (в частности, интенсивности переходов из стадии программы в стадию), а также изменение

этих параметров для отражения эффекта изменения условий работы программы. Последнее продемонстрировано ниже в следующем разделе.

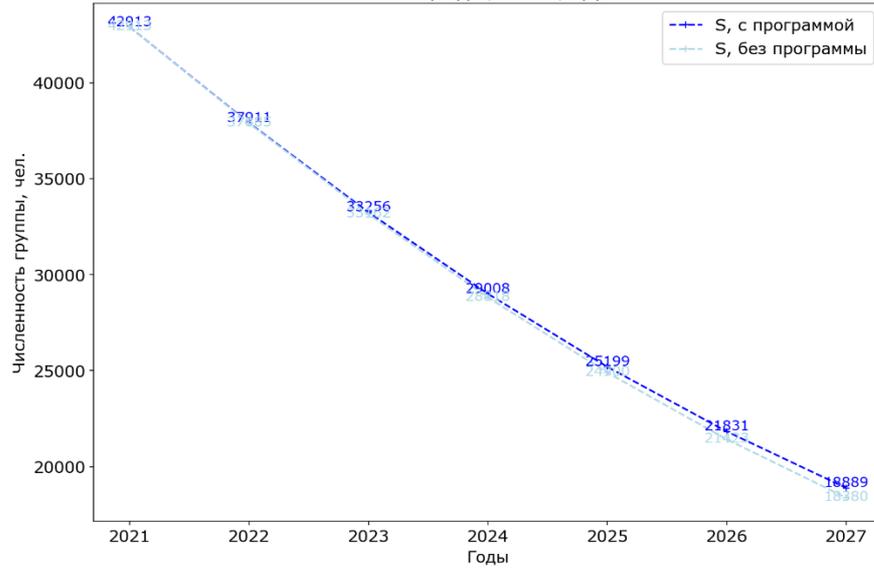
Оценка эффективности программы «КАСКАД»

Для оценки эффекта, связанного с наличием или отсутствием работающей программы «КАСКАД» в рассматриваемых городах, сравнивались графики двух модельных траекторий динамики КГН. Первый график являлся актуальным прогнозом модели на реальных данных, полученным в предыдущем разделе, а второй график символизирует гипотетический вариант динамики КГН без проведения программы. Для отражения данного факта была уменьшена величина γ (интенсивность перехода из I в R). В предположении, что охват программы составляет 20%, при полном прекращении программы предполагается соответствующее падение значения γ , т.е. моделирование должно производиться со значением $\gamma' = 0.8 * \gamma$. Результаты вычислительных экспериментов приведены ниже.

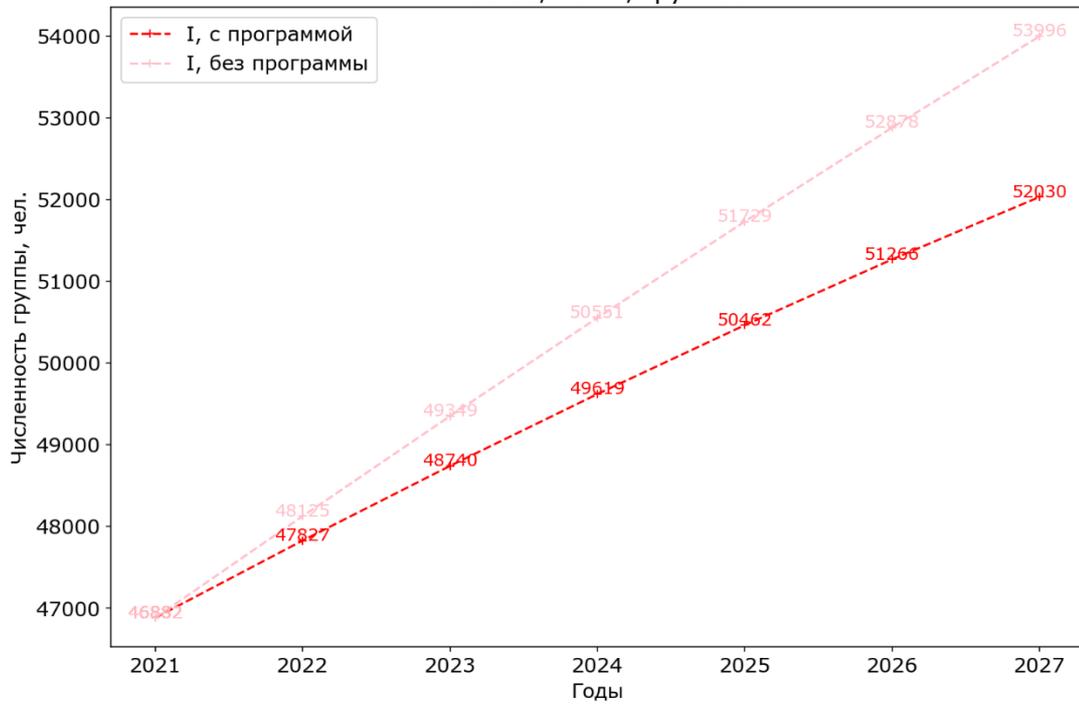
Результаты, динамика ЛУИН без применения и с применением программы



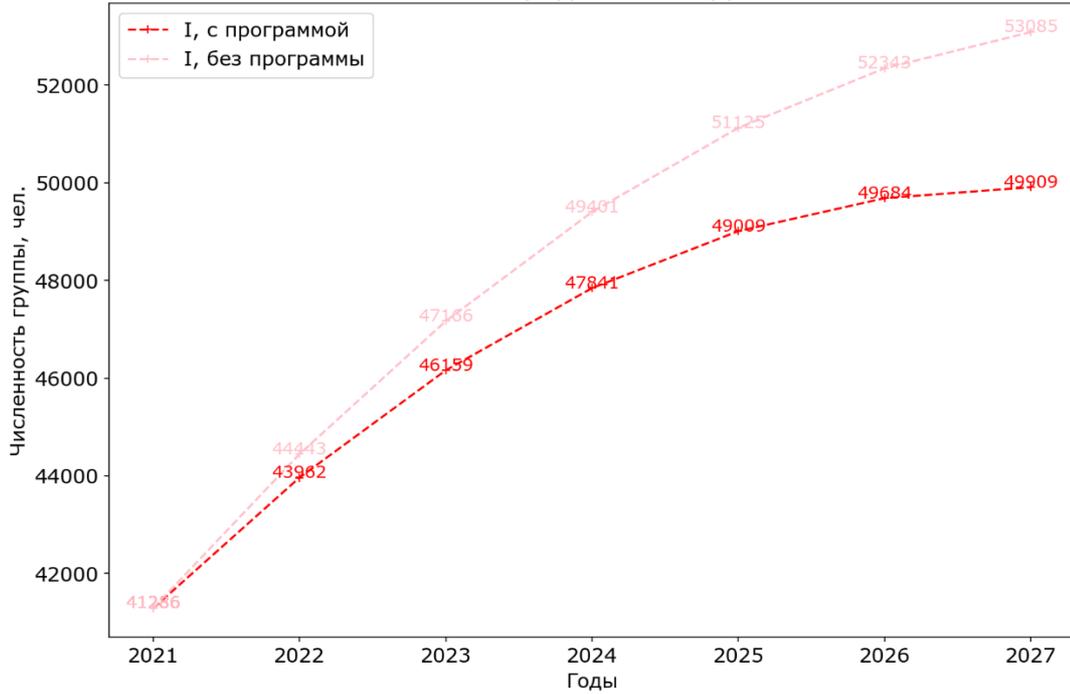
Санкт-Петербург, ЛУИН, группа S



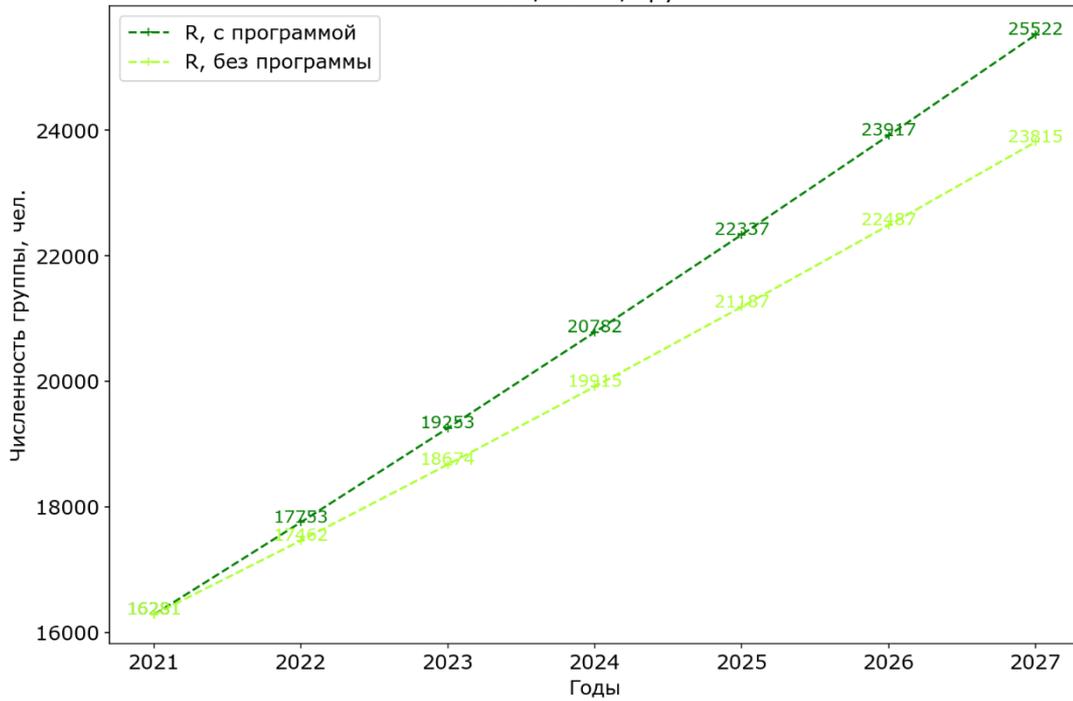
Москва, ЛУИН, группа I

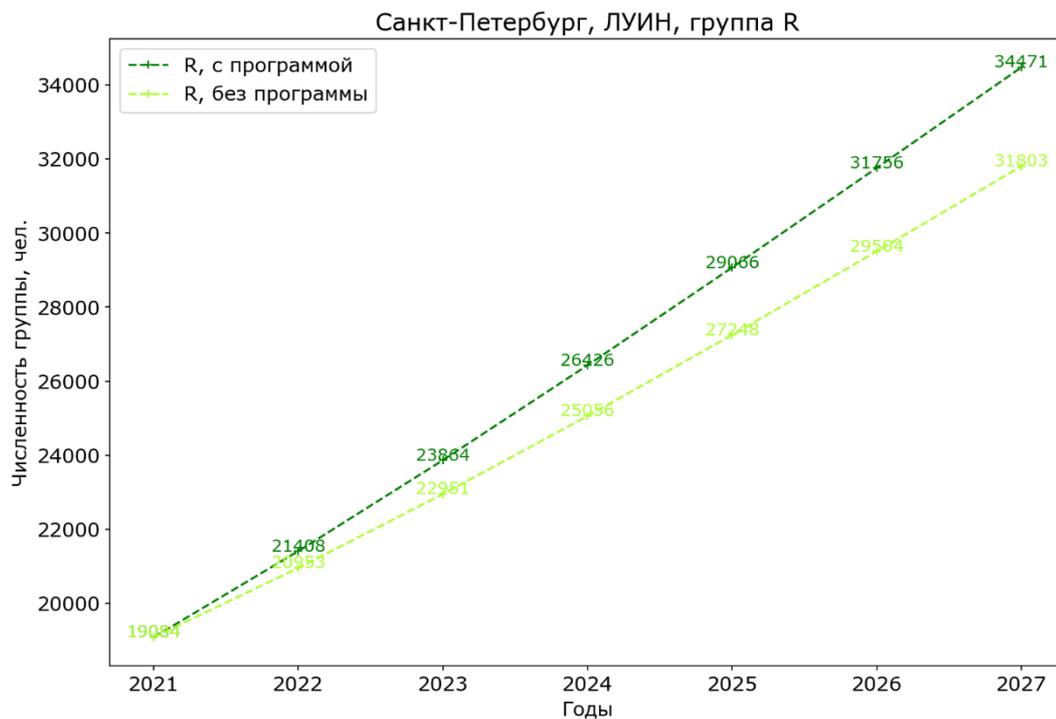


Санкт-Петербург, ЛУИН, группа I

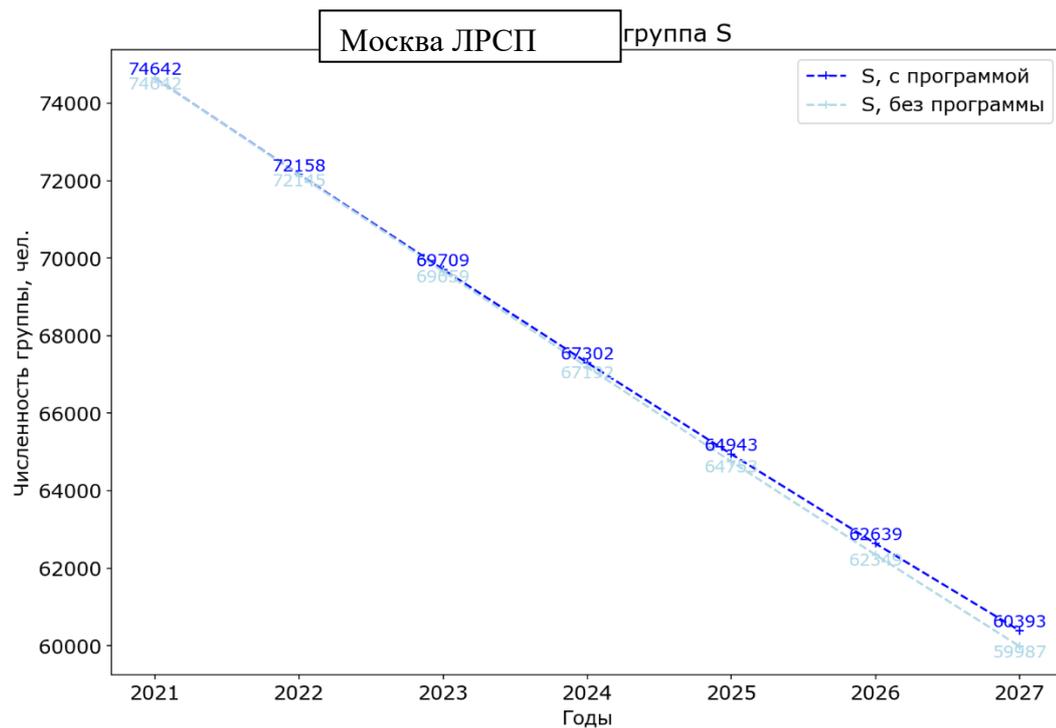


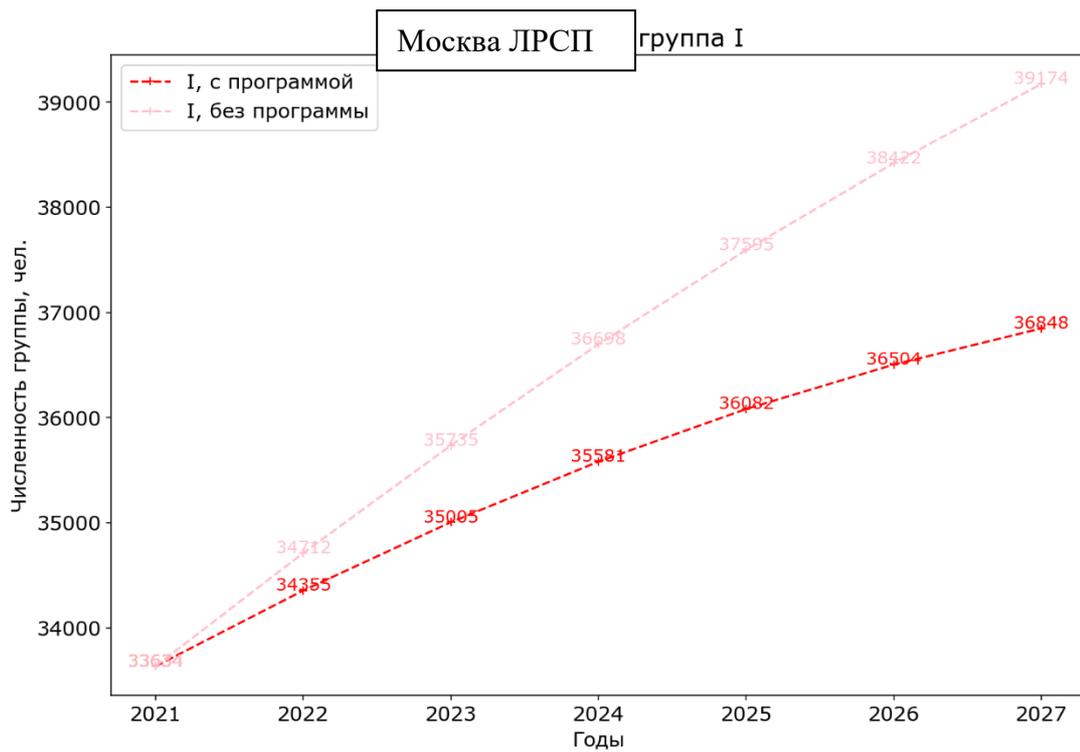
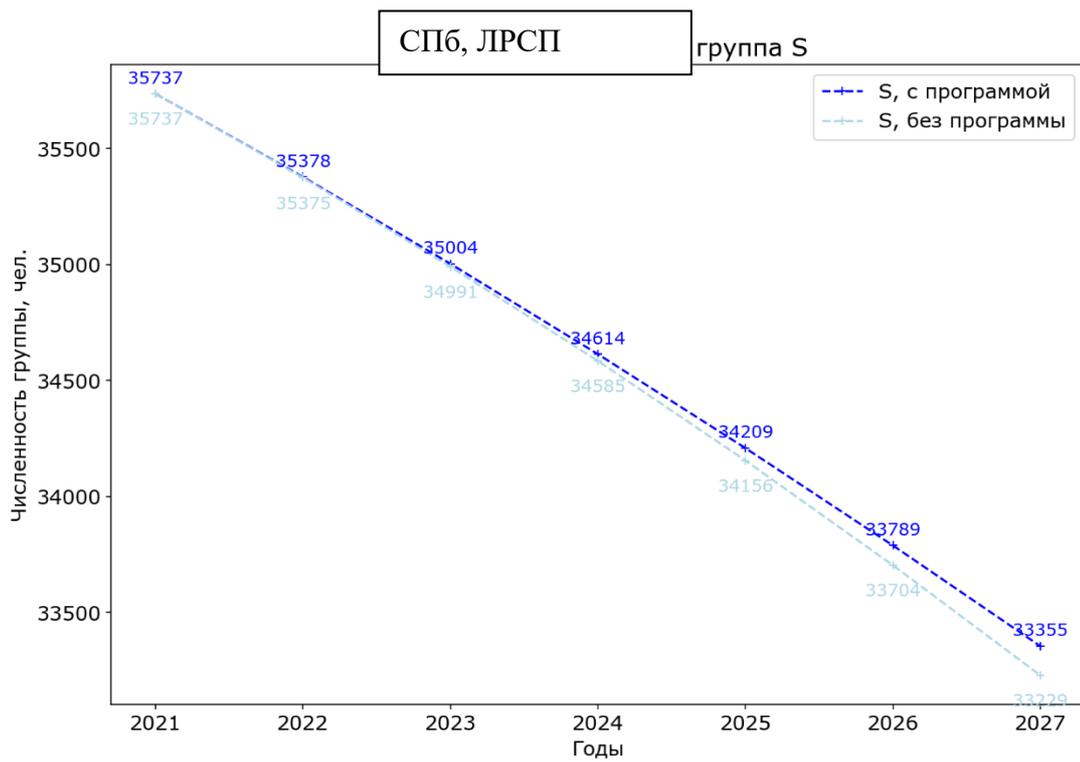
Москва, ЛУИН, группа R

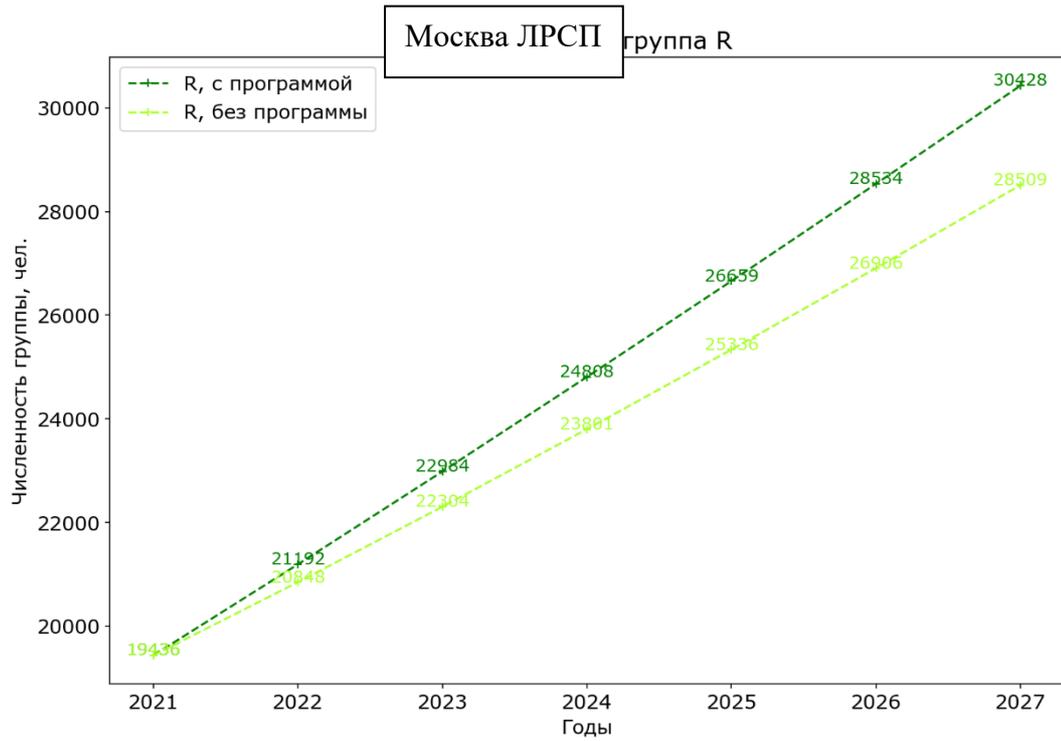
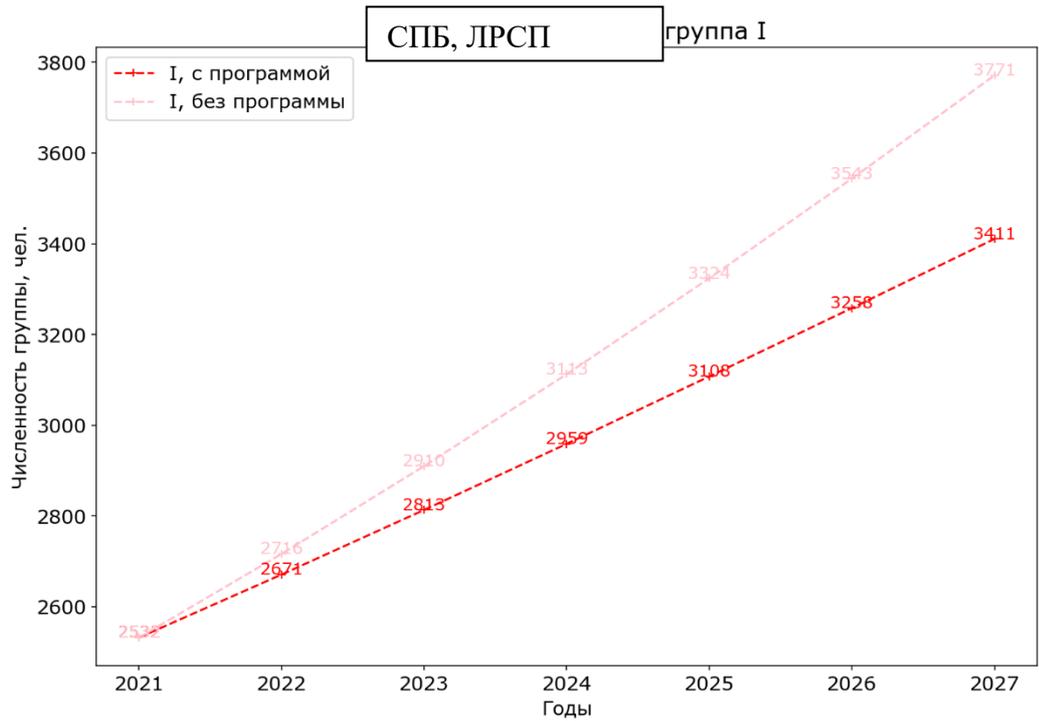


