

О Т Ч Е Т

**об общественной оценке мероприятий государственного заказа
№0173100005411000247**

"Оказание услуг по реализации мероприятий вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции, в субъектах Российской Федерации в рамках реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2011 году"

Подготовлен рабочей группой экспертов от НКО в составе:

АНО «Новая жизнь»

Иркутское областное отделение РКК

КООРН «Вера»

МРОО «Сообщество ЛЖВ»

Общественный фонд «АнтиСПИД»

Фонд «Позитивная волна»

Контакт для связи с рабочей группой общественной оценки:

publicmonitoring@googlegroups.com

Москва, март 2012

Оглавление

Аннотация / Резюме	3
Причины и цели проведения общественной оценки.....	4
Методология проведения оценки	6
Результаты оценки	8
1. Достигнутые результаты, соответствие запланированным результатам	8
1.1. Алгоритм и замысел мероприятий	8
1.2. Запланированные и достигнутые результаты 1-го этапа работ	9
1.3. Запланированные и достигнутые результаты 2-го этапа работ	10
1.3.1. Целевые группы	10
1.3.2. Количество представителей целевых групп	11
1.3.3. Характер оказанных услуг и алгоритм реализации мероприятий.....	13
2. Используемые технологии, их преимущества и ограничения	15
3. Управление выполнением услуг.....	18
4. Устойчивость и возможность тиражирования предложенного подхода к оказанию услуг.....	22
Выводы и рекомендации	23
Заключение об общественной оценке, дополнительные вопросы, появившиеся в ходе ее проведения	25
Приложение 1. Техническое задание на проведение общественной оценки	27
Приложение 2. Данные о выполнении целевых показателей госзаказа.....	33
Приложение 3. Список участников групповых и индивидуальных интервью.....	35
Приложение 4. Список документов, использованных при проведении оценки.....	36
Приложение 5. Об организаторах оценки	37

Аннотация / Резюме

В 2011 г. рядом некоммерческих организаций, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа и оказывающих социальные услуги пациентам, было инициировано проведение общественной оценки мероприятий госзаказа №0173100005411000247 "Оказание услуг по реализации мероприятий вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции, в субъектах Российской Федерации в рамках реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2011 году".

Оценка проводилась на основе целесообразной выборки в 9 городах 5 субъектов РФ – путем опросов участников мероприятий госзаказа (исполнителей и клиентов), анализа документации и статистических данных, опроса экспертов в области профилактики и социальной работы.

Основной вопрос оценки: Возможно ли за 38 дней качественно оказать услуги по информированию и перенаправлению/сопровождению в медучреждения для медико-социального консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию 123062 представителям уязвимых групп (больные наркоманией, гомо- и бисексуалисты и больные ЗППП) в 83 субъектах РФ?

Резюме результатов оценки:

- Основная идея госзаказа – привлечение закрытых групп, уязвимых к заболеванию ВИЧ-инфекцией, в специализированные медицинские учреждения силами НКО вполне состоятельна.
- Подготовительный этап мероприятий (определение точек доступа к целевым группам, проверка знаний и инструктаж аутрич-работников и пр.) был выполнен не полностью в соответствии с госзаказом. За отведенный на это срок 5-10 дней оказалось невозможно провести запланированную и необходимую для выполнения мероприятий госзаказа подготовительную работу.
- Часть клиентов мероприятий не относится к целевым группам, определенным госзаказом, а достигнутые количественные показатели завышены. Достижение целевых показателей кол-ва клиентов по субъектам (всего 123062 представителей уязвимых групп) за 38,2 рабочих дней оказалось невозможным без нарушения требования о работе с определенными целевыми группами.
- Привлечение аутрич-работников было реализовано без применения технологии аутрич-работы в целом. Требуемая времени работа по формированию доверия представителей целевых групп к системе здравоохранения, ответственного поведения в отношении своего здоровья практически не проводилась.
- Серьезные претензии вызывает способ организации контроля за выполнением Мероприятий, дающий возможность лишь условно отследить объем выполненной работы, без каких-либо критериев качества и соответствия целям и замыслу госзаказа. На основании использованных отчетных форм невозможно судить о принадлежности клиентов мероприятий к целевым группам и проверить качество оказанных услуг и их соответствие потребностям клиентов.

