

МОНІТОРИНГ І ОЦЕНКА ПРОГРАМ І ПРОЄКТІВ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Для организаций, координирующих и осуществляющих проекты профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса, мужчин, имеющих секс с мужчинами, заключенных, а также проекты по уходу и поддержке людей, живущих с ВИЧ/СПИД

СО СПИСКОМ КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ПРОГРАММ И ПРОЕКТОВ

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

**СО СПИСКОМ КЛЮЧЕВЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

Для организаций, координирующих и осуществляющих проекты профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса, мужчин, имеющих секс с мужчинами, заключенных, а также проекты по уходу и поддержке людей, живущих с ВИЧ/СПИД

КИЕВ – 2007

ББК 55–1
М–77

Авторский коллектив

Ольга Морозова, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине
Ольга Варецкая, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине
Дэниел Джонс, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД
Пепукай Чикуква, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД
Татьяна Салюк, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине

Рецензенты

Ольга Балакирева, кандидат социологических наук
Сергей Дворяк, кандидат медицинских наук
Ирина Гришаева, кандидат психологических наук
Виней П. Салданна
Наталья Салабай

Мониторинг и оценка программ и проектов. Практическое пособие / О.С. Морозова, О.В. Варецкая, Д. Джонс, П. Чикуква, Т.А. Салюк —К.: Оранта 2007. —140 с

ISBN 966–8754–09–3

В пособии представлены практические рекомендации по созданию и поддержке системы программного мониторинга проектов и программ профилактики ВИЧ в группах наиболее высокого риска инфицирования, а также программах ухода и поддержки людей, живущих с ВИЧ.

Это пособие является простым и удобным в использовании практическим руководством для правительственных и неправительственных организаций, которые осуществляют проекты или предоставляют услуги по профилактике ВИЧ для групп высокого риска инфицирования, а также проекты по уходу и поддержке для людей, живущих с ВИЧ, или руководят этими проектами. Пособие предназначено в первую очередь для тех сотрудников организаций, которые отвечают за разработку и управление системами мониторинга и оценки для отслеживания охвата своих программ и проектов. Данное пособие будет также полезным для руководителей организаций и тех сотрудников, которые занимаются планированием и реализацией программ в сфере профилактики ВИЧ, ухода и поддержки. Пособие может стать полезным для лиц, принимающих решения на всех уровнях, для улучшения понимания и использования имеющихся средств и ресурсов с целью улучшения мониторинга, корректировки деятельности и использования данных этих программ для повышения их эффективности.

Издано на средства Глобального Фонда по борьбе со СПИД, туберкулёзом и малярией™

© **Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине**
ул. Димитрова, 5, корпус 10А, 03680, Киев, Украина
Тел.: (+380 44) 490 5485 (6, 7, 8)
Факс: (+380 44) 490 5489

E-mail: office@aidsalliance.org.ua

<http://www.aidsalliance.org.ua>

Тираж — 1000 экз

Распространяется бесплатно



Изложенные в этой публикации мысли являются точкой зрения авторов и не могут рассматриваться как позиция или мнение Глобального Фонда по борьбе со СПИД, туберкулёзом и малярией. Данный Фонд не принимал участия в согласовании или утверждении как опубликованного материала, так и возможных выводов, следующих из него.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.

ISBN 966–8754–09–3

© Авторский коллектив, текст, 2007

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК ПРИЛОЖЕНИЙ.....	4
ПРЕДИСЛОВИЕ.....	6
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	7
ГЛОССАРИЙ.....	8
ГЛАВА I ВВЕДЕНИЕ: КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ ПО ПРОГРАММНОМУ МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ, А ТАКЖЕ ПО ЭТОМУ ПОСОБИЮ.....	10
ГЛАВА II ПРОГРАММНЫЙ МОНИТОРИНГ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ОБЩЕЙ СИСТЕМЫ МиО.....	18
ГЛАВА III ШАГ ПЕРВЫЙ: ПЛАНИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВМЕШАТЕЛЬСТВ (ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ, ЗАДАЧ, СФЕР ОКАЗАНИЯ УСЛУГ, ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП И ОБЪЕМА РАБОТ).....	23
ГЛАВА IV ШАГ ВТОРОЙ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ: ВЫБОР ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАЗИСНЫХ ДАННЫХ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ.....	40
ГЛАВА V ШАГ ТРЕТИЙ: ВЫБОР ОРГАНИЗАЦИЙ-ПАРТНЕРОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ УСЛУГИ, ПРОВЕДЕНИЕ ОЦЕНКИ ПОТЕНЦИАЛА, РАЗРАБОТКА ФОРМАТОВ ОТЧЕТНОСТИ.....	52
ГЛАВА VI ШАГ ЧЕТВЕРТЫЙ: ПРОГРАММНЫЙ МОНИТОРИНГ: КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ — ВЕДЕНИЕ ПРОГРАММНОГО УЧЕТА.....	57
ГЛАВА VII ШАГ ПЯТЫЙ: СБОР И АНАЛИЗ ДАННЫХ, ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ДАННЫХ.....	75
ГЛАВА VIII ШАГ ШЕСТОЙ: ОЦЕНКА ПРОЕКТОВ И ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....	81
ГЛАВА IX ШАГ СЕДЬМОЙ: ВОПЛОЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МиО В УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННЫХ.....	87
ГЛАВА X: ЦИКЛ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ.....	93
ВЫВОДЫ	96

СПИСОК ПРИЛОЖЕНИЙ

Приложение 1: Инструменты и методы измерения данных.....	97
Приложение 2: Сферы оказания услуг и примеры показателей результатов	100
Приложение 3: Перечень национальных показателей по мониторингу и оценке эффективности мероприятий по контролю над ВИЧ/СПИДом	102
Приложение 4: Пример формата программной отчетности (проект по профилактике ВИЧ в группах риска).....	105
Приложение 5: Пример первичных регистрационных форм	107
Приложение 6: Пример отчетной формы мониторингового визита, используемой Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД в Украине для мониторинга проектов по профилактике	108
Приложение 7: Пример системы показателей	115
Приложение 8: Итоговая форма результатов деятельности проекта — Пример	118
Приложение 9: Национальное поведенческое исследование ранней сероконверсии	120
Рекомендуемые показатели результатов и процесса для проектов по профилактике ВИЧ среди ПИН, РКС, МСМ, заключенных, а также проектов по уходу и поддержке ЛЖВС	121
Список использованных и рекомендуемых источников	136

Компакт-диск:

Примеры инструментов программного мониторинга

Некоторые материалы и публикации из списка рекомендуемых ресурсов,
приведённого в конце этого пособия

Рабочая группа, которая готовила это пособие, выражает свою глубокую признательность членам Национальной рабочей группы по мониторингу и оценке ВИЧ/СПИДа при Национальном совете по вопросам противодействия туберкулёзу и ВИЧ-инфекции/СПИДу за их бесценный вклад в подготовку этого пособия.

Рабочая группа также высоко оценивает вклад коллег, чья работа в сфере мониторинга и оценки ВИЧ/СПИДа в Украине способствовала подготовке этого пособия: Ольга Николаевна Балакирева, Украинский институт социальных исследований; Юрий Валентинович Круглов, Украинский центр профилактики и борьбы со СПИДом; Виолетта Анатолиевна Марциновская, Украинский центр профилактики и борьбы со СПИДом; Юрий Витальевич Кобыща, Всемирная организация здравоохранения; Виней П. Салданна, Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)

Огромную помощь при подготовке этого пособия оказали украинские НПО, которые осуществляют проекты по профилактике ВИЧ среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску, а также проекты по уходу и поддержке для ЛЖВС. Благодаря реализации национальной программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине», поддерживаемой Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией, Международному Альянсу по ВИЧ/СПИД в Украине удалось разработать, систематизировать и внедрить систему программного мониторинга и оценки, описанную в этом документе. Авторы этого пособия выражают признательность сотрудникам отдела мониторинга и оценки Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине Юлии Скоропатской и Лесе Хмель за помощь в подготовке этого пособия.

Публикация этого пособия стала возможной благодаря содействию Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине при финансовой поддержке Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией в рамках Национальной программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине».

© **Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, «Мониторинг и оценка программ и проектов. Практическое пособие». (Киев, 2007).**

ПРЕДИСЛОВИЕ

Это «Практическое пособие» было разработано группой сотрудников по мониторингу и оценке Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине в сотрудничестве с экспертами штаб-квартиры Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Брайтоне и различными партнерами, которые работают в сфере мониторинга и оценки ВИЧ/СПИДа в Украине. Данное пособие — первая попытка объединить различные источники информации и документы в сфере программного мониторинга и оценки программ и деятельности по ВИЧ/СПИДу. Этот документ должен стать простым и удобным в использовании практическим пособием для правительственных и неправительственных организаций, которые осуществляют проекты или предоставляют услуги по профилактике ВИЧ для ПИН, РКС, МСМ, заключенных, а также проекты по уходу и поддержке ЛЖВС, или же руководят этими проектами. Пособие предназначено в первую очередь тем сотрудникам организаций, которые отвечают за разработку и управление системами мониторинга и оценки с целью отслеживания охвата своих программ и проектов. Это пособие будет также полезным для руководителей организаций и тех сотрудников, которые занимаются планированием и реализацией программ в сфере профилактики ВИЧ, ухода и поддержки. Пособие, несомненно, будет полезным для лиц, принимающих решения на всех уровнях, для лучшего понимания и отбора имеющихся средств и ресурсов с целью улучшения мониторинга, корректировки и охвата программ по ВИЧ/СПИДу, а также использования данных этих программ для повышения их эффективности и действенности. На каком бы этапе развития ни находились их программы — на этапе первичного планирования, мониторинга реализации или перепрограммирования деятельности в соответствии с достигнутыми результатами — эта разработка станет для пользователей полезным инструментом для усиления практического мониторинга их программ и мероприятий в сфере ВИЧ/СПИДа.

Это пособие, в его настоящем виде, будет распространяться как первичный вариант; оно будет использоваться на местах и проходить проверку на применимость в ближайшие годы. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, его партнерские организации и организации, предоставляющие услуги, планируют продолжать применять средства и методы, описанные в пособии, в своей практической работе на местах. Опыт пользователей по применению и использованию этого пособия и извлеченные уроки будут тщательно собираться и лягут в основу будущих редакций документа. Новые редакции будут содержать практические рекомендации для усиления действенности и эффективности документа, а также конкретные примеры применения этого пособия в проведении мониторинга и оценки программ и деятельности в сфере ВИЧ/СПИДа.

В связи с этим мы приветствуем любые комментарии и отзывы, которые необходимо направлять в Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине.

По вопросам и предложениям относительно содержания этого Пособия просим обращаться к Ольге Морозовой, менеджеру по программному мониторингу Отдела мониторинга и оценки Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине (**morozova@aid alliance.org.ua**), ул. Димитрова, 5, корпус 10А, 9-й этаж, Киев, 03680, Украина.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Альянс — Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине

АИС — Автоматизированная информационная система (управления информацией)

АМР США — Агентство США по международному развитию

АРТ — Антиретровирусная терапия

ВИЧ/СПИД — вирус иммунодефицита человека / синдром приобретённого иммунодефицита

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ГНВР — группы, подверженные наиболее высокому риску инфицирования ВИЧ

ГФ, ГФСТМ — Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией

ДКТ — добровольное консультирование и тестирование (на ВИЧ)

ЖСБ — женщины секс-бизнеса

ИППП — инфекции, передаваемые половым путем

ЛЖВС — люди, живущие с ВИЧ/СПИДом

Методологическое руководство — Методологическое руководство по мониторингу и оценке, ВИЧ/СПИД, туберкулёз и малярия, январь 2006 г. Совместная разработка ВОЗ, ЮНЭЙДС, Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией, АМР США, Государственного департамента США, ОГКС (Офис координатора глобальных программ США по СПИДу), ЦКЗ ЮНИСЕФ, MEASURE Evaluation и Всемирного банка

МиО — мониторинг и оценка

МСМ — мужчины, имеющие секс с мужчинами

НПО — неправительственная организация

ПИН — потребители инъекционных наркотиков

ПОУ — пункт оказания услуг

ППУ (ПУ), ОПУ — организации-партнёры финансирующих организаций, предоставляющие услуги

РКС, СР — работники коммерческого секса, секс-работники

РОПУ — региональная оценка и с привлечением к участию (целевых групп)

СОУ — сфера оказания услуг

ССГАООН — Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу

ТЗ — техническое задание

ЦКЗ — Центр по контролю и профилактике заболеваний (США)

ЭВП — эпиднадзор второго поколения за ВИЧ/СПИДом

ЮНЭЙДС — Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу

MRS — Monitoring Reporting System (Система мониторинга отчётности)

SyrEx — База данных «Syringe Exchange» («Обмен шприцев»), используемая партнёрами Альянса, работающими в сфере профилактики ВИЧ среди групп риска

PEPFAR — Чрезвычайный план Президента США по оказанию помощи в связи со СПИДом

ГЛОССАРИЙ

■ **Оценка** — это тщательный, научно обоснованный сбор информации о программной деятельности, особенностях и последствиях, который определяет достоинства или ценность той или иной программы. Оценочные исследования используются для совершенствования программ и для обоснования решений относительно будущего распределения ресурсов.

■ **Финансирующие организации** — организации, работающие на национальном или региональном уровне (как правило — на национальном), основным заданием которых является координация осуществления программ. Обычно эти структуры сами не предоставляют услуги целевым группам, а привлекают организации, предоставляющие услуги, которые и выполняют эту работу. Финансирующие организации обычно выполняют функции посредника между донорской организацией и организацией, предоставляющей услуги.

■ **Оценка влияния** рассматривает повышение и снижение уровней заболеваемости и распространенности как функции программы по СПИДу. Обычно одна или даже несколько программ очень редко способны повлиять на все население. Поэтому оценка влияния на население обычно предусматривает тщательную разработку методики оценки, в ходе которой оценивается совместное воздействие целого ряда программ для групп, подверженных наиболее высокому риску.

■ **Организации, предоставляющие услуги** — организации, работающие на национальном или региональном уровне (как правило — на региональном). Их основным заданием является непосредственное предоставление услуг целевым группам. Организации, предоставляющие услуги, обычно получают финансирование либо от государства, либо от донорских организаций (в этом пособии они называются *Финансирующими организациями*) для оказания услуг.

■ **Вмешательство** — это особый набор мероприятий и действий, осуществляемых проектом или поставщиками услуг и выполняемых на различных уровнях — индивидуальном уровне, на уровне малой или большой группы, на уровне общины или общества.

■ **Мониторинг** — это регулярное отслеживание ключевых элементов работы программы или проекта и их планируемых последствий. Как правило, изучается информация о ведении учета и опросах — как общего населения, так и клиентов.

■ **Оценка последствий** — это один из видов оценки, который определяет, привели ли мероприятия программ или услуги к запланированным последствиям, и если да, то в какой степени.

В то время, как мониторинг последствий является полезным и необходимым для определения уровня достижения последствий, оценка последствий пытается соотнести наблюдаемые изменения с изучаемым вмешательством, описать масштабы или объемы последствий программы, а также показать, что бы произошло при условии отсутствия программы. По своей методологии этот процесс является очень точным и строгим и требует включения элемента сравнения еще при разработке оценки (например, контрольная группа или группа сравнения).

■ **Мониторинг последствий** — это базовое отслеживание переменных величин, принятых за единицы измерения или «показатели» желаемых последствий программы. Этот мониторинг также отслеживает информацию, непосредственно относящуюся к клиентам программы, например, изменения в знаниях, отношениях, убеждениях, навыках, поведении, доступе к услугам, политике, окружающих условиях.

- **Результаты** — это итоги программной деятельности; это продукты или результаты работы программы, например, количество предоставленных консультаций, количество охваченных людей, количество распространенных материалов.
- **Услуги «аутрич»** — это деятельность, которая охватывает медицинской информацией и услугами общины или места посещения групп, подверженных наиболее высокому риску (например, заведения, торгующие наркотиками, или места работы РКС). Медицинские услуги, информация и товары «аутрич» могут предоставляться медицинскими работниками в самых разных местах, например, перед входом в магазины, на улицах, в передвижных пунктах (автобусах).
- **Оценка процесса** — это один из видов оценки, которая сосредоточена на реализации программы и использует, в основном, качественные методы для описания программной деятельности и восприятия, особенно на стадиях разработки и начального этапа осуществления программы. Эта оценка также может использовать некоторые количественные подходы, например, исследования удовлетворённости клиентов и восприятия относительно потребностей и услуг. Кроме того, такая оценка может обеспечить понимание культурной, социально-политической, правовой и экономической среды, которая влияет на программу.
- **Мониторинг процесса** — это регулярный сбор информации обо всех аспектах проекта или программы с целью проверки развития деятельности в рамках проекта. Такой мониторинг предоставляет информацию для планирования и обратной связи по проекту для донорских организаций, исполнителей и бенефициариев проекта.
- **Программа** в сфере ВИЧ/СПИДа, как правило, означает комплексные и системные ответные меры на эпидемию на национальном или субнациональном уровне, и может объединять ряд проектов и вмешательств.
- **Надзор** — это постоянный, систематический сбор, анализ, интерпретация и распространение данных по мероприятиям в сфере здравоохранения для дальнейшего использования в деятельности системы общественного здравоохранения с целью снижения заболеваемости и смертности и улучшения здоровья.
- **Триангуляция** обозначает анализ и использование данных, полученных из множественных источников с использованием разных методов. Полученные сведения могут быть подтверждены, а недостатки (или отклонения) одного метода или источника данных могут быть компенсированы преимуществами другого метода, что позволяет повысить обоснованность и надежность результатов.
- **Уязвимость** — это факторы, которые подталкивают людей к рискованному поведению. Лицо, уязвимое к ВИЧ, — это человек, который является восприимчивым или не способным защитить себя от серьёзного вреда или эксплуатации, связанной с ВИЧ-инфекцией.

Глава I

ВВЕДЕНИЕ: КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ ПО ПРОГРАММНОМУ МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ, А ТАКЖЕ ПО ЭТОМУ ПОСОБИЮ

■ Что такое программный мониторинг и оценка?

Программный МиО является неотъемлемым компонентом общей системы МиО, которые осуществляются на разных уровнях и с помощью разных средств. Общая структура МиО более детально описана в *Главе II*. Задача программного МиО – максимально полная и объективная оценка прогресса и результатов конкретного проекта и/или программы. Она необходима для того, чтобы отделить результаты, достигнутые данным проектом и/или программой, от других факторов, способствующих достижению конечной цели реализуемой деятельности и вмешательств. В то время, как другие компоненты системы МиО служат для выполнения иных задач, программный МиО обеспечивает сотрудников программы и лиц, принимающих решения, инструментарием операционной оценки, который используется на стадиях планирования и реализации, особенно при отборе организаций, предоставляющих услуги, при сопоставлении достигнутых результатов с поставленными целями, а также при корректировании реализации мероприятий по ходу процесса.

■ Разница между МиО программы и проекта¹

Хотя это пособие направлено на широкую аудиторию организаций и агентств, работающих на различных уровнях борьбы с эпидемией, очень важно различать МиО программ и проектов. В этом пособии программа означает общие национальные или субнациональные ответные меры на заболевание, которые характеризуются относительно долгосрочными часовыми рамками. Например, Национальная программа профилактики ВИЧ-инфекции, поддержки и лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИД на 2004–2008 г. — это программа, равно как и Национальная программа «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИД в Украине», поддерживаемая Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией. В рамках национальной программы обычно существует несколько «подпрограмм или проектов», таких, как безопасность крови, борьба с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), или профилактика ВИЧ среди молодежи.

С другой стороны, проект означает ограниченный во времени набор мер и задач, поддерживаемый ресурсами, которые предназначены для конкретно указанных групп населения, определяемых по географическим или иным признакам. Учитывая более широкий спектр (тематический, географический, по целевым группам населения), мониторинг программы обычно сложнее, чем мониторинг проекта, и поэтому требует более значительной координации в работе реализующих ее агентств. Однако в этом пособии понятие «мониторинг программ» будет использоваться для описания мониторинга как программ, так и проектов, которые осуществляют меры по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа. Адаптацию предложенной системы для наилучшего соответствия масштабам вмешательств и реализуемых активностей авторы оставляют на суд читателя.

■ Зачем нужна единая объединенная национальная система программного МиО?

Программный МиО является неотъемлемой частью национальной системы МиО, и, в соответствии с «Триедиными принципами» (ЮНЭЙДС — http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/three_ones.asp), для осуществления эффективных ответных

¹ – Взято с «Методологического руководства по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулёз и малярия», январь 2006 г. (второе издание), стр. 10

мер на эпидемию ВИЧ/СПИД, кроме других элементов, странам необходимо иметь единую национальную систему МиО. Согласно «Методологическому руководству по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулёз и малярия» (январь 2006 г, второе издание), *«Нельзя переоценить значение создания, осуществления и укрепления единой, унифицированной и последовательной системы МиО на уровне стран. Сильная унифицированная система МиО обеспечивает: 1) передачу необходимых, своевременных и точных данных лидерам и руководителям программ на каждом уровне программы и системы здравоохранения; 2) возможность передачи отдельных качественных данных лидерам национальных программ; и 3) способность национальной программы соответствовать донорским и международным требованиям к отчетности в рамках унифицированной глобальной работы по сдерживанию пандемии ВИЧ/СПИДа»*². Поскольку программный МиО является неотъемлемой частью национальной системы МиО, единая национальная система программного мониторинга также является необходимым элементом с точки зрения «Триединых принципов». Здесь нам предстоит ответить на два важных вопроса: первый — Что значит единая национальная система программного МиО? И второй — Почему всем национальным участникам важно использовать единую систему программного МиО?

Начнем с первого вопроса. Существование единой национальной системы программного мониторинга означает, что все участники на национальном, региональном и субрегиональном уровнях в пределах страны, задействованные в борьбе с ВИЧ/СПИДом, используют одни и те же базовые средства, инструменты и ресурсы для осуществления своего программного МиО, который соответствует международным требованиям. В частности, это означает использование одного и того же набора ключевых показателей на уровне программы, использование единой технологии сбора данных и методики подсчёта по всей стране. Это подводит нас ко второму вопросу относительно важности единой национальной системы программного МиО. На этот вопрос существует несколько ответов: во-первых, с практической точки зрения, использование одинаковых методов и технологий сбора данных и анализа позволяет как национальным, так и субнациональным участникам анализировать данные за разные периоды времени и сравнивать их между регионами/географическими территориями; это также позволяет организациям, которые работают на местах, экономить финансовые и человеческие ресурсы в сфере разработки системы программного МиО: им достаточно использовать ранее разработанные и проверенные наборы инструментов и инструкций, признанных на международном уровне. И, как уже упоминалось в Предисловии, это пособие было разработано с целью обобщения этих ресурсов и предоставления удобного для пользователей перечня шагов и инструментов, которые позволят национальным участникам использовать единую систему программного МиО. Еще одна причина для создания единой системы программного МиО заключается в потребности руководящих органов страны в сфере ВИЧ/СПИДа «видеть полную картину» осуществляемой деятельности и результатов, достигнутых на национальном уровне. Это позволит принимать своевременные решения и корректировать деятельность в случае невыполнения первичных задач. Если разные участники национального уровня будут использовать различные наборы показателей, информация по которым будет собираться с неодинаковой периодичностью, или будут использоваться всевозможные технологии сбора данных, то такое задание будет невыполнимо. Более того, скоординированная система МиО необходима для того, чтобы избежать двойных подсчётов или других ошибок в интерпретации данных, когда первичная информация, полученная на местах, искажается на следующем, более высоком уровне (см. пример ниже).

² — «Методологическое руководство по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулёз и малярия», январь 2006 г. (второе издание), стр. 8

Пример:

Организация «Х» реализует проект снижения вреда в одном из городов Украины. Проект осуществляется при поддержке Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине в рамках программы Глобального фонда. Проект охватывает 200 клиентов. Организация «У» также осуществляет проект снижения вреда в том же городе, и охватывает 150 клиентов. Но при этом проект финансируется Министерством по делам семьи, молодежи и спорта.

Сколько клиентов на самом деле охватывают оба проекта в этом городе? Возможно ли, что какие-то клиенты совпадают? Без скоординированной системы программного МиО ответить на этот вопрос невозможно.

■ Зачем организациям нужна система программного мониторинга?

Существует множество причин для создания эффективной системы программного мониторинга. Некоторые из них приведены ниже:

- Для систематического отслеживания результатов отдельных проектов по ВИЧ/СПИДу; для анализа данных на уровне процесса и результата, перепрограммирования деятельности для достижения определенных целей; чтобы готовить отчеты для финансирующих организаций. Если система программного МиО функционирует надлежащим образом, она поможет менеджерам программ выявлять проблемы в реализации мероприятий и своевременно их исправлять;
- Для определения конкретных целей и задач на национальном уровне; для обобщения результатов, достигнутых разными участниками; для определения реального достижения целей; для анализа данных и использования информации с целью совершенствования процесса выработки политики;
- Для определения пробелов и расхождений в уровне доступа и охвата услуг на национальном уровне, а также для привлечения дополнительных средств с целью решения проблемы охвата;
- Для анализа затрат и результатов, а также экономической эффективности конкретных проектов и вмешательств;
- Чтобы создать базу для принятия решений и стратегического планирования на основании реальных фактов и данных;
- Чтобы готовить точные и надёжные отчёты для донорских организаций и других участников и т.д.

■ Какие ресурсы необходимы для разработки системы программного МиО?

Для осуществления деятельности в сфере МиО рекомендуется выделять приблизительно 5–10 процентов бюджета национальной программы и около 3–5 процентов региональной или местной программы, направленной на борьбу с ВИЧ/СПИДом. Хотя на первый взгляд эта цифра может казаться большой, программный МиО на самом деле намного дешевле, чем исследования и эпиднадзор (которые также являются неотъемлемой частью системы МиО), будучи ценным источником данных. Кроме того, настоятельно рекомендуется назначать отдельного специалиста, а для больших программ — создавать группы специалистов, которые будут заниматься исключительно МиО. Такие специалисты/группы должны отвечать за всю деятельность организации в сфере МиО; их основными обязанностями должны стать надлежащий сбор, анализ, использование и распространение данных. Кроме того, они должны поддерживать систему управления информацией МиО и соответствующие базы данных (если такие существуют), а также готовить отчёты. Что касается небольших НПО, чьим главным заданием является оказание услуг, то им рекомендуется иметь, по крайней мере, одного сотрудника, ответственного за МиО, хотя существование простых и понятных внутренних процедур и положений по МиО, а также использование регистрационной базы данных является необходимым условием даже для таких организаций. Более подробно этот вопрос будет рассмотрен ниже.

Чтобы обеспечить оптимальное и надлежащее использование средств, очень важно разработать единую скоординированную систему, включая средства, процедуры и обучение соответствующего персонала. Первичные издержки позже будут рассматриваться в свете возрастающих суммарных выгод от собранной и проанализированной информации. В конечном итоге это окажется менее затратным, чем функционирование многих других систем.

■ Для чего предназначено это пособие?

Как уже упоминалось выше, это пособие стало первой попыткой создать скоординированную систему программного МиО в Украине. Оно также будет полезно для активистов других стран, которые пытаются создать собственные системы программного МиО, поскольку наше пособие основывается на общепринятых принципах и ресурсах, таких, как «Методологическое руководство по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулёз и малярия» («Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria»³), подписанное Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией, ВОЗ, Всемирным банком, ЮНЭЙДС, АМР США и другими участниками), «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску» («A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations»)⁴, разработанные ЮНЭЙДС и подписанные ВОЗ, АМР США, ЦКЗ, MEASURE Evaluations и другими партнёрами.

Хотя отдельные организации действительно создают и успешно поддерживают эффективные системы программного МиО для мониторинга и оценки своей деятельности, многочисленные донорские организации, государственные структуры и НПО рассматривают мониторинг программ/проектов просто как инструмент отчётности перед финансирующими организациями. Практически отсутствует понимание того, как данные МиО программы или проекта могут быть использованы на национальном уровне. В то же время, среди государственных структур, которые занимаются увеличением финансирования ответных мер на ВИЧ/СПИД, а также среди украинских и международных неправительственных организаций, существует серьёзная потребность в действенном, практическом инструменте, который бы способствовал созданию эффективной системы программного МиО, скоординированной с другими участниками с тем, чтобы определять: отвечает деятельность национальных/субнациональных программ и проектов поставленным целям, и если нет, то своевременно корректировать их работу. В этом пособии специалисты Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине также попытались аккумулировать весь опыт и наилучшие практики, полученные нами в процессе реализации программы, поддержанной Глобальным Фондом.

■ Для кого предназначено это пособие?

Главной целевой аудиторией пособия являются организации как государственного, так и негосударственного сектора, которые обеспечивают финансирование (средства государственного/региональных бюджетов, гранты, субсидии) других организаций на национальном, региональном и местном уровне, а также малых НПО, местных органов власти и отдельных проектов, получающих средства для осуществления конкретных мероприятий и нуждающихся в создании системы мониторинга и оценки проектов. Перечень показателей в Приложении к этому пособию может использоваться как программами национального/субнационального уровня, так и отдельными проектами. И, как уже упоминалось, это пособие основывается на общепринятых в мире принципах и ресурсах, что превращает его в полезный инструмент для многих стран.

³ – «Методологическое руководство по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулёз и малярия», январь 2006 г. (второе издание)

⁴ – «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007 г.

Чем это пособие отличается от других работ и источников по МиО?

Разрабатывая данное пособие, мы старались по возможности не повторять здесь описания теорий МиО, которые можно найти в других источниках. Это издание — скорее представляет собой практический набор инструментов и методов, который предлагает конкретные разработки: показатели, формы, базы данных, подтверждающие теоретические концепции и основы МиО. Пособие создано в удобном для пользователя формате и содержит схемы, рисунки, примеры и практические упражнения. Желательно, чтобы читатель обладал базовыми знаниями в сфере МиО, однако эта разработка будет вполне понятна и специалистам, которые не занимаются МиО. Вместе с пособием предлагается компакт-диск, содержащий дополнительные ресурсы и средства по МиО. Кроме упоминаемых выше источников информации («Методологическое руководство по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулёз и малярия» и «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», разработанные ЮНЭЙДС), диск также содержит документ «Мониторинг и оценка. Методологические рекомендации», разработанный специалистами Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине в 2004 году. Главное отличие между «Методологическими рекомендациями» и этим Пособием заключается в том, что первое издание предлагает комплексное резюме всего разнообразия методов и средств сбора, анализа и использования данных с детальными описаниями и примерами, а второе предлагает перечень практических шагов, которые необходимо сделать организации, желающей внедрить систему программного МиО. Пособие не предлагает читателю базовой или общей информации, оно не содержит описания всех возможных средств и методов; вместо этого, наше пособие поможет осуществить конкретные шаги, направленные на разработку и внедрение системы МиО практически и недорого.

■ Структура пособия

Исследование любой проблемы начинается с постановки актуальных вопросов, которые помогают инициировать и организовать ответную деятельность. Такие вопросы могут быть следующими: В чем заключается проблема? Какие факторы способствуют её существованию? Как можно решить эту проблему? Получив ответы на эти вопросы, мы можем переходить к этапу планирования деятельности, её реализации и оценке. Каждый из этих этапов требует особых мероприятий по МиО, которые реализуются как элемент эффективно работающей системы МиО. Общий подход к планированию и организации деятельности по МиО, а также планирование и реализация адекватных вмешательств по противодействию ВИЧ, представлен на *Диаграмме 1*. Структура этого Пособия позволяет фиксировать шаги и необходимые меры по планированию, мониторингу и оценке программ профилактики ВИЧ для групп, подверженных наиболее высокому риску, а также проектов по уходу и поддержке ЛЖВС. Пособие предлагает пошаговую последовательность планирования процесса сбора данных, их анализа и применения, являясь своеобразной «дорожной картой», где ответы на вопросы по первому шагу являются основой для вопросов и информации на следующем этапе. Пособие также поможет каждому определить свою роль и возможный вклад в систему МиО.

Диаграмма 1. **Подход к планированию и организации деятельности МиО⁵**



Глава 2 содержит краткое описание основных концептуальных и теоретических вопросов относительно системы МиО, которые помогут специалистам, не занимающимся МиО, лучше разобраться в этой тематике.

Главы 3 — 9 предлагают обзор шагов, необходимых для построения и поддержания системы программного МиО. Эти шаги структурированы таким образом, чтобы удовлетворить нужды больших национальных или субнациональных программ, которые выделяют гранты/бюджетные субсидии своим партнерам-исполнителям (далее по тексту — финансирующие организации), а также потребности меньших организаций-реципиентов бюджетных или донорских средств (организации, предоставляющие услуги). Поскольку мониторинг программ/организаций, которые работают с организациями, предоставляющими услуги/субреципиентами — это обычно более сложный процесс, чем мониторинг проектов (так как они должны отслеживать не только собственную деятельность, но и работу финансируемых ими организаций), некоторые шаги относятся только к этим организациям. Небольшие организации и проекты могут пропустить эти шаги (будет отмечено соответствующим примечанием).

⁵ — Взято из документа «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007, ст. 08 (Первоисточник: Rugg et al. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.)

Семь шагов к построению и поддержанию эффективной системы МиО:

Шаг первый:	Планирование деятельности и вмешательств (определение целей, задач, сфер оказания услуг, целевых групп и объема работ)
Шаг второй:	Определение системы показателей: выбор показателей, определение базисных данных, определение целей
Шаг третий:	Выбор организаций-партнеров, предоставляющих услуги, проведение оценки потенциала, разработка форматов отчетности
Шаг четвертый:	Программный мониторинг количественные и качественные показатели — ведение программного учета
Шаг пятый:	Сбор и анализ данных, обеспечение их качества
Шаг шестой:	Оценка проектов и вмешательств
Шаг седьмой:	Воплощение результатов МиО в управленческие решения, использование данных

Каждый из этих шагов будет описан согласно предлагаемой ниже структуре, что облегчит работу с информацией:

- **Что означает этот шаг? Для чего он предназначен?**
- **Как и когда его осуществлять?**
- **Ожидаемые вызовы и возможные решения**
- **Практический пример**

Ответ на каждый из этих вопросов будет адресован отдельно для *Финансирующих организаций* и *Организаций, предоставляющих услуги*, если возникнет такая необходимость (см. Глоссарий для определения этих терминов).

Глава 10 рассматривает цикл МиО в рамках более масштабного национального процесса МиО.

Пособие также ссылается на список **Приложений:**

- Приложение 1: Инструменты и методы измерения данных
- Приложение 2: Сферы оказания услуг и примеры показателей результатов
- Приложение 3: Перечень национальных показателей по мониторингу и оценке эффективности мероприятий по контролю над ВИЧ/СПИДом
- Приложение 4: Пример формата программной отчетности (проект по профилактике ВИЧ в группах риска)
- Приложение 5: Пример первичных регистрационных форм
- Приложение 6: Пример отчетной формы мониторингового визита, используемой Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД в Украине для мониторинга проектов по профилактике
- Приложение 7: Пример системы показателей
- Приложение 8: Итоговая форма результатов деятельности проекта — пример
- Приложение 9: Национальное поведенческое исследование ранней сероконверсии

и

Рекомендуемые показатели результатов и процесса для проектов по профилактике ВИЧ среди ПИН, РКС, МСМ, заключенных, а также проектов по уходу и поддержке ЛЖВС.

■ Какие основные уроки можно извлечь из опыта успешных систем МиО?⁶

■ Системы МиО должны быть как можно более простыми. Большинство программ и проектов собирают гораздо больше данных, чем они используют. Чем сложнее система МиО, тем больше вероятность неудач в ее работе. Важно, чтобы данные использовались как основа для текущего принятия решений.

■ Системы МиО должны иметь стандартизованную основу для сбора и анализа данных. Если каждый участвующий партнер использует различные системы или механизмы, невозможно эффективно проанализировать или обобщить данные. Необходимость стандартизованного основного набора инструментов не исключает возможности для отдельных партнеров собирать дополнительные данные МиО, относящиеся к конкретной ситуации.

■ Надлежащая система МиО требует как внутренней оценки, так и внешней проверки. Так, хотя партнеры по осуществлению МиО должны собирать и проверять свои собственные внутренние данные, внешнее учреждение должно проверять полноту и точность данных, собранных их партнёрами по реализации. Контрольные посещения должны основываться на анализе данных внутренней оценки и проверенных внешним учреждением первичных данных.

■ Система МиО должна быть встроена в структуру программы и находиться в рабочем состоянии к моменту начала использования гранта, а не добавляться позже. Когда осуществление гранта уже началось, введение системы МиО в программу окажется более сложным и менее эффективным.

■ Субнациональные данные имеют большое значение для сбора данных на национальном уровне, так как их можно обобщить до этого уровня. Однако субнациональные данные более актуальны для руководителей программ при принятии повседневных решений.

■ Данные должны быть максимально прозрачными и доступными, и при возможности должны быть представлены общественности. МиО стимулирует использование данных.

⁶ – Выдержки из «Методологического руководства по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия», январь 2006 г. (второе издание), стр. 17

Глава II

ПРОГРАММНЫЙ МОНИТОРИНГ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ОБЩЕЙ СИСТЕМЫ МиО

Существуют различные описательные схемы, применимые для мониторинга и оценки в любой сфере. Показатели используются на различных уровнях для определения того, что вкладывается в программу или проект, и что получается в результате этого вклада. В течение последующих нескольких лет используется следующая общепризнанная схема: **вклад — процесс — результат — последствия — влияние**. Для того, чтобы программа или проект достигли поставленных целей, вклады, исчисляемые в денежном выражении или в затраченном времени персонала, должны привести к **результатам**, например таким, как оказание новых или улучшенных видов услуг, численность обученного персонала, количество людей, охваченных услугами и т.д. Эти результаты являются следствием конкретных **процессов**, таких как обучение персонала, которые должны включаться в качестве основных **мероприятий** для получения необходимых результатов. Если такие результаты спроектированы должным образом и охватывают население, для которого они были предназначены, то программа или проект, по всей вероятности, будут иметь положительный краткосрочный **эффект** или **последствия**. Например, рост использования презервативов при половой связи со случайными партнерами, рост использования стерильного инъекционного инструментария, соблюдение схемы приема АРТ-препаратов и т.д. Эти положительные краткосрочные последствия должны приводить к изменениям в долгосрочном **влиянии** программ, которые можно определить на основании данных о снижении уровня новых случаев заболеваний ВИЧ/СПИДом, снижении уровня смертности и уменьшении соответствующего бремени заболевания среди инфицированных и пострадавших от эпидемии (сироты, уязвимые дети или вдовы). Желаемое влияние программ также включает улучшение качества жизни и ожидаемую продолжительность жизни среди инфицированных лиц⁷. Дополнительную информацию о структурах МиО читатели могут получить, посетив следующие веб-сайты:

ПРООН: http://www.undp.org/gef/undp-gef_monitoring_evaluation

MEASURE: <http://www.cpc.unc.edu/measure>

Правительство США: <http://www.globalHIVevaluation.org>

ЮНЭЙДС: <http://www.unaids.org/en/default.asp>

Эту систему часто представляют в виде Пирамиды уровней МиО, представленной на *Диаграмме 2*. Она описывает все уровни, на которых могут осуществляться мероприятия по мониторингу и оценке, а также предлагает логический путь организации процесса сбора данных: на **уровне вклада** организация отслеживает все затраты и ресурсы, инвестированные в определенный процесс (обычно это финансовые ресурсы); на **уровне процесса** отслеживаются реализуемые виды деятельности, например, количество проведенных тренингов, распространённых материалов или предоставленных консультаций. На **уровне результатов** организация отслеживает прямые следствия деятельности, осуществленной на уровне процесса: охват представителей уязвимых групп услугами, количество обученных людей и т.д. Базовым инструментом сбора данных на этих трёх уровнях является ведение программного учета. Кроме того, организациям рекомендуется проводить оценочные исследования, направленные на измерение качественного компонента предоставления услуг. Последнее можно проводить путем анализа существующих данных мониторинга программы, а также путем проведения специальных исследований. Об этом речь пойдет ниже.

Программный МиО обычно определяют как часть пирамиды, соответствующая **элементам процесса и результатам**, измеряя те показатели, которые имеют отношение к результатам деятельности отдельной программы или проекта как такового. Мониторинг **уровня вклада** обычно связан с финансовой отчетностью и в пособии этот вопрос будет рассмотрен поверхностно.

⁷ — Выдержки из «Методологического руководства по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия», январь 2006 г. (второе издание), стр. 11

Уровни последствий и влияния мониторинга и оценки, в свою очередь, измеряют изменения в уровнях знаний и поведения (уровень последствий), а также изменения в тенденциях развития эпидемии (уровень влияния). На *Диаграмме* эти уровни закрашены другим цветом, чтобы подчеркнуть их отличие от первых трёх уровней МиО. В то время, как на первых трёх уровнях данные обычно собирают посредством аккуратного ведения учета на уровне выполнения и передают их на вышестоящий уровень и/или в финансирующие организации, данные МиО на уровнях последствий и влияния требуют проведения поведенческих исследований и эпиднадзора на национальном уровне. То есть, все организации, работающие в сфере ВИЧ/СПИДа на субнациональном, региональном, районном или местном уровне, будут осуществлять мониторинг (и, возможно, оценку) на уровне вклада, процесса и результатов, и только национальные участники будут задействованы в получении данных на уровне последствий (проведение поведенческих исследований среди населения или отдельных групп) и будут проводить мероприятия по эпиднадзору (рутинному и дозорному), чтобы оценить влияние осуществляемой деятельности на распространенность (среди общего населения и среди уязвимых групп), заболеваемость и смертность в результате ВИЧ/СПИДа. Другие возможные социально-экономические последствия эпидемии также учитываются в части влияния. Оценивание влияния программы требует интенсивных инвестиций в деятельность по мониторингу и оценке, и часто очень тяжело обнаружить степень вклада отдельных программ или определенных компонентов программы в общее снижение количества инфекций или повышение уровня выживаемости. Для того, чтобы выяснить причинно-следственную связь для конкретного вмешательства, может возникнуть необходимость провести исследования с экспериментальной или квази-экспериментальной структурой для отображения влияния. Мониторинг показателей результатов и последствий также может установить эту связь и продемонстрировать общие достижения программ в соответствии с согласованными целями и задачами. Национальные опросы и массивы данных также могут быть полезными для оценки.

Сужение этой «трубы», где каждый следующий блок меньше, чем предыдущий, иллюстрирует количество показателей, по которым необходимо собирать данные на каждом уровне, а также количество организаций, задействованных в процессе сбора и анализа данных на каждом уровне.

Диаграмма 2. Подход к планированию и организации деятельности МиО



Как уже говорилось выше, в большинстве случаев достижения на уровне процесса и результатов можно непосредственно соотнести с конкретным проектом или программой, которая финансировала или реализовывала его, однако последствия и влияния обычно отражают сумму национальных (и иногда — региональных) действий, направленных на борьбу с ВИЧ/СПИДом, а также естественные тенденции развития эпидемии.