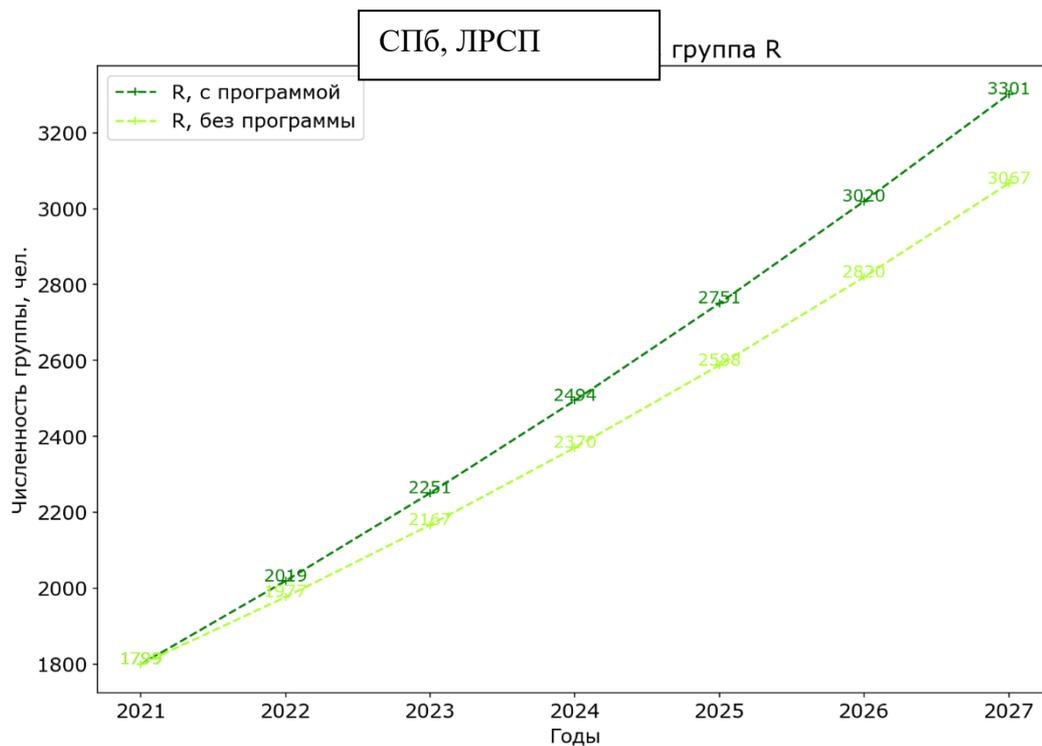


Результаты, динамика ЛРСП без применения и с применением программы

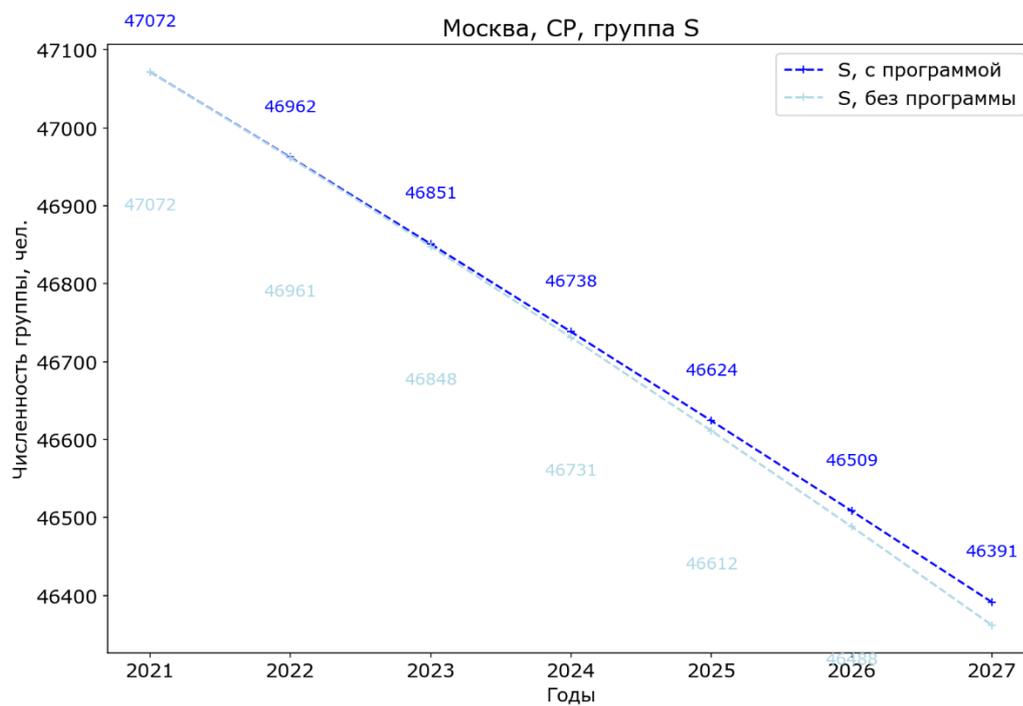


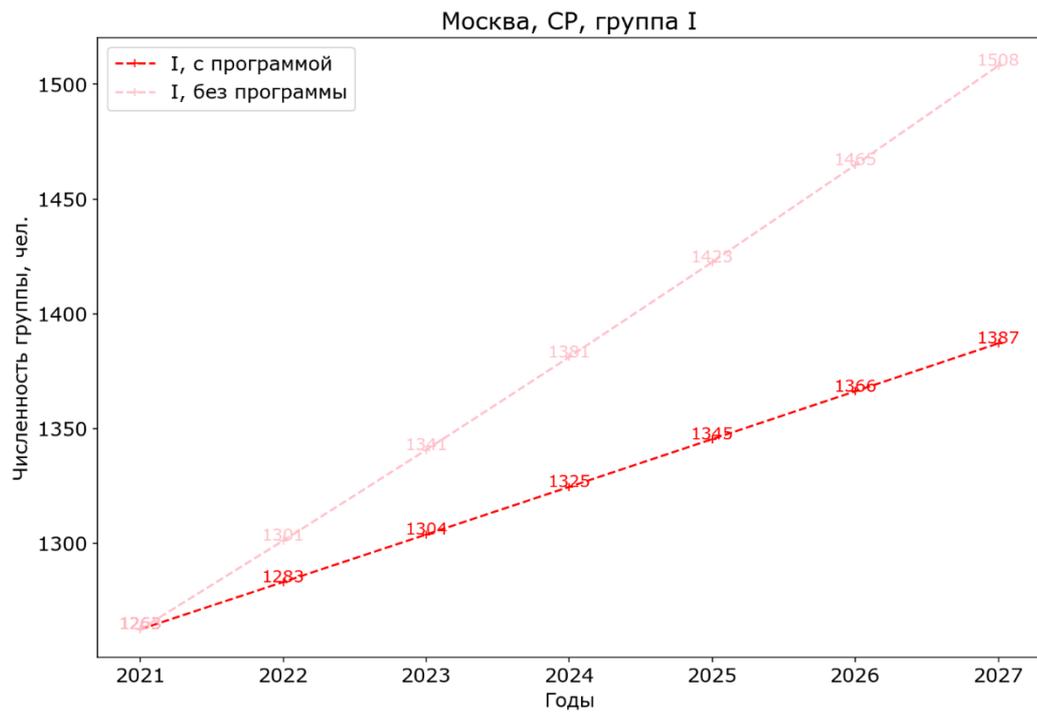
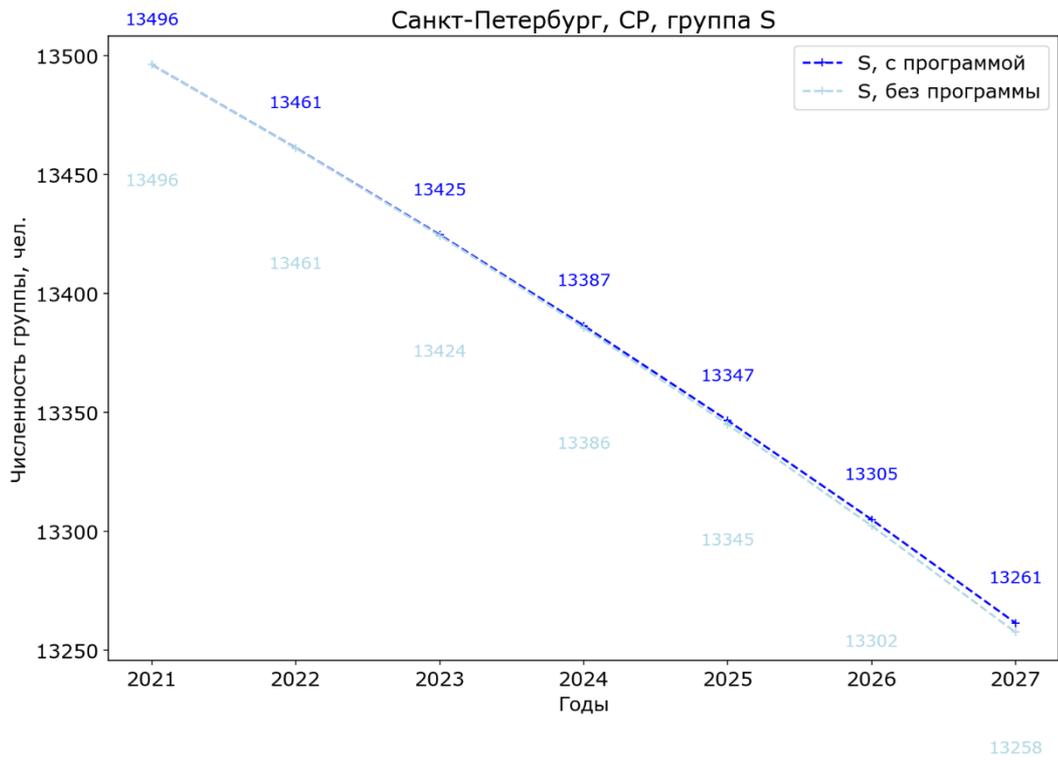




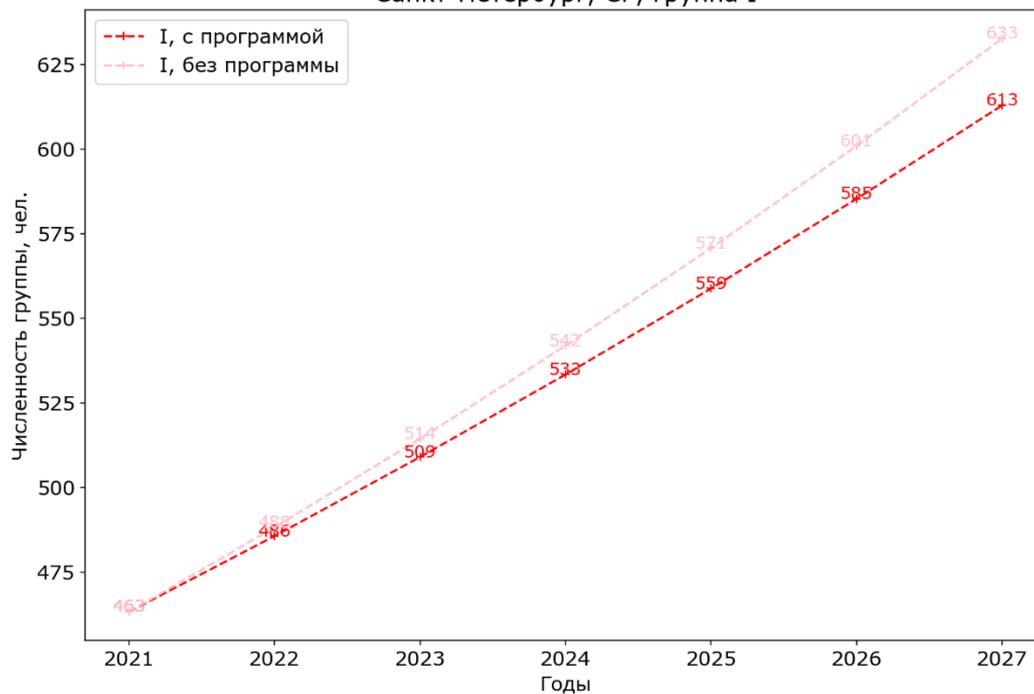


Результаты, динамика СР без применения и с применением программы

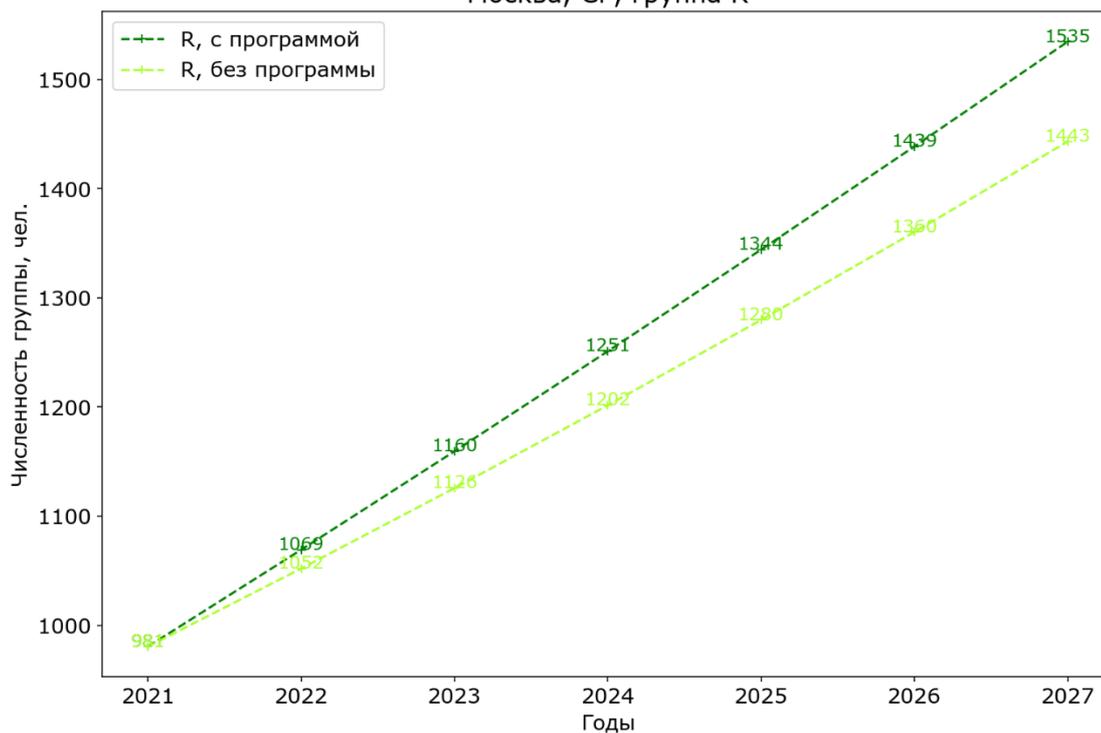


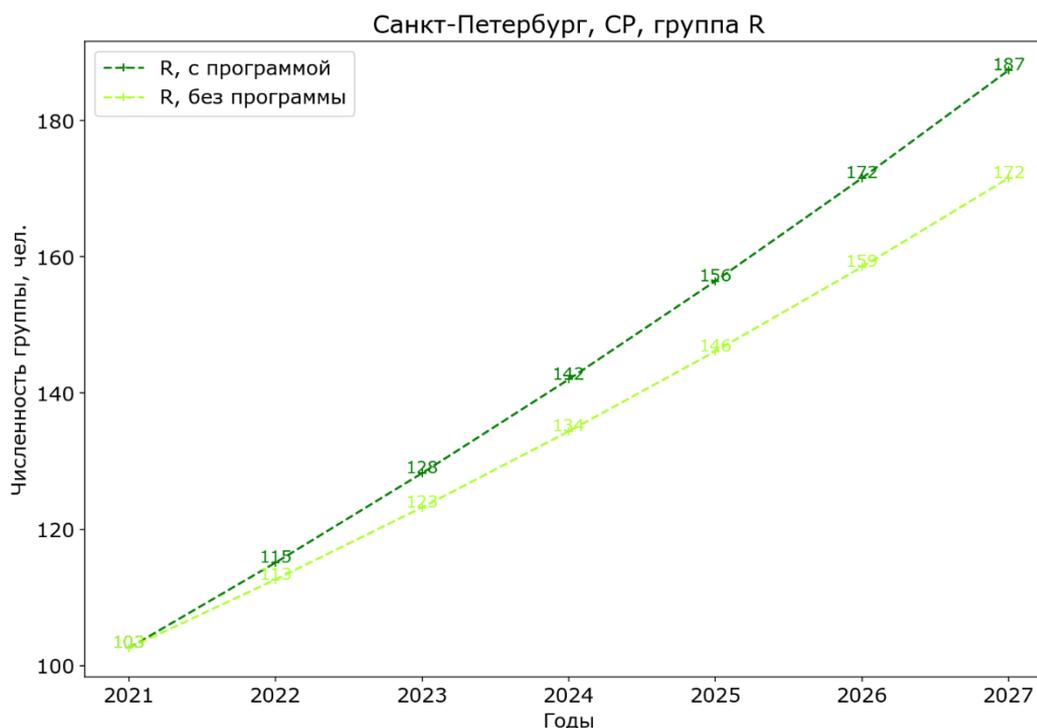


Санкт-Петербург, СР, группа I



Москва, СР, группа R





Как видно из графиков, эффект присутствия программы виден почти во всех КГН и городах. Следует, однако, отметить, что согласно некоторым оценкам, охват программы не превышает 8% во все годы и во всех городах, что означает падение эффекта примерно в два раза по сравнению с расчётным, приведённым здесь.

В рамках данной работы продемонстрировано использование двух подходов к моделированию и прогнозированию динамики прохождения лиц КГН по каскаду в различных городах РФ. Из указанных подходов более эффективным представляется вариант с SIR-моделью, поскольку он меньше зависит от ошибок и неточностей в данных. Учитывая незначительный объем входных данных, доступный для настройки моделей, поиск тенденций с помощью статистических моделей в динамике пребывания КГН на различных стадиях каскада может привести к обманчивым выводам. В то же время, SIR-модель требует дополнительных данных, которые приходится оценивать, исходя из ограниченного набора предположений, и в случае ошибок в формулировке предположений можно прийти к некорректной работе модели. Применение SIR-моделей с наиболее полным использованием преимуществ подхода, например, таких как оценка альтернативных сценариев, связанных с мерами борьбы с ВИЧ, и анализ их экономических преимуществ, возможно лишь при наличии верифицированных наборов входных данных. В случае расширения номенклатуры данных для моделирования становится реалистичным использование более детальных SIR-

моделей и генерацию сценариев для измерения эффектов воздействия на отдельные КГН в отдельных стадиях каскада.

4. ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА «КАСКАД» ФАКТИЧЕСКАЯ СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ по городам и по КГН

Расчёт основан на составе услуг и количественных показателях, представленных в файле КАСКАД_МиО_2023_для_LFA - с одной стороны; на стоимостных и количественных показателях файла Каскад_справочник_фактическое расходование средств_01.05.2024. Так как количественные данные учтены по фактической раздаче, даже если в плане отдельные предметы (в частности, налоксон, шприцы и иголки) предполагались для одной КГН, в расчёте стоимости комплексной услуги включены везде, где были указаны.

Все расчёты ведутся в денежных единицах, используемых в бюджете (далее ден. ед.)

Комплексная услуга в каждом городе, у каждой КГН состоит из нескольких частей:

- 1) выдача базового сервисного пакета
- 2) консультирование
- 3) тестирование

Также необходимо учесть

- 4) организационные расходы проекта
- 5) расходы на продвижение проекта

Также есть 6) дополнительные расходы

* КГН РСП по компоненту «Химсекс» – выделены отдельно консультации и прочие расходы, включая специализированные печатные материалы.

* во всех КГН - расходы, связанные с сопровождением (ЛЖВ).

Учитывая вышесказанное, расчёт стоимости комплексной услуги проводился в несколько этапов, с подведением промежуточных итогов на каждом из них. Использовались суммарные данные за 3 года - с 2021 по 2023

1. Расчет стоимости комплексной услуги по основным компонентам

1.1. Базовый сервисный пакет

Разделим условно на три части: шприцы, иголки, салфетки и пр. медицинские и профилактические предметы, раздаточные (информационные) материалы и краткие консультации. Расчёт последних - в разделе 1.2.

Раздаточные материалы печатаются в каждом городе отдельно, при этом расходы на них привязаны к конкретной КГН, поэтому делим затраты строк Printed Materials в каждом городе на количество материалов и получаем стоимость единицы печатных материалов. Умножаем на количество клиентов, получивших за анализируемый период материалы, и получаем сумму затраченных средств по данному пункту.

Похожим образом рассчитана и основная часть затрат на выдачу различной медицинской продукции, только их закупка проводилась централизованно. И, чтобы получить сумму расходов, полученную стоимость единицы умножаем не на число людей, получивших предмет, а на количество выданных предметов. Кроме стоимости закупки, добавляем ещё стоимость распределения между городами (общие расходы на распределение по данному пункту (если есть - для данной КГН) на общее количество закупленного по данному пункту). Стоимость большинства предметов одинакова для всех КГН, но встречаются и отдельные позиции - как, например, презервативы для ЛРСП.

Сложности: под материалы, которых не было в плане нет выделенных строк бюджета - мази, антисептики, сиз, вода. Т.к. единственные подходящие строки, где они могут быть учтены, это Office/other operational costs, то, распределяя их в п. 4, эти расходы тоже учитываем.

Пример расчёта по элементам базового сервисного пакета представлен в таблице 3.

	Достигнуто за 3 года	стоимость закупки	стоимость распределения	стоимость единицы	стоимость суммарная	стоимость на 1 уник	стоимость на 1 контакт
Выдано шприцев (всего, шт.)	1 015 876,0	0,09	0,0060	0,10	97 474,4	14,5	2,9
Спиртовые салфетки (шт.)	935 321,0	0,06	0,0025	0,06	58 503,7	8,7	1,7
Иглы (шт.)	271 846,0	0,06	0,0025	0,06	17 003,8	2,5	0,5
Презервативы (шт.)	290 821,0	0,15	0,0015	0,15	44 072,7	6,5	1,3
Лубриканты/саше (шт.)	22 129,0	0,11	0,0033	0,11	2 506,5	0,4	0,1
Лубриканты/бут. (шт.)	673,0	3,29	0,0033	3,29	2 216,4	0,3	0,1
Информационные материалы (кол-во получивших клиентов)	19 690,0	0,525	0,0000	0,53	10 337,3	1,5	0,3
Консультаций [информационных бесед при выдаче] (~5 мин.)	31 275,0	1,62		1,62	50 665,5	7,5	1,5

Таблица 3. Затраты на отдельные статьи базового сервисного пакета, ден. ед.

При расчёте затрат на 1 уникального клиента, делим сумму затрат на число уникальных клиентов, получивших пакет.

1.2. Консультирование

За исключением юридических консультаций и Химсекса, а также консультаций, относящихся к тестированию (см. п. 1.3), затраты на все консультации в соответствующем разделе, а также короткие приветственные консультации, рассчитываются на основе данных в статьях Provision of basic service package в части Salaries - outreach workers, medical staff and other service providers в разрезе КГН и городов.

Все консультации имеют разную длительность, а т.к. деление затрат по видам консультаций отсутствует, рассчитываем стоимость 1 минуты работы консультанта и умножаем на длительность одной консультации (где указан временной интервал, берём середину).

Пример расчёта стоимости консультаций для отдельной КГН представлен в таблице 4. Юридические консультации пропущены по причинам, указанным ниже, Химсекс учитывается отдельно.

При расчёте затрат на 1 уникального клиента, делим сумму затрат на число уникальных клиентов, получивших ту или иную консультацию, и суммируем полученный итог.

Юридические консультации считаем отдельно, т.к., во-первых, они выделены отдельными статьями (см. табл. 5), во-вторых, суммы затрат по городам явно не соответствуют количеству проведённых консультаций⁹ и, в-третьих, число самих консультаций слишком мало, чтобы распределять по ним. Поэтому общая сумма расходов по юридическим консультациям распределена по городам и КГН пропорционально охвату - т.е. численности уникальных клиентов. В силу малочисленности самих консультаций и преобладания организационных расходов, полученная сумма отнесена к организационным расходам (п.4).

⁹ Их в целом очень мало, расходы Санкт-Петербурга намного выше, чем в Москве, хотя консультаций в Москве больше (скорее всего – большая часть расходов СПб – на цели для всех городов). В Ростове-на-Дону есть расходы, а консультаций не было.