Общий вывод:

Качество проведенной работы по выполнению госзаказа № 0173100005411000247 не оправдывает вложенных ресурсов, занижает значимость взаимодействия органов управления здравоохранением и некоммерческого сектора. Подход к организации работы в рамках данного госзаказа формирует отрицательный опыт реализации совместных программ, дискредитирует усилия государства в области профилактики ВИЧ-инфекции. Результаты проведенной общественной оценки завершаемых мероприятий госзаказа подтверждают обоснованность опасений и замечаний, высказанных госзаказчику многими специализированными НКО на стадии открытых конкурсов.

Дальнейшее использование подобных схем организации работ по профилактике ВИЧ-инфекции, является нецелесообразным и неэффективным расходованием бюджетных средств.

В Отчете также приведены рекомендации (стр. 24).

Причины и цели проведения общественной оценки

«Хроническое заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для Российской Федерации, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества, вызывает необходимость защиты прав и законных интересов населения...» – с таких слов начинается [Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ](#) "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)". В этом Законе прямо указано на необходимость «применения своевременных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции». В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года (утв. [Указом Президента РФ от 12.05.2009 № 537](#)) массовое распространение ВИЧ-инфекции признается одной из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации.

При таком признании значимости для России последствий от эпидемии вполне оправданы ожидания общественности, что органы управления здравоохранением должны уделять существенное внимание профилактике ВИЧ-инфекции. Но, несмотря на законодательные основы и стратегические декларации, удел профилактики остается незавидным. За четверть века распространения в нашей стране ВИЧ-инфекции по-прежнему отсутствует Национальная стратегия борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа, профилактические мероприятия являются краткосрочными, фрагментарными, непоследовательными и, как следствие, неэффективными, а количество новых случаев заражения составляло в 2011 г. в среднем 170 в день.

Согласно упомянутому выше закону, государством гарантируется регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции. [Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ](#) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" признает расходным обязательством государства осуществление мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения посредством: профилактики заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения, выполнения профилактических мероприятий, мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни. Следует отметить, что современные эффективные стратегии и подходы к профилактике распространения ВИЧ/СПИДа опираются на активное участие некоммерческих и общественных организаций в их планировании, реализации и оценке. Специфика распространения данного заболевания создает объективную необходимость многостороннего сотрудничества между всеми секторами общества.

В июне 2011 г. глава Минздравсоцразвития РФ Т.А. Голикова заявила: «На реализацию программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции [в 2011 г.] неправительственным и пациентским организациям будут выделены целевые гранты на 500 миллионов рублей»¹. В действительности на цели профилактики в 2011 г. в рамках 13 лотов² было выделено 147,7 млн. руб., а исполнителями госконтрактов стали 5 организаций, из которых только 1 некоммерческая. Выполнение всех мероприятий пришлось на последний квартал 2011 г., т.е. меньше чем 3 мес., а в расчете на население страны расходы на профилактику составили чуть больше 1 руб. на человека.

Группой некоммерческих организаций, специализирующихся на профилактике ВИЧ-инфекции и социальном сопровождении людей, живущих с ВИЧ, было принято решение провести общественную оценку одного из госзаказов³, объявленных Минздравсоцразвития в 2011 г. по направлению профилактики ВИЧ-инфекции. Цель этой общественной оценки – представить общественности объективные данные о ситуации с профилактикой ВИЧ-инфекции в России на примере оценки мероприятий конкретного госзаказа³.

Мы считаем, что необходимо разобраться, в каком положении находятся профилактические программы, реализуемые НКО при остро дефицитном финансировании, с какой эффективностью расходуются при этом выделяемые на профилактику значительные средства госбюджета, как все это влияет на динамику эпидемии ВИЧ в России. Данный отчет ориентирован на изменение ситуации в

¹ www.minzdravsoc.ru/health/remedy/130

² См. <http://zakupki.gov.ru> лоты №№: [0173100005411000247](#), [0173100005411000249](#), [0173100005411000264](#), [0173100005411000315](#), [0173100005411000348](#), [0173100005411000552](#).

³ № лота [0173100005411000247](#).

сторону более эффективного и прозрачного использования ресурсов, основанного на реальном конструктивном и равноправном диалоге органов управления здравоохранением и общественного сектора.