Таким образом, вполне возможно, что мониторинг и оценка на уровне результата показывают, что программа соответствует поставленным целям, что задачи выполняются, что качество услуг находится на адекватном уровне, но, в то же время, на уровне влияния могут отмечаться факты роста показателей заболеваемости и смертности.

В этом Пособии мы только вкратце остановимся на национальных исследованиях и дозорном эпиднадзоре второго поколения, поскольку его главная цель — описать процессы программного мониторинга и оценки, которые осуществляются собственными силами организаций. Поэтому речь в данном Пособии пойдет, в основном, о трёх уровнях МиО, связанных с программным мониторингом (выделены светло-зеленым на *Диаграмме 2*): вклад, процесс и результаты, причем основное внимание мы уделим мониторингу и оценке процесса и результатов. Более детально структура МиО проиллюстрирована на *Диаграмме 3*.

Диаграмма 3. Глобальная структура мониторинга и оценки в сфере СПИДа и иллюстративные типы данных⁸.



Для того, чтобы определить достоинства и ценность программы, оценочные исследования должны дополнять регулярно собираемые мониторинговые данные. Это будет рассмотрено в последующих главах данного пособия.

Ниже предлагаются ключевые параметры, согласно которым данные программного МиО отличаются от данных уровней последствий и влияния:

- **Частота сбора данных и отчетности.** В то время, как данные программного МиО необходимо собирать постоянно, данные по показателям последствий и влияния нужно измерять гораздо реже — раз в 2–5 лет.

- **Методы сбора данных.** Для программного МиО основным источником данных является точное и тщательное ведение учета и отчетности со стороны поставителей услуг, работающих на местах, в то время, как для сбора данных по показателям последствий и влияния необходимы специальные исследования (поведенческие, эпидемиологические). Полное описание методов и средств сбора и измерения данных находится в Приложении 1.

Методология сбора и агрегации данных на всех уровнях МиО должна оставаться постоянной и последовательной. Это относится ко всем вопросам, связанным со сбором данных, так как только при таких условиях данные можно сравнивать по прошествии нескольких лет. Поскольку главная цель всей деятельности в сфере МиО — это измерение тенденций в ответ на определённые вмешательства, данные должны оставаться сопоставимыми во времени, что, по сути, требует применения одной и той же методологии сбора данных.

⁸ — Взято из «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007, ст. 08 (Первоисточник: Rugg et al. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.)

Таблица 1. **Рекомендуемая частота и методология сбора данных для показателей разных уровней**⁹

Уровень показателя	Рекомендуемая частота сбора данных	Примеры используемых методов сбора данных *
Вклад/процесс	Постоянно	– Статистика по услугам в сфере здравоохранения – Реестры программного МиО
Результат	Ежеквартально, раз в полгода или раз в год	– Статистика по услугам в сфере здравоохранения – Реестры программного МиО – Операционные исследования
Последствия	Раз в 1–3 года	– Опросы населения – Исследования медицинских учреждений – Специальные исследования
Влияние	Раз в 2–5 лет	– Опросы населения – Эпидемиологический надзор – Специальные исследования

* Большая часть указанных методов будет детально описана в следующих главах этого пособия, с особым акцентом на методы сбора данных для программного МиО (уровни процесса и результата)

■ **Количество организаций/лиц**, которые должны заниматься сбором и анализом данных и отчетностью. В то время, как программный МиО должен проводиться всеми организациями/лицами, осуществляющими соответствующие программы, данные по показателям последствий и влияния должны собирать на национальном (или региональном) уровне специально назначенные или избранные структуры. Поскольку сбор данных и их анализ для показателей последствий и влияния требует жесткого соблюдения научной методологии и является дорогим процессом, то этим обычно занимаются лишь несколько организаций в стране.

■ **Стоимость.** Рутинный сбор и анализ данных для программного МиО стоит дешевле, чем проведение поведенческих и эпидемиологических исследований и опросов.

Большая часть информации, входящей в это пособие, направлена на сбор количественных данных. Однако стоит отметить важность и использования качественных данных для дополнения, подтверждения и обеспечения более глубокого понимания количественных данных. Хотя предполагается, что качественные подходы не должны распространяться на более широкие слои населения и не могут измерить тенденции, такая информация создает контекст для количественных данных и позволяет осуществлять более объемное толкование количественных показателей. Качественные данные также полезны для анализа ситуативных реакций на работу по формированию поведенческих изменений, и эта информация может оказаться ценной при разработке более эффективных информационных кампаний, предоставлении права голоса малоимущим и уязвимым слоям населения и предоставлении более качественных услуг целевым группам.

В идеале, при сборе и анализе информации необходимо совмещать качественный и количественный подходы. Смешанный методологический подход будет способствовать более глубокому пониманию деятельности программы, обеспечит триангуляцию источников данных и уменьшит количество неточностей в сведениях.

⁹ – Адаптировано из «Методологического руководства по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия», январь 2006 г. (второе издание), стр. 13

■ Разница между мониторингом и оценкой¹⁰

Мониторинг — это *регулярное* отслеживание ключевых элементов работы программы/проекта (вклада, процесса и результатов) посредством ведения документации и учета, регулярных отчетов и систем надзора, а также наблюдения за медучреждениями и их исследованиями. Мониторинг помогает менеджерам программ или проектов определять, какие области требуют большего внимания, а какие сферы могут помочь улучшить результат. В хорошо организованной системе мониторинга и оценки мониторинг оказывает значительную помощь в оценке. Показатели, выбранные для мониторинга, будут различаться, в зависимости от уровня предоставления отчетности в рамках системы здравоохранения. Очень важно выбрать ограниченное количество показателей, которые будут реально использоваться людьми, внедряющими программу и ее менеджерами. Существует тенденция собирать данные по многим показателям и предоставлять эти данные на уровни, где они не будут и не могут применяться для эффективного принятия решений. Кроме того, мониторинг используется для наблюдения за тенденциями в различные периоды времени. Таким образом, методы, которые используются при мониторинге, должны быть последовательными и тщательными для обеспечения соответствующего сравнения. На уровне управления проектом необходимо больше информации, чем на национальном или международном уровнях. Количество показателей, по которым предоставляется отчет, должно существенно уменьшаться от субнационального уровня к национальному и далее — к международному уровню.

В отличие от мониторинга, **оценка** — это *эпизодический* анализ изменений в планируемых результатах, которые относятся к вмешательствам программы или проекта. Другими словами, посредством оценки предпринимается попытка *связать* определенный результат или последствие с вмешательством по прошествии некоторого времени. Таким образом, оценка помогает менеджерам программы или проекта определить ценность конкретной программы или проекта. Оценка эффективности и пользы затраченных средств помогает при определении дополнительной ценности отдельной программы или проекта. Кроме того, оценка также должна соотносить результаты проекта/программы с более широкими национальными тенденциями в поведенческих и других последствиях, и с влиянием заболеваний. Этот тип оценки важен даже в тех случаях, когда проект/программа является лишь частью совместных усилий, направленных на оказание влияния на заболевание.

Задания и методология мониторинга и оценки разные. В общем, оценка сложнее с точки зрения необходимой методологической точности: без такой тщательности могут быть сделаны неправильные выводы относительно ценности программы или проекта. Кроме того, оценка является более дорогостоящим мероприятием, особенно оценка последствий и влияния, для которой часто необходимо проведение общенационального исследования или использование других тщательно разработанных методов исследований. Однако оценка должна использовать данные и исследования, доступные на национальном уровне, которые проводятся регулярно.

¹⁰ — Адаптировано из «Методологического руководства по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия», январь 2006 г. (второе издание), стр. 11

Глава III

ШАГ ПЕРВЫЙ:

ПЛАНИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВМЕШАТЕЛЬСТВ (ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ, ЗАДАЧ, СФЕР ОКАЗАНИЯ УСЛУГ, ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП И ОБЪЕМА РАБОТ)

■ Что означает этот шаг? Для чего он предназначен?

Программы или проекты должны иметь четко определенные цели и задачи. Это отправная точка обычного цикла управления проектом и, как следствие — процесса создания системы программного МиО. Если программа не имеет конкретных задач, которые она призвана выполнить, то невозможно сказать, осуществляются ли адекватные вмешательства и соответствуют ли полученные результаты первичным намерениям. Сферы оказания услуг (СОУ) означают дальнейшую детализацию задач, соединяя показатели с конкретными направлениями деятельности и работ. Это позволит сравнить достижения на уровне результатов в национальном масштабе (например, охват ПИН) с прогрессом, достигнутым с точки зрения влияния и изменений в поведении (например, показатели заболеваемости и распространенности среди ПИН) в будущем. Наряду с определением целей, задач и СОУ, особое внимание следует уделить определению целевых групп и объему работ в рамках планируемого вмешательства. Это будет иметь прямое влияние на разработку рабочего плана и бюджета проекта. Процесс определения объема работ должен обеспечивать баланс между рекомендуемыми масштабами вмешательства для достижения влияния на эпидемию, и возможностями конкретной организации реализовывать ту или иную деятельность.

На этом этапе *Финансирующие агентства* должны определить более широкие контекстные рамки планируемой программы, ограничивая и уточняя контекст программы, запланированные вмешательства и средства их реализации, область действия всей программы и финансовые приоритеты. Это поможет *организациям, предоставляющим услуги*, планировать свою работу в рамках общих программных основ и приоритетов. Готовя свои предложения, организации еще больше сузят вмешательства, деятельность и объемы работ, которые будут выполняться на местах.

На этом этапе руководство программы или проекта должно определить и уточнить логическую структуру и ожидаемые результаты будущей работы.

■ Как и когда его осуществлять?

Эта работа должна быть закончена до начала реализации программы или проекта, являясь частью более масштабного процесса стратегического планирования, которым обычно занимается старшее руководство Финансирующей организации или организации, предоставляющей услуги. Однако, поскольку управление проектом — это циклический процесс, то данные и факты, полученные на более поздних этапах, могут улучшить реализацию в будущем.

Программа может иметь одну или две цели. Каждая цель подразумевает ряд задач, каждая из которых, в свою очередь, содержит несколько СОУ; деятельность в рамках каждой СОУ отслеживается и оценивается с помощью одного или нескольких показателей.

Общие цели — это широкие, комплексные понятия, определяющие конечное влияние планируемой работы, например, «Снижение смертности в связи с ВИЧ», «Снижение уровня передачи ВИЧ», «Улучшение качества жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» и т.д.

Задачи для каждой цели необходимо четко описывать. Задача описывает, что именно предполагают программы, для реализации которых ожидается финансирование, а также определяет рамки, согласно которым предоставляются услуги для достижения запланированных целей. Примерами задач могут быть: «Улучшение показателей выживания среди людей с развитой ВИЧ-инфекцией в четырех областях», «Достижение 60% охвата профилактическими услугами в двух регионах», «Снижение уровня вертикальной передачи ВИЧ в Киеве» и т.п.

В рамках каждой задачи уточняются **Сферы оказания услуг (СОУ)** (сфера оказания услуг соответствует конкретной предоставляемой услуге). Большой перечень сфер оказания услуг (которые касаются не только профилактики, ухода и поддержки, но и других направлений), с примерами показателей содержится в Приложении 2. СОУ могут быть следующими: «Оказание услуг по добровольному консультированию и тестированию для уязвимых групп», «Обеспечение ПИН стерильным инъекционным инструментарием», «Уход за хронически больными ЛЖВС на дому» и т.д. Перечень СОУ является базисом для разработки рабочего плана (списка конкретных мероприятий с соответствующими графиками выполнения). Каждой СОУ соответствуют определенные показатели процесса и результата, о чем пойдет речь далее. Некоторые показатели уровня результата могут отражать прогресс, полученный вследствие реализации нескольких СОУ. Например, «Количество людей, охваченных комплексными услугами по профилактике» может включать в себя лиц, прошедших ДКТ, получающих презервативы и шприцы, материалы, направленные на изменение поведения, а также консультирование. Каждый пункт является отдельной СОУ.

Задачи и СОУ обычно формулируются относительно определенной **целевой группы** — группы людей, которые нуждаются в определенном вмешательстве — и **географического охвата**. В качестве целевой группы может выступать все население страны, или меньшая по численности конкретная группа, определяемая, например, по возрасту или по моделям поведения. Определение таких групп обычно основано на данных о том, кто в большей степени страдает от заболеваний, как непосредственно, так и косвенно. Так, например, при определении целевой группы населения для оказания помощи при ВИЧ/СПИДе зачастую следует исходить из данных о состоянии эпидемии. При *генерализованных эпидемиях*, когда распространенность ВИЧ-инфекции постоянно превышает показатель на уровне 1% среди беременных женщин, в качестве целевой группы населения можно рассматривать все население в целом. Однако, в условиях *концентрированных эпидемий и эпидемий низкого уровня*, где распространенность ВИЧ-инфекции ограничивается определенными группами с конкретными факторами поведенческого риска, целевая группа может определяться как подгруппа общего населения, для которой характерны одинаковые поведенческие особенности — например, *мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), потребители инъекционных наркотиков (ПИН), или работники коммерческого секса (РКС)*¹¹. Мужчины-заключенные во многих странах также вызывают определенное беспокойство из-за риска незащищенного и часто — принудительного секса, а также из-за совместного пользования инъекционного инструментария. Поэтому их также часто определяют как целевую группу профилактических вмешательств.

Точное определение групп ПИН, РКС и МСМ зависит от периода времени, когда тот или иной человек практиковал поведение, связанное с риском. Хотя эти временные рамки должны быть определены на основе общего решения на национальном уровне, рекомендуется придерживаться стандартных международных определений.

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН)

Исходя из руководящих принципов ССГАООН, рекомендуется классифицировать лиц, как потребителей инъекционных наркотиков, если они сообщают о потреблении наркотиков внутривенным путем в течение последнего месяца.

¹¹ — Выдержки из «Методологического руководства по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия», январь 2006 г. (второе издание), стр. 12

Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)

Исходя из руководящих принципов ССГАООН, рекомендуется классифицировать лиц, как мужчин, имеющих секс с мужчинами, если они указывают на то, что имели анальный секс с партнером–мужчиной в течение шести месяцев.

Работники коммерческого секса

Исходя из руководящих принципов ССГАООН, рекомендуется классифицировать лиц, как работников коммерческого секса, если они сообщили, что предоставляли услуги коммерческого секса в течение последних 12 месяцев.

Иногда стоит разделять эти группы на определенные подгруппы, например, женщины–ПИН, которые оказывают секс–услуги за плату, или же молодые ПИН (в возрасте до 25 лет). Такое разделение обычно предпринимают тогда, когда программа или проект решает осуществить особые вмешательства для таких подгрупп, которые будут отличаться от общих подходов к работе с населением в целом. В этом случае такие решения будут отражены в структуре и дизайне системы программного МиО, особенно это касается детализации показателей и инструментов сбора данных.

Определение целевых групп **проектов по уходу и поддержке** людей, живущих с и/или пострадавших от ВИЧ/СПИДа, является самоочевидным, однако тут важно четко определить: кто является пострадавшим от ВИЧ/СПИДа. Обычно к этому числу относят детей, рожденных ВИЧ–инфицированными матерями (в том числе — сирот) и других родственников ЛЖВС, хотя для обеспечения последовательности это необходимо точно определить на национальном уровне или на уровне крупномасштабной программы, реализуемой в стране.

Отдельные проекты должны соблюдать договоренности, достигнутые на национальном уровне, выбирая одну или несколько целевых групп для дальнейшей работы.

После определения целей, задач, СОУ и целевых групп, наступает время принятия решения относительно объемов работ. Масштабы осуществления вмешательства и охват целевых групп населения обычно определяются количеством доступных средств, жизнеспособностью этой работы и международными рекомендациями. **Например, ВОЗ рекомендует регулярно охватывать услугами по профилактике не менее 60% ПИН для того, чтобы повлиять на тенденции эпидемии**¹². С другой стороны, всегда существуют определенные ограничения, которые необходимо учитывать на этом этапе. Кроме уровня финансирования, это может быть политическая ситуация, уровень развитости сети организаций, предоставляющих услуги (что касается *финансирующих организаций*); а также организационный потенциал и региональные особенности поведения групп, подвергающихся наиболее высокому риску (с точки зрения *организаций, предоставляющих услуги*).

Объем работ, запланированных к выполнению, обычно обозначают в числовом виде, указывая планируемый процент охвата целевой группы с описанием различных допущений и ограничений. Для того, чтобы подсчитать процент, необходимо определить числитель и знаменатель. Вопрос постановки целей в абсолютных величинах (числитель) будет представлен в следующей главе, а сейчас мы рассмотрим как определить знаменатель, то есть, **как оценить численность целевой группы населения** на национальном и региональном уровне.

Для определения объема работ на национальном и региональном уровне рекомендуется использовать оценочное количество целевой группы, а не данные **официальной статистики**. Дело в том, что официальная статистика обычно показывает значительно заниженную численность целевых групп из–за скрытого характера этих популяций, что является общеизвестным фактом.

¹² – «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007

Официальная статистика относительно количества ПИН основывается на официальных данных Министерства здравоохранения о количестве больных с психическими и поведенческими нарушениями вследствие потребления психоактивных веществ. Официальная статистика по РКС основывается на данных Министерства внутренних дел о количестве арестов за занятие проституцией. Очевидно, что эти данные гораздо ниже, чем реальное количество ПИН и РКС. То же самое касается и численности ЛЖВС, поскольку количество регистрируемых в центрах профилактики и борьбы со СПИДом ВИЧ-инфицированных людей намного ниже, чем реальные показатели.

Некоторые ГНВР, например, МСМ, вообще не включены ни в один статистический отчет. По сути, это означает, что никакой официальной информации о численности этой группы не существует.

Таким образом, оценка численности целевой группы является ключевым вопросом стратегического планирования, поскольку именно это определяет необходимые ресурсы, проводимые мероприятия, а также прогнозы относительно ожидаемых уровней влияния. В то же время, официальная статистика остается важнейшим компонентом процесса оценивания. Использование статистических данных в процессе оценивания описано ниже.

В то же время, существуют некоторые группы ГНВР, например, заключенные, по которым официальная статистика дает исчерпывающую информацию, в первую очередь — о её численности. Эти группы населения не считаются скрытыми, хотя и продолжают подвергаться высокому риску инфицирования.

■ Как определить численность ПИН, РКС и МСМ

Для того, чтобы провести оценку численности этих групп, необходимо выполнить следующее:

- Идентифицировать целевую группу;
- Избрать надлежащий метод.

Идентификация целевых групп

Как упоминалось выше, единого подхода к определению человека, являющегося ПИН, РКС, или МСМ, не существует. В контексте ответных мер на эпидемию ВИЧ/СПИДа, идентификация целевых групп должна предусматривать уровень потенциального риска заразиться самому или инфицировать другого человека.

ПИН — потребители инъекционных наркотиков. В контексте эпидемии ВИЧ, специалисты по стратегическому планированию обращают внимание на лиц, которые потребляют наркотики регулярно, и поэтому составляют группу риска. Для того, чтобы определить эту группу, рекомендуется контролировать два важных показателя — продолжительность потребления наркотиков (в течение жизни): в течение года, или в течение 6 месяцев; а также регулярность потребления — например, как минимум, еженедельно.

РКС — Работники коммерческого секса. Эта группа включает в себя женщин (и мужчин), которые используют секс как источник дохода (постоянного или временного). В эту группу могут также входить женщины, которые предоставляют секс-услуги для достижения определённых целей (например, для карьерного роста). Однако, с точки зрения эпидемии, важно рассматривать именно ту группу РКС, которые оказывают сексуальные услуги в течение определённого периода времени (а не однократно): в течение года или последних 6 месяцев. Необходимо учитывать еще один важный критерий: являются ли услуги коммерческого секса главным (или одним из главных) источником дохода.

МСМ — мужчины, имеющие секс с мужчинами. Эта группа охватывает мужчин, которые имели сексуальные контакты с другими мужчинами на протяжении последних 12 месяцев.

Вопрос продолжительности и частоты таких отношений, а также вопрос их добровольного или принудительного характера до сих пор остается спорным.

■ Наиболее часто применяемые методы

Решение относительно метода оценки, который является наиболее подходящим и надёжным, должно основываться на нескольких предпосылках: наличии статистических данных и предыдущих оценок, уровня оценки (национальный или региональный), а также уровня стигматизации целевой группы.

Наиболее часто используемыми методами являются:

Общенациональный опрос населения

Его также называют общенациональным опросом домохозяйств (ООД) — это стандартизированный массовый опрос населения по проблематике исследования. Такой опрос может обеспечить информацию по минимальным показателям численности населения, которое практикует модели поведения, вызывающие социальное порицание. Как правило, ООД применяют на национальном уровне. Этот метод был использован как компонент оценки численности МСМ в Украине. Анкета для такого опроса может содержать блок вопросов о сексуальном поведении, в том числе — о сексуальных связях мужчин с другими представителями их пола. В качестве дополнительного метода могут использоваться школьные опросы, которые покрывают лишь некоторую часть целевого населения, например, если оценивается численность молодых потребителей наркотиков (до 18 лет).

У этого метода есть несколько ограничений. Во-первых, поведение, сопряжённое с риском, не слишком широко представлено среди общего населения. Во-вторых, респонденты могут отказаться давать правдивые ответы. В-третьих, люди, представляющие «потенциальную» целевую группу, обычно не являются членами домохозяйств, то есть они обычно живут не в традиционных домах или квартирах, а на улицах, в притонах, публичных домах, где их невозможно охватить исследованием. Стоит отметить, что такая «маргинализованная» часть целевой группы является самой уязвимой к ВИЧ — именно эти люди нуждаются в первоочередных профилактических вмешательствах. Этот метод обычно неэффективен при работе с ПИН.

Метод «захвата — повторного захвата»

Суть этого метода состоит в проведении опроса дважды. После первого опроса респондентов отмечают как людей, которые уже участвовали в исследовании. Можно использовать несколько методов «маркировки», например, вручить респонденту после первого опроса памятный подарок (косметический набор или что-то ещё). Во время повторного опроса интервьюер «захватывает» респондентов, которые участвовали в первом исследовании и сообщили, что получили подарок (были «отмечены»). Этот метод допускает, что, вернувшись в свою группу, респонденты «смешиваются» до однородности. Именно поэтому доля тех, кто будет участвовать во втором опросе, равна доле полной обследованной совокупности. Для подсчёта численности целевой группы (ЦГ) используется следующая формула:

Общая оценочная численность

$$\text{ЦГ (N)} = \frac{n1 \times n2}{m}$$

(формула 1)

Где: n 1 — численность ЦГ в выборке первого «захвата»

n 2 — численность ЦГ в выборке второго «захвата»

m — количество представителей ЦГ с первого «захвата» в выборке второго «захвата»

Ниже предлагаем пример практического применения этого метода:

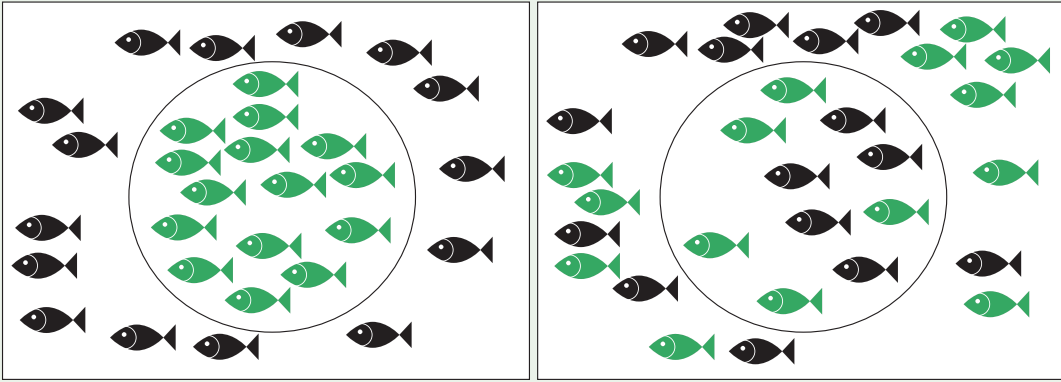


Рисунок 1

Рисунок 2

Пример:

Эколог намеревается оценить численность рыбы в озере. Для этого отлавливается некоторое количество рыбы (выборка), её пересчитывают, метят и отпускают обратно в озеро. Как показано на Рисунке 1, было отловлено и отмечено 15 рыб. Через некоторое время эколог возвращается и делает еще один улов (выборку), и, проверяя «маркировку» (как показано на Рисунке 2), он видит количество рыб, которые попали в обе выборки — то есть пять. Во второй раз эколог поймал 10 рыб.

Применяя формулу, описанную выше, получаем результат: $15 \times 10/5=30$

Одним из основных требований этого метода является способность обеспечить независимость первой и второй выборки — иначе говоря, существует теоретически схожая вероятность того, что каждый представитель группы может попасть в выборку во время первого и второго опроса.

Этот метод достаточно сложный и чувствительный к миграционным процессам и политической ситуации, поэтому его следует использовать **только на региональном или на местном уровне**.

В Украине этот метод был использован для оценки численности РКС на региональном уровне.

Метод «квазизахвата — повторного захвата»

Этот метод основывается на том же принципе однородности, что и оригинальный метод «захвата — повторного захвата», однако в упрощенном варианте. Вместо проведения двух опросов, исследователь может использовать два или несколько списков официальных данных или баз данных исследований, предполагая, что в этих списках могут упоминаться одни и те же люди, или они участвовали в исследованиях. Иными словами, метод «квазизахвата — повторного захвата» используется как вторичный анализ существующих или полученных данных. Если статистические данные или исследовательскую информацию можно получать и на региональном, и на национальном уровне, то этот метод позволяет проводить оценку на разных уровнях (в отличие от метода «захвата — повторного захвата»). Здесь также существуют определенные требования. Во-первых, работа с официально зарегистрированными данными (список участников) требует независимого формирования этих списков. Второе необходимое условие: данные должны быть получены в одно и то же время на одной территории.

Ниже предлагаются два примера применения этого метода. Первый основывается на использовании данных двух поведенческих исследований. Второй — на использовании списков официальных данных.

Пример 1:

Этот пример демонстрирует подсчет численности РКС.

Было проведено два различных опроса, среди РКС и среди ПИН. Предполагалось, что в обоих исследованиях могли принимать участие одни и те же люди. Это предположение основывается на том факте, что женщины-потребители инъекционных наркотиков могут быть работницами коммерческого секса. В этом случае оба опроса могут считаться первым и вторым «захватом». Первый «захват» — это опрос ПИН, где РКС присутствовали как часть общей выборки. Второй «захват» — это опрос РКС, где уже ПИН были частью выборки.

Графически это можно показать следующим образом:



В результате проведения поведенческого исследования среди ПИН был определен процент ПИН женского пола (6,2%), которые указали, что предоставляли коммерческие секс-услуги в течение последних 12 месяцев. Они были отмечены как «улов» в первом «захвате». Предположим, что оценочная численность ПИН известна и составляет 120 тысяч человек. Таким образом, количество ЖКС, «отмеченных» в первом «захвате» составляет

$$120\ 000 \times 6,2 / 100 = \mathbf{7\ 440}.$$

В результате проведения поведенческого исследования среди РКС было определено, что каждая четвертая женщина (23,6%) потребляла инъекционные наркотики в течение последних 12 месяцев. В нашем случае это — люди второго «охвата».

Иными словами, эти 7 440 РКС, потребляющие инъекционные наркотики, составляют 23,6% от общего количества РКС. Таким образом, общая оценочная численность РКС составляет

$$7\ 440 \times 100 / 23,6 = \mathbf{31\ 757}.$$

Пример 2:

Организация намеревается оценить реальную численность ПИН в городе «А». В наличии есть только несколько статистических отчетов: ПИН, зарегистрированные в милиции, ПИН, зарегистрированные в наркологическом центре и ПИН, зарегистрированные в центре профилактики и борьбы со СПИДом (все данные — за один год). В этом случае организация имеет три списка потребителей наркотиков с указанием их имен. Некоторые из них указаны в двух списках, некоторые — в трех.



В случае наличия двух списков, можно использовать формулу 1. Если же существует три и более списков, то тут нужно применить сложный программный продукт. Эта программа называется «PEPI for Windows (WinPepi)». Ее можно загрузить из Интернета, по адресу <http://www.healthcarefreeware.com/calc.htm>

■ Метод коэффициента (множителя)

Метод коэффициентов можно применять тогда, когда присутствует количественная информация из двух источников, и известно, что оцениваемые группы пересекаются, а также известна величина этого «перекрытия». Первым источником может быть статистика любого учреждения, которое работает с целевой группой (например, регистрация в наркологическом диспансере). Вторым источником может быть информация, полученная непосредственно от целевой группы в ходе поведенческого исследования (например, положительный ответ на вопрос о регистрации в наркологическом диспансере). Это тот случай, когда официальная статистика помогает получить оценочное количество. Для того, чтобы применить этот метод, необходимо выполнить следующие шаги:

1. Определить источники вводимых данных.
2. Получить необходимую статистическую информацию.
3. Разработать вопросы и включить их в анкету опроса.
4. После опроса — подсчитать процент респондентов, утвердительно ответивших на ваш вопрос.
5. Подставить все полученные данные в формулу и подсчитать численность оценочной группы в городе/регионе. Этот метод можно также применять на национальном уровне.

Пример:

- В 2004 году в городе «А» лечилось 1500 ПИН.
- Согласно результатам опроса, лечение получили 20% ПИН.
- Коэффициент для подсчета численности: $100\% : 20\% = 5$
- **Общее оценочное количество ПИН = $1500 \times 5 = 7500$**

Этот метод был использован в Украине для оценки численности ПИН по всей стране. В этом случае был применен так называемый «коэффициент госпитализации». В некоторых странах существуют надежные данные по официально зарегистрированным случаям передозировки — здесь можно использовать другой коэффициент, который основывается на данных по передозировке.

Что касается РКС, то единственными официальными данными здесь является информация Департамента борьбы с преступлениями, связанными с торговлей людьми Министерства внутренних дел Украины о лицах, арестованных в связи с занятием проституцией. В этом случае, во время проведения поведенческого исследования респондентам необходимо задавать вопрос о том, арестовывались ли они за проституцию в течение определенного периода времени. Введя полученные из двух источников данные в формулу, можно подсчитать общее количество РКС.

Здесь очень важными являются два требования: официальные данные должны быть надежными, и все данные из обоих источников должны соответствовать одному и тому же периоду времени.

Национальные оценки численности ГНВП рекомендуется проводить раз в пять лет, а региональные данные можно обновлять каждые 2–3 года. В предлагаемой ниже *Таблице 2* подводится итог применимости описанных методов для разных групп населения и уровней.

Таблица 2. Применимость методов оценки численности ГНВП

Метод	Национальный уровень	Региональный уровень
<i>Общенациональный опрос населения (опрос домохозяйств)</i>	МСМ, РКС	–
<i>«Захват — повторный захват»</i>	–	ПИН, РКС, МСМ
<i>«Квазизахват — повторный захват»</i>	РКС, ПИН, МСМ	РКС, ПИН, МСМ
<i>Метод коэффициента (множителя)</i>	РКС, ПИН	РКС, ПИН

■ Как оценивать численность ЛЖВС

С самого начала эпидемии СПИДа методы и результаты оценок численности людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, регулярно пересматривались и улучшались. Существует несколько методов проведения таких оценок, но не все они последовательны или обоснованы с научной точки зрения. Для обеспечения последовательности в использовании надежных и научно обоснованных методов была создана Референс группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделям и прогнозам. Референс группа предоставляет независимые научные рекомендации ЮНЭЙДС и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) относительно глобальных оценок и прогнозов распространенности, заболеваемости и воздействия ВИЧ/СПИДа¹³. ЮНЭЙДС/ВОЗ рекомендуют применять следующие методы для получения национальных оценок по ВИЧ и СПИДу.

¹³ – Дополнительную информацию об этой справочной группе можно найти на ее веб-сайте www.epidem.org

■ Генерализованные эпидемии:

В странах с **генерализованными эпидемиями** национальные оценки распространенности ВИЧ основаны на данных, полученных системами эпиднадзора, которые обследуют беременных женщин, посещающих определенное число дозорных участков в женских консультациях, и во все большем числе стран — на результатах национальных репрезентативных серологических исследований. Эти данные вводятся в **программу «Пакет для оценок и прогнозирования»**, которая подбирает простую эпидемиологическую модель с целью поиска наиболее точно подходящей кривой, которая отображает эволюцию распространенности ВИЧ среди взрослых за определенный период времени и калибрует эту кривую в соответствии с данными о распространенности, полученными в ходе национального исследования.

■ Умеренные или концентрированные эпидемии:¹⁴

В странах с **умеренными или концентрированными эпидемиями** национальные оценки распространенности ВИЧ, как правило, основаны на данных эпиднадзора, собранных среди групп населения высокого риска (работники коммерческого секса, мужчины, имеющих секс с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков) и оценках размеров групп населения, подвергающихся высокому и низкому риску. Эту информацию затем вводят в модели точечной распространенности и прогнозов (**Метод «Рабочего журнала»**) для подбора наиболее подходящей кривой, которая отображает эволюцию распространенности ВИЧ во времени.

Метод «Рабочего журнала» для получения оценок о распространенности ВИЧ и составления сценариев будущего развития распространенности ВИЧ/СПИДа был разработан для использования в странах с умеренными и концентрированными эпидемиями. В этих странах отсутствуют репрезентативные данные, которые можно было бы использовать для оценки распространенности среди взрослых, поэтому этот процесс отличается от стран, где эпидемия уже стала генерализованной и где данные по беременным женщинам используются как основа для оценки распространенности среди взрослых.

В условиях концентрированных эпидемий ВИЧ быстро распространяется в определенных подгруппах, но не проникает в общий массив населения. Такое состояние эпидемии позволяет предположить, что в указанных подгруппах населения активно практикуют поведение высокого риска. Дальнейшее развитие эпидемии определяют частота и природа связей между сильно инфицированными подгруппами и населением в целом. При концентрированных и умеренных эпидемиях используется следующий подход:

- Составить оценки для групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску инфицирования ВИЧ, после чего
- Обобщить эти оценки, чтобы получить общую оценку распространенности среди взрослого населения.

Основную часть работы по получению национальной оценки составляет первичный сбор данных и планирование. Некоторые из данных, необходимых для получения точечной кривой прогноза в Рабочем журнале перечислены ниже:

- данные о географическом регионе
- группы в стране, которые подвергаются высокому риску ВИЧ-инфекции
- группы в стране, которые подвергаются низкому риску ВИЧ-инфекции

¹⁴ – Пособие «Применение метода Рабочего журнала для получения оценок о ВИЧ/СПИДе в странах с умеренными и концентрированными эпидемиями» (Using the Workbook Method to Make HIV/AIDS Estimates in Countries with Low-Level or Concentrated Epidemics. Manual. UNAIDS and WHO, 2007).

- данные о численности групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ
- текущие данные о распространенности ВИЧ в этих группах населения.

Применяя метод «Рабочего журнала», пользователи также должны решить, что делать с отсутствующими или неполными данными.

После того как пользователи получают оценки национальной распространенности ВИЧ за несколько лет, метод «Рабочего журнала» позволяет использовать эти оценки для построения эпидемической кривой, которая отображает ход развития эпидемии во времени. Листы «Эпидемическая кривая» позволяют специалистам по оценке:

- подобрать эпидемическую кривую по точкам данных, что дает возможность оценить тенденции за определенный период времени
- определить время удвоения масштабов эпидемии, темпы развития эпидемии и текущий уровень распространенности.

Кривая распространенности среди взрослого населения, а также оценки численности национального населения и эпидемиологические допущения после этого вводятся в компьютерную программу Spectrum для расчёта числа инфицированных людей, новых случаев инфекции и количества смертей.

SPECTRUM представляет собой набор стратегических моделей (DemProj, FamPlan, AIM, RAPID, Ben-Cost, NewGen, PMTCT, ProTrain, и SupplyPlan). Каждая модель включает подробное пособие для пользователя, в котором не только описывается, как использовать это программное обеспечение, но и содержатся разделы об источниках данных, методах интерпретации и использования результатов, учебное пособие и описание методологии.

Это программное обеспечение и пособия можно получить с веб-сайта ЮНЭЙДС по ссылке: http://www.unaids.org/en/HIV_data/Epidemiology/epi_software2007.asp.

Программное обеспечение и пособия предоставляются бесплатно.

■ Роль НПО в процессе оценки

Отдельные проекты по профилактике среди ПИН, РКС и МСМ документируют свою деятельность, используя различные формы и стандарты. В 2005 году МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» разработал и ввел единую электронную АИС (автоматизированная информационная система) регистрации клиентов разных проектов по профилактике ВИЧ для ПИН, РКС и МСМ, что позволяет идентифицировать бывших и настоящих клиентов (этот вопрос будет детально рассмотрен далее). Такая база данных может использоваться как дополнительный источник информации для применения метода «квазизахвата — повторного захвата» или метода коэффициента (множителя).

До сегодняшнего дня большинство поведенческих исследований среди этих закрытых групп проводились при активном содействии социальных работников, волонтеров и клиентов НПО, которые оказывают услуги и поддерживают ежедневные контакты с представителями этих групп. Наблюдается быстрое развитие организаций и проектов, которые работают в сфере профилактики среди ПИН в больших и наиболее пораженных городах. В то же время доступ к ПИН в малых городах и регионах с низкой распространенностью ВИЧ можно обеспечить только через официальные учреждения, поскольку проектов по профилактике, выполняемых НПО, мало, и масштабы их невелики.

Для получения комплексных исходных данных для планирования вмешательств и мероприятий, рекомендуется проводить анализ ситуации, который поможет оценить среду, структурные, общинные и личные факторы, которые способствуют появлению и принятию рискованного поведения. Для этих целей *финансирующие агентства* обычно имеют отдельную статью бюджета; однако, такой анализ обычно проводится на региональном уровне, поэтому его проведение — это задача *организаций, предоставляющих услуги*, которые будут использовать его для адаптации стандартных подходов к местным условиям.

Временные рамки и методология проведения анализа ситуации зависят от наличия ресурсов и времени. Обычно это предусматривает применение качественного и количественного методов, а также наблюдение за общиной, визиты на места, где продаются и покупаются наркотики и сексуальные услуги, а также интервью с ключевыми представителями сообществ. Кроме того, могут применяться особые методы, например составление карт наибольшей концентрации рискованного поведения; составление карт услуг по профилактике для оценки их доступности и физических препятствий для пользователя; глубинные интервью; проведение фокус-групп с членами сообществ и ключевыми лицами для того, чтобы выяснить влияние общины и среды на поведение, сопряженное с риском. Этот метод также используется для оценки численности ГНВП на местном уровне в тех случаях, когда на более тщательную оценку нет ни ресурсов, ни времени. Практический пример в конце этой главы иллюстрирует данный подход. Для ознакомления с другими источниками информации по этой тематике, см. список рекомендуемых источников.

■ Ожидаемые вызовы и возможные решения

Участники процесса стратегического и оперативного планирования сталкиваются с различными вызовами и проблемами как технического, так и институционального характера.

Финансирующим организациям, которые обычно отвечают за общий план программы, на этом этапе необходимо заручиться активной поддержкой и участием различных участников. Решения, принимаемые на этом этапе, должны учитывать политическую ситуацию и возможные ограничения, или же наоборот — должны способствовать и стимулировать необходимые политические изменения и решения правительства.

Также рекомендуется, чтобы *организации, предоставляющие услуги*, координировали процесс планирования с другими ВИЧ-сервисными организациями и государственными органами в своем регионе, поскольку существует риск того, что «индивидуальное» планирование может привести к дублированию усилий или невозможности ведения той или иной деятельности из-за сопротивления местных участников.

В целом, для любой программы на стадии планирования всегда полезно самое широкое участие различных сторон, что обеспечит дополнительные импульсы для рассмотрения проблемы под разными углами, и позволит спроектировать комплексные ответные меры.

Еще один потенциальный риск связан с вопросом определения целевой группы для отдельных проектов и программ. Вмешательства по профилактике ВИЧ обычно нацелены на ПИН, РКС, МСМ и заключенных. В то время как такая поведенческая классификация является полезной для охвата профилактических вмешательств, не все лица, подвергающиеся наиболее высокому риску, точно попадают под ту или иную категорию, как не все представители одной из этих категорий подвергаются высокому риску ВИЧ-инфицирования. Например, МСМ, поддерживающий взаимно моногамную связь с неинфицированным партнером или ПИН, который снижает потребление и не пользуется нестерильным инструментарием, не подвергается такому высокому риску. Как уже упоминалось выше, существует риск пересечения этих групп, и некоторые лица могут практиковать множественное рискованное поведение, например, многие РКС принимают наркотики инъекционным путем, или ПИН могут продавать секс-услуги в обмен на наркотики. Такое взаимное перекрытие поведения высокого риска необходимо учитывать в планировании и отчетности в области МиО.

Также очень важно учитывать другие группы, которые подвергаются повышенному риску инфицирования в отдельной общине или стране, в зависимости от эпидемической ситуации. Степень усилий, направленных на охват этих групп населения зависит от уровня эпидемии и доступных ресурсов. Большинство представителей таких групп являются уязвимыми из-за рискованного поведения их партнеров: *это сексуальные партнеры ПИН, женщины-партнеры МСМ, клиенты работников коммерческого секса и*

их партнеры. В некоторых местах эти люди составляют значительный процент новых случаев инфицирования.

Какими бы сильными не были связи между группами населения, следует отметить, что между ними существует риск перекрытия. К сожалению, сексуальные партнеры лиц, подвергающихся наибольшему риску, не всегда знают, что они сами подвергаются повышенному риску и не всегда принимают профилактические меры. В таких группах чрезвычайно сложно отслеживать распространенность ВИЧ или рискованного сексуального поведения, поскольку они менее склонны к тому, чтобы проявлять себя или появляться в тех местах, где их можно охватить стандартными методами сбора данных¹⁵.

Все ГНВР (ПИН, РКС и МСМ) являются достаточно закрытыми и труднодоступными. Это объясняется двумя ключевыми факторами: во-первых, это стигматизация со стороны большинства граждан; во-вторых, это страх и беспокойство ПИН, РКС и МСМ о возможных репрессивных мерах со стороны правоохранительных органов.

■ О чем необходимо помнить при составлении оценок о численности групп населения¹⁶

Для того чтобы получить достоверные оценки численности людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, важно использовать единые определения каждой группы, подвергающейся наиболее высокому риску, при оценке числа людей и распространенности ВИЧ в этой группе. К сожалению, зачастую это не делается, что приводит к получению недостоверных оценок. Важно, чтобы оценки распространенности ВИЧ были репрезентативными в отношении групп, к которым они применяются: зачастую обследуются лица, подвергающиеся наиболее высокому риску, а данные о распространенности ВИЧ среди них затем переносятся на всю группу, что приводит к завышенной оценке общего числа случаев ВИЧ-инфекции.