	итого за 3 года	стоимость 1 консуль- тации	стоимость суммарная	стоимость на 1 уника по кажд виду консультаций
Консультирование (Report: Counseling Form)	0,0		44 479,7	62,7
Социально-психологических консультаций (~15-30 мин.)	4 906,0	5,39	26 459,1	15,4
Количество уникальных клиентов, получивших социально-психологическое консультирование	1 717,0			
Психологических консультаций (~40-60 мин.)	8,0	11,98	95,9	24,0
Количество уникальных клиентов, получивших психологическое консультирование	4,0			
Юридических консультаций (~30-60 мин.)	0,0			
Количество уникальных клиентов, получивших юридическое консультирование	0,0			
Медицинских консультаций (~30-40 мин.)	0,0	8,39	0,0	
Количество уникальных клиентов, получивших медицинское консультирование	0,0			
Группа взаимопомощи [человеко-посещений] (~30 мин.)	976,0	7,19	7 018,4	15,9
Количество уникальных клиентов, посетивших группы взаимопомощи	442,0			
Перенаправлений клиентов в другие сервисы проекта или учреждения (~10-15 мин.)	3 640,0	3,00	10 906,3	7,5
Количество уникальных клиентов, перенаправленных в другие сервисы проекта или учреждения	1 461,0			
Психологическое консультаций по химсексу [групповое/индивидуальное] (~40-60 мин.)	16,0			
Количество уникальных клиентов, получивших психологическое консультирование по химсексу [гр	16,0			

Таблица 4. Расчёт стоимости консультаций для КГН СР Челябинска, ден. ед., за исключением юридических консультаций и Химсекса

HIV and HIV/TB-related legal services	24 street lawyers for legal support to 4 KPs in 3 regions (assumption) (2 per KP per region: 4x3x2=24)
HIV and HIV/TB-related legal services	up to eight street lawyers will extend their services to five Forums with a monetary incentive of USD 7 435,79 RUR a month (5 Forums of KPs)
Community mobilization and advocacy (HIV/TB)	Implement Small Grants Programme (SGP) to strengthen community systems 16 per year. 4 per each of 4 topics
HIV and HIV/TB-related legal services	Five professional full time lawyers to help street lawyers
Sensitization of law-makers and law-enforcement agents	Sensitisation of Public Prison Oversight Commissions
Community mobilization and advocacy (HIV/TB)	Implement Small Grants Programme (SGP) to strengthen community systems 16 per year. 4 per each of 4 topics

Таблица 5. Статьи для расчета затрат на юридические консультации

Затраты на консультации по компоненту “Химсекс” выделены в бюджете отдельными статьями с соответствующей пометкой и разделены по городам, согласно уникальным клиентам по компоненту РСР. Добавляем их в пункт 6.

1.3. Тестирование

В услуги тестирования входят непосредственно тесты и консультации до и после тестирования (Case management/ Peer driven intervention, разделены по городам). Стоимость тестов определяется, как и стоимость элементов базового сервисного пакета - закупаются они централизованно и распределяются по городам - т.е. стоимость единицы состоит из стоимости закупки и распределения, исходя из общего количества протестированных в периоде.

Равная стоимость закупки тестов на гепатиты В, С и сифилис объясняется общей статьёй затрат на приобретение - НЕР-тесты и, аналогично, общей для всех заболеваний, КГН и городов статьёй на распределение.

При расчёте комплексной услуги надо учитывать стоимость тестирования*кол-во протестированных, а консультаций - по числу получивших консультации. Распределение затрат на консультации в каждом городе - пропорционально количеству протестированных уникальных клиентов - соответственно, указанная стоимость на единицу - сумма обеих консультаций (до и после тестирования).

Пример расчёта затрат на тестирование в рамках комплексной услуги представлен в таблице 6.

	Достигнуто за 3 года	стоимость закупки	стоимость распределения	стоимость единицы	стоимость суммарная	стоимость на 1 уник
Тестирование (Report: Test Form)	0,0				34 123,9	5,1
Кратность тестирования на ВИЧ	3,6					
Количество уникальных клиентов, протестированных на ВИЧ	1 924,0	0,87697	0,00	0,87697	1 687,3	0,3
Сделано тестов на ВИЧ	2 368,0	8,00	0,06482	8,06	19 097,5	2,8
(из них положительных тестов на ВИЧ)	64,0					
Кратность тестирования на гепатит В	3,5					
Количество уникальных клиентов, протестированных гепатит В	1 196,0	0,87697	0,00	0,87697	1 048,9	0,2
Сделано тестов на гепатит В	1 415,0	1,85	0,01134	1,86134	2 633,8	0,4
(из них положительных тестов на гепатит В)	2,0					
Кратность тестирования на гепатит С	3,6					
Количество уникальных клиентов, протестированных на гепатит С	1 482,0	0,87697	0,00	0,87697	1 299,7	0,2
Сделано тестов на гепатит С	1 821,0	1,85	0,01134	1,86134	3 389,5	0,5
(из них положительных на гепатит С)	100,0					
Кратность тестирования на сифилис	3,6					
Количество уникальных клиентов, протестированных на сифилис	1 536,0	0,87697	0,00	0,87697	1 347,0	0,2
Сделано тестов на сифилис	1 945,0	1,85	0,01134	1,86134	3 620,3	0,5
(из них положительных тестов на сифилис)	44,0					

Таблица 6. Стоимость тестирования в рамках КУ для ЛУИН СПб, ден. ед.

Разные цвета в таблице означают, меняются ли полученная стоимость единицы в зависимости от города и КГН - зелёные одинаковы для всех, жёлтые - меняются по городам,

но в каждом городе одинаковы для всех КГН, фиолетовые - наоборот - меняются в зависимости от КГН, оставаясь одинаковыми по городам.

При расчёте затрат на 1 уникального клиента, делим сумму затрат на число уникальных клиентов, протестированных на данное заболевание, и суммируем полученный итог.

1.4. 1.5. 1.6. Организационные расходы, продвижение проекта и затраты на отдельные категории в рамках КГН

Организационные расходы, связанные с реализацией комплексной услуги, состоят из трёх частей, затраты на которые содержатся в разных статьях бюджета:

Менеджмент проекта в целом - статьи programme management с распределением по городам и КГН согласно охвату - числу уникальных клиентов, получающих базовый сервисный пакет.

Организационные расходы по мотивационным пакетам - собираются по соответствующим статьям бюджета - включая обучение сотрудников и т.д. (преимущественно из Behavior change interventions: Salaries - program management и Office related costs, а также Vehicles и ряд разных статей из других разделов), сюда же включены юридические консультации, расписанные выше. Распределяются также согласно охвату, если не заданы в бюджете уже по КГН и городам.

Организационные расходы, связанные с тестированием - преимущественно рассчитаны на основе статей Salaries - program management и Office related costs из Case management/ Peer driven intervention. По КГН в рамках городов распределяются пропорционально количеству протестированных.

Прочие расходы, которые не относятся непосредственно к комплексной услуге, но связаны с продвижением проекта, как среди целевой аудитории, так и в обществе в целом, включая взаимодействие с государством, содержатся в статьях разделов RSSH, при этом Ростов-на-Дону считается отдельно¹⁰, а Санкт-Петербург, Москва и Челябинск распределяются согласно охвату, как и расходы по КГН внутри каждого города. Здесь же учтены расходы, например, на National implementation of PrEP. Information campaign, Television/Radio spots and programmes в разделе Prevention.

¹⁰ Все расходы в этом разделе относятся или на Санкт-Петербург, или на Ростов-на-Дону. При этом у Ростова-на-Дону есть все базовые статьи расходов.

Несмотря на то, что взятые на сопровождение лица (обозначены как ЛЖВ) - часть представителей тех же КГН (как и Химсекс для ЛРСП), ряд расходов вынесен отдельно, т.к. к ним относится меньшая часть и было бы неверным распределять расходы на весь охват. Не все, только те, что выделены конкретно для этих групп - например, консультирование для Химсекс, услуги по статьям подраздела Differentiated ART service delivery and HIV care для ЛЖВ. Распределяются они на количество уникальных консультаций для выделенной категории или, соответственно, на количество взятых на сопровождение. Также для Химсекс выделены расходы на специализированные материалы и пр.

Расходы по всем пунктам и варианты итоговых сумм приведены в таблице 7. В таблице 9 эти суммы распределены по уникальным клиентам в соответствующем понимании (получающим базовый сервисный пакет, протестированным или проконсультированным), а в таблице 11 - суммы по каждому итогу, приходящиеся на 1 QALY соответствующих КГН в четырёх городах.

СУММАРНАЯ СТОИМОСТЬ	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ				МОСКВА			
	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН
ВЫДАЧА БАЗОВОГО СЕРВИСНОГО ПАКЕТА (с консультацией 5 мин)	345 059	78 086	87 338	9 884	180 670	173 598	333 179	21 666
ТЕСТИРОВАНИЕ С КОНСУЛЬТАЦИЯМИ по тестам	54 697	34 124	34 300	7 561	53 831	34 192	54 109	5 125
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (кроме консультаций при выдаче, юридических, по тестам и химсекса)	105 313	24 037	43 866	53 897	93 173	44 730	167 880	21 438
ИТОГО СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ	505 070	136 247	165 504	71 342	327 673	252 520	555 168	48 229
Организационные расходы по базовым серв пакетам, юридич. услугам и пр, вкл. обучение сотрудников	129 404	49 119	75 648	28 015	99 248	70 808	229 237	34 288
Организационные расходы, связанные с тестированием	2 945	1 971	1 572	364	2 695	1 719	2 278	207
Менеджмент проекта в целом	131 282	42 664	93 094	15 941	106 310	70 010	297 442	20 164
ИТОГО КУ с ОРГАНИЗАЦИОННЫМИ РАСХОДАМИ	768 700	230 001	335 819	115 662	535 926	395 058	1 084 125	102 889
Расходы на продвижение проекта	250 735	81 484	177 800	30 445	203 041	133 713	568 084	38 512
ИТОГО КУ+ОРГ с РАСХОДАМИ НА ПРОДВИЖЕНИЕ	1 019 435	311 485	513 619	146 107	738 967	528 770	1 652 209	141 400
для ЛЖВ + уход	97 975	3 278	1 118	373	59 940	4 611	17 658	981
для Химсекс + консультации	0	0	2 598	0	0	0	14 498	0
Для Химсекс + печатные материалы, разное	5 368	1 744	3 806	652	4 369	2 877	12 225	829
ИТОГО ВОЗМОЖНЫЙ МАКСИМУМ	1 122 777	316 508	521 141	147 131	803 277	536 258	1 696 590	143 210

Таблица 7. Суммарная стоимость предоставленных комплексных услуг по городам и КГН в ден. ед. бюджета

СУММАРНАЯ СТОИМОСТЬ	ЧЕЛЯБИНСК				РОСТОВ-НА-ДОНУ			
	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН
ВЫДАЧА БАЗОВОГО СЕРВИСНОГО ПАКЕТА (с консультацией 5 мин)	88 251	57 574	70 417	1 823	40 154	16 703	19 708	672
ТЕСТИРОВАНИЕ С КОНСУЛЬТАЦИЯМИ по тестам	51 872	10 554	15 961	1 335	13 867	4 675	10 883	394
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (кроме консультаций при выдаче, юридических, по тестам и химсекса)	69 344	26 415	44 480	4 143	29 896	6 025	10 886	424
ИТОГО СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ	209 467	94 543	130 858	7 302	83 916	27 403	41 477	1 490
Организационные расходы по базовым серв пакетам, юридич. услугам и пр, вкл. обучение сотрудников	86 242	23 470	30 862	4 040	21 568	9 494	17 000	2 915
Организационные расходы, связанные с тестированием	3 104	589	535	57	877	272	555	24
Менеджмент проекта в целом	106 524	23 317	35 249	2 667	31 653	9 761	23 803	806
ИТОГО КУ с ОРГАНИЗАЦИОННЫМИ РАСХОДАМИ	405 337	141 920	197 503	14 065	138 014	46 929	82 835	5 234
Расходы на продвижение проекта	203 450	44 534	67 321	5 093	51 113	15 762	38 437	1 301
ИТОГО КУ+ОРГ с РАСХОДАМИ НА ПРОДВИЖЕНИЕ	608 787	186 454	264 824	19 158	189 127	62 691	121 272	6 535
для ЛЖВ + уход	61 742	1 031	1 096	193	16 939	1 712	2 568	107
для Химсекс + консультации	0	0	4 990	0	0	0	3 228	0
Для Химсекс + печатные материалы, разное	4 402	964	1 457	110	1 141	352	858	29
ИТОГО ВОЗМОЖНЫЙ МАКСИМУМ	674 931	188 449	272 367	19 462	207 207	64 754	127 926	6 671

Согласно полученным данным, по суммарным расходам на комплексные услуги из КГН лидирует, преимущественно ЛУН. Исключение - Москва, где на ЛРСП расходы примерно в 1,7-2,1 (в зависимости от типа итога) раза выше, чем на ЛУН. Сравнивая КГН по городам, Москва лидирует по затратам для СР, ЛРСП, ЛПН на разных уровнях, но и охват по уникальным клиентам там самый высокий по всем КГН, кроме ЛУН - в Петербурге и клиентов в этой категории, и сумма расходов выше.

В целом, в зависимости от количества уникальных клиентов к КГН каждого города в целом и в отдельных категориях, возможная максимальная стоимость может в 1,6-5,4 раз (см. табл. 6) превышать непосредственную стоимость комплексной услуги (т.е.

сумму трёх основных компонентов – выдачи пакета, тестирования и консультаций), что говорит о важности учёта различных групп расходов. Если сравнивать с предприятием, то непосредственная стоимость комплексной услуги — это производственная себестоимость, но чтобы услуга на рынке продвигалась, необходимы дополнительные расходы - как минимум, на организацию процессов. Так и здесь - базовую стоимость знать полезно, но не стоит считать стоимость услуги итоговой, без учёта хотя бы организационных расходов, без которых реализация услуги будет затруднена или приостановлена. При этом составляют они от 25% до 75% “производственной себестоимости” (см табл. б), в отдельных случаях и более 100% (262% ЛПН Ростов-на-Дону) - когда охват ещё недостаточен, чтобы на него распределить минимально необходимые организационные.

	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ				МОСКВА			
	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН
ИТОГО КУ с ОРГАНИЗАЦИОННЫМИ РАСХОДАМИ / СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ	125%	136%	125%	136%	130%	128%	130%	152%
ИТОГО КУ+ОРГ с РАСХОДАМИ НА ПРОДВИЖЕНИЕ / СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ	149%	168%	151%	160%	159%	155%	162%	189%
ИТОГО ВОЗМОЖНЫЙ МАКСИМУМ / СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ	198%	232%	219%	160%	237%	225%	310%	286%

	ЧЕЛЯБИНСК				РОСТОВ-НА-ДОНУ			
	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН
ИТОГО КУ с ОРГАНИЗАЦИОННЫМИ РАСХОДАМИ / СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ	136%	134%	135%	175%	140%	146%	154%	362%
ИТОГО КУ+ОРГ с РАСХОДАМИ НА ПРОДВИЖЕНИЕ / СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ	173%	166%	171%	232%	179%	184%	205%	453%
ИТОГО ВОЗМОЖНЫЙ МАКСИМУМ / СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ	238%	222%	259%	232%	216%	220%	277%	540%

Таблица 8. Соотношение разных вариантов итоговых значений стоимости комплексной услуги с “базовой” стоимостью (выдача, консультации, тестирование)

Считать ли в стоимость услуги продвижение - тут вопрос более дискуссионный. С одной стороны, без него или при его сокращении услуга не будет приостановлена, но, не исключено, что медленнее или меньшее количество людей, в том числе - из целевой аудитории, будет узнавать о проекте. Кроме того, будут развиваться в меньшей степени взаимодействие с государством, потенциальными донорами и т.д. Т.е., в целом, это более косвенный расход, но и он важен для работы проекта, поэтому может быть зачтён, как и косвенные расходы у предприятия.

Последний пункт включается только тогда, когда клиент принадлежит к одной из указанных категорий (в части соответствующих строк) или к обеим сразу (все строки). Наибольшие дополнительные расходы на сопровождение несёт Петербург в части КГН ЛУН, а по компоненту “Химсекс” суммарно лидирует Москва, по консультациям КГН ЛУН - Петербург. Каждый случай, с которым ведётся работа, значительно влияет на предотвращение заражений и соответствующую величину QALY - несмотря на высокую стоимость расходов на 1 клиента (см. табл. 7), эффективность работы с данной категорией может быть тоже выше.

НА 1 УНИКАЛЬНОГО КЛИЕНТА / 1 ПРОТЕСТИРОВАННОГО / 1 ПРОКОНСУЛЬТИРОВАННОГО + Химсекс и сопровождение	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ				МОСКВА			
	ЛУН	СР	ЛРСР	ЛПН	ЛУН	СР	ЛРСР	ЛПН
ВЫДАЧА БАЗОВОГО СЕРВИСНОГО ПАКЕТА (с консультацией 5 мин)	51	36	18	5	33	48	22	6
ТЕСТИРОВАНИЕ С КОНСУЛЬТАЦИЯМИ по тестам	8,1	5,1	5,1	1,1	9,9	6,3	9,9	0,9
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (кроме консультаций при выдаче, юридических, по тестам и химсекса)	95,1	75,8	120,0	146,2	83,6	85,4	84,0	94,4
ИТОГО СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ	154,4	116,4	143,4	151,8	126,5	139,9	115,7	101,4
Организационные расходы по базовым серв пакетам, юридич. услугам и пр, вкл. обучение сотрудников	19,2	22,4	15,8	34,2	18,2	19,7	15,0	33,1
Организационные расходы, связанные с тестированием	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Менеджмент проекта в целом	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5
ИТОГО КУ с ОРГАНИЗАЦИОННЫМИ РАСХОДАМИ	193,3	158,6	178,9	205,7	164,5	179,3	150,4	154,2
Расходы на продвижение проекта	37,2	37,2	37,2	37,2	37,2	37,2	37,2	37,2
ИТОГО КУ+ОРГ с РАСХОДАМИ НА ПРОДВИЖЕНИЕ	230,5	195,7	216,1	242,9	201,6	216,5	187,6	191,4
для ЛЖВ + уход	74,5	74,5	74,5	0,0	98,1	98,1	98,1	98,1
для Химсекс + консультации	0,0	0,0	18,7	0,0	0,0	0,0	59,7	0,0
Для Химсекс + печатные материалы, разное	0,0	0,0	4,9	0,0	0,0	0,0	12,8	0,0
ИТОГО ВОЗМОЖНЫЙ МАКСИМУМ	305,0	270,2	314,2	242,9	299,7	314,6	358,2	289,5

НА 1 УНИКАЛЬНОГО КЛИЕНТА / 1 ПРОТЕСТИРОВАННОГО 1 ПРОКОНСУЛЬТИРОВАННОГО + Химсекс и сопровожден	ЧЕЛЯБИНСК				РОСТОВ-НА-ДОНУ			
	ЛУН	СР	ЛРСР	ЛПН	ЛУН	СР	ЛРСР	ЛПН
ВЫДАЧА БАЗОВОГО СЕРВИСНОГО ПАКЕТА (с консультацией 5 мин)	16	48	39	2	29	39	19	2
ТЕСТИРОВАНИЕ С КОНСУЛЬТАЦИЯМИ по тестам	9,5	1,9	2,9	0,2	10,1	3,4	7,9	0,3
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (кроме консультаций при выдаче, юридических, по тестам и химсекса)	73,9	66,0	62,7	63,5	57,4	56,1	46,6	38,9
ИТОГО СТОИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ	99,5	116,0	104,5	65,3	96,7	98,9	73,6	40,8
Организационные расходы по базовым серв пакетам, юридич. услугам и пр, вкл. обучение сотрудников	15,8	19,6	17,0	29,5	15,7	22,4	16,4	83,3
Организационные расходы, связанные с тестированием	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Менеджмент проекта в целом	19,5	19,5	19,5	19,5	23,0	23,0	23,0	23,0
ИТОГО КУ с ОРГАНИЗАЦИОННЫМИ РАСХОДАМИ	135,0	155,3	141,3	114,5	135,8	144,7	113,4	147,5
Расходы на продвижение проекта	37,2	37,2	37,2	37,2	37,2	37,2	37,2	37,2
ИТОГО КУ+ОРГ с РАСХОДАМИ НА ПРОДВИЖЕНИЕ	172,2	192,5	178,5	151,7	173,0	181,9	150,6	184,6
для ЛЖВ + уход	64,4	64,4	64,4	0,0	35,7	35,7	35,7	35,7
для Химсекс + консультации	0,0	0,0	25,2	0,0	0,0	0,0	15,7	0,0
Для Химсекс + печатные материалы, разное	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0
ИТОГО ВОЗМОЖНЫЙ МАКСИМУМ	236,7	256,9	270,4	151,7	208,6	217,5	204,0	220,3

Таблица 9. Стоимость предоставленных комплексных услуг по городам и КГН на 1 клиента в ден. ед.

Анализируя составляющие комплексной услуги в расчёте на 1 клиента, можно видеть, что наибольшую долю занимают консультации. Значения разнятся не только по городам, что обусловлено и разным уровнем цен, и общим количеством консультаций, но и по КГН внутри одного города, что особенно заметно в Санкт-Петербурге и Ростове-на-Дону. Это говорит о различии в структуре востребованных консультаций - например, в КГН ЛПН, где стоимость максимальна, наиболее востребованы длинные консультации, а у КГН СР, с наименьшим в Петербурге значением - более короткие (см. табл. 7), а значит и более недорогие (с учётом принятого распределения по временным затратам). Т.е. “структура потребления” клиента играет непосредственную роль в стоимости

комплексной услуги. Это подтверждает и выдача сервисного пакета - при одинаковых ценах закупки и распределения, стоимость выдаваемого набора варьирует от 2 ден. ед. (ЛПН Челябинска и Ростова-на-Дону) до 51 ден. ед. (ЛУН в Санкт Петербурге). Сравнивая, например, потребление КГН ЛУН в Москве и Санкт-Петербурге, можно видеть, что влияет не только выбор более или менее дорогих предметов, но и частота их получения - в Петербурге, например, представители КГ ЛУН, которых на 23% больше, чем в Москве, получили на 69% больше шприцев и, соответственно, на это было затрачено на 69% больше средств, что в пересчёте на количество клиентов стало одной из причин превышения расходов на пакет для КГН ЛУН Петербурга над аналогичным пакетом в Москве.

	ЛПН	СР
Социально-психологических консультаций (~15-30 мин.)	42,0%	61,0%
Психологических консультаций (~40-60 мин.)	18,5%	7,7%
Медицинских консультаций (~30-40 мин.)	14,2%	7,8%
Группа взаимопомощи [человеко-посещений] (~30 мин.)	19,1%	0,0%

Таблица 10. Структура спроса клиентов КГН ЛПН и СР на консультации в Санкт-Петербурге

Что касается организационных расходов, можно видеть, что общий менеджмент проекта добавляет к стоимости комплексной услуги суммы, сопоставимы с организационными расходами, связанными непосредственно с оказанием данной услуги. С общей суммой организационных расходов сопоставимы и расходы на продвижение проекта.

По сопровождению наибольшие суммы затрат по дополнительным услугам на 1 клиента в Москве, наименьшие - в Ростове-на-Дону. В целом распределение, скорее всего, связано с уровнем заработной платы в регионах. Стоимость как консультаций, так и печатных материалов для компонента “Химсекс” заметно выше аналогичных пунктов в основном пакете. С одной стороны, это связано с меньшим охватом, с другой - с более высокими рисками данной категории по распространению заболевания. Соответственно, профилактика в данной области даёт более заметный результат, чем в работе с клиентами вне данного компонента.

СТОИМОСТЬ НА 1 QALY	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ				МОСКВА			
	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН
QALY	225,25	23,73	20,83	1,88	110,96	27,56	158,29	3,39
Стоимость КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ на 1QALY	2 242,3	5 741,6	7 945,5	37 948,1	2 953,1	9 162,5	3 507,3	14 226,8
Стоимость КУ с орг расходами на 1QALY	3 412,7	9 692,4	16 121,9	61 522,1	4 829,9	14 334,5	6 849,0	30 350,6
Стоимость КУ +орг + расх на продвижение на 1QALY	4 525,8	13 126,2	24 657,7	77 716,3	6 659,8	19 186,1	10 437,9	41 711,0
Стоимость максимально возможного КУ на 1QALY	4 984,6	13 337,9	25 018,8	78 261,1	7 239,3	19 457,9	10 718,2	42 244,8

СТОИМОСТЬ НА 1 QALY	ЧЕЛЯБИНСК				РОСТОВ-НА-ДОНУ			
	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН
QALY	115,36	4,6	9,37	1,13	61,43	17,6	67,69	1,13
Стоимость КОМПЛЕКСНОЙ УСЛУГИ на 1QALY	1 815,8	20 552,9	13 965,6	6 461,5	1 366,0	1 557,0	612,7	1 318,3
Стоимость КУ с орг расходами на 1QALY	3 513,7	30 852,2	21 078,3	12 447,3	2 246,7	2 666,4	1 223,7	4 631,9
Стоимость КУ +орг + расх на продвижение на 1QALY	5 277,3	40 533,5	28 263,0	16 954,2	3 078,7	3 562,0	1 791,6	5 783,3
Стоимость максимально возможного КУ на 1QALY	5 850,7	40 967,1	29 068,0	17 222,8	3 373,1	3 679,2	1 889,9	5 903,6

Таблица 11. Стоимость предоставленных комплексных услуг по городам и КГН на 1 QALY в ден. ед. бюджета

Исходя из рассчитанной величины QALY в разрезе КГН и городов, можно посмотреть, какова стоимость 1 QALY в ден. ед. комплексной услуги, в зависимости от уровня итога. Чисто математически, наибольшая стоимость комплексной услуги на 1 QALY приходится на КГН и города с наименьшим числом QALY при даже самой низкой стоимости услуг - например, ЛПН во всех городах, СР в Челябинске. Чем выше QALY, тем меньше затрат на комплексную услугу ложится на каждую единицу полученного результата, даже при более дорогой стоимости услуги - например, сравнивая результаты КГН ЛУН для Москвы и Петербурга - т.е. можно говорить о положительном эффекте масштаба.

ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ, СТОИМОСТЬ ВЫДЕЛЕННОЙ УСЛУГИ

Стоимость услуги тестирования складывается из:

- непосредственно теста (закупочная стоимость + стоимость распределения тестов между городами)
- консультации специалистов до и после тестирования
- общих расходов, связанных с тестированием

Расчёт составляющих на единицу аналогичен использованному при расчёте стоимости комплексной услуги, но суммируем только то, что относится к одному проведённому тесту, тогда как в комплексной услуге 1 человек может тестироваться несколько раз.

Закупка тестов централизованная - стоимость единицы рассчитываем исходя из общей суммы затрат за рассматриваемые периоды по данной статье, делённой на количество купленных тестов за этот же период. Данная цифра - 8 ден. ед. за тест, одинакова для всех КГН во всех городах и составляет большую часть затрат на услуги.

Стоимость распределения также аналогична той, что используется в расчёте стоимости комплексной услуги - отличается по городам, но одинакова для всех КГН в рамках одного города. Рассчитана, исходя из суммы, потраченной на распределение, по данному городу (7.4 In-country distribution costs), согласно доле протестированных в этой КГН по ВИЧ от числа протестированных на ВИЧ по всем КГН данного города.

Консультации по тестированию на ВИЧ распределяем в каждом городе согласно количеству всех проведённых за 3 года тестирований - не только на ВИЧ, но и на ИППП, т.к. сумма на консультации, отражённая в бюджете по городам, не разделяется (Salaries - outreach workers, medical staff and other service providers из Case management/ Peer driven intervention).

Аналогично и с организационными расходами, связанными с тестированием (преимущественно на основе статей Salaries - program management и Office related costs из Case management/ Peer driven intervention)- суммы расходов в каждом городе делятся пропорционально количеству протестированных в каждой КГН

Результаты расчётов представлены в таблице 12. В целом стоимость тестирования варьируется от 8,95 (ЛПН Челябинск) до 9,47 (ЛУН РнД). В разрезе КГН

в рамках одного города наибольшая стоимость у ЛУН, наименьшая - у ЛПН. Это связано с тем, что единственный расход, отличный для КГН - распределение между городами, связанный с численностью тестируемых - там, где охват выше, стоимость на единицу оказалась меньше. По городам наибольшая стоимость у Ростова-на-Дону - за счёт более дорогих консультаций и организационных расходов - в частности, это связано с тем, что он присоединился только в последний год, а анализ идёт за три года. По этой же причине количество тестируемых пока сравнительно невелико, а не все затраты растут и снижаются пропорционально. Среди городов, участвующих с первого года, ожидаемо дороже всех - Москва, дешевле - Челябинск.

СТОИМОСТЬ 1 ТЕСТА НА ВИЧ	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ				МОСКВА			
	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН
Приобретение теста	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
Распределение между городами	0,074	0,065	0,043	0,000	0,074	0,065	0,043	0,000
Консультации до и после тестирования	0,877	0,877	0,877	0,877	0,932	0,932	0,932	0,932
Организационные расходы, связанные с тестированием	0,261	0,261	0,261	0,261	0,290	0,290	0,290	0,290
ИТОГО СТОИМОСТЬ 1 ПРОВЕДЕННОГО ТЕСТА в ден. ед. бюджета	9,21	9,20	9,18	9,14	9,30	9,29	9,27	9,22
ИТОГО СТОИМОСТЬ 1 ПРОВЕДЕННОГО ТЕСТА в рублях курсу в бюджете (90,33895)	832,22	831,38	829,41	825,52	839,88	839,04	837,07	833,18

СТОИМОСТЬ 1 ТЕСТА НА ВИЧ	ЧЕЛЯБИНСК				РОСТОВ-НА-ДОНУ			
	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН	ЛУН	СР	ЛРСП	ЛПН
Приобретение теста	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
Распределение между городами	0,074	0,065	0,043	0,000	0,074	0,065	0,043	0,000
Консультации до и после тестирования	0,664	0,664	0,664	0,664	1,001	1,001	1,001	1,001
Организационные расходы, связанные с тестированием	0,289	0,289	0,289	0,289	0,394	0,394	0,394	0,394
ИТОГО СТОИМОСТЬ 1 ПРОВЕДЕННОГО ТЕСТА в ден. ед. бюджета	9,03	9,02	9,00	8,95	9,47	9,46	9,44	9,40
ИТОГО СТОИМОСТЬ 1 ПРОВЕДЕННОГО ТЕСТА в рублях курсу в бюджете (90,33895)	815,48	814,64	812,67	808,78	855,49	854,64	852,68	848,79

Таблица 12. Стоимость тестирования на ВИЧ

Оценка результативности и эффективности проекта «КАСКАД»

Оценка результативности проекта «КАСКАД»

Результативность проекта «КАСКАД» оценивается через количество добавленных лет жизни с поправкой на качество (QALY). Добавленные QALY считаются отдельно для группы ЛУИН и других групп, вовлеченных в проект (КГ СР, ЛРСП, ЛПН).

№№	Описание группы	Описание пути получения QALY	Обозначение
1.1	Клиенты КГ ЛУИН, получающие АРВТ и приверженные терапии*	Улучшение здоровья и благополучия клиентов за счет приверженности АРВТ	QALY1
1.2	Клиенты КГ ЛУИН, получающие АРВТ и приверженные терапии*	Предотвращение заражений за счет приверженности клиентов АРВТ ()	QALY2

1.3	Клиенты КГ ЛУИН (ВИЧ+), не получающие АРВТ, но принимающие участие в программе обмена игл и шприцов	Предотвращение заражений ВИЧ- населения за счет программы обмена игл и шприцов	QALY3
1.4	Клиенты КГ ЛУИН (ВИЧ-), принимающие участие в программе обмена игл и шприцов	Предотвращение заражений ВИЧ- клиентов проекта за счет программы обмена игл и шприцов	QALY4

Таблица 13. Пути получения добавленных QALY в группе ЛУИН

№№	1. Описание группы	Описание пути получения QALY	Обозначение
2.1	Клиенты групп проекта, получающие АРВТ и приверженные терапии, в том числе	Улучшение здоровья и благополучия клиентов за счет приверженности АРВТ	QALY5
2.2		КГ СР	QALY5.1
2.3		КГ ЛРСП	QALY5.2
2.4		КГ ЛПН	QALY5.3
2.5	Клиенты групп проекта, получающие АРВТ и приверженные терапии, в том числе	Предотвращение заражений за счет приверженности клиентов АРВТ	QALY6
2.6		КГ СР	QALY6.1
2.7		КГ ЛРСП	QALY6.2
2.8		КГ ЛПН	QALY6.3

Таблица 14. Пути получения добавленных QALY в других группах проекта

Данные каскада по КГ ЛУИН и расчет количества предотвращенных случаев для КГ ЛУИН

Данные по КГ ЛУИН взяты из анализа каскада в городах проекта - Санкт-Петербурге, Москве, Челябинске и Ростове-на-Дону.

Количество предотвращенных случаев заражения (за счет получения АРВТ) считается с учетом темпа прироста 1,5% год.¹¹ Для расчета общего количества предотвращенных случаев используется следующая формула:

$$\text{Кол-во предотвр. случ. (в год)} = \text{Количество клиентов КГ ЛУИН, получающие АРВТ и приверженных терапии (в год)} \times 0,015$$

При расчетах используются данные биоповеденческих исследований, которые показывают, что у 35,3% клиентов из группы ЛУИН, живущих с ВИЧ, есть

¹¹ 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 биоповеденческого исследования

партнеры без диагноза ВИЧ¹². Таким образом, количества предотвращённых заражений в КГ ЛУИН и среди общего населения можно рассчитать так:

$$\text{Кол-во предотвр. случ. КГ ЛУИН (в год)} = \text{Кол-во предотвр. случ. (в год)} \times 0,647$$

$$\text{Кол-во предотвр. случ. не КГ ЛУИН (в год)} = \text{Кол-во предотвр. случ. (в год)} \times 0,353$$

Для расчета предотвращенных случаев, связанных с программой обмена игл и шприцов, используется исследование, данные которого показывают снижение риска заражения ВИЧ на 25%¹³. Общее количество предотвращенных заражений, связанных программой обмена игл и шприцов, рассчитано следующим образом:

$$\text{Кол-во предотвр. случ. КГ ЛУИН (в год)} = \text{Кол-во клиентов КГ ЛУИН, принимающих участие в программе обмена игл и шприцов (в год)} \times 0,015 \times 0,25$$

№№	Показатели	Москва	Санкт-Петербург	Челябинск	Ростов-на-Дону	Всего за 3 года проекта*
3.1	Клиенты КГ ЛУИН, получающие АРВТ и приверженные терапии (QALY1, QALY2)	812,00	1 670,00	857,00	450,00	3 789,00
3.2	Количество предотвращенных случаев заражения (за счет получения АРВТ) с учетом темпа прироста 1,5%, из них	12,18	25,05	12,86	6,75	56,84
3.2.1	КГ ЛУИН	7,88	16,21	8,32	4,37	36,77
3.2.2	Не КГ ЛУИН	4,30	8,84	4,54	2,38	20,06
3.3	Клиенты КГ ЛУИН (ВИЧ+), не получающие АРВТ, но принимающие участие в программе обмена игл и шприцов (QALY3)	24,00	261,00	42,00	73,00	400,00

¹² Отчет о научно-исследовательской работе «Интегрированное биоповеденческое исследование с целью изучения информированности и поведенческих рисков в отношении инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и иных наркотических средств для немедицинского потребления в Санкт-Петербурге»

¹³ Yeh, P.T., Yang, X., Kennedy, C.E. *et al.* The Impact of Needle and Syringe Exchange Programs on HIV-Related Risk Behaviors in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis Examining Individual- Versus Community-Level Effects. *AIDS Behav* (2023). <https://doi.org/10.1007/s10461-023-04051-x>

3.4	Клиенты КГ ЛУИН (ВИЧ-), принимающие участие в программе обмена игл и шприцов (QALY4)	1 648,00	1 522,00	740,00	819,00	4 729,00
3.5	Рост случаев заражения за год с учетом темпа прироста 1,5%	25,08	26,75	11,73	13,38	76,94
3.6	Количество предотвращенных случаев заражения (за счет уменьшения количества случаев заражения на 25% за счет программы распространения игл и шприцов), из них	6,27	6,69	2,93	3,35	19,23
3.6.1	КГ ЛУИН	4,06	4,33	1,90	2,16	12,44
3.6.2	Не КГ ЛУИН	2,21	2,36	1,04	1,18	6,79

Таблица 15. Данные каскада по КГ ЛУИН и расчет количества предотвращенных случаев заражения за счет получения АРВТ.

Данные каскада по КГ СР, ЛРСП, ЛПН и расчет количества предотвращенных случаев для КГ СР, ЛРСП, ЛПН

Оценка случаев предотвращенных заражений в других группах проекта опирается на следующие данные. Для КГ СР рост заболеваемости внутри группы достигает 0%¹⁴, для лиц, покупающих сексуальные услуги – 0,64%¹⁵. Таким образом, в группе КГ СР предотвращенные случаи заражения связаны только с приобретателями сексуальных услуг. Количество предотвращённых случаев рассчитано по формуле:

$$\text{Кол-во предотвр. случ. (в год)} = \text{Количество клиентов КГ СР, получающие АРВТ и приверженных терапии (в год)} \times 0,064$$

Для КГ ЛРСП оценка роста заболеваемости ВИЧ взят по городу Челябинск и составляет 2,3%¹⁶. Общее количество предотвращенных рассчитано аналогично предыдущим строкам:

¹⁴ Eritsyana, Ksenia & Usacheva, Nina & Avdeeva, Vladlena. (2023). Интегрированное био-поведенческое исследование по ВИЧ-инфекции среди групп повышенного риска в Екатеринбурге. 10.13140/RG.2.2.16174.28485.

¹⁵ Korenromp, Eline L. PhDa; Sabin, Keith PhDa; Stover, John MAb; Brown, Tim PhDc; Johnson, Leigh F. PhDd; Martin-Hughes, Rowan PhDe; ten Brink, Debra MPHf; Teng, Yu PhDg; Stevens, Oliver MPHh; Silhol, Romain PhDf,g; Arias-Garcia, Sonia MSc; Kimani, Joshua MD, MPHh,i; Glaubius, Robert PhD; Vickerman, Peter DPhilj; Mahy, Mary ScDa. New HIV Infections Among Key Populations and Their Partners in 2010 and 2022, by World Region: A Multisources Estimation. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 95(1S):p e34-e45, January 1, 2024. | DOI: 10.1097/QAI.0000000000003340 (табл. 4)

¹⁶ Eritsyana, Ksenia & Usacheva, Nina & Avdeeva, Vladlena. (2023).

$Кол-во\ предотвр.\ случ.(в\ год) = Количество\ клиенты\ ЛРСП,\ получающих\ АРВТ\ и\ приверженных\ терапии\ в\ (в\ год) \times 0,023$

Количество предотвращенных случаев заражения, полученных для КГ ЛПН, принято равным нулю в связи с небольшим количеством членов этой группы, которые принимают АРВТ.

№№	Показатели	Москва	Санкт-Петербург	Челябинск	Ростов-на-Дону	Всего за 3 года проекта*
4.1	Клиенты СР, получающие АРВТ и приверженные терапии (QALY6.1)	72,00	62,00	12,00	46,00	192,00
4.2	Количество предотвращенных случаев заражения, КГ СР	0,46	0,40	0,08	0,29	1,23
4.3	Клиенты ЛРСП, получающие АРВТ и приверженные терапии в (QALY6.2)	152,00	20,00	9,00	65,00	246,00
4.4	Количество предотвращенных случаев заражения, КГ ЛРСП (с учетом темпа прироста 2,3%)	3,50	0,46	0,21	1,50	5,66
4.5	Клиенты ЛПН, получающие АРВТ и приверженные терапии в (QALY6.3)	9,00	5,00	3,00	3,00	20,00
4.6	Количество предотвращенных случаев заражения, КГ ЛПН	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Таблица 16. Данные каскада по КГ СР, ЛРСП, ЛПН и расчет количества предотвращенных случаев заражения за счет получения АРВТ

Расчет добавленных QALY проекта

Расчет добавленных QALY проекта основан на данных исследований, связанных с предотвращением заражений и приемом АРВТ, которые были проведены в различных регионах и относятся к разным временным периодам. В двух исследованиях (Барина А. Н. (2016), Juusola J et al (2016)) контрольная группа конкретизирована, в остальных конкретизации нет. Добавленные QALY приведены к значению за год с учетом горизонта исследования.

№№	Исследование	Период накопления QALY	Группа	Путь приобретения QALY	Значение QALY	QALY/год
5.1	Барина А. Н., Плавинский С.	на период жизни (20 лет)	Общее население	Предотвращение заражения	5,4	0,27

	Н. (2016)					
5.2	Farnham et al (2013)	на период жизни (20 лет)	Общее население	Предотвращение заражения	12,6	0,63
5.3	Farnham et al (2012)	на период жизни (20 лет)	Общее население	Предотвращение заражения	9	0,45
5.4	Elena Alvarez et al (2018)	в год	Общее население	Предотвращение заражения	2	2
5.5	Баринова А. Н. (2016)	в год	КГ ЛУИН	Предотвращение заражения	0,28	0,28
5.6	Juusola J et al (2016)	5 лет	КГ ЛРСП	Предотвращение заражения	9	1,8
5.7	Cleary et al (2006)	на период жизни (20 лет)	Общее население	Получение АРВТ	8	0,4
5.8	Winnie Chacha et al (2022)	на период жизни (20 лет)	Общее население	Получение АРВТ	9,68	0,484
5.9	Long EF et al (2010)	на период жизни (20 лет)	Общее население	Получение АРВТ	4,9	0,245
5.10	Juusola J et al (2016)	5 лет	КГ ЛРСП	Получение АРВТ	5	1

Таблица 17. Количество сохраненных QALY по данным исследований

По предотвращению заражений без конкретизации группы средний прирост QALY составляет 0,84 QALY/год (минимальное значение - 0,27, максимальное значение - 2), по КГ ЛУИН - 0,28 QALY/год, по КГ ЛРСП – 1, 8 QALY/год. Значения прироста по QALY КГ ЛРСП базируются на данных только одного исследования (Juusola J et al (2016)) и показывают высокий прирост QALY/год (среднее значение по предотвращению заражений - 0,905 QALY/год).

По улучшению качества жизни в связи с получением АРВТ средний прирост QALY составляет 0,53 QALY/год (минимальное значение - 0,25, максимальное значение - 1), по КГ ЛРСП - 1,8 0,28 QALY/год (Juusola J et al (2016)). Для расчета прироста QALY для КГ ЛУИН было применено дисконтирование, связанное с общим низким благополучием данной группы. Коэффициент дисконтирования был рассчитан по формуле:

$$\text{Кoeff (Получение АРВТ КГ ЛУИН)} = \text{QALY/год (Предотвращение заражения, КГ ЛУИН)} / \text{QALY/год (Предотвращение заражения, общее население)}.$$

Значения средних приростов QALY/год, которые используются для дальнейших расчетов, представлены в следующей таблице:

	Группа	Путь приобретения QALY	Усредненное значение приобретенных QALY/год
--	--------	------------------------	---

6.1	Общее население	Предотвращение заражения	0,84
6.2	КГ ЛУИН	Предотвращение заражения	0,28
6.3	КГ ЛРСП*	Предотвращение заражения	1,80
6.4	Общее население	Получение АРВТ	0,38
6.5	КГ ЛРСП*	Получение АРВТ	1,00
6.6	КГ ЛУИН	Получение АРВТ	0,13

Таблица 18. Количество ежегодно сохраненных QALY для различных групп

Расчет результативности проекта «КАСКАД» на основе добавленных QALY

Общее количество приобретенных QALY рассчитывается путем суммирования всех приобретенных QALY по путям приобретения и городам, в которых происходила реализация проекта:

$$QALY = QALY1 + QALY2 + QALY3 + QALY4 + QALY5.1 + QALY5.2 + QALY5.3 + QALY6.1 + QALY6.2 + QALY6.3$$

№№	Показатели	QALY	Москва	Санкт-Петербург	Челябинск	Ростов-на-Дону
7.1	Улучшение здоровья и благополучия клиентов за счет приверженности АРВТ (КГ ЛУИН, QALY1) ((3.1)x(6.6))	QALY1	102,16	210,12	107,83	56,62
7.2	Предотвращение заражений за счет приверженности клиентов АРВТ (КГ ЛУИН) ((3.2.1)x(6.2)) + ((3.2.2)x(6.1))	QALY2	5,81	11,94	6,13	3,22
7.3	Предотвращение заражений ВИЧ-населения за счет программы обмена игл и шприцов КГ ЛУИН ((3.6.1)x(6.2)) + ((3.6.2)x(6.1))	QALY3, QALY4	2,99	3,19	1,40	1,59
7.4	Улучшение здоровья и благополучия клиентов за счет приверженности АРВТ (КГ СР) (4.1) x (6.4)	QALY5.1	27,10	23,33	4,52	17,31
7.5	Улучшение здоровья и благополучия клиентов за счет приверженности АРВТ (КГ ЛРСП) (4.3) x (6.3)	QALY5.2	152,00	20,00	9,00	65,00
7.6	Улучшение здоровья и благополучия клиентов за счет приверженности АРВТ (КГ ЛПН) (4.5) x (6.4)	QALY5.3	3,39	1,88	1,13	1,13

7.7	Предотвращение заражений за счет приверженности клиентов АРВТ (КГ СР) (4.2) x (6.1)	QALY6.1	0,46	0,40	0,08	0,29
7.8	Предотвращение заражений за счет приверженности клиентов АРВТ (КГ ЛРСП) (4.4) x (6.3)	QALY6.2	6,29	0,83	0,37	2,69
7.9	Предотвращение заражений за счет приверженности клиентов АРВТ (КГ ЛПН) (4.6) x (6.1)	QALY6.3	0,00	0,00	0,00	0,00

Таблица 19. Количество приобретенных QALY за период проекта

Распределение приобретенных QALY по городам представлено на следующей диаграмме:

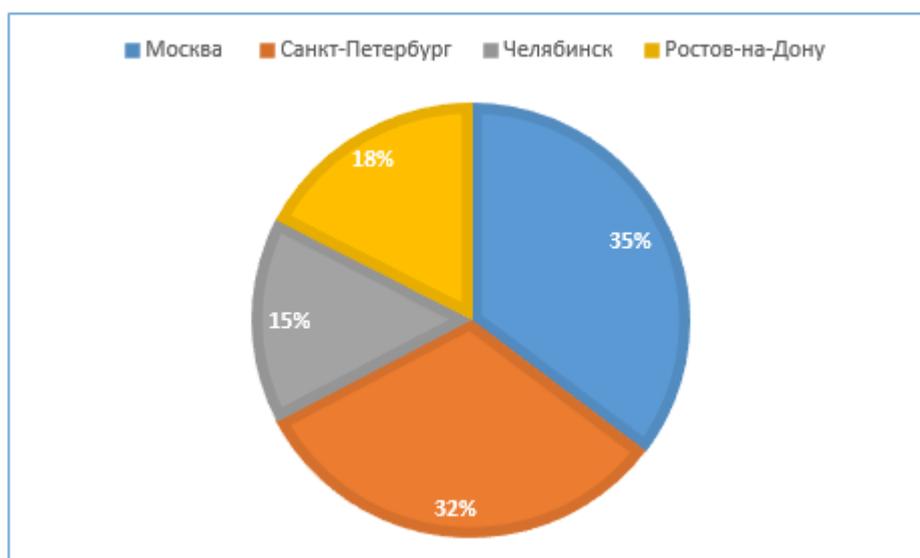


Рисунок 18. Добавленные QALY (в % по городам) за период проекта

Максимальный вклад в приобретение QALY был сделан в результате реализации проекта в г. Москва (300,20 QALY) и г. Санкт-Петербург (271,69 QALY). Работа в Ростове-на-Дону в течение года и Челябинске в течение трех лет дала сопоставимое количество добавленных QALY (147,86 QALY и 130,45 QALY соответственно).

По способам приобретения QALY максимальный вклад в результаты проекта внесла высокая приверженность лечению клиентов КГ ЛУИН (56% добавленных QALY) и КГ СР (29% добавленных QALY), поскольку в результате получения терапии было улучшено их здоровье и благополучие.

Основной показатель результативности – приобретение 850,19 добавленных QALY за три года реализации проекта.

Оценка эффективности проекта «КАСКАД» на основе стоимости добавленных QALY

При расчете стоимости добавленных QALY совокупные затраты проекта были распределены в три группы: прямые затраты на сервисы для КГ ЛУИН, прямые затраты на сервисы для КГ СР, ЛРСП, ЛПН и косвенные затраты, не относящиеся к конкретным группам проекта. При расчете стоимости QALY косвенные затраты проекта были распределены на группы пропорционально количеству уникальных клиентов, получивших базовый сервисный пакет услуг за три года проекта.