По мнению инициаторов общественной оценки, необходимость ее проведения вызвана следующими причинами:

1. Профилактика ВИЧ-инфекции – одна из приоритетных задач в области охраны здоровья и противодействия распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа. Работа по профилактике требует тщательного планирования, комплексного подхода, широкого охвата, непрерывности и преемственности мероприятий. Особенности подготовки к выполнению мероприятий рассматриваемого госзаказа, их замысел (содержание), время, выделенное на их выполнение, вызвали серьёзную озабоченность и сомнения как в ожидаемой эффективности, так и в самой возможности их качественной реализации. Согласно мнениям экспертов – представителей специализированных НКО, высказанным на этапе планирования Мероприятий госзаказа, работы госзаказа могут быть качественно выполнены в срок не менее чем 10 мес.

2. В том, как разрабатывался и реализовывался данный государственный заказ, по нашему мнению, имеются существенные риски дискредитации политики Минздравсоцразвития в области сотрудничества с НКО. Есть опасность разрыва наметившихся тенденций к сотрудничеству государства и НКО в области профилактики ВИЧ-инфекции. Есть основания предполагать, что госзаказ ориентирован в большей степени на "освоение" бюджета и получение формальной отчётности по целевым показателям выполненных работ, чем на достижение социально значимого и общественно полезного эффекта с точки зрения профилактики.

3. Несмотря на озвученные сомнения представителей ряда специализированных НКО в целесообразности и выполнимости заказа на этапе его планирования, представители государственного заказчика не включили в перечень работ по его выполнению работы по мониторингу и оценке.

Результаты оценки будут использованы НКО, работающими в области профилактики ВИЧ/СПИДа, не являющимися исполнителями заказа, для того, чтобы:

- Проверить обоснованности критических замечаний, высказанных рядом НКО на этапе обсуждения содержания Мероприятий (до объявления конкурса) и после утверждения заказчиком содержания Мероприятий (после объявления конкурса).
- Разработать рекомендации относительно содержания будущих профилактических мероприятий и программ, а также методов управления ими.
- Уточнить роль НКО в разработке и реализации профилактических программ и скорректировать формы и методы взаимодействия НКО и Минздравсоцразвития РФ в отношении профилактики ВИЧ-инфекции.
- Получить опыт проведения общественного мониторинга за реализацией мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции – как одной из форм участия гражданского общества в реализации социальных программ, инициированных органами исполнительной власти РФ.

Методология проведения оценки

Вопросы задания на проведение оценки

Для того чтобы достичь целей оценки были сформулированы вопросы, на которые надо было получить ответ в ходе оценки:

1. Какие результаты были достигнуты в ходе выполнения госзаказа? В какой мере они соответствуют запланированным результатам, требуемым параметрам данного госзаказа (содержание, объем, качество)? Если не соответствуют, то почему?
2. Какие подходы, технологии, методы использовались исполнителем при выполнении заказа? В чем их преимущества/сильные стороны и каковы ограничения/слабые стороны?
3. Как осуществлялось управление выполнением услуг? Что помогало и что мешало оказанию услуг?
4. Какова устойчивость предложенного подхода к оказанию данных услуг? Какова эффективность предложенного подхода к оказанию данных услуг? Могут ли тиражироваться подходы, технологии и методы, использованные исполнителем заказа, с точки зрения их пользы? Если да, то, каким образом, если нет – почему?
5. Какие можно сделать рекомендации относительно продолжения мероприятий госзаказа?

Обоснование подхода к проведению оценки. Источники и методы сбора информации

Для ответа на вопросы задания планировалось провести эмпирическое исследование. В ходе исследования нужно было собрать и проанализировать качественные и количественные данные, свидетельствующие о том, каким образом были реализованы мероприятия госзаказа. Для получения объективных сведений применялся принцип триангуляции, подразумевающий опрос самих участников Мероприятий в целях сбора качественных данных, анализ имеющихся количественных данных о результатах Мероприятий и статистических данных, опрос экспертов относительно реализации Мероприятий.

Источниками качественных данных выступили непосредственные участники реализации данных Мероприятий, обладающие наиболее полной информацией (см. Приложение 3. Список участников групповых и индивидуальных интервью). Планировалось, что для сбора качественных данных будет использована целесообразная выборка отдельных территорий, где реализуются Мероприятия. Основным инструментом сбора данных должно было стать неструктурированное или полуструктурированное интервью. Нам удалось провести интервью с исполнителями, участниками и партнёрами Мероприятий в 9 городах 5 регионов (субъектов). Применялись следующие критерии отбора территорий:

- наличие представителей специализированных НКО, готовых принять участие в сборе первичных данных;
- готовность участников Мероприятий предоставить эти данные на основе информированного согласия;
- возможность провести оперативный сбор данных в заключительный период реализации Мероприятий (ноябрь-декабрь 2011);
- возможность сохранить конфиденциальность тех источников информации, которые будут готовы участвовать в оценке только при соблюдении данного условия.