Другим важным моментом является необходимость измерения размеров пересечения между группами высокого риска (например, работники коммерческого секса могут одновременно быть потребителями инъекционных наркотиков). Двойной учет одних и тех же людей, практикующих оба вида поведения, приводит к переоценке числа лиц, подверженных риску. Лица, принадлежащие к нескольким группам риска, могут также подвергаться высокому риску ВИЧ-инфекции, и, таким образом, могут служить важным передаточным звеном между группами риска, способствуя быстрой передаче ВИЧ. Основной сложностью при планировании исследований и сравнении результатов разных исследований является то, что в них зачастую применяются разные определения групп населения. В некоторой степени это отображает специфику местных социальных условий. Тем не менее, для расширения возможностей сравнения и соблюдения единства определений большинства групп риска рекомендуется применять следующие руководящие принципы. Эти руководящие принципы направлены на те аспекты поведения, которые чаще всего связывают с существующим риском заражения и передачи ВИЧ.

Официальная статистика (государственная и ведомственная) по ПИН не отражает реального количества потребителей инъекционных наркотиков. Статистическая отчетность и регистрация потребителей наркотиков в наркологических диспансерах и правоохранительных органах охватывает потребителей всех психотропных веществ, не определяя способ потребления наркотиков (инъекции, курение, пероральный прием и т.д.).

¹⁵ – Адаптировано из «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007

¹⁶ – Адаптировано из документа «Development of the software packages, EPP v2 and Spectrum, and Measuring and tracking the epidemic in countries where HIV is concentrated among populations at high risk of HIV». Report of a meeting of the UNAIDS Reference Group for Estimates, Modelling and Projections held in Sintra, December 8–10th 2004. UNAIDS.

Медицинская статистика регистрирует только ПИН, хотя данные о заболеваемости ПИН гепатитом и ИППП далеко не полные и не очень достоверные. Не ведется медицинская статистика случаев передозировки, абсцессов и смертей вследствие передозировки. В некоторых городах данные медицинских учреждений и правоохранительных органов не совпадают, потому что из-за действующих требований сравнение списков зарегистрированных лиц запрещено. В разных местах количество ПИН, зарегистрированных в медучреждениях и в милиции, зависит от уровня активности правоохранительной системы и доступа ПИН к медицинским услугам.

Медицинские услуги для ПИН в больших городах намного доступнее, чем в малых: это влияет на полноту медицинской регистрации ПИН и в результате — на уровень надежности статистических данных. И наоборот, регистрация наркопотребителей в правоохранительных органах небольших поселений может быть более полной, чем в больших городах. Это связано с небольшой численностью местного населения и высоким уровнем контактов между милицией и местными жителями. Однако некоторые эксперты считают, что возможна и противоположная ситуация, когда потребителей наркотиков не регистрируют по просьбе родственников. Следует также отметить, что согласно существующему законодательству, деятельность РКС является противозаконной, что также создает дополнительные трудности.

Трудности, связанные с оценкой численности ЛЖВС, в основном сводятся к получению достоверных и надёжных данных (в том числе и региональных) об оценочном количестве ГНВР и распространённости ВИЧ в этих группах. Поскольку для получения оценочной численности ЛЖВС требуется достаточно много вводных данных, большинство из которых доступны лишь на общенациональном уровне, оценку численности ЛЖВС на уровне отдельного региона (области) зачастую провести невозможно.

Что касается национального и регионального среза, то тут также существуют серьёзные проблемы, связанные с обобщением, консолидацией, анализом и стратегическим применением имеющейся информации. Для гармонизации процесса необходимо, чтобы существовало одно учреждение, готовое взять на себя полную ответственность за унификацию определений, оценку численности ПИН, РКС, МСМ и ЛЖВС, анализ тенденций и сравнение региональных особенностей, методологическую поддержку сбора данных. Это учреждение должно обладать всеми полномочиями для выполнения этих задач. Вот почему НПО могут играть главную роль в процессе распространения, согласования и дальнейшего использования оценочных данных на общенациональном и региональном уровне.

Анализ ситуации станет информативным только тогда, когда он планируется и осуществляется с участием представителей сообществ и исследуемых групп. Люди, проводящие исследование, должны деликатно относиться к культурным традициям населения, с которым они работают, не осуждать и с пониманием относиться к культурным нормам и моделям поведения. Привлечение сообществ является очень важным на всех этапах процесса. Поскольку эти группы населения практикуют поведение, вызывающее крайнюю стигматизацию и иногда считающееся противозаконным, необходимо принять меры, чтобы предотвратить любой вред. Например, информация и карты мест, где распространено поведение высокого риска, должны быть конфиденциальными, чтобы не вызвать нежелательных действий со стороны властей. Для обеспечения надлежащих норм ведения исследования, в частности, принципов информированного согласия, добровольного участия, конфиденциальности и анонимности, необходимо провести специальные тренинги и вести наблюдение за работой на местах¹⁷.

¹⁷ – Адаптировано из документа «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007

Практический пример:

Национальная программа «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине», финансируемая Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, и реализуемая Международным Альянсом по ВИЧ/СПИД в Украине, основным реципиентом гранта, имеет следующие цели, задачи и СОУ:

Цель: В Украине снижены уровни распространенности ВИЧ, заболеваемости ВИЧ-инфекцией и смертности вследствие СПИДа.

Задания и СОУ по отдельным компонентам:

- Улучшение и расширение лечения людей, инфицированных ВИЧ:
 - АРВ-терапия и мониторинг;
 - Профилактика вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку;
- Расширение деятельности по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп:
 - Улучшенный доступ к услугам ДКТ для представителей уязвимых групп;
 - Предоставление заместительной терапии;
 - Коммуникация изменений в поведении и распространение презервативов (шприцев);
- Уход и поддержка людей, живущих с или пострадавших от ВИЧ/СПИДа:
 - Развитие приверженности к АРТ среди ЛЖВС;
 - Уход и поддержка для хронически больных ЛЖВС на дому;
 - Поддержка развития движения взаимопомощи среди ЛЖВС;
- Поддержка разработки национальной системы МиО в сфере ВИЧ/СПИДа.

На основе результатов дозорного и рутинного эпиднадзора, эпидемию ВИЧ в Украине можно определить как концентрированную, где распространенность ВИЧ среди беременных женщин меньше 1%, а распространенность среди ПИН колеблется между 5 и 60% в разных регионах. Среди РКС распространенность колеблется от 2 до 30%, причем наибольшее количество случаев инфицирования наблюдается среди РКС, употребляющих наркотики инъекционным путем. Данных по распространенности ВИЧ среди MSM нет, однако международный опыт показывает, что эта группа также подвергается наиболее высокому риску. Можно утверждать, что движущей силой эпидемии ВИЧ в Украине являются ПИН.

Сегодня имеются новые данные об оценочной численности уязвимых групп населения в Украине. Исходя из этого, количество ГНВП таково:

- ПИН — от 325 000 до 425 000
- РКС — от 110 000 до 250 000
- MSM — от 177 000 до 430 000

На основании этих и дополнительных данных, с помощью программных продуктов «Рабочий журнал» («Workbook») и «Спектр» («Spectrum») было рассчитано оценочное количество ЛЖВС, которое составляет **377 000**.

Эти цифры сегодня используются для определения базового уровня и целевых значений для подсчета ключевых национальных показателей на национальном уровне. Также имеются данные и по отдельным областям. См. «Аналитический отчет по результатам исследования «Оценка численности групп высокого риска инфицирования ВИЧ в Украине», МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине» и др., 2006 г.

В течение 2005–2006 г., в рамках проекта «Усиление ответа на эпидемию ВИЧ/СПИДа в Украине путем предоставления услуг и информации» (SUNRISE), финансируемого АМР США, в нескольких городах Украины был проведен анализ ситуации в виде региональной оценки с привлечением к участию представителей уязвимых групп — РОПУ (Participatory Site Assessment (PSA)). **Цель такой региональной оценки — объединить оценку глубинных потребностей и процесс планирования, а также мобилизовать уязвимые сообщества для ответных мер на эпидемию ВИЧ/СПИДа.**

В частности, задачами этой оценки были:

- Определение различных подгрупп ПИН, РКС и МСМ;
- Определение территорий высокой концентрации ПИН, РКС и МСМ;
- Составление карты мобильности ПИН и РКС в каждой местности;
- Определение общих и специфических факторов, которые влияют на передачу ВИЧ/ИППП и уход за больными СПИДом для разных подгрупп в каждой местности;
- Идентификация вмешательств, которые в данный момент реализуются в каждой местности для генерирования идей по расширению охвата;
- Определение пробелов и недостатков вмешательств в каждой местности, генерирование идей относительно их эффективного выполнения;
- Мобилизация представителей ГНВР для распространения технологий по снижению рисков, уходу и поддержке, а также информации о поддержке и услугах;
- Работа с властями, НПО, ГНВР и другими ключевыми участниками на местах для получения обратной связи и проверки данных, полученных в результате региональной оценки.

В ходе проведения региональной оценки с привлечением к участию (РОПУ) было охвачено 13723 человек, которые дали интервью и получили соответствующую информацию.

В процессе РОПУ были получены следующие результаты:

- Были определены разные подгруппы ПИН и РКС. В частности, было установлено, что:
 - ПИН можно разделить на три большие группы, которые отличаются друг от друга по типу потребляемого наркотического вещества, и, соответственно, по виду сопряженного с этим рискованного поведения. Существует «опиумная» группа, «эфедриновая» группа и «полинаркотическая» группа потребителей наркотиков. Например, если представители «опиумной» группы более уязвимы к инфицированию во время инъекций, то потребители эфедрина могут чаще заразиться во время полового контакта.
 - Группа РКС состоит из «трассовой» группы, «уличной» группы, группы «по вызову» и «развлекательной» группы. Как оказалось, женщины, продающие секс-услуги на трассах и на улицах, более склонны к потреблению наркотиков.
 - В некоторых местностях были определены группы МСМ, оказывающих секс-услуги за плату.
- В каждой местности были определены места наибольшей концентрации ПИН, РКС и МСМ. Информация о месторасположении «горячих точек» позволила поставщикам услуг точно определить географические приоритеты и сконцентрировать усилия по профилактике на соответствующих участках.
- В каждой местности были созданы карты мобильности ПИН и РКС. Информация о мобильности этих групп позволила лучше организовывать деятельность географи-

чески и избегать двойного подсчета целевых групп проекта, которые активно мигрируют в границах данной местности.

- В каждой местности были определены упущения вмешательств. Идеи относительно решения этих проблем были использованы для разработки комплексного пакета вмешательств. Такой комплексный пакет был разработан и одобрен группой реализации и командой РОПУ.

- Во время интервью, фокус-групп и мониторинговых визитов были установлены общие и специфические факторы, которые влияют на передачу ВИЧ/ИППП и уход за больными СПИДом для разных подгрупп в каждой местности. Эти факторы включают в себя, но не ограничиваются следующим:

- ПИН женского пола являются более уязвимыми к ВИЧ, чем ПИН-мужчины. Они менее мобильны и более склонны к незащищенному сексу под влиянием наркотика.

- Эти женщины чаще сталкиваются с проявлениями стигмы и менее склонны к раскрытию своего ВИЧ-статуса, хотя именно они чаще узнают о нем первыми.

Эти факторы превращают женщин-партнеров ПИН в труднодоступную группу и значительно осложняют проведение позитивной профилактики.

- Некоторые ГНВР, в частности РКС, рассказывали о сложности диагностики и лечения ИППП. Неправильное лечение или самолечение ИППП часто становится причиной повышения уязвимости к ВИЧ представителей этой целевой группы.

- Из-за изменений наркотической сцены, например, отказа от стационарных «торговых точек» в пользу мобильных, ПИН становятся более склонны к рискованному поведению. Например, они покупают большое количество наркотика в одном, общем шприце и вводят наркотик на месте, часто не имея при себе стерильного инъекционного инструментария, и т.д.

- В разных местах появились «новые», ошибочные мнения о путях передачи ВИЧ, например, если шприц вводился внутримышечно, то он «чистый», в отличие от шприцев, использованных для внутривенных инъекций.

Глава IV

ШАГ ВТОРОЙ:

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ: ВЫБОР ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ БАЗОВОГО УРОВНЯ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ

■ Что означает этот шаг? Для чего он предназначен?

На этом этапе и *финансирующие организации*, и *организации, предоставляющие услуги* преобразуют результаты Шага 1 в особый перечень показателей, которые будут отслеживаться на протяжении всего периода реализации проекта/программы, а иногда – и после его завершения. Каждый показатель должен быть значимым с точки зрения будущего использования полученных результатов в планировании и принятии решений. Таким образом, на этом этапе руководители программ и проектов должны четко определить будущие результаты и применение данных, которые будут собираться для каждого показателя.

Каждый отобранный показатель должен содержать особые понятия и структуры, которые могут включать в себя, но не ограничиваться следующим: описание показателя, детализация, источник данных, средства сбора данных, ответственное лицо, механизмы обеспечения качества, базисные величины и цели (каждый из этих компонентов будет детально описан далее в этой главе). Структура показателя должна быть максимально детализированной и в то же время — прямой и понятной, чтобы избежать ошибочного толкования и соответственно — ухудшения качества данных. Для обеспечения последовательности, *финансирующие агентства* обычно определяют единую систему показателей для всех субреципиентов, выполняющих программу. Далее вашему вниманию предлагается описание одной из возможных систем показателей, а в Приложении 7 содержится пример системы показателей с образцом перечня параметров, который, однако, далеко не является исчерпывающим.

Один из параметров, определенных для каждого показателя, должен оценивать соответствующий базовый уровень, иначе говоря, прогресс, достигнутый в стране или регионе к определенному моменту времени (обычно к началу реализации запланированной деятельности). Вне зависимости от источника финансирования, базовый уровень обычно определяется или оценивается для того, чтобы получить отправную точку для осуществления проекта или программы. В то время как *финансирующие организации* определяют, как правило, национальный базовый уровень, *организации, предоставляющие услуги* прилагают усилия для определения этого значения на уровне своих регионов, отражая в них результаты собственной работы и деятельности других организаций до начала реализации нового проекта.

Базовые уровни и оценочная численность целевых групп (рассмотренные в предыдущей главе) являются базисом для установки целей по избранным показателям. Общие (как правило — национальные) цели, устанавливаемые *финансирующими организациями*, должны соответствовать целям *организаций-партнеров, предоставляющих услуги*. Цели и планируемые затраты на единицу являются базисом для калькуляции бюджета.

■ Как и когда его осуществлять?

Поскольку от целей, поставленных в соответствии с избранными показателями, зависит вся подготовка бюджета, то эту работу следует закончить как можно скорее, до момента формирования бюджета и очевидно — до начала осуществления программы/проекта.

Предлагаемые ниже руководящие принципы помогут выбрать наиболее подходящий набор показателей и соответствующую систему:

- Убедитесь, что показатели связаны с целью и задачами и способны измерять изменение в течение всего срока реализации программы.

- Набор избранных показателей должен репрезентировать процент средств, затраченных на ту или иную деятельность. Простое правило, которое стоит соблюдать: если на профилактику среди уязвимых групп населения затрачивается приблизительно 30% общего бюджета, а 70% — на общую профилактику, то разделение показателей между этими двумя задачами должно быть аналогичным. Однако этот принцип работает не всегда. Например, если 30% от общего бюджета организации расходуется на мероприятия по профилактике среди ПИН, а 70% — на профилактику среди РКС, это не означает, что количество показателей необходимо разделять именно в таком процентном соотношении. Более высокие цели, связанные с охватом РКС по сравнению с ПИН здесь означают, что большая часть усилий проекта, скорее всего, направлена на РКС.

- Примите меры, чтобы максимально использовать стандартные показатели — это позволит проводить сравнения во времени или между группами населения. В приложении **Избранные показатели** вы найдете перечень рекомендованных ключевых показателей результатов и процесса с соответствующими описаниями, рекомендуемыми средствами измерения и указателями регулярности сбора данных. Этот перечень был разработан на основе общепринятых в мире показателей, указанных в «Методологическом руководстве по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия», с некоторыми характерными национальными показателями. Они были добавлены авторами пособия на основании своего опыта в сфере программного МиО. Показатели последствий, влияния и частично — результатов следует брать из списка ключевых показателей ССГАООН для стран с концентрированной эпидемией¹⁸. Что касается Украины, то здесь следует использовать перечень национальных показателей (Приложение 3), поскольку эти показатели были проверены и утверждены, они имеют базисные данные и измеряются согласно единой методологии. **Финансирующие организации должны выбрать показатели, представляющие все уровни МиО, а организации, предоставляющие услуги будут работать в основном с показателями процесса и результатов для мониторинга собственной деятельности.**

- Убедитесь, что показатели связаны с определенными услугами, предоставляемыми программой или проектом. Попытайтесь определить стандартный пакет услуг, предоставляемый каждой целевой группе, для того, чтобы разработать критерии подсчета охвата, то есть какие услуги необходимо предоставить отдельно взятому человеку, чтобы он считался «охваченным». Позже мы остановимся на этом вопросе более подробно.

- Проанализируйте стоимость и выполнимость сбора данных и анализа. Убедитесь, что между периодическими опросами и данными, получаемыми в результате рутинного учета, существует надлежащий баланс. Опросы могут заполнить информационные пробелы в рутинной статистике, особенно это касается показателей последствий и влияния. Однако опросы обычно не обеспечивают сбор результатов так регулярно, как системы рутинного сбора данных, и являются более дорогим инструментом. Более того, результаты опросов обычно «страдают» от смещения выборки, речь о которой пойдет ниже. Таким образом, в этом пособии *организациям, предоставляющим услуги*, рекомендуется не использовать опросы для получения данных на уровне результатов, а совершенствовать собственные процедуры ведения учета.

- Принимайте во внимание стадию развития эпидемии. В условиях концентрированной эпидемии большую часть услуг следует направлять на группы, подвергающиеся наибольшему риску, а показатели, соответственно, должны отражать существующие тенденции.

¹⁸ – UNAIDS (2007). Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. UNAIDS, Geneva. http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070411_ungass_core_indicators_manual_en.pdf

- Установите базисные величины для каждого ключевого показателя. Различия между ключевыми и дополнительными показателями будут рассмотрены ниже.

- **Старайтесь довести количество показателей до необходимого минимума**, отдельно указав уровень системы, которая требует и будет использовать показатели для принятия программных и управленческих решений.

Дополнительные показатели всегда можно определить позже, или же их можно собирать для управленческих целей проекта (без дальнейшей отчетности по ним). Что касается обобщения данных, то здесь рекомендуется использовать небольшой набор стандартных, принятых на национальном уровне показателей, которые можно сравнивать с международными аналогами (перечень рекомендуемых ключевых показателей можно найти в приложении **Избранные показатели**). Те показатели из перечня, которые соответствуют деятельности в рамках запланированной программы или проекта, станут вашими **ключевыми** показателями. Может оказаться, что перечень далеко не полностью соответствует всем вашим потребностям относительно сбора данных. В этом случае рекомендуем использовать некоторые дополнительные показатели из существующих международных руководств по МиО (см. список рекомендуемых источников), или, если они не полностью соответствуют вашим потребностям, можно разработать собственные дополнительные показатели (однако в ограниченном количестве и для использования в управленческих целях). Все остальные показатели (кроме ключевых), которые были включены с целью более качественного отражения потребностей вашей программы, называются **дополнительными** показателями.

Каждый последующий уровень системы сбора данных будет использовать меньшее количество показателей в целях обобщения и анализа. Самое большое количество показателей, которые охватывают все аспекты реализации проекта, будет отслеживаться *организациями, предоставляющими услуги*; в то же время перед *финансирующей организацией* они будут отчитываться только по указанному выше перечню ключевых и дополнительных показателей. Далее *финансирующие организации* будут передавать некоторое ограниченное количество этих показателей в международные донорские организации или в государственные финансирующие агентства и структуры в соответствии с отчетными требованиями последних. В общем, при определении количества отслеживаемых показателей, независимо от уровня сбора данных, необходимо руководствоваться одним простым правилом: **ни один показатель не должен отслеживаться без использования собранных данных**.

Как уже упоминалось выше, для каждого отобранного показателя необходимо определить особую структуру. Для организации такой структуры можно воспользоваться, например, системой, описанной в *Таблице 3*. Структуру обычно изображают в форме таблицы (некоторые колонки которой можно дробить) с возможностью добавления некоторых дополнительных колонок (например, средства сбора данных, инструменты и процедуры контроля качества данных, стратегия распространения информации, и т.д.)

Таблица 3. Рекомендуемая частота и методология сбора данных для показателей разных уровней

Задача / COV	Формулировка показателя	Уровень показателя	Базисная величина	Связан ли напрямую с финансированием проекта?	Частота сбора данных	Источник данных	Метод сбора данных	Дисагрегация	Цели	Использование данных / комментарии
--------------	-------------------------	--------------------	-------------------	---	----------------------	-----------------	--------------------	--------------	------	------------------------------------

Примеры показателей для каждого уровня МиО представлены на *Диаграмме 3 (Глава II)*. Ниже предлагаем подробное описание элементов структуры показателей.

■ **Задача / СОУ, которой соответствует показатель**

См. Шаг первый, описание задач и СОУ.

■ **Формулировка показателя**

Рекомендуется использовать стандартизованную формулировку ключевых и дополнительных показателей, если это возможно, для соблюдения последовательности и возможности сравнения. При определении ваших показателей см. Избранные показатели, представленные в Приложении, а также существующие инструкции МиО.

■ **Уровень показателя (Вклад — Процесс — Результат — Последствие — Влияние)**

Необходимо помнить, что данные по показателям последствий и влияния получают в результате проведения национальных поведенческих и эпидемиологических исследований. Формулировка показателей последствий и влияния взята непосредственно с перечня Украинских национальных показателей по мониторингу и оценке эффективности мероприятий по контролю за эпидемией ВИЧ/СПИДа (Приложение 3), которая в свою очередь основывается на перечне рекомендованных показателей ЮНЭЙДС для стран с концентрированной эпидемией.

В то время как организации могут собирать данные на всех уровнях МиО для внутренних целей, для программной отчетности им не нужно охватывать первичные этапы структуры, то есть показатели вклада (например, количество закупленных одноразовых материалов, количество работников, принятых на работу, и т.д.), но им действительно нужно сосредоточиться на процессе и самое главное — на результатах предоставленных услуг, а также на показателях охвата, которые являются главной темой этого пособия и будут описаны далее.

■ **Базисный уровень (значение, источники и дата базиса)**

Интенсивность прилагаемых усилий для определения базисного уровня может отличаться; она во многом зависит от конкретного показателя и существующей в стране системы МиО. Какая бы статистика ни имелась в распоряжении, или какой бы единый орган ни занимался сбором и анализом информации (например, Национальная группа по МиО), базисный уровень можно определить путем подачи простого запроса на получение данных *финансирующей организацией или организацией, предоставляющей услуги*. Однако для получения базисных данных часто необходимо приложить дополнительные усилия. Это может потребовать, например, проведения отдельного оценочного опроса, экспертного заседания, ведения прямых наблюдений и т.п. Иногда, в условиях ограниченных ресурсов и времени, можно исключить базисные величины и определить временные рамки сбора данных.

Устанавливая цели, необходимо продумать и точно определить будут ли базисные значения включаться в целевые показатели.

■ **Связан ли напрямую достигнутый прогресс по показателю с конкретным источником финансирования проекта или нет**

Чем выше уровень показателя, тем сложнее определить и связать полученные результаты с конкретным источником финансирования. В то время, как показатели уровня вклада и процесса напрямую связаны с конкретным источником финансирования, показатели уровня результатов могут быть непосредственно связаны с определенным финансированием только в том случае, если организация, предоставляющая услуги, имеет только один источник финансирования. Например, если организация имеет несколько источников финансирования, и все средства направлены на предоставление услуг по профилактике среди ПИН, то здесь практически невозможно (да и не нужно) разделять общий охват на основе финансирования. Показатели последствий и влияния вообще не связаны ни с каким источником финансирования, а скорее отражают эф-

фективность всех мероприятий, проведенных на определенной географической территории и показывают природные тенденции развития эпидемии.

■ Частота сбора данных

Как уже было показано в *Таблице 1* (Глава II), рекомендуемая частота сбора данных для показателей вклада/процесса — на регулярной основе; для показателя результатов — ежеквартально, раз в полгода или ежегодно; для показателей последствий — раз в 1–3 года; и для показателей влияния — раз в 2–5 лет.

■ Источники данных и ответственность за сбор данных

Для каждого показателя необходимо указать конкретный источник данных, а также организацию, ответственную за сбор и анализ данных. Источниками могут выступать программные записи организаций, предоставляющих услуги (либо на бумаге, либо введенные в специальную АИС — автоматизированную информационную систему), специальные исследования, государственная статистика, регулярный надзор и так далее.

Организации, предоставляющие услуги, в свою очередь, должны иметь внутренние положения о регистрации, описывающие процедуры и ответственность за потоки данных внутри организации.

■ Метод сбора данных

Эта колонка является логическим продолжением предыдущей, и здесь также существуют определенные стандартные подходы к сбору данных в зависимости от уровня показателя. Показатели вклада и процесса собирают в форме стандартизованных программных записей, где указывается, например, количество проведенных тренингов, распространенных материалов и оказанных услуг. Существует два возможных пути получения данных для показателя результатов (например, показателей охвата): анализ программных записей организаций, предоставляющих услуги, и проведение специальных исследований. Первый метод требует использования специального программного средства (АИС) для ведения регистрации людей, получивших услуги, что позволит провести точный подсчет охвата. Второй метод (проведение исследований) оценивает процент охваченных людей, путем формирования выборки представителей уязвимых групп и проведения среди них соответствующего опроса (получали ли они конкретные услуги или нет). Однако, несмотря на кажущуюся легкость получения данных по охвату с помощью этого метода, на самом деле у него есть несколько серьезных ограничений. Этот метод не позволяет получить абсолютную величину охвата, поскольку он подсчитывает процент; полученные результаты нельзя приписать конкретному проекту (кроме тех случаев, когда этот проект в регионе — единственный); и самое важное: этому методу присущи неизбежные смещения выборки, связанные с работой с изолированными и скрытыми группами. Иными словами, выборка для подобных опросов обычно формируется через ВИЧ-сервисные проекты, что повышает вероятность отбора клиентов проекта (в отличие от тех, кто не является клиентом). Хотя с целью перепроверки вопрос о покрытии услугами рекомендуется включать в исследования знаний и поведения ГНВР, всем *финансирующим организациям и организациям, предоставляющим услуги*, настоятельно рекомендуется использовать программный подход для измерения показателей охвата.

Как упоминалось выше, показатели последствий и влияния измеряются с помощью специальных исследований, дозорного и регулярного эпиднадзора.

Для ознакомления со списком возможных источников данных и методов сбора данных, см. Приложение 1.

■ Возможная дисагрегация показателя

Для некоторых показателей можно и стоит определить категории дисагрегации. К ним обычно относят возраст, пол, группу населения, тип услуг, и т.п.

■ Цели для будущих периодов

Просто отслеживать достигнутые результаты проекта или программы недостаточно; необходимо ставить определенные цели для того, чтобы вести постоянный мониторинг

того, двигается ли программа в правильном направлении и будут ли, в конце-концов, выполнены поставленные задачи. Периоды времени, относительно которых ставятся эти цели, зависят от регулярности сбора данных по тому или иному показателю. То есть вполне возможно, что цели по каждому показателю будут определяться с различной регулярностью. Реальная процедура постановки целей — это, скорее, искусство, чем наука, и поэтому никаких особых правил для этого нет. Однако, поскольку показатели охвата являются нашей главной целью, мы рекомендуем начать именно с них. Например, для мероприятий снижения вреда среди потребителей инъекционных наркотиков, считается, что достижение охвата как минимум 60% этой группы есть необходимым условием для влияния на эпидемию в этой группе (ЮНЭЙДС, ВОЗ)¹⁹. Поэтому рекомендуем устанавливать цели таким образом, чтобы достичь 60-процентного уровня охвата в данной географической области. Цели для всех других показателей можно устанавливать на основании целей охвата, например, если проект планирует охватить определенное количество ПИН, которое будет составлять 60% оценочной численности населения ПИН, то количество распространяемых презервативов и шприцев необходимо планировать соответствующим образом, допуская, что каждый человек получает «X» презервативов/шприцев в неделю/месяц. Очевидно, что при определении целевых показателей охвата чрезвычайно важно знать оценочное количество представителей уязвимых групп на данной территории/местности, где работает организация или *партнер, предоставляющий услуги* (как уже обсуждалось в предыдущей главе).

В то время как *финансирующие агентства* обычно ставят единую цель по охвату (на национальном уровне), *организации, предоставляющие услуги*, должны учитывать и желаемый процент охвата в регионе (который можно достичь путем сотрудничества нескольких организаций, работающих в регионе), и собственный потенциал и возможности охватить целевые группы (что обычно является ограничивающим фактором). Имея данные о результативности проекта в прошлом (количество охваченных людей, различные предоставленные товары и услуги, привлечение новых клиентов и их текучесть), организации, предоставляющие услуги, могут ставить более обоснованные, реалистичные и разумные цели для показателей процесса и результатов. Пример возможного подхода описан в конце этой Главы.

■ Использование данных / другие комментарии

Здесь стоит указывать определенную информацию, которая дополнит все описанные ранее категории. Например, это может быть короткое описание средств и подходов к сбору данных, критерии охвата и другая информация соответствующего содержания.

Показатели охвата

Для ясности необходимо подчеркнуть, что в разных международных литературных источниках используются разные термины для обозначения количество людей, охваченных специфическими пакетами услуг в течение определенного периода времени. Это понятие чаще всего называют *охватом (coverage)* или *покрытием (uptake)* (хотя оба эти термина можно перевести как «охват»)²⁰. Иногда термин «охват» используется для определения географической области, где работают проекты по профилактике, уходу или поддержке, что демонстрирует потенциальную возможность для представителей уязвимых групп стать клиентами проектов и получать услуги, а термин «покрытие» используется для обозначения реального контакта клиента и поставщика услуг. **В этом пособии мы будем использовать термин «охват» для обозначения реального количества охваченных людей.**

¹⁹ — «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007

²⁰ — «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007, Глава 6

Показатели охвата являются предметом особого внимания этого пособия. Мы настоятельно рекомендуем всем правительственным и неправительственным организациям, которые работают в сфере предоставления услуг уязвимым группам населения, собирать данные по охвату групп, с которыми они работают. Охват — это самый важный показатель результатов; получение и детализация данных от всех национальных агентств по охвату групп, подвергающихся наиболее высокому риску, позволит получить на национальном уровне абсолютное число и процент ПИН, РКС и представителей других групп, охваченных услугами. Без этой информации планировать эффективные ответные меры на эпидемию ВИЧ/СПИДа в стране практически невозможно, равно как и определить необходимые ресурсы и оценить эффективность вмешательств.

Говоря об охвате в этом пособии, фактически мы имеем в виду **количество (и процент) охваченных людей**. С одной стороны измерить эти показатели труднее всего; обычно это самый сложный момент, с которым сталкиваются руководители программ в сфере планирования и сбора данных. С другой стороны, это показатели, которые больше всего интересуют финансирующие организации; они же помогают получить общенациональную картину охвата. Показатели № 1.1–1.4, 2.1–2.3 в прилагаемом перечне Избранных показателей — это примеры ключевых показателей охвата.

Определение охвата

Понятие охвата является ключевым в сфере общественного здравоохранения и управления программами. Достижение определенного уровня охвата является промежуточным шагом перед началом изменения поведения и влияния на эпидемию. По сути, охват можно определить как количество людей, которые получают услуги, выраженное как процент от общего количества людей, которые нуждаются в таких услугах. Таким образом, для подсчета охвата необходимо знать количество людей, получающих услуги («числитель»), и количество людей, которые в них нуждаются («знаменатель»). Этот механизм уже рассматривался в предыдущей главе.

Определение числителя

Для того, чтобы определить показатели охвата, в первую очередь необходимо разделить лиц, которые получили услугу (или, иначе говоря, «были охвачены»), от тех, кто таких услуг не получал. Для того, чтобы измерить **количество охваченных людей**, необходима разработка системы идентификации конкретных людей (это необходимо для того, чтобы различать одного человека, получившего услуги два раза, от двух людей, получивших услуги один раз)²¹. Это может стать проблематичным, если услуги предоставляются анонимно, например, через «горячие линии», некоторые услуги по ДКТ; если охват является очень большим, например, во время молодежных акций; и если вопросы конфиденциальности запрещают собирать и хранить личные данные, например, программы, обслуживающие ПИН и секс-работников. Хотя последнюю проблему можно решить путем введения системы идентификационных кодов, и об этом речь пойдет далее, в ситуациях, когда отдельных лиц идентифицировать невозможно, программную деятельность можно измерять по «контактам» или «визитам». Однако, **в таких условиях реальный подсчет охвата невозможен**.

Во-вторых, существует необходимость определить, какие именно услуги должен получить человек, чтобы считаться охваченным (**критерии охвата**). Определения рекомендуемых ключевых показателей (№ 1.1–1.4, 2.1–2.3) в прилагаемом перечне **Избранных показателей** вкратце описывают принятый во всем мире состав «**пакета услуг**»,

²¹ — Что касается небольшого количества клиентов, например, ВИЧ-инфицированных детей, то они все могут быть известны сотрудникам проекта. Однако в большинстве случаев, это требует ведения определенной документации.

который должен предоставляться представителю уязвимой группы социальным работником с тем, чтобы тот считался охваченным. Минимальное пользование услугами, которое вряд ли будет иметь серьезное влияние на человека, не следует считать охватом²².

В-третьих, необходимо определить период времени пользования услугами. Количество охваченных людей можно определять по-разному:

- **Кумулятивное количество клиентов** — Люди, которые получили пакет услуг как минимум один раз за весь период времени с момента начала подсчета (например, с начала работы программы или проекта). Иначе говоря, «кумулятивный» означает включение данных за прошлые периоды. Данные по постоянно оказываемым или однократным услугам подсчитываются по-разному. Например, если в этом квартале ДКТ получило 100 человек, а предыдущий кумулятивный итог составлял 1100 человек, то новый кумулятивный итог будет равен 1200. Однако, в случае АРТ, если в этом квартале 100 человек получили АРТ, а предыдущий кумулятивный итог составлял 90 человек, то новый кумулятивный итог будет равняться 100. Таким образом, проекты по профилактике, уходу и поддержке могут подсчитать кумулятивное количество клиентов просто путем прибавления «новых клиентов», то есть людей, впервые получивших услуги в отчетный период, к кумулятивному количеству людей, охваченных услугами на момент начала этого отчетного периода. Используя кумулятивные цифры, важно указывать, включают ли они базисные данные (базисные величины, которые были достигнуты на момент начала работы проекта или на момент начала подсчета данных по этому показателю). Для получения кумулятивного количества охваченных людей желательно пользоваться специальным программным обеспечением, но это не является обязательным условием. Однако точное ведение учета и система кодировки, позволяющая определять действительно «новых клиентов» являются абсолютно необходимыми условиями;

- **Текущие клиенты** — Люди, которые получали услуги как минимум один раз за определенный период времени (обычно, за квартал, полгода или год). Если таких клиентов много, то для получения данных по этому показателю необходимо пользоваться специальным программным обеспечением регистрации клиентов (АИС) (см. Главу VI).

- **Постоянные клиенты** — Люди, которые получали услуги с предварительно установленной частотой в течение определенного периода времени (например, за квартал или за год). Для получения этих данных необходимо использовать АИС, позволяющую регистрировать клиентов и вести учёт регулярности получения услуг (см. Главу VI).

В принципе, финансирующие организации или проекты, работающие на местах, сами решают, каким образом им подсчитывать «количество охваченных людей». Некоторые могут использовать одновременно несколько методов, чтобы получить различные измерения охвата: например, количество людей, охваченных на протяжении определенного периода времени, не дает информации о том, сколько людей пользуется услугами проекта регулярно и может называться «постоянными клиентами», а сколько приходит всего один раз. Однако, в этом пособии мы рекомендуем программам и проектам подсчитывать количество людей, которые получили услуги **по крайней мере один раз за последние 12 месяцев** (для определения см. № 1.1–1.4, 2.1–2.3 из перечня прилагаемых **Избранных показателей**). Выбор именно такого временного отрезка обусловлен общепринятой международной практикой: и Методологическое пособие, и перечень ключевых показателей ЮНЭЙДС для концентрированных эпидемий рекомендуют использовать именно эти временные рамки для отчетности по ключевым показателям охвата. И снова, в целях внутреннего сбора данных, организации могут использовать несколько альтернативных путей подсчета количества охваченных людей, однако им следует четко определиться с избранным методом определения показателя (или добавить соответствующее пояснение), с тем, чтобы и организации, работающие на местах, и финансирующие организации знали, что именно обозначает каждый конкретный показатель. Процедуры сбора данных по охвату описаны в Главе VI.

²² — Это может быть рассматривание плаката, слушание радиопередачи, получение брошюры

Мы настоятельно рекомендуем согласовать и утвердить единый общенациональный подход к подсчету охвата среди всех ВИЧ-сервисных организаций.

Определение знаменателя

Как уже упоминалось в предыдущей главе, каждая страна должна отдельно оценить численность основных уязвимых групп населения, которые, по данным дозорного эпиднадзора, являются главной движущей силой эпидемии. Получение таких данных позволит подсчитать национальный охват в определенный момент времени; определить цели для достижения определенного уровня охвата в будущем и отслеживать результативность по этим целям. Отдельные методы оценивания численности ключевых групп описаны в *Главе III* этого пособия и в документе *«Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску»*, Апрель 2007 г. (ЮНЭЙДС).

Считается, что все ПИН, РКС, ЛЖВС и другие уязвимые группы нуждаются в услугах по профилактике и/или уходу и поддержке, и поэтому оценочная численность этих групп используется как знаменатель для подсчета охвата.

■ Ожидаемые вызовы и возможные решения

Стоимость, трудности и потенциал, необходимый для сбора информации, обычно повышаются с «переходом» от показателя результата до показателя последствий и затем — до показателя влияния. Очевидно, что данные по показателям вклада и результатов можно собирать централизованно, используя системы обычного управления информацией, если они существуют и функционируют. Разработчики программ должны стратегически использовать внимание общества к программам ВИЧ/СПИДа и запрашивать средства для усовершенствования национальных систем медицинской информации и надзора, которые могут быть использованы для отчетности по этим и по другим программам, связанным с заболеваниями.

Кроме того, если проекты создают собственные компоненты МиО, **одним из первых шагов в этой связи должна стать координация всех шагов с другими проектами, работающими в стране** (например, АМР США, Всемирный банк, Глобальный фонд, крупные НПО, правительственные структуры) для того, чтобы избежать дублирования усилий и использовать единые стандарты данных, программное обеспечение, системы и показатели, если это возможно.

Поскольку планирование обычно осуществляется в очень сжатые сроки, то иногда очень трудно собрать вместе всех участников и определить единые подходы, средства и системы сбора и анализа данных. Однако, старшее руководство *финансирующих агентств* не должно экономить на таком процессе достижения консенсуса — в противном случае это может привести к потере полезности данных для принятия решений и планирования, и весь сложный и кропотливый процесс сбора данных может потерять смысл. После достижения общего согласия всех ключевых национальных участников, *организации, предоставляющие услуги*, должны на своем уровне воспринять это как «зеленый свет» и активно включиться в процесс имплементации единой структуры показателей и разработки плана МиО на уровне своих регионов, воспользовавшись усилиями в сфере реализации мероприятий по МиО всех региональных участников.

Данные по многим показателям последствий и влияния собираются посредством более дорогих и сложных опросов населения или исследований медучреждений, что требует высокой компетентности в методах исследований. Обычно измерение последствий является более сложным из-за чувствительности и специфики каждого показателя. Однако программы могут всегда использовать проводящиеся исследования и базисные опросы, уже имеющиеся в стране.

Определение целей для показателей последствий и влияния — это очень сложное задание, поскольку спрогнозировать влияние запланированных вмешательств на уровень

знаний и поведения крайне сложно, не говоря уже о влиянии на тенденции развития эпидемии. Более того, международные донорские организации обычно требуют определения ежегодных целей отчетности по показателям последствий и влияния в течение всего периода реализации программы, хотя известно, что между осуществлением и реальным влиянием вмешательств по профилактике должно пройти какое-то время

Организации, предоставляющие услуги, обычно сталкиваются с проблемой постановки целей для показателей результатов, если у них нет исторических данных, на которых можно основываться, особенно учитывая все подходы к измерению охвата (кумулятивное количество, текущие, постоянные клиенты). В этом случае можно использовать результаты анализа ситуации, чтобы по крайней мере оценить доступность услуг для уязвимых групп региона, оценить существующий потенциал организации (подготовленный персонал, налаженные партнерства с другими организациями, и т.п.) и попытаться заручиться технической поддержкой со стороны более опытной ВИЧ-сервисной организации.

Финансирующие организации должны способствовать установке целей для показателей результатов, которые не связаны напрямую с конкретным источником финансирования, если в регионе или стране реализуется несколько схожих инициатив.

Очень важно, чтобы на момент выбора показателей и установки целей существовала и работала система сбора и отчетности данных по показателям охвата, особенно если избранные показатели включают в себя информацию о текущих и постоянных клиентах. Более подробно этот вопрос будет рассмотрен в *Главе VI*.

Практический пример

В рамках подписанного гранта Раунда 6 между Глобальным фондом и Украиной, была описана следующая структура показателей (здесь представлены только 4 показателя; весь перечень показателей для Года 1 и 2 Раунда 6 реализации гранта содержится в Приложении 7)

Помните, что в структуре, описанной в Приложении 7, указаны не все, а лишь некоторые параметры:

Задача/СОУ	Формулировка показателя	Уровень показателя	Базисная величина	Связан ли напрямую с финансированием ГФ?	Частота сбора данных	Источник данных	Метод сбора данных	Дисагрегация	Цели (первый год выполнения программы)
Обеспечить достаточный доступ к услугам по профилактике ВИЧ, лечению и уходу для маргинализированных групп населения	Количество ДКТ на ВИЧ с использованием быстрого теста среди уязвимых групп	Процесс	7 861 31 декабря 2006 г., программные отчеты субреципиентов Альянса	Да	Ежеквартально	Программные отчеты субреципиентов Альянса	Регулярный сбор данных	По уязвимых группах (ПИН, РКС, МСМ)	46 040
	ПИН, охваченные программами по профилактике ВИЧ/СПИДа *	Результат	110 407 31 декабря 2006 г., программные отчеты субреципиентов Альянса	Да**	Ежеквартально	Программные отчеты субреципиентов Альянса	Регулярный сбор данных	–	150 000 / 325 000 (46%)
	ПИН: безопасные инъекционные и сексуальные практики	Последствие	20% Доклад ССГАООН, 2004 г.	Нет	Каждые 2 года	Поведенческое исследование	Опрос	Возрастные группы	50 % (Цель для года 3)
	Распространенность ВИЧ среди ПИН	Влияние	35% Доклад ССГАООН, 2004 г.	Нет	Каждые 2 года	Дозорный эпиднадзор	Надзор	Возрастные группы	31% (Цель для года 3)

* Накопительное количество ПИН, получающих услуги проектов по профилактике, будет отчитываться по этому показателю, т.е., лица, которые получили базовый пакет услуг и имеют постоянный доступ к этим услугам в последующие периоды.