№№	Показатель	Сумма
8.1	Количество уникальных клиентов получивших базовый сервисный пакет услуг (КГ ЛУИН, по всем городам за три года проекта)	46 388,00
8.2	Количество уникальных клиентов получивших базовый сервисный пакет услуг (не КГ ЛУИН, по всем городам за три года проекта)	74 976,00
8.3	Доля КГ ЛУИН в общем количестве клиентов проекта	0,38
8.4	Доля КГ СР, ЛРСП, ЛПН в общем количестве клиентов проекта	0,62
8.5	Затраты на КГ ЛУИН (за 3 года проекта, долл. США)	1 605 367,53
8.6	Затраты на КГ СР, ЛРСП, ЛПН (за 3 года проекта, долл. США)	2 394 592,94
8.7	Косвенные затраты проекта (за 3 года проекта, долл. США)	6 014 469,95
8.8	Сумма распределенных косвенных затрат на КГ ЛУИН (за 3 года проекта, долл. США) (7.3) x (7.7)	2 298 863,19
8.9	Сумма распределенных косвенных затрат на КГ СР, ЛРСП, ЛПН (за 3 года проекта, долл. США) (7.7) x (7.7)	3 715 606,76
8.10	Общие затраты на КГ ЛУИН (за 3 года проекта, долл. США)	3 904 230,72
8.11	Общие затраты на КГ СР, ЛРСП, ЛПН (за 3 года проекта, долл. США)	6 110 199,70
8.12	Общее количество приобретенных QALY КГ ЛУИН (QALY1, QALY2, QALY3, QALY4)	513,00
8.13	Общее количество приобретенных QALY КГ СР, ЛРСП, ЛПН (QALY5.1, QALY5.2, QALY5.3, QALY5.4, QALY5.5, QALY5.6)	337,20
8.14	Стоимость QALY КГ ЛУИН (долл. США) (7.10) / (7.12)	7 610,63
8.15	Стоимость QALY КГ СР, ЛРСП, ЛПН (долл. США) (7.11) / (7.13)	18 120,62
8.16	Средний курс доллара США за период 2021-2023	73,10
8.17	Затраты на КГ ЛУИН (за 3 года проекта, руб.)	285 399 265,36
8.18	Затраты на КГ СР, ЛРСП, ЛПН (за 3 года проекта, руб.)	446 655 598,09
8.19	Неполная стоимость QALY КГ ЛУИН (руб.)	556 336,86
8.20	Неполная стоимость QALY КГ СР, ЛРСП, ЛПН (руб.)	1 324 617,65

8.21	Неполная усредненная стоимость QALY	861 045,42
------	--	-------------------

Таблица 20. Расчет неполной стоимости QALY

Сделанные расчеты показывают сравнительно более низкую стоимость QALY и, соответственно, более высокую эффективность проекта для КГ ЛУИН. Это связано с более высоким количеством приобретенных QALY в этой группе за счет сравнительно большего количества уникальных ВИЧ-положительных клиентов, получающих АРВТ.

Расчет полной стоимости QALY

Проект «КАСКАД» является частью системы помощи ЛЖВ, существенный вклад в которую делает государство. В силу этого его эффективность не может быть рассмотрена без оценки государственных затрат на обеспечение терапии АРВТ. Для расчета усредненной годовой стоимости АРВТ (без учета схемы лечения) были взяты данные по государственным закупкам препаратов в период 2021-2023 годов по данным экспертной группы «Здравресурс»¹⁷.

№№	Показатель	Значение
9.1	Бюджет централизованных закупок препаратов на 2021 год (руб.)	27 830 000 000,00
9.2	Бюджет централизованных закупок препаратов на 2022 год (руб.)	38 500 000 000,00
9.3	Бюджет централизованных закупок препаратов на 2023 год (руб.)	28 030 000 000,00
9.4	Среднее количество закупленных курсов АРВТ в 2021 году (шт.)	366 971,00
9.5	Среднее количество закупленных курсов АРВТ 2022 году (шт.)	566 356,00
9.6	Среднее количество закупленных курсов АРВТ 2023 году (шт.)	366 480,00
9.7	Средняя годовая стоимость предоставления АРВТ на 1 человека (руб.)	72 595,39
9.8	Затраты на ежегодное предоставление АРВТ в КГ ЛУИН (за 3 года проекта) (3.1) x (8.1)	275 063 944,11
9.9	Затраты на предоставление АРВТ в КГ СР, ЛРСП, ЛПН (за 3 года проекта) ((4.1) + (4.3) + (4.5)) x (8.1)	33 248 690,00
9.10	Общие затраты на КГ ЛУИН (за 3 года проекта, руб.)	560 463 209,47
9.11	Общие затраты на КГ СР, ЛРСП, ЛПН (за 3 года проекта, руб.)	479 904 288,09
9.12	Полная стоимость QALY КГ ЛУИН (руб.)	1 092 526,79
9.13	Полная стоимость QALY КГ СР, ЛРСП, ЛПН (руб.)	1 423 221,15
9.14	Полная усредненная стоимость QALY	1 223 683,79

Таблица 21. Расчет полной стоимости QALY

17 Закупщик Минздрава РФ объявил аукционы на АРВ-препараты на средства 2024 года URL <https://zdravresurs.ru/analytics/zakupshhik-minzdrava-rf-obyavil-aukcziyony-na-arv-preparaty-na-sredstva-2024-goda/>

При расчете эффективности программы по методике ВОЗ используются следующие критерии¹⁸: стоимость одного добавленного QALY менее валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения - высокая эффективность проекта, менее трехкратного ВВП на душу населения - адекватная эффективность и более трехкратного ВВП на душу населения – низкая эффективность.

10.1	ВВП на душу населения России в 2021 в текущих ценах (руб.)	922 263,98
10.2	ВВП на душу населения России в 2022 в текущих ценах (руб.)	1 057 766,49
10.3	ВВП на душу населения России в 2023 в текущих ценах (руб.)	1 176 687,37
10.4	Средний ВВП на душу населения за период проекта (руб.)	1 052 239,28
10.5	Утроенный средний ВВП на душу населения за период проекта (руб.)	3 156 717,84

Таблица 22. Расчет среднего ВВП на душу населения в период реализации проекта¹⁹

Таким образом, полная усредненная стоимость QALY, полученного в проекте «КАСКАД» больше среднегодового ВВП на душу населения (1 052 239,28 руб.), но меньше трехкратного ВВП на душу населения (3 156 717,84 руб.)

Степень эффективности

Высокая эффективность	Нормальная эффективность	Низкая эффективность
Стоимость QALY менее ВВП на душу населения (руб.)	Полная усредненная стоимость QALY	Стоимость QALY более тройного ВВП на душу населения (руб.)
1 052 239,28	1 223 683,79	3 156 717,84

Рис №. Оценка степени эффективности проекта «КАСКАД» по полной усредненной стоимости QALY

Произведенный расчет говорит об адекватной (ближе к высокой) эффективности проекта (полная усредненная стоимость QALY на 16% выше среднегодового ВВП на душу населения).

¹⁸ Why Maximizing Quality-Adjusted Life Years, rather than Reducing HIV Incidence, Must Remain Our Objective in Addressing the HIV/AIDS Epidemic (2019) URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457342/>

¹⁹ Данные о национальных счетах Росстата Российской Федерации URL <https://rosstat.gov.ru/statistics/accounts>

Подходы к уточнению оценки эффективности проекта «КАСКАД» на основе расчета полной стоимости QALY

Данные по эффективности могут быть скорректированы с учетом проектных расходов в регионах и социально-экономического положения регионов. В данном случае вместо показатели валового национального продукта (ВВП) на душу населения используется показатель валового регионального продукта (ВРП) на душу населения.

№№	Показатели	Москва	Санкт-Петербург	Челябинская область	Ростовская область
11.1	Затраты проекта по регионам (долл. США)	1 020 266,35	8 294 065,97	435 624,23	264 473,86
11.2	Затраты проекта по регионам (руб.) с учетом среднего курса доллара США за период 2021-2023 - 73,10 (руб.)	74 581 470,35	606 296 222,29	31 844 131,32	19 333 039,48
11.3	Количество клиентов проекта, получающих АРВТ за три ода проекта	1 045,00	1 757,00	881,00	564,00
11.4	Затраты на ежегодное предоставление АРВТ (при средней годовой стоимости предоставления АРВТ на 1 человека - 72 595,39 руб.)	75 862 318,40	127 550 328,64	63 956 653,12	40 943 873,28
11.5	Количество накопленных QALY по регионам	300,20	271,69	130,45	147,86
11.6	Полная стоимость QALY по регионам проекта (руб./QALY)	501 147,76	2 701 058,87	734 394,64	407 668,92
11.7	ВРП на душу населения за 2021 год в текущих ценах (руб.)	1 866 988,70	1 682 758,70	485 902,30	601 401,10
11.8	ВРП на душу населения за 2022 год в текущих ценах (руб.)	2 182 863,00	1 992 591,60	556 629,30	673 544,80
11.9	Среднее ВРП на душу населения за период проекта в текущих ценах (руб.)	2 024 925,85	1 837 675,15	521 265,80	637 472,95

Таблица 23. Расчет полной стоимости QALY по регионам проекта

С учетом размеров валовых региональных продуктов (ВРП) и затрат в разрезе регионов, высокую эффективность имеют Москва и Ростов-на-Дону, где стоимость QALY меньше среднегодового ВРП на душу населения (2 024 925,85 руб. и 637 472,95 руб. соответственно). Проект в Санкт-Петербурге показывает адекватную эффективность, поскольку стоимость одного QALY больше среднегодового ВРП на

душу населения (1 837 675,15 руб.), но меньше трёхкратного ВРП на душу населения (5 5130 25,45 руб.). Такая же ситуация имеет место в Челябинске, где полная стоимость QALY составляет 734 394,64 руб., а среднегодовой ВРП на душу населения равен 521 265,80 руб.

Таким образом, в Москве стоимость QALY составляет 25% от среднегодового ВРП на душу населения, в Ростове-на-Дону 64% от ВРП на душу населения. В Санкт-Петербурге стоимость QALY превышает среднегодовой ВРП на душу населения на 47%, в Челябинске превышает на 41%.

ВЫВОДЫ

Результаты применения модели комплексной оценки проекта «КАСКАД» по профилактике и лечению ВИЧ позволили выявить следующие результаты:

1. изменения в информированности, поведении и благополучии выявлены для всех клиентов проекта, хотя имеют специфику в зависимости от группы;
2. на финальном этапе реализации проекта процессы были выстроены на достаточно высоком уровне;
3. достигаются краткосрочные, среднесрочные и стратегические цели проекта, хотя влияние на темпы эпидемии имеет ограниченный характер;
4. в проекте наблюдается отдача от масштаба, которая означает, что при увеличении объемов финансирования рост социальных результатов, выраженных в QALY, будет расти опережающими темпами;
5. проект демонстрирует адекватную социально-экономическую эффективность.

Синергия примененных методов оценки позволяет управлять процессами, результатами и эффективностью, а также предоставлять информацию для всех заинтересованных сторон. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что социальные технологии, применяемые в рамках проекта «КАСКАД», являются практиками с доказанным эффектом и действительно делают вклад в долгосрочное устойчивое решение проблем целевых групп.

Ниже представлены выводы по отдельным компонентам оценки проекта.

Качественный компонент исследования эффективности проекта, основанный на анализе мнений представителей различных заинтересованных сторон

1) Проект в целом соответствует проблемам в сфере ВИЧ и потребностям ключевых групп как по оценкам клиентов проекта, так и сотрудников, однако требует более гибкого и адаптивного подхода с учетом разнообразия потребностей КГН, особенностей регионов и меняющейся ситуации в сфере рисков инфицирования ВИЧ. Эта адаптация необходима в свете изменений в наркосцене, таких как появление новых неинъекционных наркотиков и увеличение числа молодых потребителей. Эти изменения требуют обучения сотрудников, а также адаптации проекта под новые потребности.

2) В 2023 году доступность профилактических услуг с точки зрения количества и охвата возросла. В Челябинске охват ЛУИН увеличился за счет расширения мероприятий и информационной работы. В Санкт-Петербурге доступность профилактических услуг для

СР значительно возросла благодаря расширению охвата салонов. При этом во всех трех регионах существуют сложности с доступом к профилактическим услугам для РСП и ЛПН. Доступность услуг для этих групп существенно осложнена из-за законодательства и контроля со стороны правоохранительных органов, что затрагивает безопасность как клиентов, так и сотрудников проекта.

3) Количественная доступность профилактических услуг и услуг по тестированию в целом оценивается как высокая. В профилактическом компоненте среди клиентов существует запрос на антисептические и заживляющие мази и дополнительные материалы, для ЛЖВ – таблетки, подарочные карты и пр. В компоненте тестирования выявлен запрос на расширение спектра тестирования на ИППП и вирусные гепатиты.

4) В рамках исследования не было выявлено существенных различий в оценке профилактического компонента клиентами. Информанты отмечали, что иногда раздаточный материал мог меняться или сокращаться в количестве, но раздаточные материалы и консультации неизменно высоко оценивались. Они воспринимались клиентами как полезные и помогающие им узнать больше о ВИЧ и мерах профилактики.

5) Клиенты проекта на всех трех этапах исследования высоко оценивали доступность и качество тестирования на ВИЧ. Из негативных аспектов иногда отмечалась нехватка тестов на другие заболевания или инфекции, передающиеся половым путем.

6) Выявляемость новых случаев ВИЧ в ключевых группах ЛУИН и СР остается относительно низкой, что требует пересмотра стратегии тестирования для достижения КГН, еще не охваченных тестированием.

7) На протяжении всех этапов реализации проекта «КАСКАД» клиенты проекта отмечали легкость получения услуг по сопровождению к лечению, готовность сотрудников сопровождать их при посещении Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, уделять достаточное количество времени. Однако долгосрочный характер работы по сопровождению к лечению обуславливает повышенную нагрузку на сотрудников и риски профессионального выгорания, что требует пересмотра индикаторов по этому компоненту.

8) По сравнению с предыдущим этапом оценки, сотрудники Консорциумов несколько иначе оценивают доступность услуг по сопровождению к лечению. В 2022 году предоставляемые в рамках проекта сервисы, по мнению сотрудников Консорциумов, были достаточны по количеству и качеству. На завершающем этапе проекта основным вызовом

для поддержания доступности услуг в долгосрочной перспективе является необходимость увеличения численности сотрудников, занимающихся сопровождением, а также увеличение ресурсного обеспечения сопровождения (мотивационные наборы), особенно для ЛЖВ. Для ЛУИН необходимо более интенсивное сопровождение, чем для других групп.

9) Сотрудники отмечают разный уровень самостоятельных действий клиентов в профилактике ВИЧ. СР регулярно тестируется и использует презервативы по собственной инициативе. РСП и ЛПН также информированы и заботятся о здоровье. Некоторые ЛЖВ, в том числе не имеющие российского гражданства, самостоятельно приобретают препараты АРВ-терапии. У ЛУИН уровень самостоятельных действий в профилактике наиболее низок, особенно из-за финансовых проблем. Даже если они осведомлены о методах предотвращения ВИЧ, отсутствие средств может помешать им использовать необходимые средства защиты. Однако большинство клиентов проекта «КАСКАД» в значительной степени зависят от информации и поддержки, предоставляемых проектом. В случае прекращения программы эти клиенты могут столкнуться с трудностями в доступе к информации и услугам профилактики ВИЧ.

10) Как и на предыдущем этапе оценки, сотрудники Консорциумов сообщали об избытке обучения в проекте и затруднялись выделить наиболее значимые. В то же время члены Форумов КГН отмечали недостаток обучающих мероприятий и неравномерное распределение количества таких мероприятий для Консорциумов и Форумов. Однако все информанты признали позитивное влияние обучения на профессиональное развитие и консолидацию специалистов из регионов проекта. Оно способствовало развитию кадрового потенциала организаций за счет обмена опытом, снижения стигмы между ключевыми группами и профилактики выгорания.

11) Области, в которых есть запрос на дополнительное обучение, включают низкопороговый подход в работе с ЛУИН, базовое обучение о ВИЧ, обучение в области психического здоровья, обучение индексному тестированию, подготовке финансовых и содержательных отчетов, финансовому менеджменту, взаимодействию с сотрудниками госучреждений, а также профилактика выгорания и углубленное обучение в сфере социальной работы.

12) Программа малых грантов предоставила организациям возможность реализовать собственные инициативы и опробовать новые методики, организовать

обучение, что делает эту программу ценным инструментом для развития НКО, ИГ и Форумов.

13) Проект «КАСКАД» способствует продолжению сотрудничества организаций-участников Консорциумов с государственными организациями, преимущественно за счет неформальных контактов. Однако неформальное взаимодействие, основанное преимущественно на личных контактах сотрудников, не является устойчивым. Для повышения устойчивости сотрудничества предлагаются такие меры, как разработка методологии взаимодействия НКО и государственных организаций, проведение совместных мероприятий и участие официальных лиц и федеральных экспертов в поддержке проекта.

14) Среди сотрудников Консорциумов и членов Форумов КГН остается низким уровень информированности о результатах исследований, проведенных СПб БФ «Гуманитарное действие» и исследований, реализованных силами Форумов КГН. Многим не ясны возможности применения выводов этих исследований. Трудности, связанные с исследованиями, проводимыми Форумами, включают их недостаточный методологический уровень, недостаточную практическую направленность, недостаточный уровень экспертизы Форумов, что может препятствовать дальнейшему использованию результатов в профессиональной среде. Кроме того, отмечается низкий интерес к исследованиям, проводимым Форумами, среди сотрудников Консорциумов, за исключением Санкт-Петербурга.

15) На завершающем этапе проекта произошло улучшение взаимодействия между Консорциумами и Форумами КГН по сравнению с первым и вторым годами реализации. Однако к концу проекта у сотрудников Консорциумов и членов Форумов сохранялось недопонимание относительно целей и содержания работы друг друга, а также относительно возможностей и преимуществ сотрудничества.

16) Правовой компонент исследования также получил положительную оценку клиентов на разных этапах реализации проекта. Однако были отмечены изменения в запросах некоторых ключевых групп на правовую помощь. В частности, представители групп ЛПН и РСП чаще стали сообщать о необходимости консультаций по вопросам миграции и функционировании новых законов, затрагивающих их группу.

17) Основной прогресс в работе уличных юристов достигнут в разрешении правовых проблем, требующих восстановления документов для получения бесплатной государственной медицинской помощи. Эти проблемы перестали быть сложными и стали

рутинными, решением которых овладели все специалисты. При продолжении проекта планируется включение социально-правового сопровождения в задачи социальных работников и кейс-менеджеров, без выделения отдельных позиций уличных юристов. К завершающему этапу проекта налажено взаимодействие уличных юристов Консорциумов и Форумов КГН, а также уличных юристов с профессиональными юристами.

18) На начальном этапе проекта система МиО, особенно фиксация результатов работы по сервисному компоненту в базе REDCap, вызывала затруднения у сотрудников. К завершающему этапу проекта сотрудники успешно адаптировались к этой системе и оценили её преимущества. В качестве направлений для усовершенствования системы были выделены следующие: адаптация форм для ввода данных с учетом специализации работы сотрудников и возможность ввода данных с компьютера.

Каскадный анализ

1) Для Москвы характерна существенно более интенсивная динамика роста доли ЛЖВ, успешно прошедших каскад лечения, по сравнению с регионами сравнения. Ведущую роль в данном позитивном тренде играет увеличение доли пациентов СПИД-центров, получающих АРВ. Наиболее актуальной задачей для следующего периода является установление контакта между профильной системой здравоохранения и ЛЖВ Москвы, которые знают о своем статусе, но не состоят на диспансерном наблюдении - именно на этот этап приходится наибольшие потери в каскаде лечения – 22,5%.

2) Санкт-Петербург опережает регионы сравнения по темпам роста доли ЛЖВ, успешно прошедших каскад лечения. Как и в Москве, такой рост показателя в первую очередь связан с активным привлечением пациентов к АРВ терапии в период трех лет реализации проекта. На 2023 год потери растут на каждом из этапов каскада, хотя в целом остаются сопоставимыми: 7,4% ЛЖВ теряются на этапе контакта с центрами СПИДа, 10,7% - на этапе приема терапии и еще 14,8% на этапе достижения неопределяемой вирусной нагрузки.

3) В целом Челябинск демонстрирует общую более позитивную динамику каскада по сравнению с Самарой (регион сравнения), однако не опережает общероссийские показатели. Ключевой устойчивый рост наблюдается в охвате пациентов АРВ терапией. Потери в основном происходят на первом этапе – привлечения ЛЖВ к контакту со СПИД центрами и на последнем - достижения неопределяемой вирусной нагрузки. Если показатели последнего этапа в целом растут, то первого – наоборот, устойчиво снижаются весь рассматриваемый период.

4) Следует отметить, что система сбора государственной статистики не дает возможности оценить самое начало каскада – долю людей с ВИЧ-инфекцией, которые информированы о своем статусе. Данный показатель, тем не менее является крайне важным для понимания и прогнозирования эпидемического процесса, а также оценки эффективности предпринимаемых усилий.

Математическое моделирование эпидемиологических процессов с учетом воздействия проекта «Каскад»

Построение прогнозных моделей является безальтернативным способом при необходимости расчёта значений показателей в будущем (заболеваемость, затраты, эффективность, пр.). Тем не менее, поскольку недостоверная информация хуже отсутствия информации, следует реалистично оценивать точность получаемых прогнозных оценок. Два основных фактора, повышающих неопределённость результатов, связана с (а) недостоверностью и/или недостаточным количеством входных данных для калибровки моделей; (б) неадекватностью модельных предположений о механике изучаемого процесса.

В настоящем исследовании в силу скудности объёма доступной информации, связанной как с особенностями работы систем надзора, так и со спецификой рассматриваемого заболевания, оба фактора присутствуют и значительно ограничивают эффективность моделирования. Также особенностью использованных данных является их разрозненность, которая приводит к необходимости согласования противоречивой информации из разных источников.

Оценка социальной результативности и социально-экономической эффективности проекта «Каскад»

1) Наличие фактических данных в разрезе городов и КГН значительно повышает точность проводимых расчётов - как по комплексной услуге, так и по тестированию. Тем не менее, сохраняется необходимость некоторых допущений, которые можно было бы заменить более конкретными цифрами - например, есть отдельные пункты, которые не входили в исходные планы, по ним не было бюджета, но в итоге они вошли в комплексную услугу (например, СИЗ, вода и т.д.) - стоит добавить соответствующие строки в файле с фактическими значениями, тогда расчёт фактической стоимости комплексных услуг будет более точным.

2). Разница в стоимости комплексной услуги по городам и КГН зависит не только от цен в каждом городе, которые различаются при расчёте затрат на консультации, например, но одинаковы для предметов, закупка которых централизована. Важна здесь структура

потребления тех или иных составляющих комплексной услуги, т.к. разница что в закупочной цене отдельных предметов, что в стоимости услуг отличается. Подробный анализ структуры потребления полезен для прогнозирования предоставления услуг в дальнейшем. Здесь же важно учесть, что ряд предметов или услуг исходно предполагались для одной категории, а предоставлялись разным (например, шприцы-иголки).

Согласно полученным данным, по суммарным расходам на комплексные услуги из КГН лидирует, преимущественно ЛУН. Исключение - Москва, где на ЛРСП расходы примерно в 1,7-2,1 (в зависимости от типа итога) раза выше, чем на ЛУН. Сравнивая КГН по городам, Москва лидирует по затратам для СР, ЛРСП, ЛПН на разных уровнях, но и охват по уникальным клиентам там самый высокий по всем КГН, кроме ЛУН - в Петербурге и клиентов в этой категории, и сумма расходов выше.

Анализируя составляющие комплексной услуги в расчёте на 1 клиента, можно видеть, что наибольшую долю занимают консультации, при этом структура востребованных консультаций различная - например, в КГН ЛПН, где стоимость максимальна, наиболее востребованы длинные консультации, а у КГН СР, с наименьшим в Петербурге значением - более короткие, а значит и более недорогие (с учётом принятого распределения по временным затратам).

Что касается выдачи сервисного пакета - при одинаковых ценах закупки и распределения, стоимость выдаваемого набора варьирует от 2 ден. ед. (ЛПН Челябинска и Ростова-на-Дону) до 51 ден. ед. (ЛУН в Санкт Петербурге). Сравнивая, например, потребление КГН ЛУН в Москве и Санкт-Петербурге, можно видеть, что влияет не только выбор более или менее дорогих предметов, но и частота их получения - в Петербурге, например, представители КГ ЛУН, которых на 23% больше, чем в Москве, получили на 69% больше шприцев и, соответственно, на это было затрачено на 69% больше средств, что в пересчёте на количество клиентов стало одной из причин превышения расходов на пакет для КГН ЛУН Петербурга над аналогичным пакетом в Москве.

3) При расчёте стоимости комплексной услуги важно учитывать не только прямые затраты - на закупку и распределение по городам предметов, проведение консультаций - но и организационные расходы - как непосредственно относящиеся к реализации программы, так и связанные с продвижением проекта. Расходы на оказание дополнительных услуг отдельным категориям лиц, входящим в анализируемые КГН (ЛЖВ - сопровождение; Химсекс) - учитываются отдельно, т.к. данные услуги

оказываются только некоторым представителям данных КГН. Но, если расчёт идёт на человека, относящегося к одной или обеим указанным категориям, стоимость услуги растёт.

В целом, в зависимости от количества уникальных клиентов к КГН каждого города в целом и в отдельных категориях, возможная максимальная стоимость может в 1,6-5,4 раз превышать непосредственную стоимость комплексной услуги (т.е. сумму трёх основных компонентов – выдачи пакета, тестирования и консультаций), что говорит о важности учёта различных групп расходов. При расчёте стоимости на человека, разница будет особенно заметна, когда охват ещё недостаточен, чтобы на него распределить минимально необходимые организационные расходы.

Общий менеджмент проекта добавляет к стоимости комплексной услуги суммы, сопоставимы с организационными расходами, связанными непосредственно с оказанием данной услуги. С общей суммой организационных расходов сопоставимы и расходы на продвижение проекта.

Наибольшие дополнительные расходы на сопровождение несёт Петербург в части КГН ЛУН, а по компоненту “Химсекс” лидирует Москва, по консультациям КГН ЛУН - Петербург. Каждый случай, с которым ведётся работа, значительно влияет на предотвращение заражений и соответствующую величину QALY - несмотря на высокую стоимость расходов на 1 клиента, эффективность работы с данной категорией может быть тоже выше.

4) Исходя из рассчитанной величины QALY в разрезе КГН и городов, можно посмотреть, какова стоимость 1 QALY в ден. ед. комплексной услуги, в зависимости от уровня итога. Чисто математически, наибольшая стоимость комплексной услуги на 1 QALY приходится на КГН и города с наименьшим числом QALY при даже самой низкой стоимости услуг - например, ЛПН во всех городах, СР в Челябинске. Чем выше QALY, тем меньше затрат на комплексную услугу ложится на каждую единицу полученного результата, даже при более дорогой стоимости услуги - например, сравнивая результаты КГН ЛУН для Москвы и Петербурга - т.е. можно говорить о положительном эффекте масштаба.

5) Организационные расходы, связанные с проведением тестирования, учитываются и при расчёте стоимости тестирования на ВИЧ, наряду с закупкой тестов, распределением их по городам и проведением консультаций. Учитывая централизованную закупку, эти расходы - второй пункт отличия в расходах по городам. Первый связан со стоимостью труда

сотрудников, проводящих консультации - значения обеих этих статей отличаются по городам.

В целом стоимость тестирования варьируется от 8,95 (ЛПН Челябинск) до 9,47 (ЛУН РнД). В разрезе КГН в рамках одного города наибольшая стоимость у ЛУН, наименьшая - у ЛПН. Это связано с тем, что единственный расход, отличный для КГН - распределение между городами, связанный с численностью тестируемых - там, где охват выше, стоимость на единицу оказалась меньше. По городам наибольшая стоимость у Ростова-на-Дону - за счёт более дорогих консультаций и организационных расходов - в частности, это связано с тем, что он присоединился только в последний год, а анализ идёт за три года. По этой же причине количество тестируемых пока сравнительно невелико, а не все затраты растут и снижаются пропорционально. Среди городов, участвующих с первого года, ожидаемо дороже всех - Москва, дешевле - Челябинск.

6). Проведённый анализ показывает адекватную (ближе к высокой) эффективность проекта «КАСКАД» (стоимость QALY 116% от среднегодового ВВП на душу населения). С учетом размеров валовых региональных продуктов (ВРП) и затрат в разрезе регионов, наиболее высокую эффективность имеют Москва (стоимость QALY 25% от среднегодового ВРП на душу населения) и Ростов-на-Дону (стоимость QALY 64%). Санкт-Петербург и Челябинск показывают адекватную эффективность (147% и 141% соответственно).

7) Максимальный вклад в приобретение QALY был сделан в результате реализации проекта в г. Москва (300,20 QALY) и г. Санкт-Петербург (271,69 QALY). Работа в Ростове-на-Дону в течение года и Челябинске в течение трех лет дала сопоставимое количество добавленных QALY (147,86 QALY и 130,45 QALY соответственно).

8) По способам приобретения QALY максимальный вклад в результаты проекта внесла высокая приверженность лечению клиентов КГ ЛУИИ (56% добавленных QALY) и КГ СР (29% добавленных QALY), поскольку в результате получения терапии было улучшено их здоровье и благополучие.

9) Основной показатель результативности – приобретение 850,19 добавленных QALY за три года реализации проекта.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Качественный компонент исследования эффективности проекта, основанный на анализе мнений представителей различных заинтересованных сторон

1) При формировании сервисного плана (включая планируемые индикаторы, распределение расходов и виды услуг) рекомендуется учитывать запросы, опыт работы и возможности НКО и ИГ, которые входят в состав региональных Консорциумов, региональные особенности и потребности КГН в регионах. В частности, важно учитывать потребности в дополнительных профилактических материалах (особенно актуально для ЛЖВ и ЛУИН), ДКП и расширении возможностей тестирования, в том числе на вирусные гепатиты и ИППП.

2) Для обеспечения устойчивого сотрудничества НКО и ИГ с государственными организациями возможно проведение стратегических сессий с координаторами региональных Консорциумов и обсуждения возможных мероприятий и действий со стороны основного реципиента по поддержанию социального партнерства.

3) Для развития НКО и обеспечения устойчивого состава сотрудников рекомендуется предусмотреть большее количество мероприятий, направленных на профилактику профессионального выгорания сотрудников НКО и ИГ и упростить процесс согласования и подготовки этих мероприятий. Выбор ведущих и определение состава участников (проведение для одной НКО/ИГ или всего Консорциума) следует осуществлять исходя из потребностей сотрудников.

3) В начале реализации проекта рекомендуется организовать серию установочных встреч:

- с участием представителей всех региональных Консорциумов: помимо установления контактов, это позволит специалистам, реализующим проект, ознакомиться с лучшими практиками в работе и возможностями сотрудничества;

- с участием представителей Консорциумов и Форумов КГН для информирования о целях и задачах их работы, а также о возможностях сотрудничества;

- для налаживания процессов финансового менеджмента и отчетности рекомендуется организовать встречу с привлечением бухгалтеров и финансового директора проекта.

4) Предусмотреть возможность перераспределения средств в ограниченном объеме с учетом изменений в эпидемиологической ситуации в регионах проекта и потребностях КГН, с учетом возможных правовых изменений. При длительных сроках реализации

подобных проектов, важно по возможности предусмотреть возможность внесения изменений в бюджет проекта.

5) Для повышения информированности сотрудников Консорциумов и членов Форумов о результатах проводимых в рамках проектов исследований рекомендуется рассмотреть возможности распространения их результатов в удобном формате (презентационных версий или кратких отчетов). Это позволит расширить применимость полученных результатов в практической работе.

6) В целях повышения эффективности обучающих мероприятий рекомендуется сбалансировать количество для сотрудников Консорциумов и членов Форумов и учесть результаты оценки потребностей в обучении.

Математическое моделирование эпидемиологических процессов с учетом воздействия проекта «Каскад»

1) Предпочтительно построение отдельной модели сопряжения данных, которая позволит проследить взаимосвязь между изначальными «сырыми» данными и конечным набором входных данных для моделей.

2) Необходима чёткая формулировка всех предположений и оговорок, принимаемых в моделях, для их оценки и пересмотра в случае получения недостоверных результатов.

3) Желательно сопряжение результатов, полученных обоими подходами (статистическим и популяционным) с целью воссоздания непротиворечивой картины рассматриваемого процесса.

4) Предпочтительно выдвижение гипотез о характере процесса и использование моделей для их подтверждения либо опровержения, в противовес обратной последовательности действий (выдвижение гипотез по результатам анализа выходных модельных данных).

5) Перспективным представляется подход к количественной оценке неопределенности выходных показателей (построение интервальных оценок), в явном виде базирующейся на неопределенности входных данных и экспертной оценке их надёжности.

Номенклатура собираемых данных

Для простейшей SIR-модели:

- Численности КГН на всех этапах каскада
- Оценка общей численности КГН (суммарно ВИЧ- и ВИЧ+)
- Оценка доли выявленных КГН
- Оценка охвата программой (в процентах от общей популяции КГН)

Для детализированной SIR-модели:

- Оценка притоков и оттоков КГН (миграция)
- Оценка интенсивности контактов между разными КГН и генеральной популяцией

Оценка социальной результативности и социально-экономической эффективности проекта «Каскад»

1) Для уточнения оценки эффективности проекта «КАСКАД» на основе расчета полной стоимости QALY необходимо моделирование количества предотвращенных случаев заражения по группам и регионам (QALY2, QALY3, QALY4, QALY6).

2) Для оценки добавленных QALY с учетом специфики групп и регионов проекта при сборе данных о клиентах, находящихся на сопровождении и получающих АРВТ, в будущем можно включить в перечень вопросов самоотчет об изменении состояния в привязке к QALY (0 QALY - смерть, 1 QALY - состояние полного здоровья).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. КАЧЕСТВЕННЫЙ КОМПОНЕНТ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА, ОСНОВАННЫЙ НА АНАЛИЗЕ МНЕНИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

Приложение 1.1. Список интервью с сотрудниками Консорциумов, клиентами проекта и членами Форумов КГН

Клиенты, представители ключевых групп населения		
Дата интервью	Ключевая группа	Регион
29.03.2024	ЛЖВ	Санкт-Петербург
29.03.2024	ЛЖВ	Санкт-Петербург
29.03.2024	ЛЖВ	Санкт-Петербург
08.02.2024	ЛУИН	Санкт-Петербург
08.02.2024	ЛУИН	Санкт-Петербург
08.02.2024	ЛУИН	Санкт-Петербург
01.02.2024	ЛРСП	Санкт-Петербург
01.02.2024	ЛРСП	Санкт-Петербург
02.02.2024	ЛРСП	Санкт-Петербург
19.02.2024	СР	Санкт-Петербург
19.02.2024	СР	Санкт-Петербург
22.02.2024	СР	Санкт-Петербург
20.02.2024	ЛПН	Санкт-Петербург
20.02.2024	ЛПН	Санкт-Петербург
20.02.2024	ЛПН	Санкт-Петербург
18.03.2024	ЛЖВ	Москва
18.03.2024	ЛЖВ	Москва

18.03.2024	ЛЖВ	Москва
18.03.2024	ЛЖВ	Москва
18.03.2024	ЛУИН	Москва
18.03.2024	ЛУИН	Москва
18.03.2024	ЛУИН	Москва
20.03.2024	ЛРСП	Москва
20.03.2024	ЛРСП	Москва
20.03.2024	ЛРСП	Москва
28.03.2024	СР	Москва
28.03.2024	СР	Москва
28.03.2024	СР	Москва
13.03.2024	ЛПН	Москва
14.03.2024	ЛПН	Москва
14.04.2024	ЛПН	Москва
12.03.2024	ЛЖВ	Челябинск
13.03.2024	ЛЖВ	Челябинск
13.03.2024	ЛЖВ	Челябинск
12.03.2024	ЛУИН	Челябинск
12.03.2024	ЛУИН	Челябинск
12.03.2024	ЛУИН	Челябинск
13.03.2024	ЛРСП	Челябинск
14.03.2024	ЛРСП	Челябинск

14.03.2024	ЛРСП	Челябинск
13.03.2024	СР	Челябинск
13.03.2024	СР	Челябинск
14.03.2024	СР	Челябинск
13.03.2024	ЛПН	Челябинск
14.03.2024	ЛПН	Челябинск
14.03.2024	ЛПН	Челябинск
Всего: 46 интервью		

Дата интервью	Должность	Регион
01.04.2024	Генеральный директор СПб БФ «Гуманитарное действие»	Санкт-Петербург
25.03.2024	Старший координатор проекта	Санкт-Петербург
11.03.2024	Координатор Консорциума	Санкт-Петербург
20.02.2024	Координатор по работе с Консорциумами, обучающих программ и тренингов	Санкт-Петербург
27.02.2024	Координатор Форумов и УЮ	Санкт-Петербург
18.03.2024	Финансовый менеджер (московский Консорциум)	Москва
20.03.2024	Координатор московского Консорциума	Москва
18.03.2024	Уличный юрист, координатор работы с ЛУИН	Москва
25.03.2024	Уличный юрист, аутрич-работник, координатор работы с СР	Москва

20.03.2024	Кейс-менеджер, координатор работы с ЛПН	Москва
13.03.2024	Кейс-менеджер	Челябинск
12.03.2024	Координатор челябинского Консорциума	Челябинск
13.03.2023	Кейс-менеджер, консультант, координатор работы с РСП	Челябинск
12.03.2024	Координатор службы медико-социального сопровождения, координатор МиО	Челябинск
12.03.2024	Социальный работник	Челябинск
17.04.2024	Финансовый директор проекта КАСКАД	Санкт-Петербург
Всего: 16 интервью		
Дата интервью	Должность информанта	
26.03.2024	Форум СР	
03.04.2024	Форум ЛПН	
05.03.2024	Форум РСП	
12.04.2024	Форум РСП	
02.04.2024	Форум ЛУН	
15.03.2024	Форум ЛЖВ	
Всего: 6 интервью		

Приложение 1.2. Форма информированного согласия КГН

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 организациями, работающими со следующими группами населения: ЛУИН, СР, РСП и ЛПН. Если у Вас возникнут вопросы о самом исследовании 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 по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Целью данного исследования является оценка эффективности вмешательств по профилактике ВИЧ-инфекции, проведенных в ходе реализации Проекта «КАСКАД».

Участие в исследовании:

Для участия в исследовании мы предлагаем Вам дать интервью, во время которого мы поговорим на следующие темы:

- Опыт получения услуг, предлагаемых в рамках Проекта «КАСКАД»;
- Роль услуг, предоставляемых в рамках Проекта «КАСКАД», в профилактике ВИЧ-инфекции;
- Опыт взаимодействия с сотрудниками Консорциумов, НКО;
- Барьеры при получении услуг, связанных с профилактикой и лечением ВИЧ.

Время проведения интервью около 30 минут. 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: « ____ » _____ 2024 год

Приложение 1.3. Форма информированного согласия Консорциумы

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 (ЛУИН, СР, РСП и ЛПН). 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 1-1,5 часов. 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. 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: « ____ » _____ 2024 год.

Приложение 1.4. Форма информированного согласия Форумы

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 организациями, работающими со следующими группами населения: ЛУИН, СР, РСР и ЛПН. Если у Вас возникнут вопросы о самом исследовании 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 люди, живущие с ВИЧ, мужчины, практикующие секс с мужчинами, секс-работники, люди, употребляющие инъекционные наркотики, трансгендерные люди. Целью данного исследования является оценка эффективности вмешательств по профилактике ВИЧ-инфекции, проведенных в ходе реализации Проекта «КАСКАД».

Участие в исследовании:

Для участия в исследовании мы предлагаем Вам дать интервью, во время которого мы поговорим на следующие темы:

- Опыт участия в проекте «КАСКАД»;
- Оценка услуг сервисных модулей проекта
- Услуги по поддержке сообществ
- Налаживание взаимодействия сообществ и государственных организаций
- Управление проектом

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: «_____» _____ 2024 год.

Приложение 1.5. Путеводитель интервью с клиентами проекта

Путеводитель интервью с представителями КГН

1. Опыт получения 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? Как часто за последний год Вы обращались в [название организации]?

Далее я задам Вам вопросы об услугах, которые Вы могли получать в этой организации.

2. Услуги по профилактике ВИЧ

Сначала я задам вопросы о помощи по профилактике ВИЧ-инфекции.

2) Какую помощь по профилактике ВИЧ Вы получаете здесь: по каким вопросам Вас консультировали? Какие материалы Вы получали?

Далее я перечислю разные виды помощи, которые Вы также могли получить в этой организации, по каждому из них скажите, получали ли Вы такие услуги.

(прим. интервьюеру: назвать только то, что информант не озвучил).

Услуги для всех:

- выдача презервативов лубрикантов
- выдача информационных материалов
- консультирование специалистов (до и после тестовое, социально-психологическое)
- выдача СИЗ: маски, перчатки (возможно по компоненту COVID)

Только для РСП:

- доступ к информации и онлайн консультирование по вопросам, связанным с «химсексом», через онлайн-платформу и канал Telegram
- группы поддержки и персональное психологическое консультирование для практикующих «химсекс»
- информационные материалы по «химсексу» и профилактике ВИЧ

Только для ЛУИН:

- обмен игл и шприцев
- профилактика передозировок и помощь при передозировках (выдача ампулы налоксона – 85% ЛУИН)

- тестирование на гепатит С

Только для женщин ЛУИН:

- получение гигиенических пакетов
- консультации медицинских специалистов

Только для женщин СР:

- тестирование на ИППП
- психологическое и медицинское консультирование
- раздача мотивационных пакетов для стимулирования клиентов на прохождение тестирования на ВИЧ

Только для ЛПН:

- консультации эндокринолога
- психологические консультации

Только для СР, РСП, ЛПН в Санкт-Петербурге (ДКП):

- выдача препаратов доконтактной профилактики
- онлайн и оффлайн консультирование по ДКП

3) *Если не получали такую помощь (прим. интервьюеру – задать вопрос только о тех видах помощи, которые информант не получал): почему Вы не получали эти виды помощи? Нужны ли они Вам?*

4) *Расскажите о Ваших впечатлениях об этой помощи. Насколько Вы удовлетворены консультированием и материалами, которые Вы здесь получили? Насколько качественной была эта помощь?*

5) *Насколько легко Вам было ее получить в [название организации]? (прим. интервьюеру: Если информант затрудняется с ответом: насколько удобно расположена организация или мобильный пункт? Сложно ли добраться? Удобен ли график работы? Насколько легко обратиться и получить нужную Вам помощь? Не сталкивались ли Вы с негативным отношением сотрудников? Насколько доступна информация о возможности получить помощь?)*

6) *Вам было достаточно помощи по профилактике? Есть ли еще какая-то помощь в профилактике ВИЧ, которая Вам нужна?*

7) *Вы бы посоветовали эти услуги другим [назвать группу, которой относится информант: ЛУИН/РСП/СР/ЛПН/ЛЖВ]? Кому бы они подошли, а кому – нет?*

8) В 2023 году Вы сталкивались с какими-либо сложностями при получении помощи по профилактике ВИЧ? Если да – пожалуйста, расскажите подробнее. Как менялась эта помощь за последние три года?

9) Кроме этой организации, куда Вы еще обращались и что делали самостоятельно, чтобы не заразиться ВИЧ-инфекцией? *Для ЛЖВ: Что Вы делали самостоятельно, помимо обращения в эту организацию, чтобы не распространять ВИЧ-инфекцию?*

3. Тестирование на ВИЧ

В следующей части интервью предлагаю поговорить о помощи в области тестирования на ВИЧ.

10) Какую помощь по тестированию на ВИЧ Вы получали?

Далее я перечислю разные виды помощи, которые Вы также могли получить в этой организации по тестированию на ВИЧ, по каждому из них скажите, получали ли Вы такие услуги. (прим. интервьюеру: назвать только то, что информант не озвучил).

- тестирование на ВИЧ

Только для ЛЖВ:

- поддержка равных консультантов и доведение до подтверждающего тестирования и лечения

Только для РСП:

- Самотестирование на ВИЧ для ключевых групп населения, практикующих "химсекс"
- интернет-бот для отслеживания результатов самотестирования

11) Если не получали такую помощь (*прим. интервьюеру – задать вопрос только о тех видах помощи, которые информант не получил*): почему Вы не получали эти виды помощи? Нужны ли они Вам?

12) Насколько Вы удовлетворены этой помощью? Насколько качественной она была?

13) Насколько легко Вам было пройти тестирование на ВИЧ в [*название организации*]? (*прим. интервьюеру: Если информант затрудняется с ответом: насколько удобно расположена организация или мобильный пункт? Сложно ли добраться? Насколько легко обратиться и получить нужную Вам помощь? Не сталкивались ли Вы с негативным отношением сотрудников? Насколько доступна информация о возможности получить помощь?*)

14) Если Вы делали тест самостоятельно – насколько легко Вам было получить набор и воспользоваться им?

15) Вам было достаточно помощи по тестированию? Есть ли еще какая-то помощь в области тестирования на ВИЧ, которая Вам нужна?

16) Вы бы посоветовали эти услуги другим [назвать группу, которой относится информант: ЛУИН/РСП/СР/ЛПН/ЛЖВ]? Кому бы тестирование в этой организации подошло, а кому – нет?

17) В 2023 году Вы сталкивались с какими-либо сложностями при получении помощи по тестированию на ВИЧ? *Если да – пожалуйста, расскажите подробнее. Было ли что-то, с чем Вы не сталкивались раньше?* Как тестирование в этой организации изменилось за последние три года?

18) До обращения в эту организацию, Вы проходили тестирование на ВИЧ? Как часто Вы это делали? Куда еще Вы обращаетесь за тестированием, кроме этой организации?

4. Лечение, уход и поддержка

Следующая часть интервью – о помощи в получении лечения ВИЧ. Скажите, пожалуйста, есть ли у Вас ВИЧ-инфекция? Если нет – перейти к следующему блоку вопросов.

Если да – Я задам Вам вопросы об услугах, связанных с лечением ВИЧ.

19) Вы получаете АРВ-терапию?

20) Вы когда-нибудь переставали принимать препараты АРВТ, которые Вам были назначены? *Если да: Почему Вы перестали их принимать? Вы сталкивались со сложностями в том, чтобы продолжить лечение? Вы начали снова принимать АРВТ?*

21) Какую еще помощь, связанную с лечением ВИЧ, Вы получаете здесь?
Я перечислю другие виды помощи, которые Вы также могли получить в этой организации, по каждому из них скажите, получали ли Вы такие услуги.
(прим. интервьюеру: назвать только то, что информант не озвучил).

- консультирование по вопросам лечения
- психологическая и социальная поддержка, сопровождение в мед. учреждения за лечением и диагностикой, в том числе оторвавшихся от лечения пациентов
- помощь в обращении в Центр СПИД для получения диагностики и лечения;
- помощь в тестировании на ВИЧ и консультирование сексуальных партнеров и партнеров по употреблению наркотиков
- предоставление информации и образовательных материалов,
- перенаправление в другие НГО.

- 22) *Если не получали такую помощь (прим. интервьюеру – задать вопрос только о тех видах помощи, которые информант не получал): почему Вы не получали эти виды помощи? Нужны ли они Вам?*
- 23) *Насколько Вы удовлетворены этой помощью? Насколько качественной она была?*
- 24) *Насколько легко Вам было получить помощь по сопровождению для получения лечения ВИЧ от [название организации]? (прим. для интервьюера: если информант затрудняется с ответом: насколько удобно расположена организация или мобильный пункт? Сложно ли добраться? Насколько легко обратиться и получить нужную Вам помощь? Не сталкивались ли Вы с негативным отношением сотрудников? Насколько доступна информация о возможности получить помощь?)*
- 25) *Вам было достаточно помощи в лечении? Есть ли еще какая-то помощь в лечении ВИЧ, которая Вам нужна?*
- 26) *Вы бы посоветовали эти услуги другим людям, живущим с ВИЧ? Кому бы она подошла, а кому – нет?*
- 27) *В 2023 году Вы сталкивались с какими-либо сложностями при получении помощи по сопровождению в лечении ВИЧ? Если да – пожалуйста, расскажите подробнее. Было ли что-то, с чем Вы не сталкивались раньше? Как помощь в лечении в этой организации изменилась за последние три года?*
- 28) *Куда еще Вы обращаетесь за помощью в лечении, кроме этой организации?*

5. Правовая помощь (Снижение барьеров, связанных с нарушением прав доступа человека к услугам в сфере ВИЧ)

В следующей части интервью я задам вопросы о правовой помощи по вопросам получения услуг в связи с ВИЧ-инфекцией. В проекте эту помощь оказывают уличные юристы – консультанты, которые оказывают помощь по вопросам получения помощи по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ. В некоторых случаях они могут длительно сопровождать человека по этим вопросам.

- 29) *Сталкивались ли Вы с правовыми последствиями из-за своей принадлежности к группе [назвать КГН, к которой относится информант: ЛУИН, РСП, СР, ЛПН]? Например, уголовное или административное наказание за употребление наркотиков, занятие проституцией. Какие нарушения прав (прим.интервьюеру: назвать КГН, к которой относится информант: ЛУИН, РСП, СР, ЛПН, ЛЖВ), на Ваш взгляд, самые распространенные?*

30)

31) Знаете ли Вы о возможности получить помощь уличных юристов? Получали ли Вы сами помощь уличных юристов? Какую именно помощь Вы от них получали?

32) Если не получали такую помощь: почему Вы не получали правовую помощь? Нужна ли она Вам?

33) Если да – насколько Вы удовлетворены этой помощью? Насколько качественной она была?

34) Насколько легко Вам было ее получить в [название организации]? (прим.интервьюеру: Если информант затрудняется с ответом: насколько удобно расположена организация или мобильный пункт? Сложно ли добраться? Удобен ли график работы? Требуются ли какие-то документы для получения помощи? Насколько легко обратиться и получить нужную Вам помощь? Не сталкивались ли Вы с негативным отношением сотрудников? Насколько доступна информация о возможности получить помощь?)

35) Вам было достаточно правовой помощи? Есть ли еще какая-то правовая помощь, которая Вам нужна?

36) Вы бы посоветовали эти услуги другим людям, живущим с ВИЧ? Кому бы она подошла, а кому – нет?