** Общий охват ПИН организациями, которые реализуют проекты, поддержанные Глобальным Фондом как единственным донором или же среди других источников финансирования.

Критерием охвата ПИН услугами по профилактике является получение, по крайней мере, минимального пакета услуг, который включает в себя следующее:

- Предоставление шприцев и презервативов;
- Предоставление материалов, направленных на формирование навыков безопасного поведения;
- Консультации социального работника или другого специалиста;
- Направление за получением других услуг, в зависимости от потребностей клиента.

Критерием клиента проекта по профилактике, который считается регулярным, можно определять по-разному. Например:

- Получение услуг как минимум раз в неделю;
- Получение услуг как минимум раз в месяц;
- Получение услуг как минимум 10 раз в квартал, и не реже двух раз в каждый из трех месяцев, и т.д.

Этот критерий необходимо определить на уровне всей программы национального уровня; его должны соблюдать все организации-партнеры, предоставляющие услуги.

По состоянию на 31 декабря 2006 года, услугами по профилактике было **кумулятивно** охвачено **110 407 ПИН** по всей Украине (программные отчеты партнеров-исполнителей Альянса в Украине). Учитывая последние оценки численности ПИН в стране (**325 000 — 425 000 человек**), **кумулятивный охват ПИН в конце 2006 года составлял 26 — 34%**.

В 2006 году было проведено поведенческое исследование для оценки знаний и поведения представителей уязвимых групп. Результаты этого опроса показали, что **61% ПИН были охвачены услугами по профилактике на протяжении последних 12 месяцев**.

Различия между указанными выше цифрами иллюстрируют необходимость регулярного сбора данных по показателям результатов с применением средств и процедур сбора данных в рамках программного мониторинга.

Определение целей для показателей охвата организацией, предоставляющей услуги.

Организация X работала в качестве ВИЧ-сервисной НПО в городе Y на протяжении последних трех лет. Оценочная численность ПИН в городе Y составляет **8 100 — 9 300 человек**.

По состоянию на конец 2006 года эта организация совокупно охватила **3 837 ПИН** (41 — 47%), в то время, как ее охват в последние 12 месяцев был равен **2 612 ПИН (28 — 32%)**.

Анализ данных за прошедшие периоды показывает, что НПО привлекала по **240** новых клиентов ежеквартально (в среднем), в то время, как средняя годовая текучесть клиентов составила около **600** человек.

В своем проектном предложении на следующий год эта НПО ставит перед собой цели по накопительному и годовому охвату. НПО планирует увеличить количество своих новых клиентов до **280** человек в квартал, сохраняя на прежнем уровне оценочную текучесть. Таким образом:

- Запланированное количество новых клиентов, охваченных в течение следующих 12 месяцев, составит **$280 \times 4 = 1\ 120$** ;

- С **2 612** текущих клиентов приблизительно **600** человек перестанут пользоваться услугами, поэтому количество текущих клиентов, которые будут продолжать получать услуги в следующем году, будет равно **$2\ 612 - 600 = 2\ 012$** (округлим к **2 000**);

- Планируемый охват в следующие 12 месяцев — это количество клиентов, «оставшихся с прошлого года» плюс новые привлеченные клиенты, и в нашем случае это составит **$2\ 000 + 1\ 120 = 3\ 120$** , или **34 — 39% в процентном отношении**;

- Планируемый совокупный охват к концу следующего года — это предыдущий совокупный охват плюс новые клиенты, что в нашем случае составит **$3\ 837 + 1\ 120 = 4\ 957$** (округлим до **5 000**), или **54 — 62 % в процентном отношении**.

Однако услуги по профилактике для ПИН в городе предоставляют еще две организации. Одна из них — это НПО, а вторая — центр государственной социальной службы для детей, семьи и молодежи.

На этом этапе невозможно дать ответ на вопрос о реальном охвате ПИН в этом городе, достигаемом общими усилиями трех организаций; возможные пути для проведения такого подсчета описаны далее в *Главе VI*.

Глава V

ШАГ ТРЕТИЙ:

ВЫБОР ОРГАНИЗАЦИЙ–ПАРТНЕРОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ УСЛУГИ, ПРОВЕДЕНИЕ ОЦЕНКИ ПОТЕНЦИАЛА, РАЗРАБОТКА ФОРМАТОВ ОТЧЕТНОСТИ

■ Что означает этот шаг? Для чего он предназначен?

После определения целей, задач и проработки структуры показателей, финансирующим организациям необходимо начинать осуществление программы. Поскольку в большинстве случаев эти организации сами не будут предоставлять услуги, а, скорее, будут отбирать и финансировать партнёрские организации, предоставляющие услуги, этот шаг рассматривает основные вопросы этого процесса. Таким образом, эта глава не предназначена для организаций местного уровня, которые непосредственно оказывают услуги и не финансируют деятельность других организаций. **Эта глава предназначена для тех финансирующих организаций, которые отбирают партнёрские организации, предоставляющие услуги (ПУ) для выполнения определённой деятельности.**

Выбор партнёров, предоставляющих услуги — это важный и сложный процесс, который предусматривает выполнение целого ряда программных и финансовых процедур. Не останавливаясь подробно на всех аспектах конкурсного отбора партнёров и разработки соответствующих стратегий и процедур, мы бы хотели сосредоточиться на роли **оценки потенциала** в процессе выбора ПУ — программного, финансового, а также в сфере МиО.

Очевидно, что выбор и финансирование организаций–партнёров, предоставляющих услуги, требует разработки финансового и **программного отчётного формата**, а также требований в рамках общей грантовой процедуры и подготовки соответствующей документации. Финансовая отчётность не является предметом рассмотрения этого пособия, поэтому здесь мы рассмотрим только вопрос разработки формата **программной отчётности**.

■ Как и когда его осуществлять?

Выбор партнёров, предоставляющих услуги, начинается сразу же после окончания этапа планирования — когда все юридические вопросы улажены, финансирование гарантировано, и это означает, что программа готова к реализации. Отбор ПУ обычно осуществляется на конкурсной основе, с открытым приглашением к участию и независимой конкурсной комиссией, которая определяет победителей.

Оценку потенциала ПУ можно проводить до принятия решения о финансировании организации. В этом случае положительный результат оценки может стать предпосылкой для финансирования ПУ. Этот вопрос необходимо предусмотреть в грантовых процедурах, указав, является ли формальная оценка необходимым условием во всех случаях до начала финансирования, или же могут быть некоторые исключения, например, опыт предыдущего финансирования, рекомендации тендерного комитета и т.п. При необходимости, можно также отдельно провести промежуточную оценку потенциала, уже на этапе реализации проекта. На этой стадии необходимо подготовить и утвердить процедуры и формат документации для официальной оценки потенциала. Ниже предлагается возможная форма для оценки потенциала в сфере МиО.

Оценка потенциала обычно проводится во время посещения организации, предоставляющей услуги соответствующими работниками или консультантами финансирующей организации; по результатам оценки заполняется формальная форма обратной связи. Формат бланка для оценки потенциала в ходе визита должен быть отдельным, специально утверждённым документом, который обычно рассматривает финансовые и программные вопросы, а также содержит перечень вопросов для оценки потенциала в сфере МиО, например, перечисленных в Таблице 4.

Таблица 4. **Форма оценки потенциала ПУ в сфере мониторинга и оценки**

№	Категория	Контрольные документы	Вес категории [1–5]	Балл [1–6]	Всего (вес * балл)
1	Наличие отдельного работника с адекватным опытом, ответственного за мониторинг и оценку проекта	Должностные инструкции, резюме специалистов по МиО, проектные предложения	5		
2	Опыт предоставления регулярной отчётности по результатам и достижениям проекта	Любые донорские отчёты	3		
3	Предыдущий опыт в сфере мониторинга и оценки:	3.1 – 3.2	3		
3.1	Предыдущий опыт ведения рутинного мониторинга деятельности проекта	План МиО, внутренние положения по МиО			
3.2	Использование стандартных показателей в проведении рутинного мониторинга деятельности проекта	Список показателей			
4	Используемые средства мониторинга:	4.1 – 4.4	3		
4.1	Периодические отчёты о деятельности и мероприятиях проекта	Последние отчёты			
4.2	Системы управления информацией (базы данных)	Демонстрация баз данных			
4.3	Периодические публикации, бюллетени, электронные списки	Демонстрация материалов			
4.4	Действующие формы мониторинга и утвержденные документы	Демонстрация форм			
Всего:					
Интерпретация общего балла:					
70 – 84		Превышает ожидания			
56 – 69		Полностью удовлетворяет требования			
42 – 55		Минимальные риски			
28 – 41		Управляемые риски			
14 – 27		Высокие риски, потенциал существует			
0 – 13		Высокие риски, без перспектив			

Если оценка потенциала в сфере МиО указывает на то, что конкретная организация не соответствует требованиям по мониторингу и отчётности, может быть принято решение либо помочь организации в развитии её потенциала в сфере МиО, либо вообще не финансировать эту организацию (однако, это решение должно обязательно основываться на общих результатах оценки программного, финансового и мониторингового потенциала).

Отчётность — это один из важнейших этапов программного МиО. Отчётность обычно регулируется политикой и процедурами организации или соответствует требованиям финансирующей организации.

Поскольку *формат отчётности* и требования к составлению отчёта являются компонентами формального грантового договора, необходимо разработать эти положения до момента подписания договора. Формат отчётности должен быть формально и логично связан с разработанной ранее структурой показателей (см. предыдущую Главу). Формы отчётности обычно содержат несколько разделов, которые позволяют организации, готовящей отчёт, предоставлять детальную информацию о своей работе. Обычно форма состоит из следующих разделов: количественный раздел с перечнем показателей, поставленными целями и ячейками, куда вносятся реальные результаты/цифры относительно целей (эту часть можно взять из структуры показателей), а также описательная часть, где организация устно описывает все результаты, достигнутые в течение отчётного периода, свои успехи и неудачи. Для ознакомления с примером отчётной формы, см. Приложение 4.

При разработке формата отчётной формы, которая будет использоваться партнёрами, предоставляющими услуги, очень важно учитывать два фактора:

- Требования донорских организаций/структур, перед которыми в свою очередь должны отчитываться финансирующие организации. Если данные, полученные от ПУ, усложняют отчётность перед донорской организацией и в каждом отчётном периоде возникает необходимость в дополнительной информации, то, скорее всего, формат отчётности (или перечень показателей, по которым отчитываются ПУ) были разработаны неправильно.

- Данные, необходимые организации для внутреннего использования с целью предоставления необходимой информации для принятия управленческих решений.

Формат отчётности рекомендуется разрабатывать так, чтобы:

- Он был *унифицирован* для всех ПУ, независимо от сферы их деятельности (с различными перечнями показателей). ПУ, реализующие схожие активности, должны подавать отчёты *по одному и тому же перечню показателей*;

- Все показатели были четко сформулированы и содержали *унифицированные* инструкции о том, как собирать и подавать данные по каждому показателю (включая возможную дисагрегацию);

- Было четко указано, можно ли суммировать значения показателей за различные периоды времени или нет. Иначе говоря, будет ли сумма двух цифр, отсчитанных по показателю за два смежных периода (например, за два квартала), равна соответствующей цифре за весь период (например, за полгода)? Для таких показателей, как, например, «Количество распространённых презервативов» цифры за квартал 1 и квартал 2 можно просто прибавить, и в результате получить количество распространённых за полгода презервативов. Но что касается таких показателей, как «Количество людей, охваченных за квартал», простое суммирование количества людей, охваченных в 1 и 2 кварталах, не даст нам показатель количества людей, охваченных за полгода, поскольку в обоих кварталах будет наверняка охвачено некоторое количество одних и тех же людей;

- Он включал в себя отдельный раздел отчётности по реализации рабочего плана, где должны быть указаны основные запланированные в отчётном периоде мероприятия и статус их выполнения;

- Включить отдельный раздел для комментариев в свободной, описательной форме;
- Были очень четко и конкретно определены графики и сроки подачи отчетов и процедур проверки;
- К обязательному списку дополнительной документации по каждому направлению деятельности, который подается вместе с отчетом, должны прилагаться соответствующие рекомендации.

В идеальном варианте, процесс подготовки отчетности должен быть компьютеризированным, то есть, представлять собой специальную компьютерную программу, предназначенную для сбора, хранения и анализа данных. Попытки внедрения такого формата отчетности описываются в разделе «Практический пример» в конце этой Главы.

■ Ожидаемые вызовы и возможные решения

Процесс **выбора ПУ** — это, скорее, управленческий и процедурный вопрос, а не вопрос МиО. Однако следует отметить, что успешный отбор ПУ зависит от тщательного соблюдения всех правил и процедур, которые регулируют этот процесс, а также от уровня квалификации членов конкурсной комиссии, которые должны анализировать и отбирать наилучшие и самые разумные предложения. Весь процесс должен быть тщательно спланированным и предусматривать достаточный запас времени для выполнения всех этапов и соблюдения всех процедур.

Обычно процесс отбора ПУ и **оценки потенциала** ограничен во времени. Более того, поскольку оценка потенциала требует осуществления поездок на места, что само по себе — трудоемкая и отнимающая много времени задача, необходимо надлежащим образом планировать объемы работы сотрудников. В большинстве случаев проводить оценку потенциала всех без исключения ПУ бесполезно и не нужно. Необходимо разработать и соблюдать процедуры, определяющие, в каких именно организациях, ставших победителями конкурса по решению конкурсной комиссии, необходимо проводить такую оценку. Например, это могут быть организации, которые ранее не получали финансирования, или организации, которые становятся субъектом оценки потенциала по рекомендации членов конкурсной комиссии и т.д. И, конечно же, процедура оценки потенциала должна быть формально и тщательно документирована в соответствии с единым форматом.

Для того чтобы собрать большое количество разнообразных данных и контекстной информации о ПУ, финансирующие организации иногда разрабатывают очень сложные и объемные форматы отчетности, подготовка которых требует многих усилий и времени. В результате детализированные данные оказываются некачественными и поэтому практически бесполезными.

Мы настоятельно рекомендуем разрабатывать максимально простые и понятные **форматы отчетности**, которые в то же время должны удовлетворять потребности в информации лиц, принимающих решения, а также соответствовать требованиям донорских организаций к отчетности. Во избежание субъективности данных, необходимо разработать подробные инструкции по вопросам подготовки и подачи отчетов.

Практический пример

В 2005 году Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине начал внедрение специального программного обеспечения для отчётности и планирования — так называемую систему «Monitoring Reporting System (MRS)» («Система отчётности по мониторингу»), разработанную специалистами Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Брайтоне, Великобритания.

База данных MRS — это компьютерная программа, позволяющая вводить, хранить и анализировать данные о запланированных и реализуемых проектах, финансируемых Альянсом. Данные могут поступать от организаций, предоставляющих услуги, в электронном или бумажном формате. После введения информации в базу данных, её можно использовать для анализа на разных уровнях.

База данных содержит подробную информацию обо всех партнёрах-исполнителях, финансируемых Альянсом. Данные о запланированной и текущей деятельности определяются для каждой конкретной организации и конкретного периода планирования и предоставления отчётности.

С помощью базы данных можно создавать формы планирования с тем, чтобы вручную фиксировать данные из рабочих планов всех организаций, финансируемых Альянсом, включая информацию о типах вмешательств, запланированных мероприятиях, а также о целях по ключевым показателям и показателям, определяемым пользователем. Предусмотрена возможность создания отчётных форм для ручного или электронного фиксирования данных о ходе работ по выполнению определённых типов запланированных вмешательств, по достижению целей по набору показателей или по запланированным мероприятиям с комментариями о достижениях и проблемах.

Отчёты, генерируемые системой, могут анализировать данные с использованием одной или нескольких переменных величин, например, организация, период времени, тип вмешательства и т.п.

«MRS» даёт возможность генерировать листы Excel единого формата для фиксирования данных в электронном виде и их автоматической загрузки в базу данных. Каждая организация, предоставляющая услуги, ежеквартально получает формы отчётности, которые должны быть заполненные в соответствии со специальным форматом. Форма отчётности содержит несколько разделов, где ПУ могут ввести подробную информацию о своей деятельности, в частности, перечень количественных показателей со списком установленных целей (если это возможно), и реальных результатов; список проведённых мероприятий, а также описательную часть. Для ознакомления с примером формата отчётности MRS, см. Приложение 4.

Глава VI

ШАГ ЧЕТВЕРТЫЙ:

ПРОГРАММНЫЙ МОНИТОРИНГ: КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ. ВЕДЕНИЕ ПРОГРАММНОГО УЧЕТА

■ Что означает этот шаг? Для чего он предназначен?

После завершения всех подготовительных этапов, организации подходят к стадии фактической реализации программы или проекта. Если все предыдущие шаги были выполнены с максимальной точностью, то на данном этапе и *финансирующие организации, и организации, предоставляющие услуги*, должны иметь все возможности и предпосылки для разработки эффективной системы ведения учёта. Каждая программа или проект, вне зависимости от своих масштабов, должна иметь простую стратегию мониторинга и оценки, внедрённую на этапе разработки. В этой главе мы рассмотрим основные шаги и процедуры, осуществляемые *организациями, предоставляющими услуги* для организации рутинного (ежедневного) сбора информации по ключевым аспектам реализации программы/проекта, чтобы лучше понимать ход и успехи проектной деятельности. Именно этот шаг позволяет предоставлять информацию о прогрессе проекта донорам, исполнителям и бенефициариям с целью планирования и получения обратной связи. Именно на этом этапе *организации, предоставляющие услуги*, собирают данные по предварительно выбранным показателям **процесса и результатов**. С точки зрения менеджеров программ, программный мониторинг зачастую считается самым важным видом деятельности в сфере мониторинга и оценки, поскольку он помогает идентифицировать успешные аспекты работы, которые можно сохранить или расширить; недостатки, которые можно исправить, а также средства исправления этих недостатков. Эту информацию необходимо периодически сообщать персоналу для того, чтобы все работники знали об успехах, недостатках или изменениях в направлениях работы. Программный мониторинг также предоставляет возможность представителям целевых групп, подвергающихся наиболее высокому риску, сделать свой вклад в развитие программы, а также укрепить связи и сотрудничество между членами сообществ и участниками проекта.

Программный мониторинг состоит из двух компонентов: **качественного и количественного**.

Качество реализуемой деятельности и предоставляемых услуг является ключевым условием для достижения желаемых результатов. Если реализуемые вмешательства некачественны, то результаты деятельности не будут оптимальными, даже если вмешательство обеспечило высокий охват. Таким образом, для обеспечения эффективного прогресса, чрезвычайно важно отслеживать качество мероприятий и услуг. В любой план МиО должна быть встроена система обеспечения качества для поддержки показателей результатов. Хотя многие показатели, рассматриваемые в этом пособии, в конечном счете, должны просто подсчитать количество учреждений, предоставляющих услуги, или количество охваченных людей, качественный компонент этих показателей необходимо постоянно отслеживать и тщательно документировать со ссылками на национальные и международные стандарты предоставления услуг.

Отслеживание количества охваченных клиентов и других количественных показателей (*количественный мониторинг*) является базовым компонентом мониторинга программ на уровне проекта. Работники проекта могут также использовать эти данные для подсчёта индивидуального охвата с тем, чтобы выяснить, охватывают ли вмешательства достаточный процент целевого населения, необходимы ли изменения в стратегиях, нужны ли дополнительные ресурсы?

На этом этапе важнейшим заданием *финансирующего учреждения* является разработка унифицированной системы и инструментов ведения учёта (в том числе — программного обеспечения), а задача *организаций, предоставляющих услуги*, заключается в том, чтобы тщательно и аккуратно соблюдать все процедуры и соответствующим образом организовать внутренний процесс сбора данных. На этапе реализации ещё одной задачей *финансирующих учреждений* являются регулярные мониторинговые визиты к *партнёрам, предоставляющим услуги*, в первую очередь с целью проверки соблюдения стандартов качества и эффективности работы системы учёта и отчётности.

Разрабатывая и внедряя систему, представители *финансирующего учреждения* должны проводить постоянные консультации с *организациями, предоставляющими услуги* (будущими пользователями этой системы), для того, чтобы учесть их замечания и опыт.

Кроме уже упомянутых результатов, данные программного мониторинга — это базис для любой оценки программы или проекта. Если не учитывать данных охвата, то результаты оценки последствий и влияния могут ввести в заблуждение. Принимая во внимание данные этого уровня, можно узнать, например, почему та или иная ситуация не имела должного влияния: потому, что вмешательство оказалось неэффективным или потому, что не было охвачено достаточное количество целевого населения.

Следующие подразделы делятся на две части: **Часть А: Программный мониторинг: количественные показатели**, и **Часть Б: Программный мониторинг: качественные показатели**.

Часть А: Программный мониторинг: количественные показатели

■ Как и когда его осуществлять?

Мониторинг программы необходимо начинать сразу же после её начала, причем данные необходимо регулярно собирать и использовать для мониторинга услуг в течение всего периода реализации программы/проекта. Такие рутинные данные, как показатели результатов по ключевым услугам, должны регулярно анализироваться, что позволит получать информацию о прогрессе в достижении целей, а также информировать сотрудников программы и других ключевых участников.

Как уже обсуждалось в *Главе IV*, одним из ограничений использования поведенческих исследований как единственного источника данных об охвате, является то, что данные охвата, полученные таким методом, не дают информации об охвате каждого отдельного проекта. Поэтому в этой главе мы опишем процедуры программного мониторинга (обращая особое внимание на получение данных по охвату) с использованием программных записей и оценочной численности целевых групп населения.

Данные о числе охваченных клиентов необходимо собирать в рамках **системы рутинного мониторинга** на уровне проекта; сбор данных следует инициировать одновременно с началом реализации проекта и анализировать на регулярной основе. Программный мониторинг, как постоянно ведущаяся деятельность, должен быть интегрирован в рутинные функции управления программой, и осуществляться работниками на повседневной основе. Агрегация проектных данных для общего мониторинга программы может осуществляться раз в квартал, раз в полгода или раз в год. Для определения охвата программы в целом, необходимо объединить агрегированные данные по охвату и данные оценки численности целевых групп (см. *Главы III и IV*).

Данные по показателям уровня процесса можно собирать и детализировать вручную или с использованием простых электронных средств (например, таблиц Excel), хотя применение специальной **автоматизированной информационной системы** управления информацией (АИС) намного упростит этот процесс. Разработка и внедрение АИС для программного мониторинга позволит получить все измерения охвата (описанные в *Главе IV*), и, как минимум, зафиксировать каждого охваченного клиента, получить базовую информацию о деятельности проекта и предоставленных услугах.

Поскольку вести учёт количества клиентов обычно сложнее, чем фиксировать визиты или контакты с клиентами, необходимо внедрить систему, которая позволит отслеживать отдельных клиентов.

По существу, система **рутинного сбора данных** состоит из:

- Регистрационных форм и инструментов (бумажных и электронных);
- Положений и процедур их использования и потоков данных;
- Регулярной агрегации и анализа данных.

Хотя организации обычно сами решают, как адаптировать регистрационные формы и инструменты для своих нужд, мы настоятельно рекомендуем использовать такую **«бумажную» документацию**:

- Журнал регистрации, который содержит список всех клиентов проекта и некоторую их личную информацию; новых людей вписывают в журнал после того, как они становятся клиентами проекта. Уровень детализации по каждому новому клиенту определяют работники проекта на основе требований и возможности получения данных (см. пример такого журнала регистрации в Приложении 5);
- Ежедневные ведомости учёта, которые содержат списки всех клиентов, воспользовавшихся услугами проекта в определённый день, с указанием выданных материалов или указанных услуг (см. пример такой ведомости в Приложении 5). Такие ведомости должны заполнять работники проекта прямо на пунктах оказания услуг, непосредственно во время контакта с клиентом. В конце дня или раз в неделю данные из ежедневных ведомостей вводятся в АИС (если организация пользуется такой системой);
- Также рекомендуется выдавать всем клиентам проекта «карточку клиента», в которой указано, что этот человек является клиентом того или иного проекта. Кроме того, она может содержать личный код клиента. С целью обеспечения конфиденциальности, Ф.И.О. клиента на такой карточке указывать не рекомендуется.

Разработка и внедрение **системы кодировки** является важным аспектом обеспечения эффективности системы программного мониторинга, поскольку это даёт **возможность отслеживать самого клиента, а не визиты или контакты с ним**. Поскольку представители групп риска часто живут в социальной изоляции и сталкиваются с проявлениями стигмы и дискриминации, очень важно, чтобы система удовлетворяла требования максимальной конфиденциальности. В противном случае, это может крайне негативно отразиться на качестве и масштабах предоставляемых услуг.

Каждая организация может иметь свою систему кодировки, которая зависит от устоявшихся практик в организации и от других факторов, или же может существовать единая система кодировки по всей стране. В любом случае, система кодировки должна основываться на следующих принципах:

- Один человек может получить только один код, вне зависимости от количества пунктов оказания услуг, которыми он или она пользуется;
- Код должен соответствовать принципам сохранения конфиденциальности;

Желательно, чтобы код клиента основывался на его личных данных. Это позволит легко восстановить код в случае утери клиентом его карточки. Например, код **ИПС120178** основан на следующих данных: Иванов Петр Сергеевич, родился 12 января, 1978 года. Ещё одним способом организации системы может стать использование идентификационного кода (обычно это простой порядковый регистрационный номер, где буква указывает на пункт оказания услуг, который «выдал» карточку, например, **00178-K**). Внедрение такой системы позволит клиентам пользоваться услугами, не разглашая личную информацию. Однако это повышает вероятность двойного подсчёта — речь об этом пойдет ниже.

В случае использования первого варианта организации системы кодировки, организация может отказаться от карточек, поскольку каждый клиент будет помнить собственный код. Социальному работнику достаточно спросить, впервые ли пользуется клиент соответствующими услугами или повторно. Однако карточки клиента зачастую несут более глубокий смысл, и, кроме простой регистрации, могут выполнять и другие функции. Поэтому мы рекомендуем вводить карточную систему.

Если есть возможность внедрить единую систему кодировки в отдельной географической области, а ещё лучше — по всей стране, то при агрегации общенациональных данных по количеству охваченных людей можно будет снизить вероятность двойного учёта. Об этом пойдёт речь в следующем разделе.

С некоторыми вариациями, процедуру сбора и анализа данных в организации можно вкратце описать следующим образом:

- **На пункте оказания услуг** (стационарный или «аутрич»): социальные работники организации, предоставляющей услуги, регистрируют всю необходимую информацию о клиенте во время первого контакта, а также все расходные материалы и услуги, предоставленные клиенту (по его коду), во время каждого контакта. Регистрация в этом пункте должна быть организована с учётом предварительно определённых критериев охвата (см. *Главу IV*);

- **На уровне проекта:** данные, собранные социальными работниками, регулярно детализируются и вводятся в базу данных АИС (если организация использует таковую). Первичная «бумажная» документация должна храниться в офисе проекта. Настоятельно рекомендуется назначить отдельного сотрудника, который будет полностью отвечать за внутренний мониторинг проекта. В его/её обязанности будет входить сбор данных и регулярная подготовка их анализа для руководителей проекта.

При подготовке ТЗ для разработки АИС проектного мониторинга, необходимо учитывать несколько важных моментов относительно требований к функциональности, упомянутых в этой и предыдущей главах. К числу таких требований относят, например, особую структуру каждого отслеживаемого показателя (в том числе, дисагрегацию), функционирование системы кодировки, отчётность и т.д.

Перед началом разработки АИС необходимо продумать следующие вопросы и включить их в план разработки и реализации:

- АИС должна быть максимально простой и в то же время отвечать требованиям сбора данных (каждый её компонент должен иметь чёткие результаты и не создавать «бремени» дополнительного сбора данных);

- Уровень детализации собираемых и анализируемых данных должен определяться размерами программы/проекта и отражать национальный/региональный контекст;

- Необходимо разработать список ограничений использования АИС и чётко указать на них конечным пользователям;

- АИС должна покрывать максимальные потребности в сборе данных для того, чтобы избежать дублирования усилий и инструментов сбора данных;

- Перед широкомасштабным внедрением, АИС должна пройти «пилотное» испытание;

- Отдельный раздел плана реализации должен быть посвящён развитию потенциала конечных пользователей, в том числе — проведению тренингов, технической поддержке и т.д.

- АИС должна сопровождаться Руководством пользователя.

В 2005 году Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине начал внедрение специальной АИС управления информацией — программного обеспечения для ведения внутреннего программного мониторинга проектов по профилактике ВИЧ — системы «SysEx». Далее предлагаем краткое описание её функций.

«SyrEx» — автоматизированная информационная система управления информацией для регистрации и учёта клиентов проектов по профилактике.

АИС «SyrEx» была разработана специалистами Международного Альянса по ВИЧ/СПИД в Украине при финансовой поддержке Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией в рамках национальной программы «Преодоление эпидемии ВИЧ/СПИДа в Украине».

«SyrEx» — это удобный и простой в использовании инструмент для отслеживания количества клиентов, охваченных целевыми услугами по профилактике, а также для отслеживания регулярности оказания услуг. АИС «SyrEx» была разработана в первую очередь для проектов снижения вреда для лиц, работающих с ПИН и РКС. Однако, её можно эффективно использовать и в проектах, которые работают с МСМ и предоставляют услуги по профилактике в учреждениях пенитенциарной системы.

Как уже упоминалось, ключевым требованием для использования «SyrEx» является эффективная система кодировки клиентов. Поскольку вопрос конфиденциальности является для групп риска очень важным и актуальным, их нельзя регистрировать по именам, фамилиям или паспортным данным. Эффективным решением этой проблемы является кодировка клиентов, когда каждый человек получает карточку с кодом, которая затем используется как идентификационный документ. Кроме этого, ещё одним важным элементом эффективной системы регистрации является точное и своевременное заполнение ежедневных регистрационных форм непосредственно на пунктах оказания услуг.

Функции системы «SyrEx»:

- Регистрация клиентов:
 - После того, как человек становится клиентом проекта, в список клиентов добавляется новая запись, которая содержит информацию о человеке (код, дату рождения, принадлежность к целевой группе, пол, социальный статус, практики инъекционного потребления и сексуальное поведение и т.д.). Кроме того, во время первого контакта с клиентом спрашивают, регистрировался ли он ранее в других организациях и получал ли там услуги. В случае положительного ответа в записи ставится специальная отметка, что позволит избежать двойного учёта при агрегации данных, а клиента при этом регистрируют со «старым» кодом.
- Ввод данных, специфических для организации:
 - Каждый пользователь системы (организация) имеет собственный список материалов и услуг, предоставляемых клиентам. «SyrEx» позволяет создать такой перечень, который можно использовать для отслеживания распространения материалов и предоставления услуг клиентам (например, сколько единиц товара «X» было выдано клиенту «Y», и когда это произошло). Эта функция представляет собой электронную версию ежедневной ведомости предоставления услуг;
 - Создается уникальный список социальных работников и пунктов оказания услуг, который позволяет отслеживать деятельность каждого пункта и работника, предоставляющего услуги;
 - База данных также дает возможность добавлять список типичных тренинговых модулей, проводимых организацией, что в свою очередь позволяет отслеживать проведение тренингов.
- Ежедневный учёт:
 - Социальные работники заполняют ежедневные учётные ведомости на пунктах оказания услуг. Как правило, эти ведомости содержат информацию о количестве выданных материалов и оказанных услугах для каждого клиента (т.е. кода), который посещает пункт в течение дня;
 - Такие ежедневные ведомости регулярно копируются в «SyrEx» (переносятся с бумаги в электронную форму).

- Составление отчётов (см. Ниже);
- Перенос данных в программу «MS Excel» для проведения дальнейшего анализа;
- Резервное копирование и восстановление базы данных (необходимая функция, поскольку иногда компьютеры работают нестабильно, и это может привести к потере данных);
- Передача данных и консолидированный анализ:
 - «SysEx» позволяет передавать данные на «центральный» (более высокий) уровень;
 - На «центральном» (более высоком) уровне все файлы данных могут быть сведены и проанализированы для получения общей картины деятельности нескольких (всех) организаций «регионального» (более низкого) уровня.

Составление отчётов:

«SysEx» позволяет проводить различный анализ данных на нескольких уровнях, например:

- Получить кумулятивное количество клиентов, охваченных с начала определённого периода времени (например, с начала проекта), с предоставлением базовой информации о каждом клиенте (количество визитов, возраст, пол, целевая группа и т.д.);
- Получить перечень (количество) людей, охваченных в течение последних 12 месяцев (соответствует ключевым показателям #1.1 — 1.4, 2.1, 2.2 из прилагаемого перечня **Избранных показателей**);
- Получить перечень (количество) людей, охваченных за любой период времени, определяемый пользователем (день / неделя / месяц / квартал / ...);
- Получить перечень (количество) постоянных клиентов программы (в соответствии с предварительно установленным критерием);
- Получить общую информацию о количестве распространённых материалов и предоставленных консультаций за любой период времени, определяемый пользователем;
- Получить перечень клиентов, которые получили определённый материал или услугу, или пакет услуг за любой период времени, определяемый пользователем;
- Проанализировать данные о периодичности визитов в течение определённого времени;
- Получить все указанные выше данные либо по всей организации, либо по пунктам оказания услуг, либо по социальным работникам, определяемым пользователем (один или несколько);
- Получить информацию о количестве проведенных тренингов и количестве обученных людей, с разбивкой по учебным модулям и целевым группам;
- Создавать дополнительные отчёты, задаваемые пользователем.

Рисунок 1. Главная страница АИС «SugEx»



Рисунок 2. Профиль клиента — базовая информация

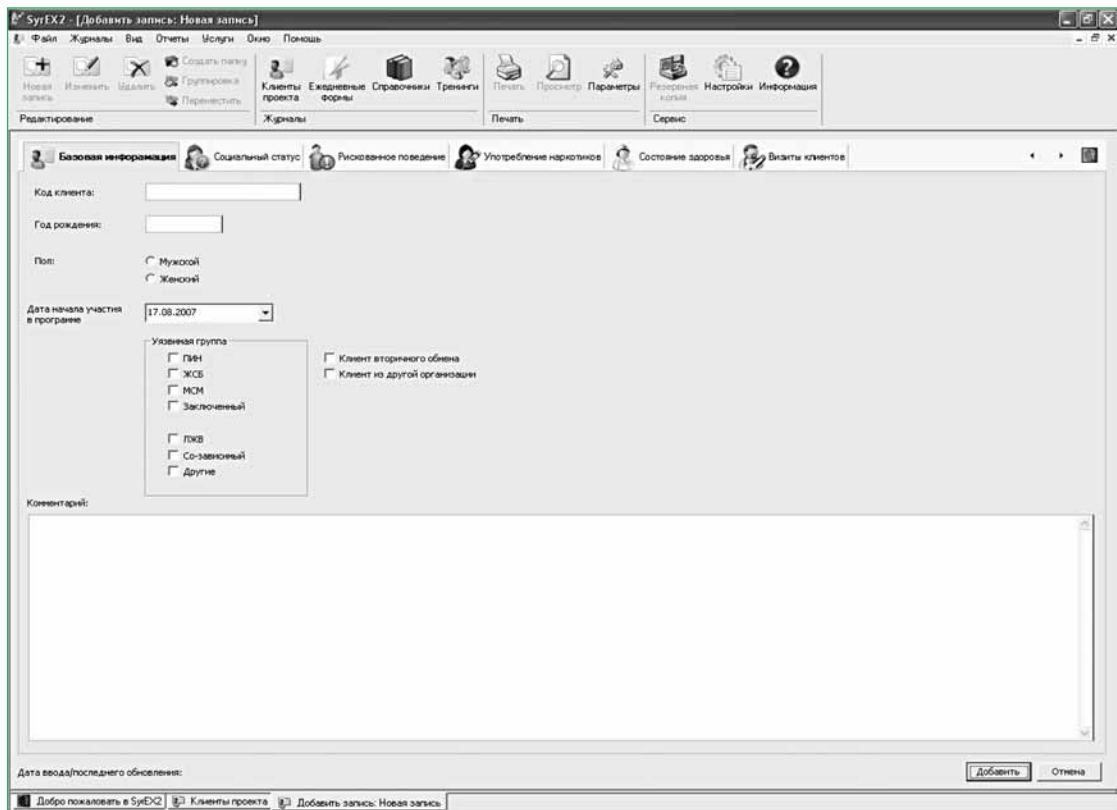


Рисунок 3. Форма ежедневного учёта

Рисунок 4. Отчёт об охвате за период

■ Ожидаемые вызовы и возможные решения

И финансирующие организации, и организации, предоставляющие услуги, сталкиваются с различными проблемами в процессе разработки системы и, особенно, в ходе осуществления рутинного сбора данных. Все эти проблемы, так или иначе, связаны с необходимостью сохранения баланса между сбором качественных данных и соблюдением требований анонимности и конфиденциальности, не подрывая при этом качество оказываемых услуг.

Этические принципы, связанные с исследованиями среди людей, необходимо применять и при проведении программного мониторинга сервисов, предоставляемых уязвимым сообществам. Такие ценности, как уважение к частной жизни, конфиденциальность, анонимность и принцип «непричинения вреда», должны определять подходы к сбору, анализу и опубликованию полученных сведений. Этические принципы исследований должны неуклонно соблюдаться и при внешней оценке проектного учёта для обеспечения конфиденциальности информации о клиенте.

Поскольку представители групп, подвергающихся наиболее высокому риску, при пользовании услугами или при контактах с «аутрич»-работниками зачастую хотят сохранить свою анонимность, проекты могут испытывать трудности в отслеживании отдельных охваченных клиентов. Во-первых, клиенты могут отказаться предоставить личные идентификационные данные, которые можно использовать при последующих визитах. Более того, поскольку «аутрич»-работа часто ведётся в общественных местах, сотрудники проекта могут не успевать регистрировать информацию о клиенте сразу же после первого визита. В таком случае, карточку клиента рекомендуется выдавать во время одного из последующих контактов, когда клиент чувствует себя в безопасности и понимает, что эта процедура не причинит ему вреда.

Один из самых важных элементов почти всех вмешательств, связанных с ВИЧ — это пропагандистская работа и проведение кампаний по повышению толерантности. Кроме прямой пользы этих вмешательств для наиболее уязвимых групп, такие мероприятия также помогут улучшить качество программных данных, поскольку основная масса информации, собираемой организациями, предоставляющими услуги — это данные, сообщаемые самими клиентами. Общая поддерживающая среда будет стимулировать клиентов проекта предоставлять правдивую информацию.

Как уже говорилось в предыдущем подразделе, одной из ключевых проблем, которую следует рассмотреть на стадии разработки и осуществления, является избежание или хотя бы минимизация двойного подсчёта клиентов.

Избежание «двойного подсчёта»

Двойной подсчёт клиентов может появиться как внутри одной организации (когда одного человека регистрируют дважды), так и между организациями (когда один человек является клиентом двух разных ВИЧ-сервисных организаций).

Чтобы избежать учёта одного и того же человека несколько раз внутри одной организации (например, в случае утери карточки), социальным работникам необходимо попытаться восстановить код, под которым этот человек регистрировался ранее (в этих целях очень полезным является использование систем кодирования на основе личной информации о клиенте; в противном случае код можно восстановить по ежедневным записям, на основании приблизительных дат предыдущих визитов клиента и другой информации). Очевидно, что восстановить код на основе личной информации намного легче (см. первый способ организации системы кодирования, описанный в предыдущем подразделе), поэтому использование такого подхода значительно снижает шансы двойного учёта внутри одной организации.

Чтобы избежать регистрации одного и того же человека в двух разных пунктах оказания услуг /в двух разных организациях, при первом контакте социальный работник должен спросить клиента, не регистрировался ли он (она) ранее в других организациях,

работающих в сфере профилактики ВИЧ, ухода и поддержки. Если клиент отвечает положительно, то его (её) регистрируют по коду, который был выдан этому человеку ранее (при этом, когда личные данные вводятся в АИС регистрации и учёта клиентов, работник проекта должен пометить специальную графу «Ранее получал услуги в другой организации»).

Однако существуют моменты, когда явный «двойной подсчёт» является практически неминуемым, или когда избежание «двойного подсчёта» нецелесообразно. Вот несколько примеров:

- В некоторых случаях человек является *представителем двух уязвимых групп*, например, женщина может одновременно быть секс-работником и потребителем инъекционных наркотиков. Сегодня используются методы исключения «двойного подсчёта» путём учёта таких людей как охваченных РКС, если они получают услуги в организациях, работающих с РКС, и как охваченных ПИН, если проект нацелен на ПИН (в Украине эти два типа проектов обычно работают отдельно; в других странах, где такое не наблюдается, такой подход может оказаться неэффективным, приводя к двойному подсчёту). До тех пор, пока количество охваченных ПИН и РКС не суммируется для получения общего количества «охваченных ПИН и РКС», двойного подсчёта можно не опасаться, и проекты могут спокойно учитывать одного человека и как ПИН, и как РКС. Какой бы подход ни использовался, на уровне проекта необходимо разработать соответствующие правила регистрации, утвердить их, проинформировать всех работников и неукоснительно их соблюдать.

- Аналогичная ситуация может возникнуть при подсчёте количества *обученных людей*. Ожидается, что организаторы тренингов идентифицируют всех людей, прошедших обучение по той или иной теме, и учтут каждого человека один раз во избежание двойного подсчёта. Однако если один и тот же человек проходит обучение по двум темам, например, по профилактике ВИЧ и по развитию потенциала, то его посчитают как двух человек. Это не является проблемой, если для подсчёта людей, прошедших подготовку по двум разным темам (например, профилактика ВИЧ и развитие потенциала) используют два разных показателя, и суммарные данные по ним не складываются; однако, одного и того же человека не следует подсчитывать несколько раз по одному показателю.

- *Внутри организации*, особенно предоставляющей различные услуги одним и тем же людям, например, консультирование по принципу «равный-равному» и гуманитарная помощь ЛЖВС. Двойного подсчёта здесь можно избежать, используя различные пути, и это является задачей самой НПО. Если количество людей, получающих услуги, небольшое, то этого можно достичь благодаря личным знаниям и информации персонала. В противном случае эту проблему можно легко решить, используя АИС регистрации и учёта клиентов.

- *Между разными организациями*; вероятность двойного подсчёта здесь особенно высока, если более двух организаций предоставляют схожие услуги одному и тому же уязвимому населению на одной территории; если разные услуги предоставляются пересекающимся группам населения; или если представители уязвимого населения являются мобильными. В таких условиях избежать двойного подсчёта практически невозможно, кроме случаев, когда внедрена и работает **унифицированная система кодировки**. Это означает, что человек может получить доступ к определённой услуге в любом пункте по стране, и он будет зарегистрирован по одному и тому же уникальному коду как один человек. Однако это требует внедрения и полноценного использования **общей АИС регистрации и учёта клиентов работающей в режиме онлайн**, которую будут использовать **все партнёры, предоставляющие услуги**. Это требует привлечения значительных человеческих и финансовых ресурсов, и все равно не поможет избежать двойного подсчёта, в случае если кто-то из клиентов сообщит ложную информацию касательно кода. Если единственной целью внедрения унифицированной системы кодировки является избежание двойного подсчёта, то такая инвестиция не оправдывает себя; однако для введения такой системы могут быть и другие предпосылки. Например, в некоторых случаях (примеры из других стран) человек может получить код регионального или национального уровня, уникальный для всех ВИЧ-сервисных организаций, в которые он мо-

жет обратиться: это программы обмена шприцев, наркологические диспансеры, центры СПИДа, проекты по уходу и поддержке, венерологические клиники и т.д. Такой подход позволяет отслеживать все оказанные конкретному человеку услуги, независимо от поставщика этих услуг. Он также позволяет любой организации изучить полную историю предоставления услуг в определённый момент времени.

■ *Когда услуги предоставляются в разные периоды времени*, например, если человек получает первичный комплекс услуг и потом возвращается, скажем, через два года. В таком случае существует вероятность того, что человека зарегистрируют как нового клиента и посчитают дважды. Избежание двойного подсчёта в такой ситуации зависит от клиента и его готовности предоставить точную и правдивую информацию, а также от организации и качества её системы учёта оказанных услуг. Однако, если клиент даёт неточную или неправдивую идентификационную информацию, то избежать двойного подсчёта в таком случае практически невозможно.

Как уже говорилось выше, системы программного мониторинга (для обеспечения последовательности) должны разрабатываться *финансирующими агентствами* (желательно на общенациональном уровне). Однако именно *организации, предоставляющие услуги*, должны использовать эти системы корректно. Часто оказывается, что социальные работники и другие сотрудники проекта, задействованные в процессе сбора данных, не понимают целей мероприятий по МиО и не знакомы с базовыми процедурами регистрации и учёта. Поэтому *финансирующим агентствам* просто необходимо уделить достаточно времени для обучения соответствующих *сотрудников проекта* (как правило, это менеджер проекта и работник, ответственный за МиО), которые, в свою очередь, примут все меры для того, чтобы внутренние процедуры сбора данных были разработаны, чтобы их понимали и соблюдали все задействованные в этом процессе сотрудники.

Обычно практически невозможно спрогнозировать все потенциальные проблемы, которые могут возникнуть после разработки систем учёта и регистрации. Более того, даже проекты, работающие по одному направлению (например, проекты снижения вреда для ПИН) могут серьёзно отличаться с точки зрения предоставляемых услуг, реализуемых мероприятий и используемых подходов. Поэтому *финансирующим агентствам* при разработке системы мониторинга программ очень важно найти нужный баланс между необходимой стандартизацией и гибкостью, а также координировать этот процесс с национальными участниками.

Практический пример

В приложении 5 представлены примеры журнала регистрации клиентов и ежедневной учётной ведомости.

По организации на основании АИС «SyEx» можно генерировать различные отчёты и делать подробный анализ программных данных. Несколько примеров представлены ниже.

Сводные данные по охвату за период

01.01.2007 - 31.12.2007
"Доступ", ЦАОП-ОГ, Волгодарская Аутизм, Гастело-Роад, Гравитон, Меркури Кларк, Меркури Бульвар, Меркури Волгодарск, Меркури Проспект, Меркури Садыра, Меркури Стасюк, Меркури Энтузиаст, Меркури Яблоницкая, Михайловская, Ночной, Пептати, СПОЦ, Черемиса, ГВанкеда
Все социальные работники

номер или группа	Код интервала	Возраст	Пол	Первичное обращение	Клиент другой организации	Визит	Минимальное вызовное задержание	Собрание интервенции	Антициклонное рождение	Будничное рождение	Первичное средств рождение	Пре-интервенционное рождение	Позитивное рождение
Итого по указанным группам													
654	ПИН	-	-	-	-	3747	51811	54772	31300	4273	8778	5977	13841
132	ЖКС	-	-	-	-	1115	810	754	584	1167	108	2609	503
12	ПИН	-	-	-	-	277	1053	1206	848	265	119	567	451
	ЖКС	-	-	-	-								

Подробные данные по охвату за период

01.01.2007 - 31.12.2007
"Доступ", ЦАОП-ОГ, Волгодарская Аутизм, Гастело-Роад, Гравитон, Меркури Кларк, Меркури Бульвар, Меркури Волгодарск, Меркури Проспект, Меркури Садыра, Меркури Стасюк, Меркури Энтузиаст, Меркури Яблоницкая, Михайловская, Ночной, Пептати, СПОЦ, Черемиса, ГВанкеда
Все социальные работники

номер или группа	Код интервала	Возраст	Пол	Первичное обращение	Клиент другой организации	Визит	Минимальное вызовное задержание	Собрание интервенции	Антициклонное рождение	Будничное рождение	Первичное средств рождение	Пре-интервенционное рождение	Позитивное рождение
762	ЖКС	02/01/04	33	Женский	Нет	Нет	6			6		26	3
763	ЖКС	02/01/08	25	Женский	Нет	Нет	5	12	6	20	7	13	6
764	ЖКС	02/07/05	37	Женский	Нет	Нет	2			2		15	3
765	ЖКС	02/03/11	25	Женский	Нет	Нет	1			1		2	
766	ЖКС	02/05/04	32	Женский	Нет	Нет	3			4		9	1
767	ПИН	АТ2402	43	Женский	Нет	Нет	37			32		82	5
768	ЖКС	КА1203	26	Женский	Нет	Нет	56	299	285	263	53	7	118
769	ПИН	02/01/03	35	Женский	Нет	Нет	9			10		26	6
790	ПИН	02/06/09	24	Женский	Нет	Нет	1	1	1	1	1	1	
791	ПИН	ММ0109	20	Мужской	Да	Нет	25	159	188	114	27	33	26
792	ПИН	МН0507	31	Женский	Нет	Нет	37	20	25	20	34	11	103
793	ПИН	МТ1906	25	Женский	Нет	Нет	12			11		34	3
794	ПИН	МВ2001	26	Женский	Нет	Нет	61	301	263	280	58	14	137
795	ПИН	ЛН2302	25	Мужской	Да	Нет	24	155	189	108	24	35	26
796	ПИН	ПТ0506	34	Женский	Нет	Нет	9	71	189	80	6	10	12
797	ПИН	РС3004	20	Женский	Нет	Нет	4	48	65	24	4	6	10
798	ПИН	СМ0605	24	Женский	Нет	Нет	2			2		4	1
	Все					5130	53674	54732	32732	5785	9885	9453	14895
Итого по указанным группам													
654	ПИН	-	-	-	-	3747	51811	54772	31300	4273	8778	5977	13841
132	ЖКС	-	-	-	-	1115	810	754	584	1167	108	2609	503
12	ПИН	-	-	-	-	277	1053	1206	848	265	119	567	451
	ЖКС	-	-	-	-								

Выборка показателя «охват за период» по социальному работнику

Форм122: [Поиск за период]

Период с: 01.01.2007 по: 31.12.2007

Основной социальный работник: [Выбор]

01.01.2007 - 31.12.2007

*"Дистит", ЦА01-09, Володарская Аутизм, Гастело-Рома, Гравитон, Меркури Калед, Меркури Бульвар, Меркури Володарская, Меркури Прогресс, Меркури Сафари, Меркури Стаско, Меркури Энтузиаст, Меркури Яблоневая, Николаевская, Ночей, Пентагон, СПОШ, Черника, 1 Вилледа
Белая

Охват за период														
номер	Учредитель	Код клиента	Возраст	Пол	Статус социального работника	Клиент другой организации	Виды	Инициация	Сборные задания	Собрано заданий	Активировано заданий	Удалено заданий	Переключено средств	Преобразовано заданий
1	ПМН	DA3006	40	Женский	Да	Нет	1	1	1	1	1	1	1	1
2	ПМН	IK0339	27	Мужской	Да	Нет	1	3	1	1	1	1	1	1
3	ПМН	IK2863	26	Мужской	Да	Нет	1	3	1	1	1	1	1	1
4	ПМН	KA1811	26	Женский	Да	Нет	1	3	1	1	1	1	1	1
5	ПМН	IK11308	40	Мужской	Да	Нет	1	2	1	1	1	1	1	1
6	ПМН	IK0306	42	Женский	Да	Нет	1	2	1	1	1	1	1	2
7	ПМН	IK1004	35	Женский	Да	Нет	1	3	1	1	1	1	1	1
8	ПМН	IK1265	26	Женский	Да	Нет	1	3	1	1	1	1	1	1
9	ПМН	IK1303	40	Мужской	Да	Нет	1	2	1	1	1	1	1	1
10	ПМН	IK3008	36	Мужской	Да	Нет	1	1	1	1	1	1	1	1
11	ПМН	IK0108	52	Мужской	Да	Нет	1	2	1	1	1	1	1	1
12	ПМН	IK0303	23	Мужской	Да	Нет	1	3	1	1	1	1	1	1
13	ПМН	IK4008	22	Женский	Да	Нет	1	2	1	1	1	1	1	1
14	ПМН	IK0206	31	Женский	Нет	Нет	1	3	1	1	1	1	2	1
15	ПМН	IK0405	62	Мужской	Да	Нет	1	2	1	1	1	1	1	1
16	ПМН	KA0007	26	Женский	Да	Нет	1	3	1	1	1	1	1	1
17	ПМН	IK0205	42	Мужской	Да	Нет	1	3	1	1	1	1	1	1
18	ПМН	IK0012	43	Женский	Да	Нет	1	3	1	1	1	1	1	1
19	ПМН	IK11302	36	Мужской	Да	Нет	1	3	1	1	1	1	2	1
20	ПМН	IK1608	42	Женский	Да	Нет	1	1	1	1	1	1	1	1
21	ПМН	IK0207	18	Женский	Да	Нет	1	3	1	1	1	1	2	1
22	ПМН, ЖЭС, ИСС	IK40109	26	Мужской	Да	Нет	1	2	1	1	1	1	1	1
23	ПМН, ИСС	IK42002	25	Мужской	Да	Нет	1	2	1	1	1	1	1	1
		Всего						23	100	100	80	23	20	15

Часть Б: Программный мониторинг: качественные показатели

■ Как и когда его осуществлять?

Мониторинг качества услуг должен осуществляться в течение всего периода реализации программы или проекта на постоянной основе. Оценка качества услуг должна проводиться как непосредственно *организациями, предоставляющими услуги*, так и *финансирующими организациями*, которые предоставляют средства другим организациям для оказания услуг. Оценка также может проводиться внешними агентствами, привлечёнными для её проведения.

Для сбора качественных данных могут использоваться различные методологии, в том числе — исследования удовлетворённости клиентов, кабинетные анализы, наблюдения клиентов/персонала, картографирование, интервью с ключевыми информантами, проведение фокус-групп, оценка с привлечением к участию и т.д. (См. перечень информационных источников и ресурсов в конце этого пособия для получения дополнительной информации об использовании этих методологий).

Мероприятия, направленные на определение качества осуществления программ, варьируются от быстрой оценки, которая проводится относительно быстро и дешево, до специальных работ по сбору данных, которые используют тщательные и точные исследовательские методы, средства детальной оценки и глубинный анализ программ. Методы сбора качественной информации могут включать в себя следующее:

■ Интервьюирование клиентов

Интервью с клиентами позволяют получить информацию об их опыте, восприятии и удовлетворённости от получаемых ими услуг. Это включает в себя взаимодействие с работниками проекта и организациями, предоставляющими услуги, доступность и

удобство пунктов проекта, а также пригодность и уместность оказываемых услуг. Интервью также могут оценить интенсивность охвата вмешательств и эффективность работы системы направлений, которая должна обеспечивать континуум ухода.

■ *Интервьюирование работников*

Интервью с руководителями и работниками проекта может предоставить информацию о возможных преимуществах, недостатках и потребностях, связанных с предоставлением услуг, программными процессами и управленческими структурами, потенциалом и методами коммуникации.

■ *Наблюдение*

Наблюдение за взаимодействием клиента и работника дает возможность оценить полноту и точность информации, предоставляемой клиентам, соблюдение протоколов и межличностные коммуникационные навыки работников проекта, и если возможно — предлагаемых направлений.

■ *Аудит учреждений*

Аудит учреждения или услуг предоставляет информацию о наличии необходимого персонала (количества и квалификации), адекватности инфраструктуры, оборудования, вспомогательных материалов, технических и операционных инструкций и т.п. С помощью аудита также можно оценить функции поддержки программы, в том числе — закупки и хранение материалов, их наличие, ведение учёта и документации.

■ *Интервьюирование дополнительных поставителей услуг*

Этот вид интервьюирования может дать ответ на вопрос адекватности предоставления направлений путём изучения сотрудничества проекта с агентствами, которые предоставляют дополнительные услуги. Это может включать в себя оценку опыта получения направлений, в том числе — дальнейшее сопровождение и восприятие направлений.

■ *Глубинные интервью и фокус-группы с «не-клиентами»*

Такие методы качественных исследований, как фокус-группы или глубинные интервью с лицами, которые не являются пользователями услуг, могут помочь определить барьеры и необъективность в доступе к услугам, а также пробелы в сфере оказания услуг²³.

Стандарты качества являются базовым инструментом для мониторинга деятельности в определённой сфере оказания услуг. Определение и применение стандартов качества — это основа для обеспечения мониторинга качества услуги. В идеале минимальные стандарты качества должны устанавливаться государством на общенациональном уровне. Это эталон или ориентир, согласно которому организации, предоставляющие услуги, получают свои лицензии. Однако, если единые общенациональные стандарты отсутствуют, то *финансирующие организации* должны, с максимальным привлечением всех участников, создавать собственные стандарты качества, которые будут использоваться их *партнёрами, предоставляющими услуги*. Качество услуг, оказываемых организацией, должно регулярно отслеживаться и оцениваться с тем, чтобы клиенты получали услуги такого качества, которое гарантируется стандартами. Стандарты качества несколько напоминают показатели, но стандарты часто содержат открытый или скрытый «целевой» компонент. Стандарты могут содержать и количественные аспекты, но часто они сосредоточены именно на качестве — поэтому так и называются. Часто используют минимально принятые стандарты, которые также называют ориентирами.

Общая цель **применения стандартов качества услуг** — улучшить качество предоставляемых услуг. Именно поэтому, сразу после разработки и принятия стандартов качества поставители услуг должны пройти обучение в вопросах оказания услуг в соответствии с этими стандартами. Пользователи услуг также должны быть ознакомлены с этими стан-

²³ — Выдержки из документа «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007, Глава 5

дартами, чтобы знать, на какой уровень услуг им можно рассчитывать. Во-вторых, стандарты должны использоваться как критерий оценивания в процессе мониторинга, например, во время визитов, опросов клиентов и т.п. Для этого лучше всего включать стандарты качества в инструменты оценивания. Например, **Отчётная форма мониторингового визита** (которая будет более подробно рассмотрена в следующей главе) должна, кроме всего прочего, содержать часть, посвященную оценке качества оказанных услуг.

Как определять стандарты?

Ниже предлагаются простейшие шаги для определения и установки стандартов качества:

- 1.** Необходимо определить области, которые нуждаются в таких стандартах. Что касается программ, то здесь обычно охватываются все основные сферы оказания услуг. Начинать рекомендуем с тех услуг, которые очевидно или потенциально могут иметь проблемы с качеством.
- 2.** Необходимо найти и рассмотреть любые стандарты качества, которые уже были разработаны для данной сферы услуг. Отправной точкой для такого поиска должны стать национальные стандарты (если такие существуют). Если национальных стандартов нет, то можно адаптировать международные стандарты, разработанные такими международными организациями, как ВОЗ, ЮНЭЙДС и др., если таковые существуют и отвечают всем требованиям.
- 3.** Если соответствующих национальных или международных стандартов не существует, то следующим шагом является разработка собственных программных стандартов, которые будут соответствовать предоставляемым услугам (см. пример описания процесса разработки таких стандартов в конце главы).
- 4.** Последним шагом этого алгоритма является тестирование разработанных стандартов путём проведения консультаций с пользователями услуг, поставителями услуг и другими участниками до того, как будет принято решения об утверждении и внедрении этих стандартов.

Ниже предлагается перечень возможных способов оценки качества после определения стандартов с помощью различных инструментов оценивания:

- Пользователи услуг — путём опроса пользователей о том, что они думают об оказываемых услугах, используя разработанный инструмент для оценки качества услуг;
- Наблюдение — путём наблюдения за предоставлением услуг, и используя инструмент или контрольный список для регистрации способа и качества предоставления услуг, при условии соблюдения конфиденциальности клиента;
- Поставители услуг — путём постановки некоторых ключевых вопросов, связанных с различными аспектами предоставления услуг;
- Проверка записей — путём проверки учётных записей предоставления услуг, при условии соблюдения конфиденциальности клиента;
- Ключевые участники — путём опроса ключевых участников на местном уровне об их восприятии услуг, предоставляемых организацией, оказывающей услуги (это могут быть государственные учреждения или другие общественные организации).

■ Ожидаемые вызовы и возможные решения

В то время как все программы, независимо от целевой группы или типа вмешательств, должны проводить мониторинг и оценку качества услуг, есть несколько вопросов, на которые программы, работающие с группами, подвергающимися наиболее высокому риску, должны обратить особое внимание с точки зрения обеспечения максимального качества услуг. Эти вопросы также могут быть включены в стандарты качества. Предлагаем описание некоторых из них:

- *Приемлемость услуг для клиентов* — на этот аспект может повлиять стигма и дискриминация; понимание клиентом понятий неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности; пригодность и уместность межличностного общения; участие клиента в процессе планирования и реализации программы; связанный с этим положительный или отрицательный опыт; общий уровень удовлетворения.

- *Доступ к услугам* — в том числе расстояние и месторасположение пунктов предоставления услуг, график работы, время ожидания, а также присутствие правоохранительных органов.

- *Направленность программ на группы, подверженные наиболее высокому риску* — охватывают ли программы конкретные группы, подверженные наиболее высокому риску, исключая при этом другие, более скрытые группы, больше пострадавшие от ВИЧ.

- *Связи с другими услугами* — поскольку отдельно взятая программа не может удовлетворить все потребности групп, подверженных наиболее высокому риску, организациям необходимо наладить эффективные связи с другими структурами, предоставляющими дополнительные услуги. К таким структурам относят другие проекты по профилактике, а также услуги по уходу, лечению и поддержке, правозащитные организации, услуги по развитию жизненных и профессиональных навыков.

- *Участие ключевых представителей сообществ* — программы, охватывающие группы, подвергающиеся наиболее высокому риску, вряд ли могут рассчитывать на успех, если не будут привлекать тех людей, которые также влияют на их уязвимость к ВИЧ. В разных ситуациях это могут быть разные люди, например, хозяева секс-бизнеса, сексуальные партнёры, представители правоохранительных органов и представители местных властей, а также люди, пользующиеся авторитетом. Все они имеют непосредственное влияние на успех вмешательств.

Для обеспечения максимальной эффективности реализуемых вмешательств, необходимо рассмотреть ещё один компонент качества: это подход социальных работников проекта к **первому контакту с клиентом**. Кроме предоставления информации, услуг и мотивирования клиента к последующим визитам, очень важно оценивать уязвимость каждого нового клиента путём постановки нескольких скрининговых вопросов. Это позволит отсеять случайных или неподходящих визитеров и уделять максимум внимания самым уязвимым людям.

Конечно, качество услуг очень сильно зависит от личных восприятий и убеждений человека, что превращает обеспечение качества в очень субъективный процесс. С одной стороны, попытки разработать стандарты и процедуры проверки их соблюдения (например, контрольные списки) призваны обеспечить максимальную объективность этого процесса; с другой стороны, это значительно снижает гибкость в работе. Таким образом, при разработке стандартов и средств мониторинга, необходимо соблюсти баланс между обеспечением максимальной гибкости и объективности.

Практические примеры

Разработка стандартов для услуг по реабилитации — первые шаги.

Простая консультация с группой людей, посещающих центр реабилитации наркозависимости, помогла выяснить, каким, по их мнению, должен быть качественный реабилитационный центр:

- Иметь достаточно запланированных мероприятий на каждый день
- Включать программы физического развития, например, занятия спортом
- Иметь хорошо обученный, высококвалифицированный персонал
- Иметь соответствующую литературу
- Уважать мнения других людей и не навязывать свои
- Не пытаться обращать людей в какую-то религию

Эти критерии можно использовать как основу для проведения дальнейших консультаций с другими группами поставщиков и пользователей услуг с целью их расширения и создания списка стандартов качества и инструментов оценки качества²⁴.

Государственные стандарты качества минимального пакета социальных услуг по профилактике ВИЧ/ИППП для ПИН

Государственные стандарты качества минимального пакета социальных услуг по профилактике ВИЧ/ИППП являются базисным документом, разработанным в 2007 году экспертной группой в составе представителей украинских государственных служб, предоставляющих социальные услуги (Государственная социальная служба для семьи, детей и молодежи), ВИЧ-сервисных НПО (в том числе — Коалиции ВИЧ-сервисных организаций), и представителей международных организаций. Не прибегая к глубокому и детальному описанию каждой отдельной услуги (это будет сделано в виде отдельных протоколов, которые ещё разрабатываются), стандарты являются качественной системой для определения минимального гарантированного пакета социальных услуг для ПИН, в том числе, содержащей описания типов предоставляемых услуг (социальные консультации, психологические консультации, информационные услуги, распространение шприцев и т.д.). Ожидается, что в будущем этот документ (а также соответствующие протоколы) станут основой для лицензирования ВИЧ-сервисных организаций как правительственного, так и неправительственного сектора.

Мониторинг качества услуг, предоставляемых клиентам проектов по профилактике ВИЧ для ГНВР. Опыт Альянса в Украине.

В рамках мониторинговых визитов, Альянс в Украине разработал контрольный список вопросов, направленный на мониторинг качества услуг, предоставляемых клиентам проектов по профилактике ВИЧ для ГНВР. Этот контрольный список был включён в Отчётную форму мониторингового визита, речь о котором пойдет в следующей главе. Пример формы содержится на прилагаемом компакт-диске и в приложении Б.

С целью формализации процедуры обеспечения качества услуг, были определены следующие **компоненты предоставления услуг**, влияющие на их **качество**:

²⁴ — Выдержки из документа «Мониторинг деятельности Международного благотворительного фонда «Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине». Отчет Р. Дрю, консультанта по вопросам здоровья и развития, январь 2006 года

- Комплексный характер услуг, предоставляемых клиентам
- Конфиденциальность, безопасность и уважение к клиентам
- Общая удовлетворённость клиентов
- Профессионализм персонала

Иными словами, эти четыре компонента являются разными измерениями предоставления качественных услуг; они оцениваются отдельно для того, чтобы формализовать оценку и получить общую картину.

Процесс мониторинга качества услуг по этим четырём измерениям осуществляется сотрудниками Альянса в Украине с помощью следующих средств:

- Прямое наблюдение за предоставлением услуг;
- Интервьюирование клиентов;
- Интервьюирование работников.

Основываясь на ответах, полученных на все вопросы по каждому компоненту качества, для каждой организации или проекта подсчитывается соответствующий интегрированный рейтинг. Математическая методология и формулы, используемые для подсчёта интегрированного рейтинга, содержатся в файле Excel с Отчётной формой мониторингового визита (компакт-диск, прилагаемый к этому пособию).

Глава VII

ШАГ ПЯТЫЙ:

СБОР И АНАЛИЗ ДАННЫХ, ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ДАННЫХ

■ Что означает этот шаг? Для чего он предназначен?

Процесс сбора и анализа данных, а также проверка качества этих данных является частью рутинных процедур мониторинга, равно как и программный мониторинг количественных и качественных показателей, описанный в предыдущей главе. В то время, как *организации, предоставляющие услуги*, отвечают за соблюдение процедур рутинного учета, подробно описанных в предыдущей главе, на этом этапе задачей *финансирующих организаций* является сбор и анализ данных, подаваемых *организациями, предоставляющими услуги*, с определённой периодичностью (обычно ежеквартально или раз в полгода). Процесс разработки формата и требований к программной отчётности уже был подробно рассмотрен в *Главе V*, поэтому на этом этапе *финансирующие организации* уже имеют возможность собирать данные согласно единому формату. Данные, полученные от *партнёров, предоставляющих услуги*, выполняют целый ряд функций, например, служат для дальнейшей отчётности перед донорскими организациями; являются основой для процесса принятия внутренних управленческих решений как относительно общей продуктивности программы, так и по деятельности каждого отдельного ПУ; используются для адвокационной деятельности и т.п.

Измерение успеха и улучшение менеджмента ВИЧ-сервисной организации основывается на эффективных системах мониторинга, которые генерируют качественные данные. Данные, собранные и предоставленные ПУ, и управляемые в рамках любой информационной системы (либо «вручную»), должны проходить проверку на полноту, точность и последовательность. Если не обеспечивать качество данных, то они не будут считаться надёжными, и не будут использоваться для планирования и выработки решений. Процесс обеспечения качества данных — это также возможность для определения направлений развития потенциала ПУ. Таким образом, после сбора отчётов, очень важно принять меры, чтобы предоставленные данные соответствовали деятельности в отчётном периоде. Несмотря на то, что все предыдущие шаги, в частности, оценка потенциала ПУ, ведение программного учёта, регулярная отчетность и т.п. — способствуют сбору качественных данных, необходимо принимать отдельные меры для проверки последовательности и точности поданной информации. За это должны отвечать как *финансирующие организации*, так и организации, предоставляющие услуги — они должны поддерживать систему обеспечения качества данных; однако очевидно, что ответственность за их сбор в конечном итоге лежит на *финансирующих организациях*.

Таким образом, содержание этой главы предназначено, в основном, для *финансирующих организаций* (как и *Главы V*, например), но представленная здесь информация будет полезна и *организациям, предоставляющим услуги*.

■ Как и когда его осуществлять?

Сбор данных, анализ и проверка качества осуществляются с определённой регулярностью (обычно раз в квартал или полугодие), в плановом порядке и на протяжении всего периода реализации программы/проекта. *Финансирующие организации* должны разработать алгоритм обеспечения качества данных, которые, наряду с другими компонентами, будут регулировать временные рамки и систематичность контроля качества информации.

Как уже упоминалось, *организации, предоставляющие услуги*, подают свои отчёты, используя единый формат, который был разработан и передан организациям на ста-

дии планирования. Все отчёты, предоставляемые *организациями–исполнителями местного уровня*, должны быть проверены и утверждены соответствующими сотрудниками *финансирующих организаций*; после этого их обычно анализируют и обобщают для подготовки следующих отчётов (для доноров и заинтересованных сторон). Количество сотрудников, задействованных в процессе проверки и анализа отчетов, зависит от масштабов программы и количества партнеров, предоставляющих услуги, однако финансирующим организациям рекомендуется иметь как минимум одного специалиста, который будет полностью отвечать за агрегирование данных, подготовку итоговых анализов и дальнейших отчётов. Агрегированные данные сравниваются с национальными/программными целями для проверки того, находится ли программа на верном пути.

Персонал программ, работающий в сфере МиО на национальном или субнациональном уровне, должен отвечать за агрегирование данных по охвату определенными услугами в рамках проектов, направленных на группы, подверженные наиболее высокому риску, для того, чтобы оценить общий охват. Проблемы, связанные с двойным подсчётом, а также возможные пути решения этих проблем на момент агрегирования данных охвата, описаны в *Главе VI*. На этом уровне также необходимо проводить мониторинг географического охвата для того, чтобы обнаружить пробелы в разработке программ и распределять ресурсы стратегически. Чтобы собирать и анализировать такие данные, чтобы представить четкую картину о наличии и работе проектов, описанные выше мероприятия требуют ресурсов и потенциала общенационального или субнационального уровня.

Анализ и проверка отчетных данных по каждой отдельной *организации, предоставляющей услуги*, может осуществляться тем же сотрудником или группой специалистов, которые несут ответственность за агрегацию и анализ данных, либо отдельным сотрудником или группой, в зависимости от масштабов реализуемой программы. На этом этапе отчёты, в том числе, проверяются на соответствие:

- Целям;
- Ранее отчитанным данным;
- Отчёту об использовании бюджета;
- Реализованным мероприятиям;
- Дополнительной подтверждающей документации;
- Здравому смыслу (например, количество постоянных клиентов должно быть меньше количества текущих клиентов, охваченных за один и тот же период времени, (или равняться этому количеству) поскольку постоянные клиенты составляют лишь часть всех охваченных людей).

Кроме проверки качества данных, которая проводится во время проверки отчётов, важным компонентом процесса обеспечения качества данных являются **мониторинговые визиты** в *организации, предоставляющие услуги*, которые должны регулярно проводиться сотрудниками *финансирующих организаций*.

Мониторинговые визиты

Мониторинговый визит — это базовый инструмент обеспечения качества данных, предоставляемых ПУ. Мониторинговые визиты могут проводить сотрудники *финансирующей организации* и/или представители специально приглашенной для этих целей организации. Частота таких визитов зависит от специфики реципиентов гранта, от оказываемых ими услуг, а также от состава групп, посещающих различные ПУ. Естественно, более сложные гранты с большим финансированием подразумевают более частые мониторинговые визиты, в отличие от малых проектов с незначительным финансированием. В то же время, мониторинговый визит также является инструментом оказания технической помощи и определения сфер для усовершенствования, поэтому менее опытные, новые организации могут требовать более пристального внимания и частых

посещений. Состав групп, которые посещают организацию, зависит от описанных выше критериев, а также от проблем, с которыми сталкивается данная организация: если эти проблемы связаны с базами данных, ведением учёта или подготовкой отчётности, то на места имеет смысл отправлять специалиста по МиО. Если же вопросы касаются предоставления услуг, то организацию чаще будет посещать представитель «программно-много» отдела.

Результатом мониторингового визита является заполнение Отчётной формы мониторингового визита (см. пример формы в Приложении Б), которая отвечает нескольким задачам:

- Содержит итоговую информацию о деятельности организации;
- Помогает проверить наличие и функционирование должных процедур и систем сбора данных;
- Помогает проверить достижения организации, задекларированные в ее отчётах, путем пересмотра первичной проектной документации, а также путем непосредственного наблюдения;
- Помогает оценить качество услуг, предоставляемых клиентам (см. предыдущую главу);
- Помогает отследить выполнение рекомендаций, полученных организацией во время предыдущих визитов.

Данные, полученные с помощью формы отчёта по мониторинговому визиту, могут быть использованы для:

- Предоставления ПУ обратной связи и информации об общей результативности и соответствии поставленным целям;
- Передачи рекомендаций ПУ по необходимым мерам для улучшения предоставления услуг (если это необходимо);
- Оказания помощи в принятии управленческих решений *финансирующей организацией* относительно того или иного гранта/ПУ;
- Дальнейшего сопровождения реализации партнерами–исполнителями рекомендаций, подготовленных во время мониторингового визита, и
- Оказания помощи ПУ по вопросам улучшения практик мониторинга и отчётности с целью получения более точных и полных данных.

Контроль качества во время мониторингового визита осуществляется в ходе четырёх последовательных этапов.

Этап 1: Первый этап контроля качества данных происходит до проведения мониторингового визита (подчеркивая цикличность и последовательность процесса мониторинговых визитов). На этом этапе отбираются показатели, мероприятия и периоды времени, которые будут проверяться; просматриваются последние программные отчёты и последняя форма отчёта по мониторинговому визиту (чтобы проверить предыдущие замечания и рекомендации).

Этап 2: Второй этап осуществляется в офисе проверяемого ПУ. Во время этого этапа мониторинговая группа оценивает регистрацию данных, системы и процедуры сбора и анализа информации в организации (чтобы определить потенциальные риски для качества данных, которые могут возникнуть в связи с отсутствием единых процедур и несоблюдением правил), а также анализирует бумажную и электронную регистрационную документацию (включая АИС). На этой стадии необходимо дать ответы на следующие контрольные вопросы:

- Работает ли в организации сотрудник, специально отвечающий за МиО?
- Чётко ли документирует организация свою деятельность, какие отчёты и кому подаются, с какой регулярностью?
- Существуют ли в организации строго определённые положения и процедуры,

регулирующие внутренние потоки данных (сбор и обобщение), в том числе инструкции для персонала по вопросам заполнения первичной регистрационной документации?

- Все ли сотрудники организации, задействованные в сборе данных, полностью понимают свою роль и обязанности?

- Существуют ли стандартные формы и средства регистрации и сбора данных (включая АИС), которые систематически используются и поддерживаются?

- Существуют ли различия между первичной и итоговой документацией, которые возникают в связи с нарушениями процедур внутренних потоков данных?

Перед посещением пунктов предоставления услуг, мониторинговая группа должна отобрать и изучить первичную документацию этих пунктов за последний период времени (обычно месяц или две недели).

На этом этапе мониторинговая группа также анализирует, были ли выполнены рекомендации по результатам предыдущего мониторингового визита.

Этап 3: Третий этап этого процесса осуществляется на выбранных пунктах предоставления услуг. На этой стадии мониторинговая группа оценивает систему и практики регистрации данных на пунктах предоставления услуг, отслеживает и проверяет предоставленные данные из первоисточников по избранным показателям. Целью этого этапа процесса обеспечения качества данных является оценка своевременности сбора данных пунктами предоставления услуг. Для этого мониторинговая группа определяет, насколько точно и тщательно социальные работники регистрируют данные по оказываемым услугам, и насколько данные в день проведения мониторинга соответствуют усреднённым данным по предыдущему периоду. На этом этапе мониторинговая группа:

- Отслеживает соответствие предоставленных услуг/материалов заполнению первичной документации (ежедневная ведомость), где регистрируется предоставление услуг;

- Сравнивает количество охваченных людей, распространенных материалов, оказанных услуг и т.д. (по наблюдениям) с предыдущими отчетными данными (для данного пункта предоставления услуг);

- Проверяет соблюдение заранее установленных критериев качества и охвата;

- Проверяет, охватывает ли организация целевую группу;

- Проводит интервью с клиентами и социальными работниками для определения реального качества предоставляемых услуг.

Однако, принимая во внимание значительные различия между определенными сферами оказания услуг (информация и образование «аутрич», мобильные клиники, уход на дому и т.д.), обеспечение качества данных должно предусматривать ведение специальных протоколов для стандартной проверки данных по каждой сфере оказания услуг.

Этап 4: Последний этап процесса обеспечения качества проводится уже в *финансирующей организации*. Для фиксирования процесса обеспечения качества данных, мониторинговая группа собирает и документирует: 1) данные и свидетельства, связанные с анализом систем потоков данных; 2) факты, связанные с проверкой данных. На этой стадии мониторинговая группа заполняет форму мониторингового визита (пример формы — в приложении 6) и инициирует процедуры сопровождения для того, чтобы организация начала выполнять утвержденные рекомендации. Результаты визитов на места, а также квартальные отчеты ПУ и/или специальные запросы организаций являются базисом для оказания соответствующей технической помощи ПУ и принятия других управленческих решений.

Таким образом, мониторинговые визиты в организации, предоставляющие услуги, служат как средство проверки данных, предоставляемых ПУ в своих отчётах, а также как инструмент для проверки внедрения рекомендаций ПУ в случаях, если организация не достигла запланированных целей.

Что касается нескольких уровней агрегации данных (например, если услуги оказывают

несколько промежуточных организаций–партнеров), то контроль качества систем сбора и агрегации данных должен проводиться на каждом из этих уровней. В этом случае количество этапов возрастает.

■ Ожидаемые вызовы и возможные решения

Главный вызов в процессе сбора и анализа данных, осуществляемом финансирующей организацией — это обеспечение своевременного и точного сбора отчётов. На первый взгляд, это выглядит достаточно простой задачей, но на практике собрать и проверить все отчёты в ограниченные сроки, не нарушая при этом качества данных, очень сложно. Таким образом, необходимо чётко определить и максимально упростить все процедуры, которые должны выполняться соответствующими работниками в этой связи.

Процедура проведения мониторинговых визитов, описанная выше, на практике оказывается достаточно сложной и трудоёмкой, требующей значительных человеческих ресурсов для обеспечения регулярности и точности всего процесса. Более того, одной из самых важных особенностей этого процесса является цикличность, когда замечания и рекомендации по результатам предыдущего визита составляют базис для следующего посещения. Все это требует внимания и последовательности. В противном случае, каких-либо улучшений в работе организации, оказывающей услуги, добиться будет очень сложно.

Визит проводится в положительной, доброжелательной атмосфере — мониторинговая группа должна поддерживать организацию, оказывающую услуги, помня о том, что второй основной целью визита является оказание технической помощи работникам ПУ. Часто очень нелегко найти баланс между такой атмосферой поддержки и необходимостью объективного документирования всех данных и фактов, выявленных во время визита.

Этап процесса, проходящий на пунктах предоставления услуг — самый сложный для мониторинговой группы. Во-первых, поскольку проекты по профилактике, уходу и поддержке работают с наиболее маргинализированными и дискриминированными группами населения, некоторые пункты предоставления услуг могут оказаться закрытыми для «внешних посетителей». Например, если услугу оказывают на дому, то такие «выборочные проверки» проводить неэтично. Как уже упоминалось, процедуры проверки на пунктах предоставления услуг включают в себя интервью с клиентами, что также может оказаться проблематичным, например, если клиент не захочет общаться с незнакомыми людьми или просто отказывается отвечать на вопросы. В таком случае мониторинговой группе необходимо приложить максимум усилий для того, чтобы собрать и зафиксировать максимально возможное количество информации с соответствующими комментариями о возникших проблемах/ограничениях.

Говоря о количестве обслуженных клиентов на пунктах предоставления услуг, необходимо отметить еще одну вещь. Поскольку работа, проводимая целевыми проектами по профилактике, уходу и поддержке, связана с довольно деликатными вопросами, существует целый ряд факторов, которые могут повлиять на показатели «охвата на день мониторинга», например, время года, погодные условия, активность правоохранительных органов и т.п. Таким образом, меньшее количество клиентов (по сравнению со средними показателями) может объясняться и манипуляциями с данными, и объективными факторами. В таком случае, во время последующих визитов необходимо собрать дополнительные данные, подтверждающие ту или иную ситуацию.

Практический пример

Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине использует описанные выше процедуры для проведения мониторинговых визитов в проекты по профилактике. Пример отчётной формы мониторингового визита, используемой специалистами Альянса, предлагается в приложении 6. В частности, процесс мониторингового визита включает в себя следующие основные компоненты (проверка выполнения рекомендаций предыдущего визита проводится во время последующего визита):

- Просмотр последнего квартального отчёта и последней заполненной отчётной формы мониторингового визита;
- В офисе ПУ:
 - Проверка процедур сбора данных (наличие положений о потоках данных, стандартные регистрационные формы; АИС «SysEx»; специально назначенный специалист по МиО и т.д.);
 - Наличие всей первичной документации;
 - Соответствие отчитанных данных по ключевым показателям данным, генерируемым АИС «SysEx»;
 - Соответствие первичной регистрационной документации данным АИС «SysEx» (из папки с первичной документацией в печатном виде случайным образом отбираются несколько ежедневных ведомостей, которые сравниваются с соответствующими электронными ведомостями АИС «SysEx» на предмет полного соответствия);
 - Среднее количество клиентов, получивших услуги в течение прошлого месяца на избранном пункте предоставления услуг, подсчитывается на основе первичной регистрационной документации.
- На пунктах предоставления услуг:
 - Проверка процедуры регистрации данных, осуществляемой социальными работниками;
 - Проверка пакета услуг/товаров, предоставленных клиенту (соответствуют ли критериям охвата);
 - Документирование количества клиентов, получающих услуги на этом пункте в день визита (это количество не должно значительно отличаться от среднего показателя, подсчитанного на основе прежних записей);
 - Интервьюирование клиентов и работников на пункте.
- Другие визиты на местах:
 - Интервью с местными партнерами (местные органы власти, другие ВИЧ-сервисные организации);
 - Интервью с представителями центров СПИДа;
 - Интервью с представителями правоохранительных органов и т.п.
- Процедура дальнейшего сопровождения:
 - Заполнение отчётной формы мониторингового визита;
 - Соответствующие рекомендации направляются в ПУ;
 - В партнёрстве с ПУ разрабатывается план действий, описывающий «последующие шаги» и необходимую техническую помощь;
 - Дальнейший контроль выполнения рекомендаций осуществляется во время последующего визита.

Глава VIII

ШАГ ШЕСТОЙ:

ОЦЕНКА ПРОЕКТОВ И ВМЕШАТЕЛЬСТВ²⁵

■ Что означает этот шаг? Для чего он предназначен?

Мероприятия, проводимые на этом этапе, призваны предоставить полную и комплексную картину изучаемого проекта или вмешательства. Эти мероприятия представляют собой последние этапы системы МиО, описанной в *Главе II*, являясь, с одной стороны, частью программного МиО, направленного на оценку эффективности конкретного проекта или вмешательства, а с другой — компонентом общего процесса оценки, которая обычно не считается элементом программного МиО.

Такая оценка может проводиться либо с целью оценивания работы каждого отдельного проекта для проведения сравнительного анализа аналогичных проектов (что позволит определить факторы успеха и ограничения, с которыми сталкивается данный проект в выполнении своих задач), либо как оценка последствий, необходимая для общей оценки эффективности вмешательства (которое может осуществляться несколькими проектами) по сравнению с намеченными результатами.

Как уже упоминалось в *Главе II*, в отличие от мониторинга, проводимого регулярно, оценка — это *эпизодическое* оценивание изменений в целевых результатах и последствиях, связанных с проектом или вмешательством. Иными словами, оценка пытается связать конкретный результат или последствие с конкретным вмешательством по истечению определённого времени. Оценки на уровне проектов и вмешательств отличаются от общенациональных оценок целями и методами интерпретации результатов. Оценки на уровне проекта предназначены для оценки эффекта и ценности конкретного проекта, не учитывая, насколько это возможно, данных о других факторах влияния. Оценки общенационального уровня позволяют получить данные о более масштабных тенденциях в поведении, знаниях и эпидемиологических показателях, где проекты или программы являются элементом общенациональных усилий. Национальные оценки обычно не выделяют и не определяют влияние отдельных факторов.

Оценка проектов или вмешательств определяет, достигают ли реализованные мероприятия ожидаемого эффекта для целевых групп населения, и если да, то в какой степени. Оценка дает возможность ответить на два вопроса:

- Можно ли наблюдать желаемые последствия среди целевого населения?
- Являются ли эти изменения результатом вмешательства или проекта?