37) В 2023 году Вы сталкивались с какими-либо сложностями при получении правовой помощи от уличных юристов? Если да – пожалуйста, расскажите подробнее. Было ли что-то, с чем Вы не сталкивались раньше? Как правовая помощь изменилась за последние три года?

38) Куда еще Вы обращались за правовой помощью? Что Вы делали самостоятельно, чтобы решить проблему?

6. Взаимодействие с сотрудниками Консорциумов

Далее я попрошу Вас рассказать о том, как вы общались со специалистами этой организации. Это не будет иметь никаких негативных последствий для сотрудников, так как мы оцениваем проект в целом и даем рекомендации, не называя имена конкретных сотрудников.

39) Расскажите, пожалуйста, с какими специалистами [название организации] Вы общались?

40) Как бы Вы оценили Ваше общение с сотрудниками [название организации]? Пожалуйста, прокомментируйте Ваш ответ. Что Вам понравилось? Что хотелось бы улучшить?

7. Оценка проекта в целом

Сейчас предлагаю Вам поделиться Вашими идеями о том, что из той помощи, которую Вы получаете здесь, можно заменить, и как ее можно улучшить.

41) Как помощь, которую Вы получали здесь, повлияла на Вашу жизнь, поведение? Если бы не было этой организации, как бы складывалась Ваша жизнь в течение последнего года? А в течение последних трех лет?

42) *Только для тех, кто обращался в Центры СПИД:* Что изменилось за последние три года в работе СПИД Центра? Это могут быть изменения в общении с пациентами, с оказываемой помощью и любые другие изменения, которые Вы замечали.

43) Представьте, что *[название организации]* закрылась. Как изменится Ваша жизнь? Чего Вам будет не хватать, а что Вы сможете легко найти в других организациях?

44) 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!

Приложение 1.6. Путеводитель интервью с сотрудниками Консорциумов

В этом интервью я задам вопросы о различных компонентах проекта «КАСКАД».

Если Вы не знаете о каких-то направлениях работы, мы будем пропускать вопросы, которые нерелевантны для Вас.

I. Общая характеристика проекта и оценка сервисных модулей проекта “КАСКАД”

1) Пожалуйста, расскажите о Вашей роли в проекте «КАСКАД». Какие задачи Вы выполняете? Как давно работаете в проекте?

2) Как Вы считаете, насколько услуги, предусмотренные в проекте, соответствуют потребностям ключевых групп населения в сфере профилактики и лечения ВИЧ в Вашем регионе?

3) Каких услуг, на Ваш взгляд, не хватает в проекте? Представьте, что возникла необходимость сократить финансирование проекта и убрать часть услуг. Чем бы Вы пожертвовали, почему?

4) Какие барьеры в доступе к услугам по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ в НКО и государственных организациях остаются актуальными для КГН? Какие изменения произошли за последний год? Как Вы считаете, насколько в рамках проекта удавалась работа по снижению барьеров в доступе к услугам в сфере ВИЧ?

II. Потребности, сильные стороны и трудности в профилактике, тестировании и лечении в регионе

5) *Далее я задам вопросы отдельно о разных типах услуг в проекте.* Насколько доступны услуги по профилактике для клиентов проекта (прим.: *насколько удобно расположена организация или мобильный пункт? Сложно ли добраться? Удобен ли график работы? Насколько доступна информация о возможности получить помощь?*)? Насколько услуг по профилактике достаточно для клиентов? Каких услуг не хватает? Насколько услуги по профилактике подходят для разных КГН (прим.: *учитывают особенности, разные потребности, риски*)? Насколько качественны услуги по профилактике? Что является сильной стороной профилактики в проекте? Как можно было бы улучшить систему профилактики в проекте?

6) Насколько доступно тестирование для клиентов проекта (прим.: *насколько удобно расположена организация или мобильный пункт? Сложно ли добраться? Удобен ли график работы? Насколько доступна информация о возможности получить помощь?*)? Насколько услуг по тестированию достаточно для клиентов? Каких услуг не хватает? Насколько услуги по тестированию подходят для разных КГН (прим.: *учитывают особенности, разные потребности, риски*)? Насколько качественны услуги по

тестированию? Что является сильной стороной этого компонента? Как можно было бы улучшить систему тестирования в проекте?

7) Насколько доступно сопровождение к лечению для клиентов проекта (прим.: *насколько удобно расположена организация или мобильный пункт? Сложно ли добраться? Удобен ли график работы? Насколько доступна информация о возможности получить помощь?*)? Насколько помощи в сопровождении к лечению (*временных, человеческих ресурсов*), доступной в проекте, достаточно для клиентов? Каких услуг не хватает? Насколько услуги по сопровождению подходят для разных ЛЖВ (прим.: *учитывают особенности, разные потребности, риски*)? Насколько качественны услуги по сопровождению? Что является сильной стороной этого компонента? Как можно было бы улучшить систему сопровождения к лечению в проекте?

8) Что клиенты проекта делают для профилактики и лечения ВИЧ самостоятельно, помимо использования услуг проекта? Прокомментируйте, пожалуйста, по каждой КГН, с которой Вы работаете.

9) Какие услуги были наиболее востребованы в проекте в Вашем регионе? Были ли услуги, спрос на которые превышает возможности проекта? Какие это услуги? Что Вы делаете в ситуации недостатка этих услуг?

10) Какие услуги, наоборот, были наименее востребованы? Что предпринималось, чтобы сделать эти услуги более востребованными?

III. Оценка правовой поддержки в рамках проекта

Далее я задам вопросы о правовой поддержке клиентов проекта и о Вашей оценке работы уличных юристов

11) Произошли ли какие-либо изменения в области правовых проблем клиентов проекта за последний год? Если да – пожалуйста, расскажите о них. (прим. интервьюеру: *Если у информанта нет информации – переход к вопросу 19*)

12) Были ли изменения в правовых услугах, предоставляемых клиентам? Какие это изменения?

13) Какие правовые услуги пользуются наибольшим спросом? Почему? Насколько запрос клиентов на эти услуги соответствует возможностям проекта?

14) Какие правовые услуги, наоборот, не пользуются спросом? Как Вы считаете, почему? Как распространяется информация об этих услугах?

15) Насколько доступна правовая помощь для клиентов проекта (прим.: *Насколько доступна информация о возможности получить помощь? Можно ли получать помощь дистанционно*)? Насколько возможностей оказания правовой помощи достаточно

для удовлетворения запроса клиентов? Каких услуг не хватает? Насколько правовые услуги подходят для разных КГН (прим.: учитывают особенности, разные потребности, риски)? Насколько качественны услуги по правовому сопровождению? Как можно было бы их улучшить?

16) Как бы Вы оценили прогресс в решении правовых проблем клиентов по сравнению с началом проекта? Какие кейсы стали решаться легко? С какими правовыми проблемами уличным юристам сложно работать?

17) Как Вы оцениваете эффективность обучения (онлайн-семинаров) для уличных юристов? Какие потребности в обучении существуют? Какого обучения не хватает?

18) Насколько эффективно модель уличных юристов, на Ваш взгляд, была реализована в правовой помощи клиентам (консультации, сопровождение кейсов)? Есть ли различия в зависимости от КГН? Что можно было бы сделать по-другому в новом проекте?

В следующей части интервью предлагаю поговорить о правовой поддержке, осуществляемой Форумами КГН и профессиональными юристами. (прим.интервьюеру: Если информант не владеет информацией – переход к вопросу 24)

19) Есть ли различия для разных Форумов в организации работы уличных юристов? Какой прогресс в работе уличных юристов, работающих на базе Форумов, вы видите? А среди профессиональных юристов?

20) Какие основные трудности существуют в этой области?

21) *(прим.интервьюеру: пропустить вопрос, если информант не обладает информацией о достигнутых показателях)* Насколько удалось достичь запланированных показателей деятельности уличных юристов в поддержке клиентов проекта? Какие индикаторы были перевыполнены? Какие не были достигнуты?

22) Какие сильные стороны у правового компонента? Какие основные достижения по компоненту «уличных юристов» за последний год Вы могли бы выделить?

III. Оценка проекта для развития НКО и социального партнерства

В этой части интервью я задам вопросы о результатах проекта в части развития НКО и социального партнерства

23) В каких обучающих мероприятиях для сотрудников Консорциумов Вы участвовали в этом проекте? Насколько они были полезными для Вашей работы?

(прим. интервьюеру: для руководителей организаций): Насколько оно помогло в профессиональном развитии сотрудников? Как бы Вы в целом оценили развитие кадрового потенциала организации за время реализации проекта?

24) Какое еще обучение, на Ваш взгляд, необходимо?

25) Какой опыт других Консорциумов оказался для Вас полезным? Если есть примеры, расскажите о них, пожалуйста.

26) Участвовала ли Ваша организация (или инициативная группа) в программе малых грантов? Пожалуйста, расскажите об этом подробнее. Как бы Вы оценили реализацию программы малых грантов (легко ли было подготовить заявку? Получали ли Вы консультации при подготовке заявки и реализации Вашего проекта от Гуманитарного действия)? С какими трудностями Вы столкнулись? Как Вы оцениваете программу малых грантов в целом?

27) Как бы Вы оценили эффективность работы по укреплению организаций на базе сообществ? Что удалось сделать за время реализации проекта?

28) Как Вы взаимодействуете с представителями Форумов? С какими из Форумов Вы сотрудничаете больше всего? Как бы Вы оценили полезность/эффективность этого взаимодействия? Чем они усиливают или дополняют Вашу работу? Как Вы усиливаете их работу? Приведите, пожалуйста, конкретные примеры. Как можно было бы улучшить это сотрудничество? В чем Вы видите роль Форумов в проекте, и должна ли она меняться в будущем проекте?

29) Как Вы считаете, насколько проект помогает координации и сотрудничеству между сервисными НКО и местными органами власти и государственными организациями здравоохранения? Если есть примеры успешного сотрудничества, назовите их, пожалуйста

IV. Управление проектом

Далее я задам Вам несколько вопросов об управлении проектом КАСКАД

30) Как Вы оцениваете сопровождение и поддержку БФ Гуманитарное действия при выполнении работы Вашей организации в рамках субгранта? Что еще можно было бы еще предусмотреть в рамках проекта для Вашей организации, чтобы сделать вашу работу более эффективной? А для того, чтобы помочь Вам взаимодействовать с местными органами власти и организациями здравоохранения?

31) Прокомментируйте, пожалуйста, насколько эффективным Вы считаете реализацию исследований в проекте, проведенных согласно рабочему плану БФ

«Гуманитарное действие» (исследование масштабов распространения химсекса, IBBS, исследование по развитию партнерства, оценка эффективности проекта КАСКАД, исследование барьеров в доступе к тестированию и лечению для КГН, исследование барьеров к вакцинации против COVID-19 среди ключевых групп населения, оценка онлайн сервисов для РСП)? Какие отчеты Вы читали? Как бы Вы оценили качество\практическую направленность этих исследований? Какие актуальные темы, на Ваш взгляд, не затронуты?

32) Прокомментируйте, пожалуйста, насколько эффективным Вы считаете реализацию исследований, проведенных силами Форумов? *исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к эффективному лечению туберкулеза, исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации, исследование по вопросам ментального здоровья среди ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ, другие.* Какие отчеты Вы читали? Как бы Вы оценили качество/практическую направленность этих исследований Форумов, отчеты по результатам которых Вы прочитали? Какие актуальные темы, на Ваш взгляд, не затронуты?

33) Как Вы оцениваете систему отчетности, мониторинга и оценки в проекте: насколько она логична и понятна? Какие основные трудности существуют в системе отчетности по проекту? Какие показатели, на Ваш взгляд, не учтены? Есть ли данные, которые дублируются?

34) Каких успехов в мониторинге и оценке удалось достичь с начала проекта? Как будет развиваться мониторинг и оценка после завершения проекта?

35) В сравнении с началом реализации проекта, какие основные изменения в работе по проекту произошли? А какие изменения произошли в сравнении с началом прошлого года?

IV. Оценка эффективности и устойчивости проекта “КАСКАД”

Мы много говорили об эффективности разных аспектов проекта. В заключительной части интервью предлагаю обсудить результаты проекта на данном этапе и систему мониторинга и оценки

36) Какие изменения произошли в сфере ВИЧ-инфекции в регионе за последний год? Насколько, по Вашему мнению, содержание проекта отвечало этим вызовам?

37) Как проект повлиял на эпидемиологическую ситуацию в регионе? На основании каких данных это можно оценить?

38) Как Вы в целом оцениваете работу проекта в течение двух с половиной лет? Что из запланированных результатов Вам удалось достичь? Что не удалось? Почему? Что удалось сделать помимо запланированных результатов?

39) Как Вы считаете, возможно ли было достичь запланированных результатов с меньшими ресурсами (финансовыми, кадровыми, временными)?

40) С чем возникали основные трудности в течение периода реализации проекта, что затрудняло его реализацию?

41) Как социально-политическая ситуация повлияла на реализацию проекта?

42) Есть ли что-то, что было разработано именно в рамках этого проекта? Какие из разработанных в проекте практик являются инновационными, т.е. до этого не были широко распространены в России?

43) На Ваш взгляд, какие сильные стороны есть у проекта в целом? Что Вы считаете лучшими практиками и находками в проекте? Чем Вы гордитесь?

44) Как этот проект повлиял на работу Вашей организации? Что из наработанных практик/инструментов Вы сохраните, перенесете в следующий проект?

45) Как Вы считаете, что изменилось в работе государственных организаций, с которыми Вы сотрудничали в проекте? Что повлияет на взаимодействие в течение 3 лет?

Спасибо Вам за участие в исследовании!

Приложение 1.7. Путеводитель интервью с финансовым директором проекта

1. Как осуществлялся финансовый менеджмент проекта “КАСКАД”? *(Как осуществлялось управление на местах? С кем были созданы отношения в качестве поставщиков услуг?)*
2. Какие виды ресурсов, полученных безвозмездно (помощь волонтеров, пожертвования) были использованы в проекте? Была ли в принципе такие ситуации?
3. Как осуществлялся финансовый менеджмент в регионах проекта? Какие основные трудности возникали у Консорциумов – в управлении проектом, составлении отчетности? Как Вы оцениваете качество финансовой отчетности по проекту?
4. Как учитывались потребности Консорциумов? Какие не могли быть удовлетворены?
5. Сотрудники Консорциумов упоминали ребюджетирование услуг – как это осуществлялось? К каким результатам это привело?
6. Какие инструменты, стратегии финансового менеджмента останутся в работе Консорциумов? В работе Гуманитарного действия
7. Какие изменения в бюджет проекта необходимо было вносить в течение периода его реализации? С чем были связаны эти изменения? Как это повлияло на работу Консорциумов/реализацию сервисного компонента? Других компонентов проекта?
8. Насколько велики затраты на финансовый менеджмент и отчетность по проекту? Насколько велики затраты на оценку результативности и эффективности проекта (в % к общему бюджету)?
9. Как Вы оцениваете эффективность расходования бюджета в регионах проекта?
10. Как Вы считаете, возможно ли было достичь запланированных результатов с меньшими финансовыми ресурсами?
11. Могут ли, на ваш взгляд, эффективность и результативность проекта повысится в результате изменения подходов к финансовому менеджменту? Если да, то что нужно изменить? Что бы Вы изменили в следующем проекте?
12. Какие внешние условия повлияли на финансовый менеджмент проекта *(например, от донора, российского законодательства)*? Каким было это влияние?
13. Была ли создана единая информационная база проекта, в которой представлены его результаты и затраты на их достижение? Будет ли она показана как отдельный полезный продукт? Если нет: в чем заключаются сложности в создании такой базы?

Приложение 1.8. Путеводитель интервью с членами Форумов КГН

I. Участие в проекте

Для начала предлагаем Вам рассказать о Вашем опыте участия в проекте «КАСКАД»

- 1) Расскажите, какую позицию Вы занимаете в Форуме? Какие задачи Вы выполняете? Как давно вы состоите в Форуме?
- 2) Участвовали ли Вы или кто-то из членов Форума в планировании следующего этапа проекта «КАСКАД» на 2024-2026 гг? Расскажите поподробнее.
- 3) Вы знаете о рабочем плане Форума в рамках проекта Каскад? Как принимаете участие в выполнении плана?
- 4) Какие мероприятия Вашего Форума, указанные в его рабочем плане, выполняются успешно, а какие требуют корректировки
- 5) Насколько включены члены Форума в его работу? Что следовало бы изменить, на Ваш взгляд, в следующем проекте?
- 6) Как Вы сотрудничаете с другими Форумами КГ?

II. Оценка сервисных модулей проекта и взаимодействия с Консорциумами

Первая часть нашей беседы будет посвящена сервисным компонентам проекта и Вашему взаимодействию с Консорциумами.

- 7) Расскажите, пожалуйста, как Вы взаимодействуете с Консорциумами? В чем оно заключается? Как бы Вы оценили это взаимодействие?
- 8) В проекте предусмотрены мониторинговые и оценочные визиты членов Форумов в Консорциумы и организации, которые реализуют малые гранты. Вы участвовали в таких визитах? Как бы Вы оценили эффективность, пользу этих визитов для получения обратной связи и решения имеющихся проблем? Вы бы сохранили мониторинговые визиты в следующем проекте?

Теперь я попрошу Вас поделиться Вашим мнением об услугах для КГН, доступных в проекте, а также о том, каких услуг не хватает. В проекте предоставляются услуги по профилактике, тестированию, сопровождению к лечению и правовые услуги для клиентов проекта.

- 9) Как Вы считаете, насколько услуги, предусмотренные в проекте, соответствуют потребностям (*назвать ключевую группу, к которой относится форум: ЛУИН, СР, ЛПН, РСП, ЛЖВ*)?

10) Какие услуги, являются на Ваш взгляд самыми важными для (*назвать ключевую группу, к которой относится форум: ЛУИН, СР, ЛПН, РСП, ЛЖВ*)? Почему? Каких услуг, на Ваш взгляд, не хватает в проекте?

11) Представьте, что возникла необходимость сократить финансирование проекта и убрать часть услуг. Чем бы Вы пожертвовали, почему?

12) Какие барьеры в доступе к услугам по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ в НКО и государственных организациях остаются актуальными для (*назвать ключевую группу, к которой относится Форум: ЛУИН, СР, ЛПН, РСП, ЛЖВ*)? Какие изменения произошли за последний год? Как Вы считаете, насколько в рамках проекта удавалась работа по снижению барьеров в доступе к услугам в сфере ВИЧ?

13) Как Вы считаете, насколько полезна правовая помощь, предоставляемая уличными юристами при поддержке профессиональных юристов, для (*назвать ключевую группу, к которой относится форум: ЛУИН, СР, ЛПН, РСП, ЛЖВ*)? Что стоит улучшить в этой помощи? Каких правовых услуг не хватает?

14) Как бы Вы оценили прогресс в решении правовых проблем клиентов по сравнению с началом проекта? Какие кейсы стали решаться легко? С какими правовыми проблемами сложно работать?

В следующей части интервью предлагаю поговорить о правовой поддержке, осуществляемой Форумами КГН

15) Какие ключевые потребности в правовой поддержке существуют у Вашего Форума? Как они решаются? По каким из них Вы получили помощь в проекте «КАСКАД»? Какие потребности, напротив, не были учтены?

16) В какой степени Форумы поддерживают работу уличных юристов? Какой прогресс в работе уличных юристов, работающих на базе Форумов, вы видите? Какие кейсы стали решаться легко, а какие остаются сложными?

III. Услуги по поддержке сообществ

Далее мы перейдем к вопросам, связанным с компонентами проекта, которые направлены на поддержку инициатив и организаций на базе сообществ.

17) В каких обучающих мероприятиях Вы участвовали в этом проекте? Насколько они были полезными для Вашей работы? Насколько обучение, которое проводилось в проекте, эффективно? Какое еще обучение, на Ваш взгляд, необходимо?

18) Участвовали ли Вы в программе малых грантов для организаций/инициативных групп, созданных на базе сообществ? Пожалуйста,

расскажите об этом подробнее. Как бы Вы оценили реализацию программы малых грантов (легко ли было подготовить заявку? Получали ли Вы консультации при подготовке заявки и реализации Вашего проекта от Гуманитарного действия)? С какими трудностями Вы столкнулись? Как Вы оцениваете программу малых грантов в целом?

19) На Ваш взгляд, насколько проект помогает в укреплении и мобилизации сообществ? В поддержке Форумов КГН? Насколько Форумы, на Ваш взгляд, отражают голос сообществ?

20) Прокомментируйте, пожалуйста, насколько эффективным Вы считаете реализацию исследований в проекте. Для начала поговорим об исследованиях, реализованных БФ Гуманитарное действие по рабочему плану проекта: *(исследование по развитию партнерства, оценка эффективности проекта КАСКАД, исследование барьеров в доступе к тестированию и лечению для КГН, исследование барьеров к вакцинации против COVID-19 среди ключевых групп населения, оценка онлайн сервисов для РСП)*. Какие отчеты Вы читали? Как бы Вы оценили качество/практическую направленность этих исследований? Какие актуальные темы, на Ваш взгляд, не затронуты?

21) Как бы Вы оценили реализацию исследований по рабочим планам Форумов: *исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к эффективному лечению туберкулеза, исследование по оценке доступа людей, употребляющих наркотики, к услугам наркологии, а также медицинской и социальной реабилитации, исследование по вопросам ментального здоровья среди ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ, другие*. Вы или кто-то из Ваших коллег из Форума были задействованы в разработке или проведении исследований? Какие отчеты Вы читали? Как бы Вы оценили качество/практическую направленность этих исследований, отчеты по результатам которых Вы прочитали? Какие актуальные темы, на Ваш взгляд, не затронуты?

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

22) По Вашему мнению, насколько в рамках проекта удастся обеспечивать взаимодействие организаций и инициативных групп с органами власти и учреждениями здравоохранения? *(Если затруднятся с ответом: участвуете ли Вы или кто-то из Форума в работе Общественных советов/общественных палат? Сотрудничаете с Центрами СПИД?)* Как обеспечивается участие Форумов в мониторинге национальных

мер в ответ на ВИЧ? На Ваш взгляд, насколько проект помогает в адвокации в сфере ВИЧ?

23) Какие совместные мероприятия были проведены вашим Форумом и учреждениями здравоохранения – Центрами СПИД, наркологическим диспансером, туберкулезным диспансером?

V. Управление проектом, оценка эффективности и устойчивости

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.

24) Как организованы мониторинг и оценка работы Форума? Работы Консорциумов (при оценке Форумами)? Какие сотрудники вовлечены в мониторинг и оценку проекта от Вашего Форума? Какие отчетные материалы собираются? Как именно используются? Сколько времени у Вас занимает заполнение отчетных документов?

25) Как Вы оцениваете систему отчетности, мониторинга и оценки: возможно, каких-то данных не хватает, или, наоборот, какие-то из них дублируются? Насколько она логична и понятна?

26) Какие основные трудности существуют в системе отчетности по проекту?

27) Как бы Вы оценили организацию работы и управление проектом КАСКАД? Как Вы оцениваете сопровождение и поддержку БФ Гуманитарное действия?

28) Что еще можно было бы еще предусмотреть в рамках проекта для Вашего Форума, чтобы сделать Вашу работу более эффективной? А для того, чтобы помочь Вам взаимодействовать с местными органами власти и организациями здравоохранения?

29) Как Вы в целом оцениваете работу проекта в течение 2023 года? Что из запланированных результатов Вам удалось достичь? Что не удалось? Почему? Что удалось сделать помимо запланированных результатов?

30) С чем возникали основные трудности в течение второго года реализации проекта? Что затрудняло его реализацию? Как социально-политическая ситуация повлияла на реализацию проекта?

31) В сравнении с началом реализации проекта, какие основные изменения в работе произошли? Было ли что-то, что Вам пришлось изменить в работе по проекту в течение всего периода его реализации? Насколько для Вас это было легко?

32) Какие вопросы/неопределенные ситуации остались в проекте? Как они решаются?

33) На Ваш взгляд, какие сильные стороны есть у проекта в целом? Что Вы считаете лучшими практиками и находками в проекте? Чем Вы гордитесь?

34) Есть ли что-то, что было разработано именно в рамках этого проекта? Какие из разработанных в проекте практик являются инновационными, т.е. до этого не были широко распространены в России?

35) Что из наработанных в проекте практик/инструментов Вы сохраните в следующем проекте?

36) Как Вы считаете, что изменилось в работе государственных организаций, с которыми Вы сотрудничали в проекте? Что сохранится в ближайшие 3 года? Как это может повлиять на реализацию второго этапа проекта КАСКАД в последующие 3 года?

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!