Ответ на первый вопрос предусматривает сбор данных по избранным показателям последствий, таким, как знания и рискованное поведение, связанное с ВИЧ, в течение определенного времени. Второй вопрос требует использования методов, которые помогут получить достаточное количество фактов, подтверждающих взаимосвязь между наблюдаемыми изменениями и вмешательствами. Потенциальные пользователи данных оценки последствий, например, разработчики программ, должны определить масштабы ожидаемого эффекта, а также уровень фактической информации, которая позволит утверждать, что вмешательство действительно было эффективным. Эти факторы будут влиять на решения по программе, например, следует ли продолжать ее финансирование, нужно ли расширить или повторить вмешательство.

¹⁵ — «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007 г., Глава 7

Качественная оценка последствий рассматривает их на нескольких уровнях:

- а) индивидуальные последствия для клиента (например, с точки зрения изменений в среде, статусе, качестве жизни, знаниях, отношениях и поведении клиента);
- б) последствия на уровне программы или системы (например, улучшение доступа к индивидуальному сопровождению клиента, расширение возможностей для трудоустройства, усиление партнёрских связей проекта);
- в) последствия на уровне семей или сообществ (например, активизация участия гражданского общества, снижение уровня насилия).

Одной из типичных ошибок в проведении оценки последствий является поспешность в оценивании вмешательства — до того, как вмешательство может действительно повлиять на ситуацию. Чтобы поведенческие вмешательства в связи с ВИЧ повлияли на личное поведение, социальные нормы общества и на уровне заболеваемости ВИЧ, должно пройти достаточно много времени. Преждевременная оценка последствий программ может либо не показать никаких изменений, либо отразить краткосрочные, неустойчивые улучшения.

Оценки могут проводиться либо персоналом проекта (внутренние оценки), либо внешней организацией, специально приглашенной для этих целей (внешние оценки). В случае проведения «самооценки» финансирующим организациям настоятельно рекомендуется обеспечивать организации, предоставляющие услуги, соответствующей методологией и протоколами оценки. Проведение оценки отдельного проекта очень непрактично, это может стать простой тратой ресурсов. Поэтому, мы рекомендуем, чтобы внешние исследовательские организации разрабатывали протоколы оценки и сами проводили исследования, поскольку качественная оценка требует привлечения квалифицированных кадров, работающих на выполнение конкретной задачи.

Возможно, самым важным шагом в процессе оценки последствий является эффективное использование и распространение данных. Поскольку оценки последствий позволяют получить информацию об эффективности вмешательства, эти данные очень важны для разработчиков стратегий и программ, как на местном уровне, так и выше. Среди различных способов применения результатов оценки самым важным является улучшение и усовершенствование вмешательств в связи с ВИЧ. Оценки последствий могут быть использованы разработчиками для улучшения дизайна программ, направленных на удовлетворение особых потребностей целевых групп. Кроме того, структура и содержание программы могут быть рекомендованы (с некоторыми корректировками) для охвата других ГНВП или для применения на территориях других регионов. Результаты оценки могут стать обоснованием для распределения ресурсов среди различных программ, а также быть источником нужной информации для того, чтобы убеждать политиков в необходимости расширения программ по профилактике ВИЧ, уходу и поддержке ЛЖВС.

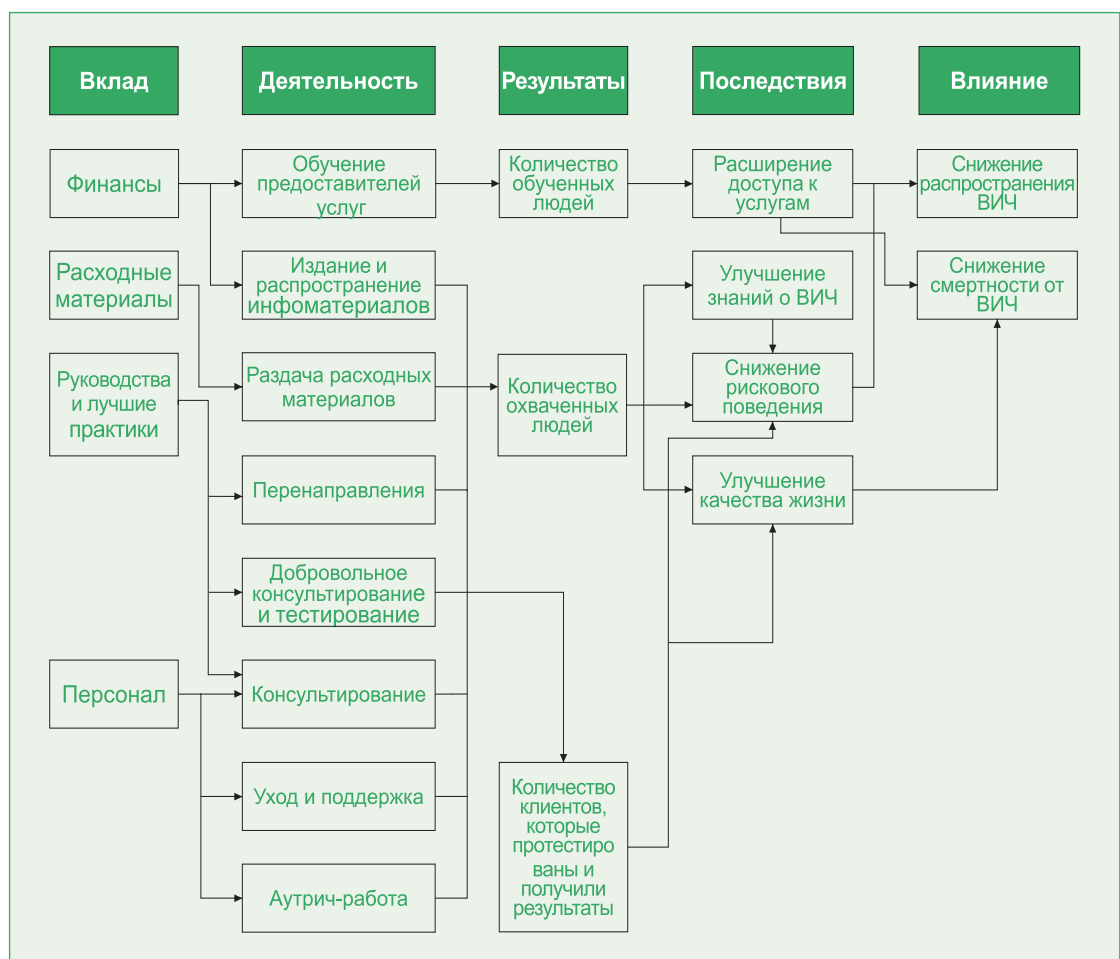
■ Как и когда его осуществлять?

Обоснованность оценки последствий и использование той или иной методологии зависит от вмешательства и условий такого вмешательства. Масштабы и затраты на мероприятия по МиО должны быть соразмерными с масштабами, охватом и стоимостью программ. Кроме того, не все мероприятия по МиО соответствуют данной программе или этапу её развития. По большому счёту, этот шаг не обязательно выполнять во всех случаях. Возможно, оценку последствий стоит провести после внедрения нового вмешательства, или, если эффективность конкретного вмешательства неизвестна — для определения его действенности. Как уже упоминалось, ещё одной задачей оценки последствий может быть проведение сравнительного анализа аналогичных проектов для определения сфер деятельности, требующих улучшения. Оценка *действенности* обычно подразумевает определение того, сработало ли бы вмешательство, если бы оно реализовалось в оптимальном варианте (требует дополнительных исследований с применением наиболее точных и тщательных методов). Оценка *эффективности* обычно означает определение того, работает ли вмешательство по мере его реализации, обычно в неоптимальных или реальных условиях (используется более прагматический программный подход).

Планирование оценки последствий начинается на ранних этапах дизайна программы. Одним из эффективных методов планирования оценки является разработка логической модели (см. *Диаграмму 4*, пример логической модели. Примечание: на *Диаграмме* указаны только некоторые логические связи между элементами программы). Логическая модель — это своеобразная «дорожная карта» программы, указывающая на последовательность выполнения разных мероприятий, а также на пути достижения желаемых результатов и последствий. Указывая точные и определённые связи между коротко-, средне- и долгосрочными последствиями, персонал программы сможет лучше оценивать прогресс и успехи программы, а также определять недостатки в её деятельности. Логическая модель может быть использована, чтобы определить, какие элементы программы требуют систематического изучения, чтобы понять, являются ли исходные программные предположения правильными, и где модель не работает так, как было запланировано. Проще говоря, она помогает связать деятельность с желаемыми последствиями, а также сфокусировать оценку на ключевых мероприятиях. Это позволит проследить, что именно происходит, что является эффективным, неэффективным и для кого.

Перед фактическим проведением оценки последствий необходимо с помощью рутинного мониторинга количественных и качественных показателей определить, осуществляется ли деятельность согласно плану и охватывают ли мероприятия целевые группы. Кроме того, только что созданный проект должен оценить, сможет ли он обслуживать достаточно большое количество клиентов с необходимой интенсивностью. Если программа не готова к оценке, то её довольно ограниченные средства, время и другие ресурсы могут быть затрачены впустую, что может послужить демотивирующим фактором для дальнейшего проведения таких оценок, или же способствовать их проведению.

Диаграмма 4. Пример логической модели проекта снижения вреда для ПИН



Проведение оценки последствий требует применения систематических и обоснованных методов. Некоторые методы, описанные в приложении 1, широко используют для проведения оценки проектов и вмешательств. В их число входят различные методы качественного анализа, описанные в *Главе VI*; операционные исследования (они обычно направлены на оценку наличия изменений в конкретных параметрах. Если таковые имеются — то делается анализ, связаны ли эти изменения с той или иной деятельностью); когортные исследования (с контрольной группой или без неё) и т.п. В большинстве случаев, модель оценки с применением любого из этих методов требует привлечения исследовательских центров, отдельных исследователей или консультантов по оценке со специальной квалификацией. Более подробную информацию о методологиях оценки проекта или вмешательства можно найти в перечне рекомендуемых материалов в конце этого пособия.

Подходящую модель исследования необходимо выбирать в самом начале реализации проекта, а еще лучше — на стадии планирования, поскольку она обычно требует сбора данных базового уровня для возможности проведения в будущем сравнительного анализа. При планировании оценки последствий, для получения самой полной картины эффективности вмешательства, можно использовать как количественные данные, так и сочетание количественных и качественных данных.

■ **Количественные методы:** Эти методы используются для большинства оценок последствий с целью измерения масштабов выполнения программных задач. Данные методы анализируют взаимосвязь между такими переменными, как личная история и особенности человека и модели поведения, связанные с риском ВИЧ-инфицирования. Инструменты включают в себя опросы и анкеты для систематического сбора и сравнения информации по конкретной выборке (когортные исследования).

■ **Качественные методы:** Эти методы необходимы для более полного понимания поведения групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, факторов, влияющих на успех вмешательств в связи с ВИЧ, а также для интерпретации количественных результатов. Примерами качественных методов могут служить интервью, фокус-группы и непосредственное наблюдение.

Одним из основных методов оценки эффективности является опрос для оценивания восприятия, поведения, знаний и отношений групп населения, подверженных наиболее высокому риску, которые охвачены проектом или вмешательством по профилактике и уходу. Качественные исследования используют надёжные и проверенные средства (обычно анкеты), распространяемые среди репрезентативной выборки населения, на которое направлено вмешательство.

Если оценка проводится внешней организацией, то персонал проекта и поставщики услуг должны быть задействованы в этом процессе, и чётко понимать важность такой оценки для улучшения проекта, его устойчивого развития и воспроизведения, а те, кто непосредственно проводит оценку, должны осознавать, что большинство организаций нуждается в информации для удовлетворения потребностей в сфере профилактики ВИЧ. Тесное сотрудничество между работниками программы и экспертами, проводящими оценку, улучшит качество и надёжность оценки последствий.

■ Ожидаемые вызовы и возможные решения

По сути своей, проведение эффективной оценки последствий вмешательств, связанных с ВИЧ — это уже вызов, требующий значительных навыков и ресурсов, а исследования среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску — это еще больший вызов. Здесь очень важно обратить пристальное внимание на препятствия, сопровождающие процесс планирования оценки. Преодоление дискриминации и маргинализации в сфере исследований и политики — это первая проблема в проведении оценок последствий, связанных с работой среди ГНВП в связи с ВИЧ. Некоторые лица, определяющие политику, и даже руководители программ и те, кто проводит оценку, считают людей, подверженных наиболее высокому риску, недостойными ресурсов, необходимых для реализации и оценивания вмешательств. Таким образом, маргинальным группам, подвергающимся самому высокому риску, уделяется недостаточно внимания. Работники программ, люди, проводящие оценку, те, кто занимается адвокацией в сфере ВИЧ, должны убедить остальных участников в необходимости продолжения вмешательств и оценки в вопросах профилактики ВИЧ и ухода.

Еще одна проблема связана с определением структуры опроса и его проведением. Группы, подверженные наиболее высокому риску, зачастую являются мобильными и труднодоступными, что создает дополнительные сложности при проведении последующих замеров. Таким образом, для получения самых надёжных оценок поведения после вмешательства, необходимо применить особую выборку и методы опроса. Это может потребовать больше времени, усилий и ресурсов, однако полезность полученной информации обычно превосходит все затраты.

Достижение и поддержание поведенческих изменений — это еще один серьёзный вызов. Разработать эффективные программы изменения поведения для ГНВР очень сложно, поэтому большинству программ не удастся повлиять на поведение. Но это не означает, что вмешательства необходимо прекратить. Скорее оценка последствий может указать на сферы вмешательств, требующие улучшения.

Одна из самых серьёзных проблем в проведении оценки проекта или вмешательства заключается в том, что в реальной жизни практически невозможно или очень сложно отделить эффект конкретного проекта или вмешательства от других сопутствующих факторов. Чтобы дать ответ на вопрос об эффекте той или иной деятельности, необходимо применить очень сложную методологию в рамках исследования. Достаточно часто пользователи информации удовлетворяются «достаточно качественными» данными, то есть фактами, которые подтверждают «внешне вполне убедительную» взаимосвязь между программными мероприятиями и желаемыми последствиями. Хотя для оценки поведенческих последствий достаточно регулярно используются неэкспериментальные методы, с их помощью не всегда можно получить информацию, необходимую для принятия обоснованных решений. В ситуациях с высокой неопределённостью или при принятии чрезвычайно важного решения необходимо применять более точные и доскональные методы, которые позволят получить надёжные подтверждения того, что вмешательство, невзирая на действие других факторов, действительно привело к наблюдаемому последствию. Однако при этом должен существовать баланс между необходимостью в точном, скрупулёзном исследовании и соответствующими затратами и осуществимостью. Также следует отметить, что экспериментальные исследования, способные установить действенность вмешательства в контролируемых условиях, в большинстве случаев не могут определить эффективность этого вмешательства после его введения в повседневную практику.

Очень важно эффективно использовать и распространять результаты оценки. Исходя из того, что процесс оценки — это весьма дорогостоящее мероприятие, необходимо обеспечить максимальное использование ее результатов.

Возможные варианты использования результатов оценки последствий:

- помощь в стратегическом планировании программ на будущее;
- обоснование для планов и деятельности в сфере развития потенциала;
- формулировка планов и решений относительно кадрового обеспечения программы;
- влияние на деятельность и решения в вопросах финансирования;
- влияние на разработку и изменения в политике организации;
- предоставление ценной информации о полученном опыте агентствам, планирующим внедрять аналогичные программы;
- влияние на государственную политику и процедуры.

Важно, чтобы данные, полученные в результате оценок последствий, были интерпретированы и объединены с информацией и уроками других мероприятий в сфере МиО, особенно с рутинным сбором данных. Данные о процессе и результатах помогут лучше понять, почему и как вмешательства были (или не были) реализованы как ожидалось, а также покажут, что на самом деле ведет к изменениям в поведении. Использование данных МиО будет подробнее рассмотрено в следующей главе.

Чтобы повысить вероятность использования данных, и разработчики программ, и те, кто проводит оценку, должны применить компонент планирования использования данных до и во время оценки вмешательства. Перед утверждением окончательного плана оценки необходимо составить список всех заинтересованных участников, например, лиц, определяющих политику, донорских организаций, персонала программы и т.п. и решить, кто из них действительно будет использовать данные оценки последствий и ка-

ким образом. На этом же этапе необходимо определить все возможные препятствия к использованию этой информации и обсудить стратегию их преодоления. Например, этой стратегией может быть формирование личной заинтересованности участников в такой информации, или же включение в оценку таких вопросов, которые будут интересны и значимы для конечных пользователей.

Результаты оценки должны быть доступными для целевых групп, а те, в свою очередь, должны принимать активное участие в дальнейшем распространении этой информации. Выводы и результаты оценки должны распространяться своевременно и в удобном для пользователей виде, с помощью:

- формальных и неформальных сетей внутри общин ГНВР, во время встреч, путем распространения информационных бюллетеней и т.п.;
- профессиональных конференций на темы ВИЧ и МиО, путём представления документов для обсуждения и постеров;
- журналов (специализированных или популярных изданий);
- электронных средств массовой информации, например, веб-страниц, электронных газет и электронной почты.

Предавая гласности результаты оценки, особенно среди сообществ ГНВР, очень важно адаптировать эту информацию для аудитории. Следует избегать чрезмерного употребления технических терминов и научного языка, перефразировать важные концепции и представлять их максимально практично. Во время презентаций необходимо объяснять аудитории, почему эти результаты важны для них, каково их влияние на людей и на всё сообщество.

Практический пример

В 2006–2007 году Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине инициировал проведение опроса среди клиентов проектов по фокусной профилактике. Для сбора информации о знаниях и поведении в связи с ВИЧ среди представителей групп, подвергающихся наиболее высокому риску, была разработана простая анкета. Для оценки таких знаний и поведения использовалась единая методология ЮНЭЙДС (см. «Руководящие принципы разработки ключевых показателей», ЮНЭЙДС, март 2007 г.).

Одна и та же анкета была предложена группе «старых» клиентов проектов (тех, кто пользовался услугами проектов в течение некоторого времени) и «новым» клиентам, которые были опрошены во время первого контакта с работниками проектов. Исследование основывалось на предположении о том, что «старые» клиенты обладают более высоким уровнем знаний и практикуют более безопасное поведение, чем «новые» клиенты.

В большинстве случаев это предположение подтвердилось, хотя в некоторых случаях различия между знаниями и поведением «старых» и «новых» клиентов оказались незначительными. Например, опрос ПИН показал следующие результаты: несмотря на усилия проекта, респонденты, которые являются клиентами программ по профилактике, продолжают практиковать небезопасное поведение, подвергаясь риску ВИЧ-инфицирования. В целом, около 18% респондентов по-прежнему пользуются использованными шприцами. Что касается «новых» клиентов, то среди них 23% использовали чужие шприцы или иглы во время последней инъекции (среди «старых» клиентов этот показатель составил 16%). Исследование также показало, что значительное количество респондентов (38%) осведомлено о моделях безопасного поведения, однако они не применяют эти знания на практике.

У этого исследования было несколько ограничений. Во-первых, оно проводилось сотрудниками проектов, которые не являются профессиональными социологами. Как следствие, методология не всегда была соблюдена, и данные разных организаций невозможно сопоставить и сравнить. Кроме того, во многих случаях «исследователи» пытались «схитрить», чтобы улучшить показатели проекта. И, как уже упоминалось выше, полученные результаты нельзя объяснить только проектной деятельностью, поскольку существует целый ряд сопутствующих факторов, которые необходимо учитывать при проведении более сложного анализа.

Глава IX

ШАГ СЕДЬМОЙ:

ВОПЛОЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МИО В УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННЫХ

■ Что означает этот шаг? Для чего он предназначен?

Конечной целью сбора данных является обеспечение использования этой информации в процессе принятия решений. Данные — это мощное средство для ведения адвокационной работы, распределения ресурсов, обеспечения отчётности, разработки и усовершенствования программ, а также для внесения изменений в отдельные вмешательства и программы (или реорганизации программ). Эта задачу должны выполнять как *финансирующие организации*, так и *организации, предоставляющие услуги*, хотя масштабы такого анализа в обоих случаях различны.

В этой главе мы рассмотрим два уровня анализа и использования данных. Первый уровень касается анализа и использования данных программного мониторинга и оценки, а второй — проведения более масштабного анализа данных МИО с использованием различных источников информации, в котором данные программного МИО являются лишь одним из компонентов.

Программный мониторинг позволяет получить количественные и качественные данные о прогрессе и деятельности программы, в частности, позволяет узнать следующее:

- Соответствуют ли полученные результаты целям, поставленным на этапе планирования?
- Является ли качество реализации программы и предоставления услуг достаточным?
- Находится ли программа на правильном пути к достижению своих целей и задач?

Руководители должны регулярно использовать эту информацию для принятия операционных решений, определения необходимых зон развития и распределения ресурсов. Это один из важнейших шагов всего процесса МИО, поскольку он устанавливает связь с реализацией программы и гарантирует использование мониторинга в целях улучшения деятельности программы.

Полезность данных программного МИО только возрастёт, если они будут интегрированы в повседневное управление программой, а ключевые выводы и информация будут регулярно предоставляться всем заинтересованным участникам. В свою очередь, это будет способствовать проведению своевременных корректировок программы в ответ на изменения динамики эпидемии и приоритетных задач. Это требует разработки стратегий распространения информации, которые позволят направлять ее всем участникам в удобной, легко усваиваемой форме, и которые будут способствовать использованию данных для совершенствования программы.

Во многих странах в связи с ВИЧ сегодня происходит расширение вмешательств, нацеленных на группы, подверженные наиболее высокому риску. Мониторинг таких усилий способствует предоставлению целевым группам таких комплексных вмешательств, а их масштабы соответствуют потребностям. Получив доступ к дополнительным ресурсам, программы несут ответственность за эффективное предоставление этих услуг; они должны отчитываться перед национальными правительствами, донорскими организациями и международным сообществом о количестве охваченных клиентов в рамках процесса получения оценок охвата. Анализ прогресса в обеспечении охвата может стать полезным инструментом для демонстрации результатов и получения дополнительных ресурсов.

Кроме «отдельного» использования данных программного МиО, их также используют для проведения более широкого анализа, в котором программные данные становятся одним из источников информации. Для того, чтобы увеличить надежность и обоснованность анализа, количественные и качественные программные данные должны анализироваться вместе с релевантной поведенческой, биологической и эпидемиологической информацией (полученной путём рутинного или дозорного эпиднадзора), что позволит получить комплексную картину о контексте проявления рискованного поведения, а также показать, реализуются ли коллективные усилия в масштабах, достаточных для того, чтобы повлиять на эпидемию. Такой целостный анализ называется «триангуляцией», поскольку в нем используются разные подходы к определению массивов данных или методы для интерпретации той или иной ситуации. Без применения жестких, контролируемых исследований, триангуляция данных в некоторых случаях может использоваться для установления взаимосвязи между оцениваемым вмешательством и наблюдаемыми поведенческими или эпидемиологическими изменениями.

Цель триангуляции — увеличить надёжность и обоснованность программной оценки путем использования и анализа данных из множественных источников, зачастую получаемых с помощью разных методов. Благодаря этому методу, при оценивании эффективности программы (отдельно или собирательно при обобщении), данные можно подкрепить и усилить, а преимущества одного метода сбора или источника данных могут компенсировать недостатки (или субъективность) другого. Основываясь на структуре МиО (см. главу II), триангуляцию можно использовать для получения ответов на следующие вопросы, касающиеся эффективности на уровне последствий и влияния:

- Являются ли вмешательства эффективными и приводят ли они к переменам?
- Какие изменения в показателях последствий и влияния можно наблюдать на уровне населения, и что они означают?
- Можно ли наблюдаемые изменения в показателях последствий и влияния объяснить результатами деятельности программы? Реализуются ли коллективные усилия в масштабах, достаточных для того, чтобы повлиять на ход эпидемии?

В большинстве рутинных программных вмешательств в сфере ВИЧ данные поступают из различных источников. Как уже описывалось в организации структуры, комплексный подход к МиО включает в себя последовательный и циклический процесс, где для ответов на разные вопросы используются различные методы. В то время, как каждый метод сбора данных имеет свои собственные ограничения, их совместное, взаимодополняющее использование помогает преодолевать любые недостатки. С этой точки зрения единой иерархии исследовательских методов не существует, а знания поступают благодаря последовательному использованию взаимодополняющих методов исследования²⁶.

■ Как и когда его осуществлять?

Анализ программных данных с целью выработки определённых решений можно проводить «спонтанно», при наличии данных, важных для операционного, управленческого принятия решений. Однако, анализ программных данных, как правило, интегрируют в обычный проектный цикл *финансирующих организаций*, и потому такой анализ проводится в соответствии с определёнными правилами, один раз в год (что совпадает с обычным проектным циклом), чтобы обосновать решения по планированию и финансированию отдельных *организаций, предоставляющих услуги*, на следующий программный год.

Финансирующие организации применяют данные программного мониторинга для оценки и управления деятельностью на двух разных уровнях:

- На уровне отдельных организаций, предоставляющих услуги;
- На уровне общей программы.

²⁶ — «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007 г., Глава 9

Специалисты финансирующей организации изучают рутинные отчёты и другие мониторинговые данные **каждой отдельной НПО** для оценки ее деятельности и определения необходимости поддержки или корректировки. Такой анализ является основанием для утверждения/принятия решения относительно будущих проектов и планов технической помощи.

Рутинные отчёты организаций, *предоставляющих услуги*, подаваемые в *финансирующую организацию*, содержат ключевые данные по программному МиО, которые регулярно просматривают и анализируют руководители. Ниже предлагается ряд базовых вариантов принятия решений о реагировании на эти мониторинговые данные:

- Если между целями и полученными результатами существует соответствие, а предоставление услуг находится на надлежащем качественном уровне, то мероприятия в следующем квартале реализуются согласно плану, с небольшими корректировками (если это необходимо).
- Если результативность намного превышает ожидаемую, то руководители должны в первую очередь проверить точность данных (см. *Главу VII*). Если программа (или один из пунктов или компонентов оказания услуг) действительно превосходит цели, то причины и условия этого необходимо тщательно задокументировать с тем, чтобы другие службы, компоненты или организации смогли воспользоваться уроками этого успеха. Успешная организация может также поддержать других или использовать историю успеха для получения дополнительного финансирования.
- Если данные мониторинга свидетельствуют о возможном невыполнении определённых задач (особенно относящихся к целям охвата), или возникают сомнения относительно качества программы, то в ответ на эти проблемы на протяжении следующего периода проводятся необходимые улучшения/изменения. Кроме особого управленческого внимания к возникшей проблеме, также может возникнуть необходимость в перераспределении ресурсов для усиления слабых мест, а также в предоставлении дополнительной технической помощи или в обучении.
- Если данные свидетельствуют о серьёзных отклонениях от поставленных целей и/или о возникновении серьёзных проблем с качеством, мероприятия по корректировке деятельности осуществляются немедленно, до продолжения реализации программы. Такие меры могут включать в себя специальные мероприятия по развитию потенциала или навыков работников в определённых сферах, перераспределение финансовых ресурсов, открытие новых пунктов предоставления услуг на других территориях для привлечения новых клиентов и т.п.

Финансирующие организации также синтезируют и сопоставляют мониторинговые данные всех организаций и проектов, предоставляющих услуги, для того, чтобы оценить результативность **всей программы** и ее компонентов. Основываясь на этих данных, они могут оценить общий прогресс относительно целей/задач и стандартов качества, а также определить зоны улучшения, корректировки и приоритеты для распределения ресурсов для программы в целом. Документирование наилучших практик является неотъемлемой и очень важной частью этого процесса, поскольку эта информация становится основой для воспроизведения наиболее успешных мероприятий, вмешательств и подходов.

На этом уровне также важно определить, находится ли программа на правильном пути к достижению своих целей и задач на уровне последствий и влияния, основываясь на данных мониторинга, внутренней и внешней оценки (см. *Главу VIII*). Наряду с постоянными корректировками, необходимо предусмотреть возможность для того, чтобы время от времени пересматривать общую программную стратегию (например, перераспределение ресурсов между проектами, направленными на разные уязвимые группы, если факты свидетельствуют о том, что движущей силой эпидемии являются ПИН (а не РКС), и наоборот и т.п.).

Стратегические решения, которые принимаются не по каждому отчёту (ежемесячному/ежеквартальному), но осуществляются раз в год, когда организация готовит свой годовой план, (см. *Главы III–V*):

- Рассматривают тенденции результативности с течением времени. Например, какое состояние текущего охвата? Он увеличивается, остается на том же уровне или снижается? Даже если организация достигает поставленных целей, проблема не исчезнет, если показатели текущего охвата снижаются. Точно так же, организация может испытывать трудности в достижении целей, но постоянно увеличивать свой охват — это может означать, что цели завышены, а реальная результативность находится на хорошем уровне, или есть возможности для дальнейшего увеличения охвата.

- Изучают более широкий контекст и анализируют, смогут ли мероприятия внести реальный вклад на уровне последствий или влияния. Например, организация достигает своей запланированной цели — охватить 100 ПИН, но если в регионе проживает 1000 ПИН, то эта цель, возможно, слишком низкая, чтобы иметь реальное влияние на поведение и показатели инфекции.

*Организации, предоставляющие услуги, должны использовать данные программного мониторинга для ежеквартальной оценки собственной деятельности, а также проверять, находятся ли они на правильном пути, и нужна ли им дополнительная поддержка для улучшения результативности. Менеджерам проектов *организаций, предоставляющих услуги*, также рекомендуется ежегодно проводить глубокий анализ программных данных перед подачей проектной заявки с перечнем мероприятий, целей и бюджетом на следующий год. Это самая лучшая возможность для принятия программных решений на основе данных о деятельности и МиО. Проектная заявка на следующий год должна учитывать программную результативность в прошедшем году и дать ответы на вопросы относительно тенденций и контекста, описанного выше. Этот анализ может включать в себя показатели деятельности каждого пункта предоставления услуг /социальных работников, отзывы клиентов, анализ ситуации, данные о среднем потреблении и раздаточных материалов и услуг, оценки потребностей и т.п.*

Триангуляционный анализ для оценки эффективности должен проводиться в особых случаях. Ниже предлагается список критериев для определения целесообразности проведения триангуляционного анализа:

- Когда вмешательства осуществлялись в течение достаточно продолжительного времени, чтобы изменения, происходящие на уровне населения, можно было бы объяснить программными вмешательствами. Что касается поведенческих изменений, то этот период составляет от двух до трёх лет.

Что касается распространенности ВИЧ, то в идеале должно пройти от пяти до семи лет, прежде чем можно будет связать деятельность программы по профилактике с изменениями в показателях распространённости.

- Когда вмешательства реализовывались с достаточной интенсивностью и достаточно высоким охватом для того, чтобы ожидать проявления эффектов программы на целевых группах.

- Когда данные программного уровня, включая результаты программы, оценки охвата, качество программных вмешательств имеются в наличии, являются полными, высококачественными и доступными для анализа.

- Если результаты программных оценок указывают, что программные мероприятия осуществлялись согласно плану. Если это не так, то нет смысла проводить триангуляционную оценку эффективности вмешательств.

Перекрёстные данные о поведенческих и биологических последствиях и влиянии обычно являются первичными и главными источниками информации для проведения триангуляционного анализа. Эти источники удобны тем, что их можно обобщать по группам населения, охваченным программой по профилактике, что позволяет делать выводы по результатам этих опросов. Объединив их с данными программного уровня, полученными от программ, охватывающих те же группы населения, можно установить связь между изменениями на уровне населения и программными мероприятиями. Кроме этих количественных данных, введение качественных данных в этот анализ может предоставить контекстную информацию и помочь в интерпретации выводов и фактов.

Стандартные источники данных триангуляции для оценки программ

- Повторные поведенческие исследования и исследования распространённости ВИЧ;
- Результаты рутинного процесса оказания услуг программами;
- Оценки обеспечения качества и улучшения качества;
- Качественные исследования, например, глубинные интервью, фокус-группы, интервью с представителями ключевых сообществ и экспресс-оценки.

Методы и средства сбора данных об уровне знаний, поведении, распространённости ВИЧ и других ключевых показателях, используемых в триангуляционном анализе, не являются объектом особого интереса этого пособия. Однако, существует много пособий и инструкций, посвящённых этим вопросам (см. рекомендуемые источники в конце этого пособия).

Триангуляция обычно используется для определения эффективности конкретной программы или общей эффективности нескольких программ. Однако она не позволит получить точные количественные оценки эффекта программы, поскольку последние требуют более тщательных, контролируемых экспериментальных подходов. Но при отсутствии таких подходов, что очень распространено в повседневной деятельности в сфере ВИЧ, триангуляция — это полезный подход для использования имеющихся данных с целью максимально глубокой оценки эффективности программы.

Стандартизированной методологии триангуляции, которую можно применить для целостного триангуляционного анализа, не существует, да ее и не может быть. Конкретные методологические подходы должны быть адаптированы к условиям реализации программы, а также источникам и качеству имеющихся данных²⁷.

■ Ожидаемые вызовы и возможные решения

Процесс анализа данных для выработки решений определяется, в первую очередь, наличием достоверных данных, поэтому этот процесс зависит от функционирования всей системы МиО, описанного в каждом из предыдущих шагов. Следующие простые рекомендации помогут оптимизировать использование данных:

- Генерировать данные высокого качества. Это требует серьёзных вкладов на протяжении всего процесса сбора данных;
- Оценить способы использования данных в будущем, сделать данные максимально прозрачными и доступными;
- Определить различных конечных пользователей, предоставлять и формировать пакеты данных согласно их потребностям, используя при этом минимальное количество показателей на каждом уровне;
- Создать механизмы для эффективной системы использования данных, включая возможности для обратной связи путем наблюдения на всех уровнях и гарантируя соответствие и действенность данных на каждом уровне;
- Обеспечивать сопричастность на протяжении всего процесса сбора данных, что подразумевает усиление потенциала национальной и местных систем МиО для гарантирования сбора унифицированных и качественных данных в рамках стабильной системы;
- Принять меры для создания группы поддержки МиО с активным привлечением ключевых участников, в том числе представителей органов власти, донорских агентств, НПО, гражданского общества и академических учреждений для помощи правительству в разработке и внедрении национальных стратегий в сфере МиО;

²⁷ — «Основы мониторинга и оценки программ профилактики ВИЧ среди групп, подверженных наиболее высокому риску», апрель 2007, см. главу 9 для получения более подробной информации

- Распределять достаточные ресурсы для разработки и внедрения плана использования данных;
- Обеспечивать максимально широкое применение данных, гарантируя их прозрачность и доступность для общественности.

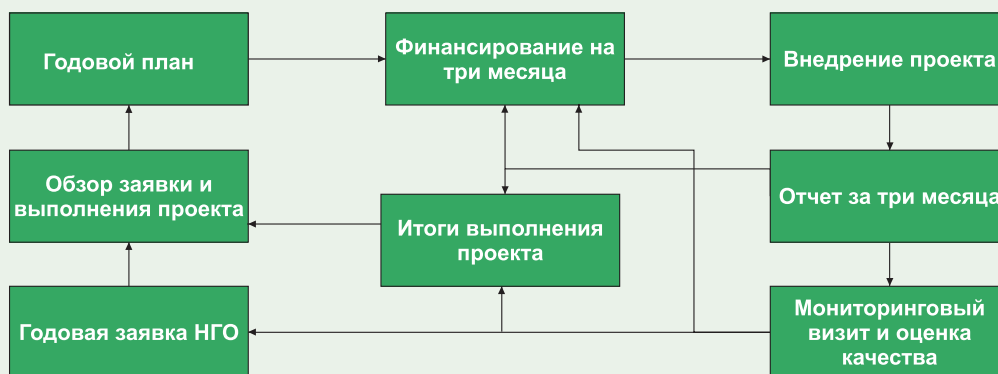
Принимая во внимание разнообразие методов и источников данных, используемых в проведении триангуляции, настоятельно рекомендуем использовать командный подход с привлечением к участию. Одним из преимуществ триангуляции являются многочисленные исследования, которые позволят минимизировать субъективность, связанную с техническим и эмпирическим опытом каждого отдельно взятого исследователя. В процесс оценки наличия и качества данных, а также методов и подходов к интеграции и синтеза данных, необходимо вовлекать исследователей с богатым опытом качественных и количественных исследований. Руководители программ, соответствующие участники и представители групп, подверженных наиболее высокому риску должны быть задействованы в формулировании и определении вопросов и масштабов оценки эффективности с тем, чтобы её результаты имели наибольшую ценность. Для того, чтобы снизить любую субъективность в формировании «желательных» результатов, рекомендуется, чтобы главные исследователи не были непосредственно задействованы в процессы разработки и реализации программы. Хотя это не всегда возможно, это действительно помогает сохранить объективность.

Очень важно, чтобы представители групп, подверженных наиболее высокому риску, принимали участие в процессе оценки, что гарантирует получение их сообществами должной обратной связи по результатам, информации об изменениях в поведении и тех типах поведения, которые не изменились. Кроме того, их участие важно для того, чтобы избежать негативных рефлексий и последствий для групп населения, охваченных вмешательствами. Результаты должны использоваться конструктивно, чтобы наилучшим образом повлиять на разработку и внедрение будущих вмешательств, направленных на ГНВР. На коллективном уровне определение эффективности национальных ответных мер на эпидемию очень важно для политики, адвокационной деятельности, программного планирования и МиО.

Практический пример

Исходя из того, что финансирующие организации работают с большими программами и большим количеством организаций, предоставляющих услуги, они нуждаются в более обобщенной информации о деятельности ПУ. Например, Альянс в Украине использует Итоговую форму результатов деятельности проекта для каждого ПУ, которая содержит ключевые количественные показатели деятельности, а также оценку качества на основе квартальных отчетов и мониторинговых визитов. Это итоговое резюме используется для принятия решений о финансировании проектных предложений НПО на следующий год.

Годовой цикл планирования, осуществления и мониторинга деятельности ПУ — Альянс в Украине



Также см. Приложение 8 — пример Итоговой формы.

Глава X

ЦИКЛ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

Как уже упоминалось в главе II, программный мониторинг является частью более широких, общих процессов в рамках национальной системы Мониторинга и Оценки. У разных стран существуют разные потребности в сфере Мониторинга и Оценки, частично продиктованные уровнем распространённости ВИЧ/СПИДа, а также структурой здравоохранения. Однако все успешные системы Мониторинга и Оценки имеют ряд общих элементов, что было доказано несколькими успешными программами в ряде стран. Перечень этих элементов представлен в Таблице 5.

Таблица 5. **Ключевые составляющие эффективной системы МиО²⁸**

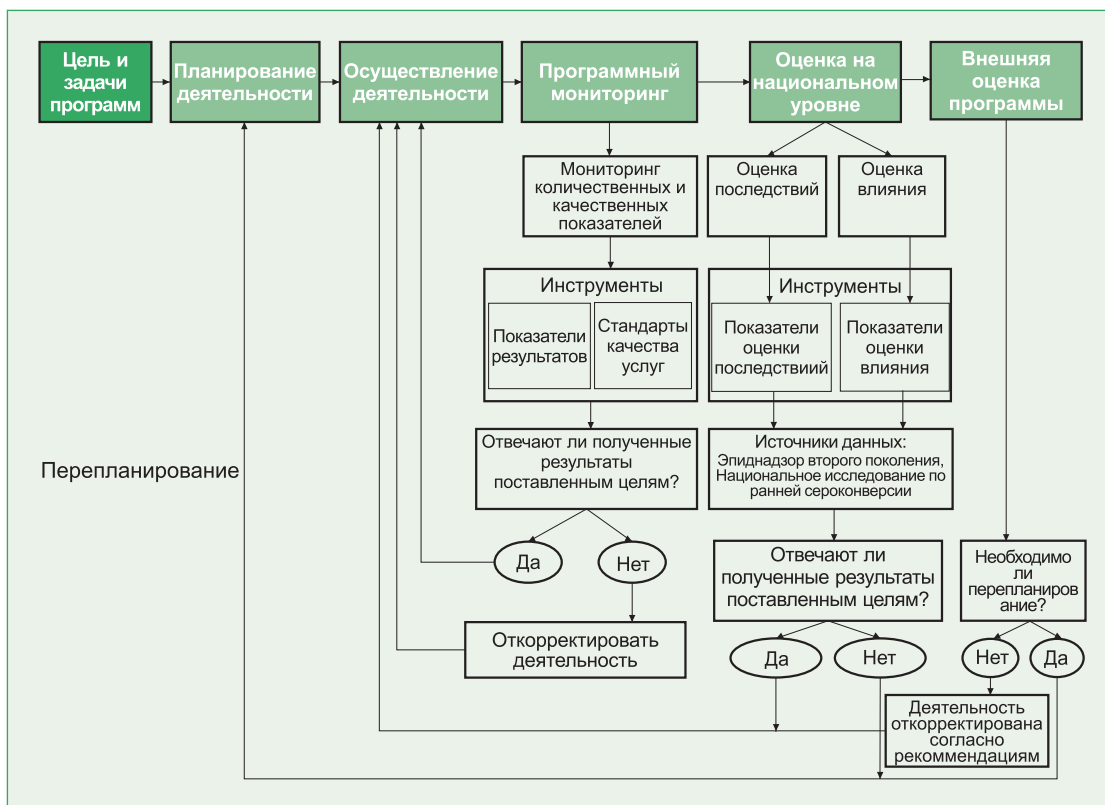
ОТДЕЛ МИО	<ul style="list-style-type: none">■ Создание отдела МиО в рамках Министерства здравоохранения, располагающего необходимым техническим персоналом и персоналом, отвечающим за обработку данных. Этот отдел должен, среди прочего, координировать работу по МиО по всей стране, и должен быть интегрирован в более широкую систему удовлетворения статистических потребностей страны.■ Нормативные документы и руководство в сфере МиО для субнациональных районов, областей и провинций.■ Бюджет для МиО должен составлять от 5% до 10% от совместного национального бюджета по ВИЧ/СПИДу из всех источников. В среднем, в качестве ориентира следует использовать 7%.■ Значительный национальный вклад в общий бюджет МиО (исключающий полную зависимость от внешних источников финансирования).■ Официальная связь МиО с соответствующими министерствами, НПО и донорами, а также национальными исследовательскими учреждениями, которая содействует улучшению работы по операционным исследованиям.■ Наличие многосекторной рабочей группы, обеспечивающей содействие и консенсус в отношении выбора показателей и различных аспектов структуры и осуществления МиО.■ Наличие квалифицированных работников в отделе МиО или в связанном с ним подразделении для работы в следующих областях: эпидемиология, поведенческая наука/социология, обработка информации и статистика, распространение информации, отслеживание ресурсов (как финансовых, так и материальных).
ЧЕТКИЕ ЦЕЛИ	<ul style="list-style-type: none">■ Чётко определённая национальная программа или планы проекта с чётким определением целей, плановых показателей и оперативных планов. Национальные планы МиО должны пересматриваться каждые 3–5 лет, а оперативные планы — ежегодно.■ Регулярные обзоры/оценка хода работы по осуществлению национальной программы или планов проекта в сравнении с целями.■ Координация национальных и донорских потребностей в отношении МиО.
ПОКАЗАТЕЛИ	<ul style="list-style-type: none">■ Набор приоритетных и дополнительных показателей на различных уровнях МиО.■ Согласованные показатели, которые поддаются сопоставлению с течением времени и имеют четкие цели.■ Ряд основных показателей, которые поддаются сопоставлению с данными из других стран.
СБОР И АНАЛИЗ ДАННЫХ	<ul style="list-style-type: none">■ Общий национальный план сбора и анализа данных, включая обеспечение их качества.■ План по сбору данных и периодическому анализу показателей и связанных с ними наборов данных на различных уровнях МиО (включая географические).■ Эпиднадзор второго поколения, при котором поведенческие данные взаимосвязаны с данными надзора за заболеваниями.

²⁸ — Адаптировано из «Методологического руководства по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулёз и малярия», январь 2006 г. (второе издание), стр. 9–10

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ДАННЫХ	<ul style="list-style-type: none"> Общий план распространения данных на национальном уровне с доступными прозрачными и своевременными данными. Прозрачность важна для обеспечения достоверной отчётности. Ежегодные совещания для распространения и обсуждения результатов МиО и научных исследований с теми, кто определяет политику, занимается вопросами планирования и практическим осуществлением. Центр анализа и синтеза информации для подготовки и распространения данных. Прозрачная и доступная общественности централизованная база данных или библиотека всех данных, касающихся ВИЧ/ СПИДа, включая текущие исследования. Координация национальных и донорских потребностей в отношении распространения данных по МиО.
СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	<ul style="list-style-type: none"> Избранные приоритетные исследования последствий / оценки. Включают в себя, если необходимо, качественные исследования. Включают в себя операционные исследования

После создания системы МиО, весь процесс МиО функционирует как замкнутый цикл, который объединяет общие программные цели, планирование, осуществление, программный мониторинг, внутреннюю и внешнюю оценку программ. На *Диаграмме 5* изображен Цикл МиО.

Диаграмма 5. **Цикл МиО**



Выше мы подробно описали все процессы программного МиО (теперь вы можете увидеть место программного МиО в полном цикле Национальной системы МиО). Предлагаем краткое описание оценки на национальном уровне и внешней оценки.

■ Оценка на национальном уровне

Оценка на национальном уровне (см. *Диаграмму 5*) состоит из оценки последствий и влияния. Как уже описывалось выше, используемыми для её измерения средствами являются, соответственно, показатели уровня последствий и влияния. Данные для этих показателей собирают посредством проведения поведенческих и эпидемиологических компонентов дозорного эпиднадзора второго поколения (связывающего эпидемиологические и поведенческие исследования), а также путем проведения национальных дозорных исследований ранней сероконверсии (см. приложение 9 с описанием этого исследования, проводимого в Украине).

Социологические исследования для сбора данных на национальном уровне разделяются на три разных вида:

- 1** — Исследования поведенческого мониторинга среди групп, подверженных наиболее высокому риску (ПИН, РКС, заключённые, МСМ, молодежь, военнослужащие). Эти исследования проводятся с применением унифицированной методологии и анкет, в соответствии с международными руководящими принципами.
- 2** — Специальные исследования охвата целевых групп различными вмешательствами по профилактике (охват школьников, политика на рабочих местах, охват больных ИППП и т.д.). Для регулярного сбора данных по национальным показателям используется стандартизованная методология, а что касается разовых опросов, то методология разрабатывается в соответствии с задачами исследования.
- 3** — Другие специальные исследования, необходимые для оценки конкретных инициатив или программ. Они должны определяться в тесном сотрудничестве с Технической рабочей группой ООН по ССГАООН.

Дозорный эпидемиологический надзор является базовым источником данных об уровнях распространённости ВИЧ среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску в Украине. Таким образом, говоря о профилактических вмешательствах, итоговая эффективность проектов измеряется с помощью данных дозорного эпидемиологического надзора.

Если реальные результаты соответствуют поставленным целям, то услуги будут и впредь предоставляться согласно плану или после незначительной коррекции. В противном случае происходит перепланирование. Этот процесс может состоять из пересмотра количественных/качественных компонентов предоставления услуг (корректировка с целью обеспечения ожидаемого влияния), или изменения общей стратегии программы (например, перераспределение ресурсов между проектами, направленными на охват разных уязвимых групп, если факты свидетельствуют, что движущей силой эпидемии являются ПИН, а не РКС, и наоборот) в рамках рабочего плана.

■ Внешние оценки программ

Внешние оценки проводятся в больших программах; они рассматривают действенность и эффективность их ключевых компонентов, а также оценивают их общее влияние на национальные ответные меры в связи с ВИЧ/СПИДом. Это достигается путем использования внешних оценок ключевых компонентов программы и систематической реализации рекомендаций оценок в процессе перепрограммирования и усовершенствования программных мероприятий и качества услуг. Обычно оценку разделяют на две основные категории: а. Промежуточная оценка и б. Конечная оценка программы. Каждая из этих оценок имеет собственные цели и результаты.

■ Промежуточная оценка

Задание промежуточной оценки состоит в следующем: проанализировать сильные и слабые стороны отдельных компонентов программы; предоставить оценку проблем/улучшений программы, которые необходимо предпринять для улучшения последствий, охвата и качества услуг; разработать рекомендации с указанием чётких путей усиления программной деятельности на оставшийся период реализации.

■ **Окончательная оценка программы**

Окончательная оценка программы проводится на её конечном этапе. Особые задания конечной оценки включают в себя следующее: анализ общего вклада программы в национальные ответные меры на ВИЧ/СПИД в стране; чёткая фиксация достижений программы, а также оценка устойчивости и непрерывности услуг, предоставляемых программой после её завершения.

Результаты оценок необходимо предавать гласности, обсуждать с участниками и использовать в целях перепрограммирования. И, как указано в *Диаграмме 5*, мероприятия изменяются и перепланируются на основании рекомендаций, полученных в результате внешних оценок.

ВЫВОДЫ

Мы попытались подготовить это пособие таким образом, чтобы оно смогло помочь отдельным организациям и большим национальным/субнациональным программам и проектам, работающим в сфере профилактики ВИЧ среди уязвимых групп, а также предоставляющим услуги по уходу и поддержке ЛЖВС, в разработке системы программного мониторинга и оценки и обеспечении ее функционирования. Авторы пособия убеждены в том, что качественная и надёжная система Мониторинга и Оценки необходима для эффективной реализации вмешательств, направленных на борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Благодаря ей отдельные программы и проекты не собьются с верного пути, внося свой важный вклад на уровне влияния.

И в завершение мы бы хотели подчеркнуть, что система Мониторинга и Оценки должна быть максимально простой. Обычно люди искусственно усложняют этот процесс. Все, что необходимо для разработки и реализации качественной системы Мониторинга и Оценки — это здравый смысл и хороший менеджмент.

Приложения

ПРИЛОЖЕНИЕ 1¹

ИНСТРУМЕНТЫ И МЕТОДЫ ИЗМЕРЕНИЯ ДАННЫХ

Средства измерения	Основные характеристики	Примеры использования методов измерения
Статистика по услугам в сфере здравоохранения	Регулярный сбор информации в медучреждениях. Мониторинг программ.	<ul style="list-style-type: none"> Регистрационные данные различных медучреждений
Обзор медицинских учреждений	Обзор, направленный на работу медицинских учреждений с целью сбора информации о наличии человеческих ресурсов, оборудования, товаров первой необходимости, лекарств и видов оказываемых услуг.	<ul style="list-style-type: none"> Исследования медучреждений на местах (например, оценка предоставления услуг по ВИЧ/СПИДу) SAMS (Исследования по составлению карты доступности услуг)
Качественные методы	Направлены на определение того, «что существует» и «почему оно существует», а не «сколько его». Позволяя людям высказывать своё мнение, взгляды и опыт так, как они хотят, качественные методы направлены на такое понимание реальности, которое было сформировано исследуемой группой, не навязывая им заранее подготовленный опросник или структуру (всегда разрабатываемую исследователями) <i>(Maier B. Gorgen, R et al 1995).</i>	<ul style="list-style-type: none"> Глубинные интервью (индивидуальные, фокус-группы, ключевые информанты) Прямое наблюдение Интерактивная или проекционная техника (комментарии на плакатах, незаконченные истории/комментарии, ролевые игры)
Операционные исследования	Операционные исследования (ОИ), которые еще называют целенаправленной оценкой, дополняют систему МиО. Основная задача ОИ состоит в предоставлении программным менеджерам информации, необходимой для развития, улучшения и расширения программ. Если при оценке обращается внимание на то, можно ли соотнести результат с программой, то ОИ главным образом предназначены для ответа на вопрос, является ли программа правильной, лучшей для решения поставленных задач. Их можно воспринимать как практические систематические процедуры для определения и решения проблем, связанных с программой.	<p>Примеры ОИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Приверженность Равный доступ Затраты Связь профилактики и лечения Разные модели вмешательств
Исследования дозорных участков	Сбор данных о распространённости в группах, которые более или менее представляют общее население (например, беременные женщины) или/а также в группах населения, подверженных наиболее высокому риску инфицирования и передачи инфекции. Может проводиться в виде связанного с болезнью или независимого анонимного тестирования, как с получением информированного согласия, так и без него.	<ul style="list-style-type: none"> Надзор за распространённостью ВИЧ среди беременных женщин или в указанных группах повышенного риска.

¹– Взято с «Методологического руководства по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулёз и малярия», январь 2006 г. (второе издание)

Средства измерения	Основные характеристики	Примеры использования методов измерения
Обследования/опросы населения	Исследование основано на выборке целевого или общего населения, и, как правило, направлено на отражение характеристик, поведения и привычек населения. Для этого требуется достаточный размер выборки, которая представляет большую часть населения. Выборка анализируется по подгруппам, по возрасту, полу, региону и целевым группам населения. Обычно проводится специализированными исследовательскими учреждениями.	<ul style="list-style-type: none"> ■ MICS (Кластерное исследование набора индикаторов), DHS, DHS+ (Опрос домохозяйств относительно здравоохранения), AIS (Исследование индикаторов по ВИЧ/СПИД), BSS (Дозорное поведенческое исследование) и др.

Примеры применения средств и методов измерения данных

Сфера применения	Средства и методы измерения данных	Ограничения	Рекомендации
Влияние, связанное с распространённостью ВИЧ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Местный дозорный эпиднадзор за ВИЧ ■ Исследования населения, отбирающие представителей для тестирования на ВИЧ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Сложности при измерении или оценке численности населения, подверженного риску ■ Субъективность выборки по обоим подходам 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Оценки распространённости должны иметь диапазон ■ Используйте руководства ВОЗ/ЮНЭЙДС для проведения дозорных исследований типа ВИЧ и для измерения распространённости ВИЧ в стране при исследованиях населения
Знание и поведение общего населения	<ul style="list-style-type: none"> ■ Исследования населения: BSS (Дозорное поведенческое исследование), КАР (исследование знаний, отношения, поведения), MICS (Кластерное исследование набора индикаторов), DHS, DHS+ (Опрос домохозяйств относительно здравоохранения) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Субъективность личных сообщений ■ Исследования семей часто основываются на недостаточной выборке ГНВП ■ Проводятся только раз в несколько лет 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Пересмотрите, на какое время в стране запланировано проведение MICS (Кластерное исследование набора индикаторов) и DHS, DHS+ (Опрос домохозяйств относительно здравоохранения), чтобы определить время возможного получения результатов
Знание и поведение групп, подверженных наиболее высокому риску	<ul style="list-style-type: none"> ■ Специальные исследования ГНВП в стране 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Сложно построить репрезентативную выборку ■ Субъективность ответов 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Планируйте исследования, направленные на ГНВП, особенно в странах с концентрированной эпидемией ■ Изучите лучшие международные практики по проведению опросов ГНВП, чтобы минимизировать субъективность выборки и ответов
Лица, прошедшие обучение по разным темам, относящимся к профилактике ВИЧ лечению, уходу и поддержке	<ul style="list-style-type: none"> ■ Записи об обучении ■ Записи о сертификации 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Обучение не всегда стандартизировано ■ Те, кто проходит подготовку, могут не оказывать услуги 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Страны, возможно, внедряют процессы сертификации для обеспечения того, чтобы лица, прошедшие обучение, отвечали минимальным национальным требованиям к тематике обучения ■ Необходимо принять решения о подходах к подсчёту лиц, прошедших обучение по нескольким темам

Сфера применения	Средства и методы измерения данных	Ограничения	Рекомендации
<p>Доступ к предоставлению различных услуг (например, районы, где они оказываются, учреждения, их оказывающие)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Отчёты Министерства здравоохранения ■ Отчёты программ ■ Исследования медучреждений ■ Записи об аккредитации учреждений ■ Записи НПО 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Разный качественный уровень оказываемых услуг – некоторые из которых могут не соответствовать стандартам ■ Могут возникнуть сложности при определении оказания услуг вне государственного сектора 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Принять стандартизованные определения показателей, со списком критериев, по которым рассматривалась бы пригодность медицинских и общественных учреждений для оказания определенных услуг ■ Создать систему для отслеживания всех, кто оказывает услуги в пределах региона или страны
<p>Показатели охвата (количество людей, охваченных услугами)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Система постоянного предоставления информации о здравоохранении ■ Журналы / истории клиентов ■ Записи НПО 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Может быть сложно определить оказанные услуги вне государственного сектора ■ Должны быть журналы клиентов или системы ведения учета ■ В местах, где работает несколько организаций, должны существовать разные системы ведения учета ■ Сложности с точным измерением численности групп, подвергающихся риску ■ Следует учитывать фактор мобильности ГНВР во избежание двойного подсчёта 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Необходимо постараться стандартизировать сбор данных по разным услугам на национальном уровне, чтобы можно было легко сопоставить данные

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

СФЕРЫ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ И ПРИМЕРЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТОВ²

Задача	Сфера оказания услуг	Примеры показателей результатов
Профилактика	Информационная работа, направленная на изменение поведения – средства массовой информации	Информирование, образование и коммуникация по ВИЧ/СПИДу (ИОК); распространение или трансляция материалов ИОК (радио/телевизионные программы и газеты) (количество)
	Информационная работа, направленная на изменение поведения – работа «аутрич» в сообществах	Охват молодёжи образовательными программами по вопросам ВИЧ/СПИДа на основании жизненных навыков в школах (количество и процент)
		Количество обученных людей (например, инструкторов по методу «равный – равному»). (Указать, прошли ли они обучение по работе с конкретными подгруппами ГНВР) (количество)
		ПИН, охваченные программы по профилактике ВИЧ/СПИДа * (количество и процент)
		МСМ, охваченные программы по профилактике ВИЧ/СПИДа * (количество и процент)
	Распространение презервативов	Секс – работники и их клиенты, охваченные программами по профилактике ВИЧ/СПИДа * (количество и процент)
		Презервативы, распространённые бесплатно (количество)
	Тестирование и консультирование	Презервативы, проданные через частный сектор (количество)
		Люди, прошедшие тестирование и консультирование по ВИЧ (включая получение результатов анализов) (количество)
		ГНВР, прошедшие ДКТ на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и получившие его результат (количество и процент)
ППМР (Профилактика передачи инфекции от матери ребёнку)	ЛЖВС, которым поставили положительный диагноз и которые также получили консультирование по позитивной профилактике (количество и процент)	
	Медицинские учреждения, предоставляющие минимальный пакет услуг по ППМР (количество и процент)	
Пост-контактная профилактика	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, которые получают полный курс антиретровирусной профилактики для снижения риска передачи инфекции от матери ребёнку (количество и процент)	
Диагностика и лечение ИППП	Люди, получившие пост – контактную профилактику (количество)	
Безопасность крови и универсальные меры предосторожности	Пациенты с ИППП в медицинских учреждениях, которых правильно диагностировали, пролечили и проконсультировали (может применяться к ГНВР или подгруппам населения) (количество и процент)	
	Единицы перелитой крови, которые прошли скрининг на ВИЧ согласно национальным протоколам (количество и процент)	

² – Адаптировано из «Методологического руководства по мониторингу и оценке: ВИЧ/СПИД, туберкулёз и малярия», январь 2006 г. (второе издание) (см. Методологическое пособие для ознакомления с полным списком показателей)

Задача	Сфера оказания услуг	Примеры показателей результатов
Лечение	Антиретровирусное лечение и мониторинг	Люди на стадии прогрессирующей ВИЧ-инфекции, которые получают антиретровирусное комбинированное лечение (количество и процент) Медицинские учреждения, которые имеют возможности и условия для предоставления улучшенного клинического ухода и психологической поддержки при ВИЧ /СПИДе, включая проведение и мониторинг АРТ
	Профилактика и лечение оппортунистических инфекций	ЛЖВС, получившие диагностику и лечение оппортунистических инфекций (количество и процент)
Уход и поддержка	Уход и поддержка хронических больных	Взрослые в возрасте 18–59 лет, которые были хронически больны в течение 3 и более месяцев за последние 12 месяцев в связи с ВИЧ/СПИД, домохозяйства которых получили базовую поддержку извне по уходу за хроническими больными (количество и процент) Общественные организации, получившие поддержку в оказании помощи ЛЖВС (количество)
	Поддержка сирот и уязвимых детей	Сироты и другие дети, ставшие уязвимыми в связи с ВИЧ/СПИД, чьи домохозяйства получили базовую бесплатную внешнюю поддержку по уходу за ребёнком (количество и процент). Общественные организации, получившие поддержку в оказании помощи СУД (количество)
Совместная деятельность по ТБ/ВИЧ	Интенсивное выявление ТБ среди ЛЖВС	ЛЖВС, получившие тестирование и консультирование в связи с ВИЧ, или услуги по лечению и уходу при ВИЧ, которые прошли скрининг на симптомы туберкулеза
	Профилактика ТБ среди ЛЖВС	Пациенты с недавно диагностированной ВИЧ-инфекцией, которые проходят лечение латентного ТБ (количество и процент)
	Профилактика ВИЧ среди больных туберкулезом	Зарегистрированные больные ТБ, которые проходят тестирование и консультирование в связи с ВИЧ (количество и процент)
	Профилактика оппортунистических инфекций среди ЛЖВС, больных туберкулезом	ВИЧ-позитивные больные ТБ, которые проходят профилактическое лечение котримоксазолом (количество и процент)
	Уход и поддержка в связи с ВИЧ для ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом	ВИЧ-инфицированные больные ТБ, направленные на получение поддержки и ухода во время лечения ТБ (количество и процент)
	Предоставление антиретровирусного лечения больным туберкулезом во время лечения ТБ	Зарегистрированные ВИЧ-инфицированные больные ТБ, которые начали или продолжают АРТ во время или по окончании лечения ТБ (количество и процент)
Поддерживающая среда	Разработка стратегии, включая стратегии профилактики на рабочих местах	Крупные предприятия/компании, у которых есть стратегии и программы по профилактике ВИЧ/СПИДа на рабочем месте (количество и процент). Местные организации, получающие техническую поддержку для разработки стратегий в связи с ВИЧ (количество)
	Усиление гражданского общества и развитие институционального потенциала	НПО, предоставляющие услуги по профилактике ВИЧ/СПИДа, уходу и поддержке в соответствии с национальными протоколами (количество)
	Снижение стигмы во всех учреждениях	Люди, определяющие политику, которые посетили информационные семинары на тему ВИЧ /СПИДа и ВИЧ /туберкулеза (количество)

* Для каждой из этих подгрупп необходимо четко определить пакет по профилактике: работники «аутрич» и инструкторы по методу «равный равному», освещение в целевых СМИ, скрининг и /или лечение ИППП, консультирование и тестирование в связи с ВИЧ, заместительная терапия и более безопасные инъекционные практики среди ПИН и другие.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ПЕРЕЧЕНЬ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО КОНТРОЛЮ НАД ВИЧ /СПИДом

Примечание: см. Руководящие принципы разработки ключевых показателей (ЮНЭЙДС, 2007 г.)

№	Показатели	Ответственный орган	Метод сбора данных
Приверженность и действия на национальном уровне			
Затраты			
1.	Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом и источники финансирования	Министерство финансов и другие релевантные агентства	Оценки национальных расходов в связи со СПИДом или анализ потоков финансовых средств
Разработка политики и статус реализации			
2.	Национальный комбинированный индекс политики (включает следующие сферы: гендер, программы на рабочем месте, стигма и дискриминация, уход и поддержка, права человека, участие гражданского общества, мониторинг и оценка)	Часть А. Министерство здравоохранения Часть Б. Неправительственные организации	Кабинетный анализ и интервью с ключевыми информантами
Национальные программы (безопасность крови, охват антиретровирусной терапией, профилактика передачи от матери ребенку, ведение больных с туберкулезом (ТБ) и ВИЧ, тестирование на ВИЧ, программы профилактики, услуги для сирот и уязвимых детей, просвещение)			
3.	Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением надлежащего качества	Министерство здравоохранения	Мониторинг программ
4.	Процент взрослых и детей с прогрессирующей стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию	Министерство здравоохранения	Мониторинг и оценки программ
5.	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку	Министерство здравоохранения	Мониторинг и оценки программ
6.	Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получивших лечение в связи с ТБ и ВИЧ	Министерство здравоохранения	Мониторинг программ
7.	Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и получили его результаты	Министерство по делам семьи, молодежи и спорта	Исследования среди населения
8.	Процент групп населения, подверженных высокому риску инфицирования, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и получили его результаты: a. Среди потребителей инъекционных наркотиков; b. Среди работников коммерческого секса; c. Среди мужчин, имеющих секс с мужчинами; d. Среди заключенных; e. Среди молодежи в возрасте от 15 до 24 лет	Министерство по делам семьи, молодежи и спорта, Государственный департамент исполнения наказаний	Поведенческие исследования

№	Показатели	Ответственный орган	Метод сбора данных
9.	Процент групп населения, охваченных программами профилактики ВИЧ: a. Среди потребителей инъекционных наркотиков; b. Среди работников коммерческого секса; c. Среди мужчин, имеющих секс с мужчинами; d. Среди заключенных; e. Среди молодежи в возрасте от 15 до 24 лет	Министерство по делам семьи, молодежи и спорта, Государственный департамент исполнения наказаний	Поведенческие исследования
10.	Процент школ, которые проводили обучение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года	Министерство науки и образования	Исследования в школах
Показатели знаний и поведения			
11.	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	Министерство по делам семьи, молодежи и спорта	Исследования среди населения
12.	Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску инфицирования, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ: a. Среди потребителей инъекционных наркотиков; b. Среди работников коммерческого секса; c. Среди мужчин, имеющих секс с мужчинами; d. Среди приговоренных и заключенных; e. Среди военнослужащих	Министерство по делам семьи, молодежи и спорта, Государственный департамент исполнения наказаний, Министерство обороны	Поведенческие исследования
13.	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые указали на использование презерватива во время полового контакта с нерегулярным половым партнером	Министерство по делам семьи, молодежи и спорта	Исследования среди населения
14.	Процент военнослужащих, которые указали на использование презерватива во время полового контакта с нерегулярным половым партнером	Министерство обороны	Поведенческие исследования
15.	Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев, которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта	Министерство по делам семьи, молодежи и спорта	Исследования среди населения
16.	Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом	Министерство по делам семьи, молодежи и спорта	Поведенческие исследования
17.	Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	Министерство по делам семьи, молодежи и спорта	Поведенческие исследования

№	Показатели	Ответственный орган	Метод сбора данных
18.	Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта	Министерство по делам семьи, молодежи и спорта	Поведенческие исследования
19.	Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	Министерство по делам семьи, молодежи и спорта	Поведенческие исследования
Показатели влияния			
20.	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ	Министерство здравоохранения	Дозорный эпиднадзор за ВИЧ и обследование среди населения
21.	Процент групп населения, подвергающихся наиболее высокому риску, инфицированных ВИЧ среди: a. Потребителей инъекционных наркотиков; b. Работников коммерческого секса; c. Мужчин, имеющих секс с мужчинами.	Министерство здравоохранения	Дозорный эпиднадзор за ВИЧ
22.	Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала	Министерство здравоохранения	Мониторинг программ
23.	Процент ВИЧ-инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями	Министерство здравоохранения	Протоколы лечения и анализ эффективности, Мониторинг программ

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ПРИМЕР ФОРМАТА ПРОГРАММНОЙ ОТЧЕТНОСТИ (ПРОЕКТ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ В ГРУППАХ РИСКА)

Примечание: Отчетная форма используется в формате таблицы Excel, где каждый следующий раздел помещается на отдельном рабочем листе.

Код показателя	Показатель	Всего за предыдущие периоды	План, квартал	Реальное кол-во, квартал	Всего на конец квартала
1.12	Количество людей, получивших услуги по профилактике ВИЧ за отчетный период *	Н/Д			Н/Д
11.02	Из них – количество новых клиентов, получивших услуги по профилактике ВИЧ за отчетный период *	0			0
11.06	Количество постоянных клиентов проекта в течение отчетного периода *	Н/Д			Н/Д
1.13	Количество презервативов, распространенных за отчетный период	0			0
11.24	Количество шприцев, распространенных за отчетный период	0			0
11.35	Количество шприцев, собранных за отчетный период	0			0
11.07	Количество разработанных информационных материалов (единиц)	0			0
11.08	Количество распространенных информационных материалов (копий)	0			0
11.26	Количество проведенных тренингов для поставщиков услуг по профилактике за отчетный период	0			0
1.11	Количество поставщиков услуг, прошедших обучение по профилактике ВИЧ за отчетный период	0			0
11.68	Количество тренингов, проведенных для клиентов проекта за отчетный период	0			0
11.69	Количество клиентов проекта, прошедших обучение за отчетный период	0			0
11.28	Количество ДКТ с применением быстрого теста, проведенных за отчетный период	0			0
11.36	Из них – количество положительных результатов быстрого тестирования на ВИЧ	0			0
11.33	Количество предоставленных консультаций за отчетный период (детализация по специалистам)	0			0
11.42	Количество действующих пунктов оказания услуг (детализация по типу)	Н/Д			Н/Д

* Детализация по ГНВР (ГИН, РКС, МСМ, заключенные)

№	Мероприятия, проведенные в отчетном периоде (согласно рабочему плану)	Результат**
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

** Используется следующая кодировка: «П» – полностью реализованный; «Ч» – частично реализованный; «Н» – не реализованный

Описательная часть

Опишите свои достижения
Опишите сопутствующие проблемы
Какие меры вы собираетесь предпринять для улучшения реализации проекта?
Какую помощь может предоставить вам Альянс?
Комментарии сотрудников Альянса
Дополнительные комментарии по выполнению текущей деятельности

В качестве сопроводительной документации к этому отчету необходимо приложить дополнительную детальную информацию по проведенным тренингам и распространенным информационным материалам и руководствам.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ПРИМЕР ПЕРВИЧНЫХ РЕГИСТРАЦИОННЫХ ФОРМ

Журнал регистрации клиентов							
Пункт оказания услуг							
Социальный работник							
№	Дата	Код клиента	Пол	Дата рождения	Уязвимая группа	Получал ли услуги ранее (в другой организации)?	Другие комментарии
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

Ежедневная ведомость предоставления услуг для проектов по профилактике ВИЧ среди ГНВР (пример)																			
Организация																			
Пункт оказания услуг																			
Социальные работники																			
Информация о клиенте				Предоставление услуг и товаров															
№	№ Карточки ИД	Новый клиент (Да / Нет)	Для новых клиентов – номер ссылки на журнал регистрации	Возвращенные шприцы	Выданные шприцы			Выданные презервативы	Выданные материалы			Консультации и другие оказанные услуги			Выданные направления			Другие комментарии	
					1 ml	2 ml	5 ml		№1 (безопасные инъекции)	№2 (Безопасный секс)	№3 (АРВ-терапия)	№1 (Уход за ребенком)	№2 (быстрый тест)	№3 (сопровождение в центр СТИ/Да)	№1 (ДКТ)	№2 (уход и поддержка)	№3 (врач)		
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
Всего																			
Общее количество обслуженных клиентов																			

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

ПРИМЕР ОТЧЕТНОЙ ФОРМЫ МОНИТОРИНГОВОГО ВИЗИТА, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ МЕЖДУНАРОДНЫМ АЛЬЯНСОМ ПО ВИЧ/СПИД В УКРАИНЕ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ПРОЕКТОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ

МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»

Форма отчёта по результатам проведения мониторингового визита	
Дата визита	
Название организации:	
Адрес организации:	
Телефон:	
Факс:	
E-mail:	
Номер гранта (ов)	
Название проекта (ов)	
Сотрудники, проводящие мониторинговый визит	

Каждая графа данной формы должна быть заполнена. В случае отсутствия информации, объясните причину. В графах «Комментарии» необходимо указывать на основании чего были сделаны заключения.

I. Выполнение проекта(ов) (выполнение рабочего плана)				
Виды деятельности (запланированные на период мониторинга)	Состояние выполнения			Комментарий
	Да	Нет	Частично	
II. Сотрудники проекта(ов)				
Персонал проекта соответствует заявленному (в грантовом соглашении и дополнительных согласовательных документах) (да/нет)				
Комментарии:				
III. Успехи проекта (опишите кратко основные успехи)				

IV. Проблемы проекта и пути их решения			
V. Потребность в финансовой и технической помощи от Альянса (включая FSF, M&E, HR&Admin)			
VI. Мониторинг			
Есть ли действующие процедуры внутреннего мониторинга (учет, передача данных, отчетность) (да/нет)			
<i>Комментарии:</i>			
Наличие сотрудника ответственного за склад	<i>Да</i>	<i>Нет</i>	Комментарии (ФИО, должность):
Наличие сотрудника ответственного за мониторинг и отчетность	<i>Да</i>	<i>Нет</i>	Комментарии (ФИО, должность):
VII. Исправления замечаний, высказанных во время предыдущего мониторингового визита			
Замечания с предыдущего визита		Исправление замечаний	
VIII. Замечания, рекомендации и дальнейший план действий			
Замечания		Рекомендации	
IX. Какая техническая помощь была оказана сотрудником Альянса во время визита			
Подпись сотрудника(ов), проводившего(их) мониторинговый визит			

Работа с целевыми группами проекта

С какими целевыми группами работает проект?

Ведение проектной документации / базы данных

Ведется ли база данных Syrex? (Да/Нет)

Если да: Соответствуют ли данные первичных документов данным базы Syrex?

(проверка не менее 5 случайно отобранных ведомостей – разные ПОШ/разные дни)

В базе Syrex случайным образом выбирается не менее 5 записей в секции «Ежедневный учёт» (желательно, чтоб данные соответствовали разным ПОШ и разным датам). Проверяется полное соответствие бумажной ведомости и закладки «Информация о визитах клиента» в соответствующей записи в разделе «Ежедневный учёт» **(Да/Нет)**

Комментарии:

Если ведется база данных Syrex, соответствие данных последнего квартального отчета базе данных Syrex и первичной документации (где необходимо), если нет – соответствие данных квартального отчета первичной документации:

	Данные БД Syrex и/или первичных документов	Данные из квартального отчета	Комментарии:
1. Количество людей, охваченных услугами проекта, кумулятивно; из них – количество новых людей (отдельно по целевым группам)			
2. Количество людей, охваченных услугами проекта на протяжении последнего отчетного квартала (отдельно по целевым группам)			
3. Количество постоянных клиентов проекта в последнем отчетном квартале (отдельно по целевым группам)			
4. Количество распространенных презервативов за последний квартал			
5. Количество распространенных шприцев за последний квартал			
6. Количество экземпляров распространенных информационных материалов за последний квартал			
7. Количество проведенных тренингов за последний отчетный квартал (в том числе и для клиентов проекта)			
8. Количество протренированных людей (участников тренингов) за последний отчетный квартал (в том числе и клиентов проекта)			
9. Количество действующих пунктов предоставления услуг (с разделением по типам)			

Наличие первичных документов			
Перечень документов	Да	Нет	Примечание
1. Расписание работы пунктов предоставления услуг / консультантов / общественного центра			
2. Ведомости социальных работников			
3. Журнал регистрации клиентов проекта (первичная анкета) / карточки клиентов проекта			
4. Реестр/ Журнал учета расходных и информационных материалов			
5. Отчеты по тренингам, круглым столам, рабочим встречам и другим мероприятиям (списки участников, программы)			
6. Договор по утилизации шприцев			
7. Акты списания расходных материалов			
8. Ведомости (копии ведомостей) консультантов проекта			
9. Журнал регистрации предоставления ДКТ и/или диагностики / лечения ЗППП			
10. Другое (укажите наименование документа)			
Работа в «поле»			
Адрес/местоположение/название посещаемого пункта	Количество клиентов на пункте в день мониторинга	Среднее количество клиентов на пункте за последнюю неделю/месяц (данные по ведомостям социальных работников)	Примечание
Наличие расходных материалов на складе и их качество			
Наименование расходного материала	Есть в наличии на складе (да/нет)	Примечания (название (марка), срок годности, достаточное ли количество и др.)	
Подпись сотрудника(ов), проводившего(их) мониторинговый визит			

Оценка качества предоставляемых услуг

Наблюдения (общий результат наблюдений в течение всего времени пребывания на пункте либо пунктах)				
* В соответствующих колонках ответьте «Да» / «Нет» в зависимости от того, правдиво ли утверждение (сумма по строке = 1)				
Комплексность услуг		Да (0-1)	Нет (0-1)	Комментарий
1,1	Клиентам предоставляются шприцы, презервативы и другие средства, доступные в проекте, в соответствии с запросом			
1,2	Клиентам предоставляются информационные материалы			
1,3	Клиенты получают консультации по безопасному поведению / другим интересующим вопросам			
1,4	Клиентам предлагается прохождение ДКТ в организации либо направление в кабинет доверия для прохождения ДКТ (укажите в комментариях способ предоставления ДКТ)			
1,5	Клиентам предлагают консультирование специалистов организации либо предлагают визитку направления к другим специалистам (укажите конкретных специалистов в комментариях)			
1,6	Клиентам предоставляются консультации узких специалистов (психолога / юриста / врача...) непосредственно на пунктах (укажите в комментариях детали, например расписание выхода специалистов на пункты)			
		0	0	
Конфиденциальность, уважение и безопасность		Да (0-1)	Нет (0-1)	Комментарий
2,1	Социальные работники не проводят консультации, которые должны носить конфиденциальный характер, таким образом, что третьи лица могут их услышать			
2,2	Манера общения социальных работников корректная и уважительная			
2,3	Отношения клиентов с социальными работниками можно классифицировать как доверительные (например, социальные работники знают имена клиентов, клиенты демонстрируют желание обсуждать личные вопросы и т.д.)			
2,4	Социальные работники не говорят открыто о статусе и личной жизни клиентов			
		0	0	
Профессионализм персонала		Да (0-1)	Нет (0-1)	Комментарий
4,6	Социальные работники демонстрируют навыки эффективной коммуникации (например, внимательно слушают, дают чёткие ответы на вопросы и т.д.)			
		0	0	
Отзывы клиентов (документируются ответы минимум 5-ти клиентов)				
НАСТОЯТЕЛЬНО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ НЕ В ПРИСУТСТВИИ ПЕРСОНАЛА!				
Комментарий (укажите количество опрошенных клиентов на каждом из посещённых пунктов и др. специфические комментарии)				
Количество опрошенных клиентов		5		
* В соответствующих колонках укажите кол-во человек, давших ответ «Да» / «Нет» или А/В/С/Д в блоке «Удовлетворённость клиентов» (сумма по строке = кол-ву опрошенных клиентов)				
Комплексность услуг / Удовлетворённость клиентов		К-во «ДА»	К-во «НЕТ»	Комментарий
1,7	Достаточно ли вам тех расходных материалов, которые вы получаете?			
1,8*	Удовлетворяет ли вас качество материалов, которые вы получаете?			
1,9	Читаете ли вы информационные материалы, получаемые от организации?			

Комплексность услуг / Удовлетворённость клиентов		К-во «ДА»	К-во «НЕТ»	Комментарий		
1,10*	Удовлетворяет ли вас тематический спектр получаемых информационных материалов? (Какие? – Укажите в комментариях)					
1,11	Предлагали ли вам услуги других специалистов?					
1,12	Оказывали ли вам услуги социального сопровождения?					
1,13	Помогала ли (предлагала ли) организация проходить ДКТ в последнее время?					
1,14	Предоставлялась ли информация о программах ЗТ / реабилитации / комьюнити-центров или другой вопрос на усмотрение интервьюера (должен касаться информированности о других ВИЧ-сервисных услугах. В комментариях укажите, какая именно информация предоставлялась)					
		0	0			
Конфиденциальность, уважение и безопасность		К-во «ДА»	К-во «НЕТ»	Комментарий		
2,5	Чувствуете ли вы себя безопасно в месте, где вы получаете услуги организации?					
2,6	Были ли случаи нарушения конфиденциальности в связи с получением услуг в организации?					
2,7	Всегда ли вы чувствуете уважение персонала организации к себе?					
		0	0			
Удовлетворённость клиентов		К-во «А»	К-во «В»	К-во «С»	К-во «D»	Комментарий
3,1	Насколько вы удовлетворены услугами организации? (Отлично(A) / Хорошо(B) / Удовлетворительно(C) / Плохо(D))					
3,2	Насколько гибко организация реагирует на Ваши потребности? (Отлично(A) / Хорошо(B) / Удовлетворительно(C) / Плохо(D))					
		0	0	0	0	
* – ответы учитываются при подсчёте рейтинга компонента «Удовлетворённость клиентов»						
Ответы персонала (документируются ответы минимум 2-х человек путём анкетирования)						
*В соответствующих колонках укажите кол-во человек, давших «правильный» / «не правильный» ответ или «не ответивших» (сумма по строке = кол-ву опрошенных работников)						
Количество опрошенных человек (персонал, непосредственно работающий с клиентами)		2				
Профессионализм персонала		К-во «правильно»	К-во «не правильно»	К-во «нет ответа»	Комментарий	
4,1	Вопрос о передаче ВИЧ					
4,2	Вопрос о безопасном поведении					
4,3	Вопрос о нуждах клиентов					
4,4	Вопрос о переадресации в медучреждения (адреса, имена)					
4,5	Вопрос о переадресации за другими ВИЧ-сервисными услугами (комьюнити, юрист, Сеть...)					
		0	0	0		

Рейтинг					
1	Комплексность услуг		0	+2 – +1.75 – «А»	
				+1.74 – +0.5 – «В»	
				+0.49 – -0.74 – «С»	
				-0.75 и ниже – «D»	
2	Конфиденциальность, уважение и безопасность		0	+2 – +1.75 – «А»	
				+1.74 – +0.5 – «В»	
				+0.49 – -0.74 – «С»	
				-0.75 и ниже – «D»	
3	Удовлетворённость клиентов		0	7.01–8 – «А»	
				+1.74 – +0.5 – «В»	
				3.01–5 – «С»	
				2–3 – «D»	
4	Профессионализм персонала		0	0	+ – 6 – 5.5 правильных – «А»
					- – 5.49 – 4 правильных – «В»
					- – 3.99 – 2.5 правильных – «С»
					- – 2.49 и меньше правильных – «D»

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

ПРИМЕР СТРУКТУРЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Пример структуры показателей								
№	Описание показателя	Уровень показателя	Описание	Средство сбора данных	Частота сбора данных	Ответственные за сбор данных	Механизмы обеспечения качества	
1	Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала	Влияние	Изменения в тенденциях эпидемии / смертность от СПИДа / экономическое влияние	Когортное исследование	Ежегодно	Национальный центр СПИДа	Тщательное ведение учета, внутренние проверки, мониторинговые визиты сотрудников Альянса в Национальный центр СПИДа и специалистов центра СПИДа – в регионы	
2	Процент ВИЧ-инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями			Статистика		Министерство здравоохранения		Тщательное ведение учета, внутренние проверки
3	Распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков			Эпидемиологическая часть ЭВП		Национальный центр СПИДа		
4	Распространенность ВИЧ среди работников секс-бизнеса			Эпидемиологическая часть ЭВП		Национальный центр СПИДа		
5	Безопасные сексуальные и инъекционные практики среди ПИН	Последствия	Изменения в знаниях и поведении	Поведенческая часть ЭВП	Ежегодно	Соответствующее министерство (и исследовательское учреждение, избранное на конкурсной основе для проведения исследования)	Использование международных методологических руководящих принципов для сбора данных; определение и формирование выборки необходимого размера	
6	Процент РКС, которые пользуются презервативами							
7	Процент заключенных, которые правильно называют способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ							
8	Использование молодыми людьми презервативов с нерегулярными партнерами							
9	Количество и % людей, получающих АРТ	Результат	Охват программ и доступ к услугам	Программные записи (полученные на основании отчетов реципиентов гранта)	Ежеквартальные программные отчеты	Национальный центр СПИДа	Тщательное ведение учета, внутренние проверки, мониторинговые визиты сотрудников Альянса	
10	Количество поставщиков услуг, подготовленных для проведения диагностики и лечения ВИЧ-инфицированных, в составе инфекционистов, наркологов и пульмонологов					Ресурсно-информационный центр по ВИЧ/СПИДу в Украине		Анализ документации и мониторинговые визиты сотрудников Альянса
11	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, которые получают полный курс антиретровирусной профилактики для снижения риска передачи инфекции от матери ребенку					Национальный центр СПИДа		Тщательное ведение учета, внутренние проверки, мониторинговые визиты сотрудников Альянса в Национальный центр СПИДа и специалистов центра СПИДа – в регионы
12	Количество пациентов венерологических/ туберкулезных диспансеров, которые проходят консультирование и тестирование на ВИЧ					Национальный центр СПИДа		
13	Количество и % ВИЧ-позитивных людей, прошедших скрининг на ТБ					Национальный центр СПИДа		

14	Количество и % ПИН, охваченных услугами по профилактике	Результат	Охват программ и доступ к услугам	Программные записи (полученные на основании отчетов реципиентов гранта)	Ежеквартальные программные отчеты	Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине на национальном уровне; НПО, работающие в сфере профилактики – на местном уровне	Мониторинговые визиты в местные НПО, которые предоставляют услуги по профилактике для ПИН, РКС, МСМ, заключенных						
15	Количество и % секс-работников и их клиентов, охваченных программами «аутрич»					Институт исследования политики общественного здоровья совместно с Государственной наркотической службой	Мониторинговые визиты в регионы, проводимые Институтом исследования политики общественного здоровья						
16	МСМ, охваченные программами «аутрич»					Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине на национальном уровне	Мониторинговые визиты в местные НПО, которые предоставляют услуги по профилактике для ПИН, РКС, МСМ, заключенных						
17	Количество и % заключенных в учреждениях среднего режима, охваченные услугами по профилактике					При условии отсутствия соответствующей статистики – выборочное исследование	Ежегодно	Министерство образования и науки (и исследовательское учреждение, избранное на конкурсной основе для проведения исследования)	Использование международных методологических руководящих принципов для сбора данных; определение и формирование выборки надлежащего размера				
18	Количество и % ПИН, получающих комбинированную АРВ-терапию, и охваченных услугами заместительной терапии.							Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине на национальном уровне	Мониторинговые визиты в местные НПО, которые предоставляют услуги по профилактике для ПИН, РКС, МСМ, заключенных				
19	Количество и % ПИН, получающие заместительную терапию							Программные записи	Ежеквартальные программные отчеты	Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине на национальном уровне; НПО, работающие в сфере предоставления ухода и поддержки – на местном уровне	Мониторинговые визиты в местные НПО, которые предоставляют услуги по уходу и поддержке ЛЖВС		
20	Количество распространенных презервативов									Национальный центр СПИДа	Тщательное ведение учета, внутренняя проверка, мониторинговые визиты сотрудников Альянса и специалистов центра СПИДа – в регионы		
21	Процент школ, где есть, по крайней мере, один учитель, прошедший обучение по образованию в сфере ВИЧ/СПИДа на основе жизненных навыков, и преподававший этот предмет на протяжении предыдущего учебного года									Количество людей, обученных в сфере профилактики ВИЧ / СПИДа	Ежеквартальные программные отчеты	Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине на национальном уровне; НПО, работающие в сфере предоставления ухода и поддержки – на местном уровне	Тщательное ведение учета, мониторинговые визиты в местные НПО
22	Количество и % молодежи, охваченной образованием по вопросам ВИЧ/СПИДа на основании жизненных навыков в школах											Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине на национальном уровне; НПО, работающие в сфере профилактики, ухода и поддержки – на местном уровне	
23	Количество ЛЖВС, охваченных комплексными услугами по уходу и поддержке												
24	Количество детей, живущих с и/или пострадавших от ВИЧ / СПИДа, охваченных услугами по уходу и поддержке												
25	Количество хосписов, созданных для оказания услуг по уходу и поддержке хронически больных с ЛЖВС												
26	Количество людей, обученных в сфере профилактики ВИЧ / СПИДа												
27	Количество разработанных инфо-материалов, направленных на изменение поведения (включая материалы поставителей услуг, работающих на местном уровне)												
28	Количество распространенных инфо-материалов, направленных на изменение поведения (включая материалы поставителей услуг, работающих на местном уровне)												

Приложение 7

29	Количество людей, получающих услуги по ДКТ в центрах, поддерживаемых проектом	Результат	Охват программ и доступ к услугам	Программные записи	Ежеквартальные программные отчеты	Программа оптимальных технологий в здравоохранении	Мониторинговые визиты и анализ документации, осуществляемый специалистами Программы оптимальных технологий в здравоохранении
30	Количество центров ДКТ, поддерживаемых проектом						Международный Альянс по ВИЧ / СПИД в Украине на национальном уровне; НПО, работающие на местном уровне
31	Количество людей, обученных в сфере ДКТ						
32	Количество представителей ключевых групп населения, участвующих в региональной оценке с привлечением к участию (РОПУ)						
33	Количество людей, обученных в сфере развития потенциала / организационного развития						

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

ИТОГОВАЯ ФОРМА РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОЕКТА – ПРИМЕР

1. Общий рейтинг организации:

Зависит от введения стандартного инструмента оценки организационного потенциала

2. Данные охвата: обновляются ежеквартально

Ключевые группы населения	Достигнутый охват (в течение последних 12 мес)	Целевой охват	Охват, % от цели	Охват, % от населения
ПИН				
РКС				
Общее кол-во клиентов, охваченных за год				
Это кол-во было подтверждено во время мониторинговых визитов		Да/Частично/Нет	Комментарий:	

Информация об охвате получена из программных отчетов и АИС «SygEx»; оценка групп получена из национальной оценки численности и проектных предложений

3. Финансовые данные: обновляются ежегодно

	Годовые затраты	Годовой бюджет	Затраты, % бюджета
Общие затраты	\$	\$	%
Программные затраты	\$	\$	%

Программные затраты на одного охваченного клиента: \$...