Приложение 2. МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ С УЧЕТОМ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОЕКТА «КАСКАД»

Приложение 2.1. Листинг кода расчётов модельных траекторий для детализированной компартментальной модели

```
def makeSimulation(K,N): #Для одной КГН
    """
    dY/dt = f(Y,p), Y = (S,X,I,T,H,R)
    Переменные модели:

    S - восприимчивые (Susceptible)
    X - невыявленные (Hidden)
    I - выявленные (Infected)
    T - в контакте с системой здравоохранения
    H - получающих АРВТ (Hospitalized)
    R - с неопределяемой вирусной нагрузкой (Remission)
    beta - интенсивность эффективных контактов
    delta - интенсивность передвижения индивидов по каскаду
    sigma - интенсивность обратного перехода
    nu - интенсивность смертности

    """

    I0 = 0.0001

    beta, f_G, Nu, Sigma, Delta = K

    nu_S, nu_X, nu_I, nu_T, nu_H, nu_R = Nu
    sigma_XI, sigma_IT, sigma_TH, sigma_HR = Sigma
    delta_IX, delta_TI, delta_HT, delta_RH = Delta

    t = np.linspace(0, N-1, N)
    def dY_dt(Y, t=0): # Return parameters of the infected populations
        S,X,I,T,H,R = Y
        return np.array([-beta*S*(X+I+T) - f_G*S - nu_S*S, #dS/dt
                        beta*S*(X+I+T) + f_G*S - (sigma_XI*X + nu_X*X) + delta_IX*I ,
                        sigma_XI*X - (sigma_IT + delta_IX*I + nu_I)*I + delta_TI*T,
                        sigma_IT*X - (sigma_TH + delta_TI*I + nu_T)*T + delta_HT*H,
```

```

        sigma_TH*X - (sigma_HR + delta_HT*I + nu_H)*H + delta_RH*R,
        sigma_HR*X - ( 0 +      delta_RH*I + nu_R)*R + 0
    ])
# _____ интегрируем ДУ _____
from scipy import integrate
Y0 = np.array([1.0-I0, 0.0, I0 ,0.0,0.0,0.0]) # initial conditions
Y,infodict = integrate.odeint(dY_dt, Y0, t, full_output=True)

return Y.T

```

Приложение 2.2. Листинг вычислительного алгоритма для упрощённой модели

```

def makeSimulation(K,T): #Для одной КГН
    """
    dY/dt = f(Y,p), Y = (S,X,I,H,R)
    Переменные модели:

    S - восприимчивые (Susceptible)
    I - выявленные (Infected). На данном этапе игнорируются X - невыявленные
    (Xidden). H - получающих АРВТ (Hospitalized) включаются сюда же.
    R - с неопределяемой вирусной нагрузкой (Remission)
    beta - интенсивность эффективных контактов
    гамма - интенсивность передвижения индивидов по каскаду (одна переменная в
    упрощённой версии)
    nu - интенсивность смертности

    """

    I0 = 0.3

    beta, Nu, gamma = K

    nu_S, nu_I = Nu

    t = np.linspace(0, T-1, T)
    def dY_dt(Y, t=0): # Return parameters of the infected populations
        S,I,R = Y
        return np.array([-beta*S*I - nu_S*S, #dS/dt

```

```

beta*S*I - gamma*I - nu_I*I , #dI/dt
gamma*I - 0 - nu_S*R
]) #dR/dt

Y0 = np.array([1.0-I0, I0 ,0.0]) # initial conditions
Y,infodict = integrate.odeint(dY_dt, Y0, t, full_output=True)

return Y.T

```

Приложение 2.3. Таблицы коэффициентов пропорциональности α_p^Y для расчёта динамики численностей КГН

Москва, Челябинск-1

	I	H	R
ЛРСП	0,740528	0,179559	0,88948
СР	0,032663	0	0,044876
ЛУИН	1,064523	0,205529	0,745109

Санкт-Петербург, Челябинск-2

	I	H	R
ЛРСП	0,065266355	0,007344615	0,080639368
СР	0,012931798	0	0,004597701
ЛУИН	0,997798304	0,20978058	0,855280172

Приложение 2.4. Таблицы исходных данных для калибровки модели

Москва, ЛРСП

	2020	2021	2022	2023
S	80138,05168	74641,95225	71861,66597	69864
I	26574,57482	28623,6148	29291,57073	29473
H	4399,011736	5010,409547	5221,032052	5462
R	16600,36176	19436,02341	21337,73125	22913

Москва, СР

	2020	2021	2022	2023
S	47305,32761	47071,88423	46946,47751	46859
I	1172,155779	1262,535176	1291,997487	1300
H	0	0	0	0
R	837,5166149	980,5805901	1076,525	1156

Москва, ЛУИН

	2020	2021	2022	2023
S	126521,3122	120500,5439	117706,216	115850
I	38201,45849	41146,99256	42107,19196	42368
H	5035,265722	5735,093461	5976,179493	6252

R 13905,96359 16281,37011 17874,4125 19194

Санкт-Петербург, ЛРСП

	2020	2021	2022	2023
S	36179,69346	35736,67686	35377,30294	35004
I	2256,388409	2337,906086	2429,474782	2579
H	162,8301252	194,1108425	230,3197968	240
R	1469,088003	1799,306214	2030,902478	2245

Санкт-Петербург, СР

	2020	2021	2022	2023
S	13531,16096	13496,18156	13464,83365	13423
I	447,0781222	463,229938	481,3732507	511
H	0	0	0	0
R	83,76091954	102,5885057	115,7931034	128

Санкт-Петербург, ЛУИН

	2020	2021	2022	2023
S	48554,78739	42912,70951	38022,21558	33189
I	34495,88298	35742,13306	37142,04408	39428
H	4650,83545	5544,290939	6578,509196	6855
R	15581,49418	19083,86649	21540,23114	23811

Челябинск-1, ЛРСП

	2020	2021	2022	2023
S	18017,5977	11991,63755	17652,29348	8964
I	22314,31932	25011,32098	25576,34357	25374,17952
H	4008,830402	4833,903218	4945,768368	5187,813669
R	17713,10101	20216,98668	13879,44301	22527,85524

Челябинск-1, СР

	2020	2021	2022	2023
S	4723,877402	4478,592292	4773,410088	4346
I	984,2437186	1103,203518	1128,125628	1119,208543
H	0	0	0	0
R	893,6562112	1019,981522	700,2416149	1136,568789

Челябинск-1, ЛУИН

	2020	2021	2022	2023
S	24059,3871	17140,507	21509,13086	14278
I	32077,2599	35954,25126	36766,48201	36475,86734
H	4588,650251	5533,058023	5661,102863	5938,156547
R	14838,09457	16935,57554	11626,67609	18871,36793

Челябинск-2, ЛРСП

	2020	2021	2022	2023
S	8753,40622	8254,957828	8775,1394	7999
I	1966,671062	2204,371125	2254,169353	2236,351639
H	163,9758852	197,7243933	202,3000887	212,2006304

R	1605,852371	1832,852191	1258,296695	2042,353269
---	-------------	-------------	-------------	-------------

Челябинск-2, СР

	2020	2021	2022	2023
S	3020,321546	2960,281409	2983,173067	2942
I	389,6738707	436,7714792	446,6384411	443,1080602
H	0	0	0	0
R	91,55862069	104,5011494	71,74252874	116,445977

Челябинск-2, ЛУИН

	2020	2021	2022	2023
S	25463,95345	18458,41658	23660,2744	15334
I	30066,65631	33700,63773	34461,95784	34189,5589
H	4683,56122	5647,502984	5778,196285	6060,980506
R	17032,04935	19439,66304	13345,79181	21661,68093

Приложение 3. ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЕКТА «КАСКАД»

Приложение 3.1. Список источников

1. Баринаева А. Н., Обоснование организационной модели профилактики социально-значимых заболеваний, опасных для окружающих: автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.02.03 / Баринаева Анна Николаевна; [Место защиты: Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова]. - Санкт-Петербург, 2016. - 47 с.
2. Баринаева А. Н., Плавинский С. Н., Оценка стоимости предотвращенного случая ВИЧ-инфекции для упрощенного анализа затратной эффективности профилактических мероприятий. // Журнал «Медицина», №, 2016
3. Данные о национальных счетах Росстата Российской Федерации URL <https://rosstat.gov.ru/statistics/accounts>
4. Закупщик Минздрава РФ объявил аукционы на АРВ-препараты на средства 2024 года URL <https://zdravresource.ru/analytics/zakupshhik-minzdrava-rf-obyavil-aukcziyony-na-arv-preparaty-na-sredstva-2024-goda/>
5. Отчет о научно-исследовательской работе «Интегрированное биоповеденческое исследование с целью изучения информированности и поведенческих рисков в отношении инфицирования ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и иных наркотических средств для немедицинского потребления в Санкт-Петербурге»
6. 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
7. Cleary, S.M., McIntyre, D. & Boule, A.M. The cost-effectiveness of Antiretroviral Treatment in Khayelitsha, South Africa – a primary data analysis. Cost Eff Resour Alloc 4, 20 (2006). <https://doi.org/10.1186/1478-7547-4-20>
8. DP3 - Analysis of quality-adjusted life years (QALYs) in HIV-positive and HIV-negative subjects enrolled to the UPBEAT (Understanding the Pathology of Bone Disease in HIV Infected Subjects) cohort (2018) <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2055664020303617>
9. Farnham, Paul G. PhD*; Holtgrave, David R. PhD†; Gopalappa, Chaitra PhD‡; Hutchinson, Angela B. PhD*; Sansom, Stephanie L. PhD*. Lifetime Costs and Quality-Adjusted Life Years Saved From HIV Prevention in the Test and Treat Era. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 64(2):p e15-e18, October 1, 2013. | DOI: 10.1097/QAI.0b013e3182a5c8d4

10. Farnham , Sansom SL, Hutchinson AB. How much should we pay for a new HIV diagnosis? A mathematical model of HIV screening in U.S. clinical settings. *Med Decis Making*. 2012;32:459–469.
11. Juusola JL, Brandeau ML. HIV Treatment and Prevention: A Simple Model to Determine Optimal Investment. *Med Decis Making*. 2016 Apr;36(3):391-409. doi: 10.1177/0272989X15598528. Epub 2015 Sep 14. PMID: 26369347; PMCID: PMC4775360.
12. Korenromp, Eline L. PhDa; Sabin, Keith PhDa; Stover, John MAB; Brown, Tim PhDc; Johnson, Leigh F. PhDd; Martin-Hughes, Rowan PhDe; ten Brink, Debra MPHe; Teng, Yu PhDf; Stevens, Oliver MPHf; Silhol, Romain PhDf,g; Arias-Garcia, Sonia MScg; Kimani, Joshua MD, MPHh,i; Glaubius, Robert PhDb; Vickerman, Peter DPhilj; Mahy, Mary ScDa. New HIV Infections Among Key Populations and Their Partners in 2010 and 2022, by World Region: A Multisources Estimation. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 95(1S):p e34-e45, January 1, 2024. | DOI: 10.1097/QAI.0000000000003340 (табл. 4)
13. Long EF, Brandeau ML, Owens DK. The cost-effectiveness and population outcomes of expanded HIV screening and antiretroviral treatment in the United States. *Ann Intern Med*. 2010 Dec 21;153(12):778-89. doi: 10.7326/0003-4819-153-12-201012210-00004. PMID: 21173412; PMCID: PMC3173812.
14. Winnie Chacha, Jane Akinyi, Samuel Mwalili Estimation of Quality Adjusted Life Years (QALYs) for HIV Patients on Art in Kenya Using Proxy Utility Function September 2022 *Asian Journal of Probability and Statistics* DOI:10.9734/ajpas/2022/v20i130479
15. Yeh, P.T., Yang, X., Kennedy, C.E. et al. The Impact of Needle and Syringe Exchange Programs on HIV-Related Risk Behaviors in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis Examining Individual- Versus Community-Level Effects. *AIDS Behav* (2023).
16. Eritsyana, Ksenia & Usacheva, Nina & Avdeeva, Vladlena. (2023). Интегрированное био-поведенческое исследование по ВИЧ-инфекции среди групп повышенного риска в Екатеринбурге. 10.13140/RG.2.2.16174.28485.

Приложение 4. КАСКАДНЫЙ АНАЛИЗ

Таблица №1.													
Россия													
Показатель	2020 год (до начала проекта Каскад)			2021 год (начало реализации проекта Каскад)			2022 год (первый год активной реализации проекта Каскад)			2023 год (заключительный год реализации проекта Каскад)			
	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	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага	
Оценочное общее число ЛЖВ (включая недиагностированных)	Оценки отсутствуют												
Установлен диагноз	Количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (1) (3)	1103 321		1133 725			Нет данных			Нет данных			
	Зарегистрировано пациентов, больных ВИЧ-инфекцией (2) (4) (5) (6)	7408 88		8494 87			8876 76			92045 2			
Находятся в контакте с системой здравоохранения (linked to care)	Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года (2) (4) (5) (6)	6600 95	59,8% (1) / 89,1% (2)	7492 27	66,1% (3) / 88,2% (4)		7828 05	88,2%		81012 4	88,0%		
Находятся на лечении	Число пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ) (2) (4) (5) (6)	5546 88	50,3% (1) / 74,9% (2)	84,0%	6448 24	56,9% (3) / 75,9% (4)	86,1%	7315 43	Нет данных/82,4% (5)	93,4%	78240 9	Нет данных/85,0% (6)	96,6%
Имеют неопределенную 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) (4) (5) (6)	4342 91	39,4% (1) / 58,6% (2)	78,3%	4985 25	44,0% (3) / 58,7% (4)	77,3%	5459 59	Нет данных/61,5% (5)	74,6%	61267 0	Нет данных/66,5% (6)	78,3%

1. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2021, Москва.
2. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2020 год.
3. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 47. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2023, Москва.
4. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2021 год.
5. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2022 год.
6. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2023 год.

Таблица №2.													
Москва													
Показатель	2020 год (до начала проекта Каскад)			2021 год (начало реализации проекта Каскад)			2022 год (первый год активной реализации проекта Каскад)			2023 год (заключительный год реализации проекта Каскад)			
	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага	Абс. зн	Абс. зн	Абс. зн	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											
Установлен диагноз	Количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (1) (3)	80315		85570			Нет данных			Нет данных			
	Зарегистрировано пациентов, больных ВИЧ-инфекцией (2) (4) (5) (6)	35886		38653			39555			39800			
Находятся в контакте с системой здравоохранения (linked to care)	Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года (2) (4) (5) (6)	25846	32,2% (1) / 72,0% (2)	28134	32,9% (3) / 72,8% (4)		29235	73,9%		30845	77,5%		
Находятся на лечении	Число пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ) (2) (4) (5) (6)	24499	30,5% (1) / 68,3% (2)	94,8%	27904	32,6% (3) / 72,2% (4)	99,2%	29077	Нет данных / 73,5%	99,4%	30419	Нет данных / 76,4% (6)	98,6%
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) (4) (5) (6)	18663	23,2% (1) / 52,0% (2)	76,2%	21851	25,5% (3) / 56,5% (4)	78,3%	23989	Нет данных / 60,4%	82,5%	25760	Нет данных / 64,7% (6)	84,7%

1. ВИЧ-инфекция, Информационный бюллетень № 46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2021, Москва.

2. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2020 год.

3. ВИЧ-инфекция, Информационный бюллетень № 47. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2023, Москва.

4. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2021 год.

5. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2022 год.

6. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2023 год.

Таблица №3.													
Санкт-Петербург													
Показатель		2020 год (до начала проекта Каскад)			2021 год (начало реализации проекта Каскад)			2022 год (первый год активной реализации проекта Каскад)			2023 год (заключительный год реализации проекта Каскад)		
		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	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага
Оценочное общее число ЛЖВ (включая недиагностированных)		Оценки отсутствуют											
Установлен диагноз	Количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (1) (3)	58282			52453			Нет данных			Нет данных		
	Зарегистрировано пациентов, больных ВИЧ-инфекцией (2) (4) (5) (6)	34572			35821			37224			39515		
Находятся в контакте с системой здравоохранения (linked to care)	Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года (2) (4) (5) (6)	31454	54,0% (1) / 91,0% (2)		33638	64,1% (3) / 93,9% (4)		35429	95,2%		36600	92,6%	
Находятся на лечении	Число пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ) (2) (4) (5) (6)	22170	38,0% (1) / 64,1% (2)	70,5%	26429	50,4% (3) / 73,8% (4)	78,5%	31359	Нет данных / 84,2%	88,5%	32677	Нет данных / 82,7% (6)	89,3%
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) (4) (5) (6)	18218	32,3% (1) / 52,7% (2)	82,2%	22313	42,5% (3) / 62,3% (4)	84,4%	25185	Нет данных / 67,7%	80,3%	27840	Нет данных / 70,5% (6)	85,2%

1. ВИЧ-инфекция, Информационный бюллетень № 46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2021, Москва.

2. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2020 год.

3. ВИЧ-инфекция, Информационный бюллетень № 47. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2023, Москва.

4. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2021 год.

5. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2022 год.

6. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2023 год.

Таблица №4.													
Челябинск													
Показатель	2020 год (до начала проекта Каскад)			2021 год (начало реализации проекта Каскад)			2022 год (первый год активной реализации проекта Каскад)			2023 год (заключительный год реализации проекта Каскад)			
	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	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага	
Оценочное общее число ЛЖВ (включая недиагностированных)	Оценки отсутствуют												
Установлен диагноз	Количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (1) (3)	48547		47771			Нет данных			Нет данных			
	Зарегистрировано пациентов, больных ВИЧ-инфекцией (2) (4) (5) (6)	30133		33775			34538			34265			
Находятся в контакте с системой здравоохранения (linked to care)	Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года (2) (4) (5) (6)	28323	58,3% (1) / 94,0% (2)	31231	65,4% (3) / 92,5% (4)		31187	90,3%		30170	88,0%		
Находятся на лечении	Число пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ) (2) (4) (5) (6)	22326	46,0% (1) / 74,1% (2)	78,8%	26921	56,3% (3) / 79,7% (4)	86,2%	27544	Нет данных / 79,7	88,3%	28892	Нет данных / 84,3% (6)	95,8%
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) (4) (5) (6)	19914	41,0% (1) / 66,1% (2)	89,2%	22729	47,6% (3) / 67,3% (4)	84,4%	15604	Нет данных / 45,2%	56,6%	25327	Нет данных / 73,9% (6)	87,6%

1. ВИЧ-инфекция, Информационный бюллетень № 46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2021, Москва.

2. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2020 год.

3. ВИЧ-инфекция, Информационный бюллетень № 47. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2023, Москва.

4. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2021 год.

5. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2022 год.

6. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2023 год.

Казань													
Показатель		2020 год (до начала проекта Каскад)			2021 год (начало реализации проекта Каскад)			2022 год (первый год активной реализации проекта Каскад)			2023 год (заключительный год реализации проекта Каскад)		
		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	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага
Оценочное общее число ЛЖВ (включая недиагностированных)		Оценки отсутствуют											
Установлен диагноз	Количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (1) (3)	17143			17356			Нет данных			Нет данных		
	Зарегистрировано пациентов, больных ВИЧ-инфекцией (2) (4) (5) (6)	14877			17063			17262			17699		
Находятся в контакте с системой здравоохранения (linked to care)	Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года (2) (4) (5) (6)	13746	80,2% (1) / 92,4% (2)		15045	86,7% (3) / 88,2% (4)		15535	90,0%		16015	90,5%	
Находятся на лечении	Число пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ) (2) (4) (5) (6)	11440	66,7% (1) / 76,9% (2)	83,2%	14316	82,5% (3) / 83,9% (4)	95,1%	14471	Нет данных / 83,8%	93,1%	15539	Нет данных / 87,8% (6)	97,0%
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) (4) (5) (6)	9473	55,3% (1) / 63,70% (2)	82,8%	10688	61,6% (3) / 62,6% (4)	74,6%	10982	Нет данных / 63,6%	75,9%	12031	Нет данных / 68,0% (6)	77,4%

1. ВИЧ-инфекция, Информационный бюллетень № 46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2021, Москва.

2. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2020 год.

3. ВИЧ-инфекция, Информационный бюллетень № 47. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2023, Москва.

4. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2021 год.

5. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2022 год.

6. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2023 год.

Таблица №6.														
Нижний Новгород														
Показатель	2020 год (до начала проекта Каскад)			2021 год (начало реализации проекта Каскад)			2022 год (первый год активной реализации проекта Каскад)			2023 год (заключительный год реализации проекта Каскад)				
	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	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага		
Оценочное общее число ЛЖВ (включая недиагностированных)	Оценки отсутствуют													
Установлен диагноз	Количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (1) (3)	25489			24666				Нет данных				Нет данных	
	Зарегистрировано пациентов, больных ВИЧ-инфекцией (2) (4) (5) (6)	17193			19901				20867				21597	
Находятся в контакте с системой здравоохранения (linked to care)	Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года (2) (4) (5) (6)	15057	59,1% (1) / 87,6% (2)		17975	72,9% (3) / 90,3% (4)			18912	90,6%			19267	89,2%
Находятся на лечении	Число пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ) (2) (4) (5) (6)	15004	58,9,0 % (1) / 87,3% (2)	99,6%	16895	68,5% (3) / 84,9% (4)	93,4%	19079/16009 ²⁰	Нет данных / 91,4% / 76,7% ²¹	100,9 % / 84,6 %	19756	Нет данных / 91,5 % (6)	102,5%	
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) (4) (5) (6)	10966	43,0% (1) / 63,8%	73,1%	11962	48,5% (3) / 60,1% (4)	70,8%	13746	Нет данных / 65,9 %	72,0%	15314	Нет данных / 70,9 % (6)	77,5%	

1. ВИЧ-инфекция, Информационный бюллетень № 46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2021, Москва.

2. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2020 год.

3. ВИЧ-инфекция, Информационный бюллетень № 47. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2023, Москва.

4. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2021 год.

5. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2022 год.

6. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2023 год.

²⁰ В связи с тем, что количество получающих терапию по данным Росстата превышает количество состоящих на диспансерном учете, использованы данные из информационной справки, присланной Нижегородским центром СПИДа (Таблица 8). В связи со значительным расхождением с иными параметрами, другие данные из нее в отчете не использованы

²¹ Рассчитано по данным Нижегородского центра СПИДа

Таблица №7.													
Самара													
Показатель		2020 год (до начала проекта Каскад)			2021 год (начало реализации проекта Каскад)			2022 год (первый год активной реализации проекта Каскад)			2023 год (заключительный год реализации проекта Каскад)		
		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	Абс. зн	% от ЛЖВ с установленным диагнозом	% от предыдущего шага
Оценочное общее число ЛЖВ (включая недиагностированных)		Оценки отсутствуют											
Установлен диагноз	Количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция (1) (3)	57343			46923			Нет данных			Нет данных		
	Зарегистрировано пациентов, больных ВИЧ-инфекцией (2) (4) (5) (6)	37287			40944			42638			43560		
Находятся в контакте с системой здравоохранения (linked to care)	Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года (2) (4) (5) (6)	34711	60,5% (1) / 93,1% (2)		38023	81,0% (3) / 92,9% (4)		38238	89,7%		39064	89,6%	
Находятся на лечении	Число пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ) (2) (4) (5) (6)	29664	51,7% (1) / 79,6% (2)	85,5%	33862	72,2% (3) / 82,7% (4)	89,1%	35974	Нет данных / 84,4%	94,1%	38933	Нет данных / 89,4% (6)	99,6%
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) (4) (5) (6)	26994	47,0% (1) / 72,4% (2)	91,0%	28898	61,6% (3) / 70,6% (4)	85,3%	31657	Нет данных / 74,2%	88,0%	32505	Нет данных / 4,6% (6)	83,5%

1. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 46. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2021, Москва.

2. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2020 год.

3. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 47. Специализированный научно-исследовательский отдел по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2023, Москва.

4. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2021 год.

5. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2022 год.

6. Федеральная служба государственной статистики (Росстат), Сведения о пациентах с болезнью, вызванной ВИЧ в Российской Федерации за 2023 год.

Таблица №8.		
Нижний Новгород (данные Центр СПИД)		
Показатель	2021	2022
Зарегистрировано пациентов, больных ВИЧ-инфекцией	17542	18577
Число пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ и лиц с бессимптомным инфекционным статусом, находилось под диспансерным наблюдением	17181 (98,0%)	18452 (99,3%)
Число пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших антиретровирусную терапию (АРВТ)	14743 (85,8%)	16009 (86,7%)
Из числа пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших АРВТ в отчетном году вирусная нагрузка при последнем исследовании в отчетном году ниже порога определения	11536 (78,2%)	13313 (83,2%)

Таблица №9.			
Санкт-Петербург (данные Центр СПИД)			
Показатель	2020	2021	2022
Зарегистрировано пациентов, больных ВИЧ-инфекцией	Нет данных	Нет данных	Нет данных
Состоят на диспансерном учете	34731	35409	37315
Получают АРВТ	23732 (68,3%)	26062 (73,6%)	30617 (82,1%)
Из числа пациентов с болезнью, вызванной ВИЧ, получавших АРВТ в отчетном году вирусная нагрузка при последнем исследовании в отчетном году ниже порога определения	Нет данных	Нет данных	Нет данных