Затраты на клиента согласно ориентирам Альянса в Украине: **Выше/Соответствует/Ниже**

(Верхний показатель: \$... / Нижний показатель: \$...)

Информация получена из финансовых отчетов и новой Системы управления грантами

4. Предоставленные услуги: обновляются ежегодно

Общественный центр	Да/Нет	Мобильные клиники	Да/Нет
ДКТ с использованием быстрого теста	Да/Нет	...	Да/Нет
Скрининг на ИППП	Да/Нет	Другое (указать): ...	Да/Нет

Информация получена из записей и/или на основании знания работников программы о деятельности организации

5. Качественные данные: обновляются два раза в год

Компонент качества	Рейтинг	Рейтинг 2	Комментарии
Комплексные услуги (включая информацию и направления)	A/B/C/D	A/B/C/D	
Конфиденциальность, безопасность и уважение	A/B/C/D	A/B/C/D	
Профессиональный уровень сотрудников, непосредственно работающих с клиентами	A/B/C/D	A/B/C/D	
Удовлетворенность клиентов	A/B/C/D	A/B/C/D	

Рейтинги предоставляются сотрудниками программы на основании оценки качества во время мониторинговых визитов – с использованием утвержденных стандартов и протокола, а также прямого наблюдения и интервью с клиентами и сотрудниками.

A: отлично, превышает стандарты;

B: хорошо, соответствует стандартам;

C: удовлетворительно, частично соответствует стандартам;

D: неудовлетворительно, не соответствует стандартам/серьезные нарушения

6. Управленческий потенциал: обновляется ежегодно

- Финансовые системы и деятельность (использование бюджета, качество финансовых отчетов)
- Финансирование (источники финансирования, % от общего финансирования, предоставляемый Альянсом)
- Системы мониторинга и отчетности, деятельность (своевременность и качество отчетов)
- Системы по работе с персоналом
- Административные системы
- Партнерства с другими организациями и краткое описание региональных участников

Нет стандартного средства – описательное резюме с ключевыми системами управления, сильными и слабыми сторонами

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

НАЦИОНАЛЬНОЕ ДОЗОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РАННЕЙ СЕРОКОНВЕРСИИ

Несмотря на значительное количество дозорных обследований поведения, уже предпринятых в Украине в рамках сбора данных ССГАООН, эта информация собирается периодически – либо раз в год, либо раз в два года. Однако при этом крайне необходимо дополнять программы по профилактике и поддержке постоянными национальными дозорными обследованиями поведения, которые исследуют текущее поведение лиц с сероконверсией (людей, недавно инфицированных ВИЧ). Цель такого обследования – оценить, почему, несмотря на существование профилактических вмешательств, люди продолжают инфицироваться ВИЧ, и как существующие услуги удовлетворяют потребности лиц, недавно инфицированных ВИЧ, в лечении, уходе и поддержке. Второй этап предусматривает проведение Национального дозорного обследования поведения среди лиц с ранней сероконверсией для получения данных в реальном времени о существующих тенденциях в сфере знаний и поведения в связи с ВИЧ, а также для передачи Программе постоянной обратной связи с клиентами, недавно инфицированными ВИЧ, относительно преимуществ и недостатков мероприятий и услуг программы. Это исследование станет постоянным источником количественной информации для Программы, что поможет ее специалистам осуществлять мониторинг конкретных последствий в удовлетворении потребностей клиентов; кроме того, это – средство оценки качества, способное генерировать постоянные рекомендации относительно улучшения качества и действенности программ и услуг.

Национальное дозорное обследование поведения среди лиц с сероконверсией основывается на аналогичных исследованиях «Полярис» (<http://www.hivpolaris.org>), разработанных в Канаде и Российской Федерации профессором Ливианой Кальзавара, кафедра исследований ВИЧ в Университете Торонто. Концепция реализации этого обследования в Украине обсуждалась с госпожой Кальзавара, которая согласилась наблюдать за ходом исследования в Украине при условии обеспечения адекватных ресурсов и поддержки в стране. Профессор Кальзавара также согласилась контролировать процесс разработки/адаптации исследования для его проведения в Украине, наблюдать за обучением персонала проекта в сфере сбора и анализа данных, а также участвовать в текущем анализе и интерпретации проектных данных.

Исследование предусматривает поиск соответствующих участников путем использования высокочувствительного анализа на антитела к ВИЧ (detuned assay) или предыдущих негативных результатов тестирования для подтверждения недавнего факта сероконверсии. Отобранными кандидатам предложат поучаствовать в исследовании добровольно, за номинальное финансовое вознаграждение. Отбор кандидатов будет осуществляться на базе сети областных центров профилактики и борьбы со СПИДом; интервью и ввод данных будет проводиться отделениями эпидемиологии центров СПИДа, которые участвуют в исследовании. Для проведения этого обследования необходима дополнительная поддержка со стороны украинского исследовательского института или учреждения, который будет заниматься текущим анализом данных. Количество регионов и центров СПИДа, которые примут участие в Проекте, а также количество лиц с сероконверсией, привлеченных в каждом регионе, будут определены после подготовительных работ, запланированных на начало 2006 года.

Руководить исследованием будет организационный комитет в Украине, в состав которого войдут менеджеры соответствующих компонентов Программы и другие партнеры. Организационный комитет будет регулярно пересматривать и анализировать результаты исследования, а также направлять проект в принятии ключевых решений относительно проведения последующих интервью, необходимости увеличения регионов, где проводится обследование. Организационный комитет должен анализировать результаты ежеквартально; комплексный анализ должен проводиться один раз в год. Исследование позволит разработать специфические, направленные на клиента рекомендации относительно преимуществ и недостатков существующих услуг по каждому компоненту Программы, уделяя особое внимание рекомендациям для компонентов профилактики, лечения, ухода и поддержки. Организационный комитет должен решать, какие рекомендации исследования необходимо реализовывать, а также отслеживать их реализацию после консультаций с ГФ.

**Избранные (ключевые) показатели
результатов и процесса**

**для проектов по профилактике
ВИЧ среди ПИН, РКС, МСМ,
заключенных,**

**а также для проектов по уходу и
поддержке ЛЖВС**

1. ИЗБРАННЫЕ (КЛЮЧЕВЫЕ) ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПРОЦЕССА ДЛЯ ПРОЕКТОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ СРЕДИ ПИН, РКС, МСМ И ЗАКЛЮЧЕННЫХ

1.1 ПИН, охваченные услугами по профилактике в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

1.2 РКС, охваченные услугами по профилактике в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

1.3 МСМ, охваченные услугами по профилактике в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

1.4 Заключенные, охваченные услугами по профилактике в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

1.5 Количество презервативов, распространенных бесплатно

1.6 Количество распространенных шприцев

1.7 Количество информационных материалов, распространенных среди ГНВР

1.8 Количество поставщиков услуг, которые прошли обучение в сфере профилактики ВИЧ в течение последних 12 месяцев

1.9 Количество созданных и функционирующих пунктов оказания услуг

1.1 ПИН, охваченные услугами по профилактике в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

<p>Что он измеряет?</p>	<p>Показатель измеряет количество (и процент) ПИН, которые воспользовались (по крайней мере, один раз) услугами по профилактике ВИЧ в течение последних 12 месяцев.</p> <p>ПИН считается «охваченным услугами по профилактике», если он или она является клиентом проекта, то есть получил минимальный пакет услуг. Рекомендуется, что минимальный пакет услуг для ПИН должен содержать следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Информационный материал, направленный на формирование навыков безопасного поведения; ■ Расходные материалы (шприцы, презервативы); ■ Консультирование у социального работника или соответствующего специалиста, и ■ Направление к другому специалисту или в службу согласно индивидуальным потребностям. <p>Этот перечень определяет минимальный набор услуг, который должен получить человек для того, чтобы считаться «охваченным», что никоим образом не преуменьшает важность других услуг, предоставляемых на пунктах оказания услуг.</p>
<p>Как это измеряется?</p>	<p>Числитель Числитель этого показателя – это количество ПИН (отдельных клиентов, вне зависимости от количества повторений оказания услуг), которые по меньшей мере один раз получили минимальный пакет услуг в течение 12 месяцев.</p> <p>Знаменатель Знаменатель этого показателя – это оценочная численность ПИН на территории действия охвата программы или проекта.</p>
<p>Какие инструменты используются?</p>	<p>Данные для числителя этого показателя можно получить из АИС регистрации и учёта клиентов. Регистрационные записи обновляются после каждого предоставления услуг (обычно ежедневно). Агрегация данных осуществляется на «центральном» уровне (обычно, региональном или национальном). Рекомендуется приложить максимальные усилия во избежание двойного подсчёта.</p>
<p>Частота предоставления отчетности</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Возможная дисагрегация</p>	<p>Пол, возраст, основной наркотик, РКС/ не-РКС, МСМ/ не-МСМ (для мужчин).</p>
<p>Ответственность и источник данных</p>	<p>Данные получают от всех организаций, предоставляющих услуги по профилактике ВИЧ, работающих в регионе / стране. Это могут быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Министерстве по делам семьи, молодежи и спорта; ■ Отдельные частные организации <p>Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.</p>

1.2 РКС, охваченные услугами по профилактике в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

<p>Что он измеряет?</p>	<p>Показатель измеряет количество (и процент) РКС, которые воспользовались (по крайней мере, один раз) услугами по профилактике ВИЧ в течение последних 12 месяцев.</p> <p>РКС считается «охваченным услугами по профилактике», если он или она является клиентом проекта, то есть получил(а) минимальный пакет услуг. Рекомендуется, что минимальный пакет услуг для РКС должен содержать следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Информационный материал, направленный на формирование навыков безопасного поведения; ■ Расходные материалы (шприцы – если также является ПИН, презервативы); ■ Консультирование у социального работника или соответствующего специалиста, и ■ Направление к другому специалисту или в службу согласно индивидуальным потребностям. <p>Этот перечень определяет минимальный набор услуг, который должен получить человек для того, чтобы считаться «охваченным», что никоим образом не преуменьшает важность других услуг, предоставляемых на пунктах оказания услуг.</p>
<p>Как это измеряется?</p>	<p>Числитель Числитель этого показателя – это количество РКС (отдельных клиентов, вне зависимости от количества повторений оказания услуг), которые по меньшей мере один раз получили минимальный пакет услуг в течение 12 месяцев.</p> <p>Знаменатель Знаменатель этого показателя – это оценочная численность РКС на территории действия охвата программы или проекта.</p>
<p>Какие инструменты используются?</p>	<p>Данные для числителя этого показателя можно получить из АИС регистрации и учёта клиентов. Регистрационные записи обновляются после каждого предоставления услуг (обычно ежедневно). Агрегация данных осуществляется на «центральном» уровне (обычно, региональном или национальном). Рекомендуется приложить максимальные усилия во избежание двойного подсчёта.</p>
<p>Частота предоставления отчетности</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Возможная дисагрегация</p>	<p>Пол, возраст, ПИН/ не-ПИН, MSM/ не- MSM (для мужчин).</p>
<p>Ответственность и источник данных</p>	<p>Данные получают от всех организаций, предоставляющих услуги по профилактике ВИЧ, работающих в регионе / стране. Это могут быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Министерстве по делам семьи, молодежи и спорта; ■ Отдельные частные организации <p>Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.</p>

1.3 МСМ, охваченные услугами по профилактике в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

<p>Что он измеряет?</p>	<p>Показатель измеряет количество (и процент) МСМ, которые воспользовались (по крайней мере, один раз) услугами по профилактике ВИЧ в течение последних 12 месяцев.</p> <p>МСМ считается «охваченным услугами по профилактике», если он является клиентом проекта, то есть получил минимальный пакет услуг. Рекомендуется, что минимальный пакет услуг для МСМ должен содержать следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Информационный материал, направленный на формирование навыков безопасного поведения; ■ Расходные материалы (шприцы – если также является ПИН, презервативы); ■ Консультирование у социального работника или соответствующего специалиста, и ■ Направление к другому специалисту или в службу согласно индивидуальным потребностям. <p>Этот перечень определяет минимальный набор услуг, который должен получить человек для того, чтобы считаться «охваченным», что никоим образом не преуменьшает важность других услуг, предоставляемых на пунктах оказания услуг.</p>
<p>Как это измеряется?</p>	<p>Числитель Числитель этого показателя – это количество МСМ (отдельных клиентов, вне зависимости от количества повторений оказания услуг), которые по меньшей мере один раз получили минимальный пакет услуг в течение 12 месяцев.</p> <p>Знаменатель Знаменатель этого показателя – это оценочная численность МСМ на территории действия охвата программы или проекта.</p>
<p>Какие инструменты используются?</p>	<p>Данные для числителя этого показателя можно получить из АИС регистрации и учёта клиентов. Регистрационные записи обновляются после каждого предоставления услуг (обычно ежедневно). Агрегация данных осуществляется на «центральной» уровне (обычно, региональном или национальном). Рекомендуется приложить максимальные усилия во избежание двойного подсчёта.</p>
<p>Частота предоставления отчетности</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Возможная дисагрегация</p>	<p>Возраст, ПИН/ не-ПИН, РКС/ не- РКС.</p>
<p>Ответственность и источник данных</p>	<p>Данные получают от всех организаций, предоставляющих услуги по профилактике ВИЧ, работающих в регионе / стране. Это могут быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Министерстве по делам семьи, молодежи и спорта; ■ Отдельные частные организации <p>Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.</p>

1.4 Заключенные, охваченные услугами по профилактике в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

<p>Что он измеряет?</p>	<p>Показатель измеряет количество (и процент) заключенных, которые воспользовались (по крайней мере, один раз) услугами по профилактике ВИЧ в течение последних 12 месяцев.</p> <p>Заключенный считается «охваченным услугами по профилактике», если он является клиентом проекта, то есть получил минимальный пакет услуг. Рекомендуется, что минимальный пакет услуг для заключенных должен содержать следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Информационный материал, направленный на формирование навыков безопасного поведения; ■ Консультирование у социального работника или соответствующего специалиста, и ■ Расходные материалы (шприцы, презервативы – доступны, но не обязательны); <p>Этот перечень определяет минимальный набор услуг, который должен получить человек для того, чтобы считаться «охваченным», что никоим образом не преуменьшает важность других услуг, предоставляемых на пунктах оказания услуг.</p>
<p>Как это измеряется?</p>	<p>Числитель Числитель этого показателя – это количество заключенных (отдельных клиентов, вне зависимости от количества повторений оказания услуг), которые по меньшей мере один раз получили минимальный пакет услуг в течение 12 месяцев.</p> <p>Знаменатель Знаменатель этого показателя – это общая численность лиц, которые пребывали в заключении в течение 12 месяцев (включая тех, кто находился в местах лишения свободы менее 12 месяцев) во всех пенитенциарных учреждениях на территории действия охвата программы или проекта, если такие услуги допустимы согласно национальному законодательству.</p>
<p>Какие инструменты используются?</p>	<p>Данные для числителя этого показателя можно получить из АИС регистрации и учёта клиентов. Регистрационные записи обновляются после каждого предоставления услуг (обычно ежедневно). Агрегация данных осуществляется на «центральной» уровне (обычно, региональном или национальном). Рекомендуется приложить максимальные усилия во избежание двойного подсчёта.</p>
<p>Частота предоставления отчетности</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Возможная disaggregation</p>	<p>Пол, возраст, ПИН/ не-ПИН, МСМ/ не- МСМ (для мужчин).</p>
<p>Ответственность и источник данных</p>	<p>Данные получают от всех организаций, предоставляющих услуги по профилактике ВИЧ, работающих в регионе / стране. Это могут быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Департаменте по вопросам исполнения наказаний; ■ Отдельные частные организации <p>Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.</p>

1.5 Количество презервативов, распространенных бесплатно

Что он измеряет?	<p>Этот показатель определяет общее количество презервативов, распространенных через целевые программы и проекты профилактики среди представителей ГНВР, например, ПИН, РКС, МСМ и заключенных.</p> <p>Количество распространенных презервативов должно учитывать как мужские, так и женские презервативы.</p>
Как это измеряется?	Каждый отдельный выданный презерватив считается как один. Например, лента или пачка из трех презервативов считается как 3.
Какие инструменты используются?	<p>Данные по этому показателю можно получить из АИС регистрации и учёта клиентов, которая также отслеживает все расходные материалы и услуги, оказанные каждому клиенту.</p> <p>Данные также можно извлечь из документов складского учёта.</p>
Частота предоставления отчетности	Ежеквартально / раз в полгода / ежегодно
Возможная дисагрегация	Мужские/женские презервативы, количество презервативов, выданное каждой ГНВР (например, ПИН, РКС, МСМ, заключенным)
Ответственность и источник данных	<p>Данные получают от всех организаций, предоставляющих услуги по профилактике ВИЧ, работающих в регионе / стране. Это могут быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Министерстве по делам семьи, молодежи и спорта, при Департаменте по вопросам исполнения наказаний; ■ Отдельные частные организации <p>Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.</p>

1.6 Количество распространенных шприцев

Что он измеряет?	Этот показатель определяет общее количество шприцев, распространенных через целевые программы и проекты профилактики среди ПИН.
Как это измеряется?	Каждый отдельный выданный шприц считается как один. Например, лента или пачка из трех шприцев считается как 3.
Какие инструменты используются?	Данные по этому показателю можно получить из АИС регистрации и учёта клиентов, которая также отслеживает все расходные материалы и услуги, оказанные каждому клиенту. Данные также можно извлечь из документов складского учёта.
Частота предоставления отчетности	Ежеквартально / раз в полгода / ежегодно
Возможная дисагрегация	Тип шприца (объем), выданные/обменные шприцы
Ответственность и источник данных	Данные получают от всех организаций, предоставляющих услуги по профилактике ВИЧ, работающих в регионе / стране. Это могут быть: <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Министерстве по делам семьи, молодежи и спорта, при Департаменте по вопросам исполнения наказаний; ■ Отдельные частные организации Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.

1.7 Количество информационных материалов, распространенных среди ГНВР

Что он измеряет?	Этот показатель определяет общее количество информационных материалов, распространенных через целевые программы и проекты профилактики среди представителей ГНВР, например, ПИН, РКС, МСМ, заключенных.
Как это измеряется?	Считать необходимо каждый выданный экземпляр информационного материала. К таким материалам относятся буклеты, листовки, брошюры, бюллетени, периодические издания, справочники и т.п., направленные на пропаганду безопасного поведения. Обычно к таким материалам не относят плакаты и визитки.
Какие инструменты используются?	Данные по этому показателю можно получить из АИС регистрации и учёта клиентов, которая также отслеживает все расходные материалы и услуги, оказанные каждому клиенту. Данные также можно извлечь из документов складского учёта.
Частота предоставления отчетности	Ежеквартально / раз в полгода / ежегодно
Возможная дисагрегация	Тип информационного материала, количество материалов, выданных каждой группе (например, ПИН, РКС, МСМ, заключенным)
Ответственность и источник данных	Данные получают от всех организаций, предоставляющих услуги по профилактике ВИЧ, работающих в регионе / стране. Это могут быть: <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Министерстве по делам семьи, молодежи и спорта, при Департаменте по вопросам исполнения наказаний; ■ Отдельные частные организации <p>Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.</p>

1.8 Количество поставителей услуг, которые прошли обучение в сфере профилактики ВИЧ в течение последних 12 месяцев

<p>Что он измеряет?</p>	<p>Этот показатель определяет количество людей, которые в течение последних 12 месяцев прошли обучение в сфере стратегий профилактики ВИЧ для непосредственного осуществления такой деятельности. Поставителями услуг могут быть инструкторы по методу «равный–равному», работники «аутрич», социальные работники, медицинские работники, и т.п. Такое обучение может проводиться для реализации «аутрич»–работы по принципу «равный равному», профилактики с привлечением к участию, интерактивного образования по вопросам сексуальности и жизненных навыков, консультирования и других профилактических мероприятий на уровне сообщества.</p> <p>Если тренинг является компонентом другого учебного курса, который фокусируется не только на профилактике ВИЧ, тогда организация должна квалифицировать такой курс, как в достаточной степени ориентированный на профилактику. Организация, готовящая отчет, берет на себя ответственность за проверку того, что такой курс соответствует стандартам. Благодаря такому обучению участники должны овладеть навыками, достаточными для непосредственной реализации профилактических мероприятий в сообществе.</p> <p>Примерами таких навыков могут быть: образование / межличностные коммуникации / коммуникации в малой группе / стратегии с привлечением к участию для профилактики ВИЧ, сексуальное и репродуктивное здоровье, формирование навыков обращения к врачу в случае ИППП, пропаганда использования презервативов, развитие умения договариваться о безопасном сексе.</p>
<p>Как это измеряется?</p>	<p>Подсчитывается количество поставителей услуг, которые прошли обучение в сфере профилактики ВИЧ в течение последних 12 месяцев. Каждый участник тренингов считается как один, даже если он или она посетили несколько учебных курсов по профилактике ВИЧ за отчетный период (12 месяцев).</p>
<p>Какие инструменты используются?</p>	<p>Данные по этому показателю можно получить из АИС регистрации и учёта тренингов. Эту функцию можно либо включить в базу регистрации клиентов, либо разработать отдельную систему для этих целей.</p>
<p>Частота предоставления отчетности</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Возможная дисагрегация</p>	<p>Пол, тема тренинга</p>
<p>Ответственность и источник данных</p>	<p>Данные получают от всех организаций, которые проводят тренинги в сфере профилактики ВИЧ для поставителей услуг в регионе / стране. Это могут быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Министерстве по делам семьи, молодежи и спорта, при Департаменте по вопросам исполнения наказаний; ■ Отдельные частные организации <p>Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.</p>

1.9 Количество созданных и функционирующих пунктов оказания услуг

Что он измеряет?	Этот показатель измеряет количество созданных и функционирующих пунктов оказания услуг, то есть предоставляющих, по крайней мере, минимальный пакет услуг по профилактике для групп, подвергающихся наиболее высокому риску инфицирования в определенный момент времени.
Как это измеряется?	Подсчитывать каждый созданный и функционирующий пункт как один. Обычно количество функционирующих пунктов оказания услуг измеряют в определенный момент времени (например, в конце квартала или года), исключая те, которые работали ранее, но завершили свою деятельность на данный момент времени.
Какие инструменты используются?	Программные записи всех организаций, предоставляющих услуги по профилактике ВИЧ.
Частота предоставления отчетности	Ежегодно
Возможная дисагрегация	Этот показатель можно детализировать по типу пункта оказания услуг (например, стационарный, передвижной «аутрич», уличный и т.д.), по региону.
Ответственность и источник данных	<p>Данные получают от всех организаций, предоставляющих услуги по профилактике ВИЧ, работающих в регионе / стране. Это могут быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Министерстве по делам семьи, молодежи и спорта, при Департаменте по вопросам исполнения наказаний; ■ Отдельные частные организации <p>Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.</p>

2. ИЗБРАННЫЕ (КЛЮЧЕВЫЕ) ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПРОЦЕССА ДЛЯ ПРОЕКТОВ ПО УХОДУ И ПОДДЕРЖКЕ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ /СПИДОМ

2.1 Взрослые, живущие с ВИЧ /СПИДОМ (ЛЖВС), охваченные услугами по уходу и поддержке в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

2.2 Дети, живущие с или пострадавшие от ВИЧ /СПИДа, охваченные услугами по уходу и поддержке в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

2.3 Хронически больные люди, живущие с ВИЧ /СПИДОМ (ЛЖВС), получившие паллиативный уход в течение последних 12 месяцев

2.4 Количество созданных и функционирующих центров комплексного ухода и поддержки ЛЖВС

2.1 Взрослые, живущие с ВИЧ /СПИДом (ЛЖВС), охваченные услугами по уходу и поддержке в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

<p>Что он измеряет?</p>	<p>Показатель измеряет количество (и процент) взрослых ЛЖВС (16 лет и старше), которые воспользовались (по крайней мере, один раз) услугами по уходу и поддержке в течение последних 12 месяцев.</p> <p>ЛЖВС считается «охваченным услугами по уходу и поддержке», если он или она является клиентом проекта, то есть получил(а) минимальный пакет услуг. Считается, что минимальный пакет услуг для ЛЖВС должен содержать, по крайней мере, один из указанных компонентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Психологическая поддержка (консультирование по методу «равный равному» и/или участие в группе самопомощи и/или консультирование по приверженности АРТ и т.д.); ■ Социально-экономическая поддержка (гуманитарная помощь, уход на дому, социальный патронаж и т.д.). <p>В более широком смысле программы по уходу и поддержке могут предусматривать внешнюю поддержку, в том числе консультирование, оказание медицинской помощи, помощь в работе по дому, сопровождение, финансовая поддержка, юридические услуги, уход, помощь в получении школьного образования, доступ к приютам и другие медико-социальные услуги. Некоторые из этих услуг предоставляются на уровне домохозяйств, а некоторые – на уровне сообществ; этот показатель учитывает оба уровня.</p>
<p>Как это измеряется?</p>	<p>Числитель Числитель этого показателя – это количество ЛЖВС (отдельных клиентов, вне зависимости от количества повторений оказания услуг), которые по меньшей мере один раз получили минимальный пакет услуг в течение 12 месяцев.</p> <p>Знаменатель Знаменатель этого показателя – это оценочная численность ЛЖВС на территории действия охвата программы или проекта (если такие оценочные данные отсутствуют, то для знаменателя можно использовать количество официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных людей на территории).</p>
<p>Какие инструменты используются?</p>	<p>Данные для числителя этого показателя можно получить из АИС регистрации и учёта клиентов. Регистрационные записи обновляются после каждого предоставления услуг (обычно ежедневно). Агрегация данных осуществляется на «центральном» уровне (обычно региональном или национальном). Рекомендуется приложить максимальные усилия во избежание двойного подсчёта.</p>
<p>Частота предоставления отчетности</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Возможная дисагрегация</p>	<p>Пол, возраст, ПИН/не-ПИН, РКС/ не-РКС, МСМ/ не- МСМ.</p>
<p>Ответственность и источник данных</p>	<p>Данные получают от всех организаций, предоставляющих услуги по уходу и поддержке в связи с ВИЧ, работающих в регионе / стране. Это могут быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Министерстве по делам семьи, молодежи и спорта, Министерстве здравоохранения; ■ Отдельные частные организации <p>Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.</p>

2.2 Дети, живущие с или пострадавшие от ВИЧ /СПИДа, охваченные услугами по уходу и поддержке в течение последних 12 месяцев (количество и процент)

<p>Что он измеряет?</p>	<p>Показатель измеряет количество (и процент) детей (до 16 лет), живущих с или пострадавших от ВИЧ/СПИДа, которые воспользовались (по крайней мере, один раз) услугами по уходу и поддержке в течение последних 12 месяцев.</p> <p>Ребенок считается «охваченным услугами по уходу и поддержке», если он или она является клиентом проекта, то есть получил(а) минимальный пакет услуг. Считается, что минимальный пакет услуг для детей должен содержать, по крайней мере, один из указанных компонентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Для младенцев (до 18 месяцев): медицинский и социальный патронаж, уход, гигиена, питание и поддерживающая среда, медицинская реабилитация, предоставление гуманитарной помощи (питание – молочные смеси, витамины, основные медикаменты, гигиенические средства, игрушки и т.п.); ■ Для детей в возрасте от 18 месяцев до 15 лет: медицинская и психологическая поддержка, образование и развитие, социальная и юридическая поддержка, помощь в получении пенсии и пособия по инвалидности, медицинская реабилитация, поддержка семьи, приверженность лечению и позитивная профилактика, профессиональная ориентация и т.п. <p>Некоторые из этих услуг предоставляются на уровне домохозяйств, а некоторые – на уровне сообществ; этот показатель учитывает оба уровня.</p>
<p>Как это измеряется?</p>	<p>Числитель Числитель этого показателя – это количество детей (до 16 лет), живущих с или пострадавших от ВИЧ/СПИДа (отдельных клиентов, вне зависимости от количества повторений оказания услуг), которые, по меньшей мере, один раз получили необходимый пакет услуг в течение 12 месяцев. Дети, пострадавшие от ВИЧ/СПИДа – это дети, которые потеряли одного или обоих родителей в связи со СПИДом, или дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями.</p> <p>Знаменатель Знаменатель этого показателя – это оценочная численность детей, живущих с или пострадавших от ВИЧ/СПИДа на территории действия охвата программы или проекта (если такие оценочные данные отсутствуют, то для знаменателя можно использовать количество официально зарегистрированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями на территории).</p>
<p>Какие инструменты используются?</p>	<p>Данные для числителя этого показателя можно получить из АИС регистрации и учёта клиентов. Регистрационные записи обновляются после каждого предоставления услуг (обычно ежедневно). Агрегация данных осуществляется на «центральном» уровне (обычно, региональном или национальном). Рекомендуется приложить максимальные усилия во избежание двойного подсчёта.</p>
<p>Частота предоставления отчетности</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Возможная дисагрегация</p>	<p>Пол, возраст, ВИЧ-статус (положительный, отрицательный).</p>
<p>Ответственность и источник данных</p>	<p>Данные получают от всех организаций, предоставляющих услуги по уходу и поддержке в связи с ВИЧ, работающих в регионе / стране. Это могут быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Министерстве по делам семьи, молодежи и спорта, Министерстве здравоохранения; ■ Отдельные частные организации <p>Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.</p>

2.3 Хронически больные люди, живущие с ВИЧ /СПИДом (ЛЖВС), получившие паллиативный уход в течение последних 12 месяцев

Что он измеряет?	Этот показатель определяет количество хронически больных ЛЖВС, получавших паллиативный уход в хосписах / амбулаторных отделениях (клиниках) в течение последних 12 месяцев.
Как это измеряется?	Показатель измеряет количество ЛЖВС (отдельных клиентов, вне зависимости от количества повторений оказания услуг), которые получали паллиативный уход в течение 12 месяцев.
Какие инструменты используются?	Данные для этого показателя можно получить из базы регистрации клиентов (АИС) хосписов/амбулаторных отделений (клиник). Агрегация данных осуществляется на «центральном» уровне (обычно региональном или национальном). Рекомендуется приложить максимальные усилия во избежание двойного подсчёта.
Частота предоставления отчетности	Ежегодно
Возможная дисагрегация	Пол, возраст
Ответственность и источник данных	Данные получают от всех хосписов / клиник, предоставляющих паллиативный уход за хронически больными ЛЖВС в регионе / стране. Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.

2.4 Количество созданных и функционирующих центров комплексного ухода и поддержки ЛЖВС

<p>Что он измеряет?</p>	<p>Этот показатель измеряет количество созданных и функционирующих центров комплексного ухода и поддержки ЛЖВС, например, предоставляющих комплексные услуги по уходу и поддержке ЛЖВС (в том числе детям, живущим с или пострадавшим от ВИЧ/СПИДа) в определенный момент времени.</p> <p>Центр комплексного ухода и поддержки обычно включает в себя общественный центр, предоставляющий различные услуги, имеющий комнату дневного ухода за детьми, выдающий направления и осуществляющий социальный патронаж и т.п. Однако, критерии для определения центра комплексного ухода и поддержки (перечень предлагаемых услуг) должны разрабатываться на национальном уровне и соблюдаться всеми поставщиками услуг в масштабах страны.</p>
<p>Как это измеряется?</p>	<p>Подсчитывается каждый созданный и функционирующий центр один раз. Обычно количество функционирующих центров измеряют в определенный момент времени (например, в конце квартала или года), исключая те, которые работали ранее, но завершили свою деятельность на данный момент времени.</p>
<p>Какие инструменты используются?</p>	<p>Программные записи всех организаций, предоставляющих услуги по уходу и поддержке ЛЖВС.</p>
<p>Частота предоставления отчетности</p>	<p>Ежегодно</p>
<p>Возможная дисагрегация</p>	<p>Этот показатель можно детализировать по регионам.</p>
<p>Ответственность и источник данных</p>	<p>Данные получают от всех организаций, предоставляющих услуги по уходу и поддержке для ЛЖВС, работающих в регионе / стране. Это могут быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Отдельные НПО; ■ Отдельные государственные структуры, например, социальные службы при Министерстве по делам семьи, молодежи и спорта, при Министерстве здравоохранения; ■ Отдельные частные организации <p>Должен существовать отдельный орган (обычно это национальная структура по МиО), который отвечает за сбор, анализ и распространение данных.</p>

Список использованных и рекомендуемых источников:

1. GFATM (2006). Monitoring and Evaluation Toolkit HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. Second Edition, Geneva, GFATM.
http://www.theglobalfund.org/en/about/policies_guidelines/
2. UNAIDS (2007). A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. UNAIDS, Geneva.
http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070420_me_of_prevention_in_most_at_risk_populations_en.pdf
3. UNAIDS (2007). Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. UNAIDS, Geneva.
http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070411_ungass_core_indicators_manual_en.pdf
4. Sharma, M et al., Coverage of HIV prevention programmes for injection drug users: Confusions, aspirations, definitions and ways forward, International Journal on Drug Policy (2006), doi: 10.1016/drgupo.2006.11.012
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0955-3959/PIIS0955395906002404.pdf>
5. Burrows D. (2006); UNAIDS. Участки с высоким уровнем охвата. Профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в странах с переходной экономикой и развивающихся странах. Тематические исследования.
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1254-HighCoverageIDU_en.pdf – Английский
http://data.unaids.org/Pub/report/2006/JC1254-HighCoverageIDU_ru.pdf – Русский
6. UNAIDS and FHI (2003). Estimating the size of populations at risk for HIV.
http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/EstimatingPopSizes_en.pdf
7. FHI; Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries.
<http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/Archive/evalchap/index.htm>
8. FHI; Исследования особенностей поведения: Руководство по проведению периодических исследований в рамках изучения поведения групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ
<http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/bssguidelines.htm> – Английский
<http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/bssrussian.htm> – Русский
9. USAID, MEASURE Evaluations (2007). Data Quality Assurance Tool for Program-Level Indicators.
<http://www.pepfar.gov/documents/organization/79628.pdf>
10. AOSI, APMG, USAID (2007). Unique Identifier Code. DDRP Best Practice Collection.
[http://www.aidsprojects.com/uploads/File/UIC_Eng\(1\).pdf](http://www.aidsprojects.com/uploads/File/UIC_Eng(1).pdf)
11. MEASURE Evaluation. Data Demand and Information Use in the Health Sector. Strategies and Tools.
[http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/DDIU/DDIU_Strategies_and_Tools\(intro\).pdf](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/DDIU/DDIU_Strategies_and_Tools(intro).pdf)

12. Rugg D, Carael M, Boerma J and Novak J (2004). Global advances in monitoring and evaluation of HIV/AIDS: From AIDS case reporting to programme improvement. In: Rugg D, Peersman G and Carael M (Eds.). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation.

13. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. Балакирева О. (2006). Аналитический отчёт по результатам исследования. Оценка численности групп высокого риска инфицирования ВИЧ в Украине – отчёт доступен на украинском языке [<http://www.aidsalliance.org.ua>]

14. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине (2001). Руководство по оценке с привлечением к участию
<http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/our/assessment/pdf/mg.pdf>

15. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине (2004). Мониторинг и оценка: методические рекомендации
<http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/our/monitoring/pdf/mg4.pdf>

16. International HIV/AIDS Alliance (2003). Developing HIV/AIDS work with drug users: a guide to participatory assessment and response.
http://alliance-uk.inforce.dk/graphics/secretariat/publications/idu0803_idu_guide.pdf

17. International HIV/AIDS Alliance (2003). Participatory Site Assessments: Cambodia, Ecuador and Andhra Pradesh State in India
http://alliance-uk.inforce.dk/graphics/secretariat/publications/psa0803_participatory_site_assessment.pdf

18. Keith Mackay. IEG, WB (2007). How to Build M&E Systems to Support Better Government.
http://www.worldbank.org/ieg/ecd/docs/How_to_build_ME_gov.pdf

19. UNAIDS, World Bank (2002). National AIDS Councils Monitoring and Evaluation Operations Manual.
http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/jc808-moneval_en.pdf

20. UNAIDS «Three ones» principles
http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/three_ones.asp

21. «WinPepi» software
<http://www.healthcarefreeware.com/calc.htm>

22. UNAIDS and WHO, 2007. Using the Workbook Method to Make HIV/AIDS Estimates in Countries with Low-Level or Concentrated Epidemics. Manual.
http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/workbook_manual_2007_en.pdf – English
http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/workbook_manual_2007_ru.pdf – Russian

23. UNAIDS reference group on estimates, modeling and projections
www.epidem.org

24. Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries, 2006. Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence.

25. АИС «SyгEx», руководство пользователя
<http://www.vasbor.com/pages/syrex.html>
26. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине –
<http://www.aidsalliance.kiev.ua/>
27. USG: **<http://www.globalhivevaluation.org/HighlightedTools.aspx>**
28. UNAIDS: **<http://www.unaids.org/DocOrder/OrderForm.aspx>**
29. IJDP: **<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/drupol/>**
30. MEASURE: **<http://www.cpc.unc.edu/measure>**
31. UNDP: **http://www.undp.org/gef/undp-gef_monitoring_evaluation**

ББК 55–1
М –77

Авторский коллектив

Ольга Морозова, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине
Ольга Варецкая, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине
Дэниел Джонс, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД
Пепукай Чикуква, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД
Татьяна Салюк, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине

Мониторинг и оценка программ и проектов. Практическое пособие / О.С. Морозова, О.В. Варецкая, Д. Джонс, П. Чикуква, Т.А. Салюк —К.: Оранта 2007. —140 с

В пособии представлены практические рекомендации по созданию и поддержке системы программного мониторинга проектов и программ профилактики ВИЧ в группах наиболее высокого риска инфицирования, а также программах ухода и поддержки людей, живущих с ВИЧ.

Издано на средства Глобального Фонда по борьбе со СПИД, туберкулёзом и малярией TM

© **Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине**

ул. Димитрова, 5, корпус 10А, 03680, Киев, Украина
Тел.: (+380 44) 490 5485 (6, 7, 8), факс: (+380 44) 490 5489
E-mail: office@aidsalliance.org.ua <http://www.aidsalliance.org.ua>

© **Авторский коллектив, текст, 2007**

Подписано в печать 20.09.2007. Формат 64х90 1/8. Бумага мелованая.
Усл.-печ. л. 17,5. Уч.-изд. л. 18,5. Зак. № 709–22. Тираж 1000 экз.

Макет и печать:

Полиграфическая фирма «Оранта»
Украина, 03037, г Киев, ул. М. Кривоноса, 2Б
Тел./факс: (044) 248–8931
E-mail: oranta@oranta

**Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине
ул. Димитрова, 5, корпус 10А
03150, Киев, Украина**

Тел: (+380 44) 490-5485

(+380 44) 490-5486

(+380 44) 490-5487

(+380 44) 490-5488

Факс: (+380 44) 490-5489

E-mail: office@aidsalliance.kiev.ua

[Http://www.aidsalliance.kiev.ua](http://www.aidsalliance.kiev.ua)



9 789668 754098