Таким образом, мы планировали глубоко рассмотреть некоторое количество отдельных случаев, каждый из которых ограничен одним регионом, а затем на основании дополнительных данных решить, можно ли на основании отдельных случаев понять, как был реализован государственный заказ в целом.

К сожалению, со стороны представителей/сотрудников Исполнителя госзаказа нам было отказано в предоставлении данных в ряде выбранных нами регионов. Причины отказа, по нашему мнению, не имеют разумных и объективных оснований. Ссылки на некую "коммерческую тайну" или "запрет

начальства" показались нам странными, тем более что многие организаторы данной общественной оценки участвовали в публичных и открытых встречах между представителями НКО и представителями государственного заказчика летом-осенью 2011 года. На этих встречах обсуждались различные аспекты реализации данных Мероприятий. Вообще любая оценка направлена на получение новой практической информации и совершенствование оцениваемого подхода, поэтому незаинтересованность в ней и создание препятствий для ее проведения нельзя назвать оправданными.

Для анализа количественных данных мы использовали сведения, которые сотрудники исполнителя госзаказа размещали по итогам своей работы в электронной новостной публичной рассылке itpcru@googlegroups.com и на сайте www.hivnet.ru. В качестве экспертных источников информации мы использовали материалы обсуждений хода и результатов мероприятий среди представителей НКО, занимающихся профилактикой ВИЧ-инфекции, а также статистические данные о количестве обследованных на ВИЧ-инфекцию представителей уязвимых групп населения в РФ в 2011 г. Данные, полученные в ходе оценки, сравнивались с требованиями конкурсной документации госзаказа №0173100005411000247, размещёнными на официальном интернет-сайте РФ для размещения информации о размещении заказов⁴.

Собранные данные по 5 регионам (субъектам), информация, полученная из открытых источников и от экспертов, и статистические данные, по нашему мнению, позволяют нам сделать обоснованные предположения, выводы и рекомендации, представленные в данном отчете. Мы также готовы к аргументированному обсуждению наших выводов и рекомендаций, если нам будет предоставлена информация о данных мероприятиях, которая была недоступна нам в ходе проведения оценки.

⁴ http://zakupki.gov.ru/pgz/public/action/orders/info/common_info/show?notificationId=1364729

Результаты оценки

1. Достигнутые результаты, соответствие запланированным результатам

1.1. Алгоритм и замысел мероприятий

Чтобы сопоставить запланированные и реально достигнутые результаты, сначала необходимо понять алгоритм и замысел запланированных в рамках госзаказа работ. В документации госзаказа алгоритм выполнения мероприятий определен следующим образом:

На подготовительном этапе в течение 5-10 дней:

1. Готовится «консолидированная информация об оказании услуг по информированию, сопровождению/перенаправлению представителям 3х ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции (больные наркоманией, гомо- и бисексуалисты и больные ЗППП), в каждом субъекте РФ. Эта информация согласовывается с госзаказчиком и включает в себя сведения 3х видов: о месте и графике работы специализированных учреждений здравоохранения, о расписании специалистов этих учреждений, общая информация о ВИЧ-инфекции. Очевидно, что основная часть консолидированной информации должна быть индивидуальной для каждого субъекта РФ.
2. Составляется перечень «точек доступа» (не менее 3х в каждом субъекте, т.е. всего не менее 249 точек), а также их характеристик к 3м группам населения, уязвимым к ВИЧ-инфекции. При этом для каждой группы в ходе работы с ней в точках доступа применяется собственный подход, учитывающий специфику группы.
3. Проводятся подготовительные мероприятия для аутрич-работников: составляются правила уличной работы, правила безопасности и первой помощи, формируются бригады от 2 чел., составляются карты точек доступа и графики работы, проводится инструктаж, выдаются канцелярские наборы и бланки отчетности. Очевидно, на этом же этапе должны быть заключены контракты между исполнителем и аутрич-работниками, оценочное кол-во которых, согласно документации госзаказа, может быть 1769 чел.

На 2м этапе (расчетный средний срок 38,2 рабочих дней):

4. Нанятые аутрич-работники оказывают представителям уязвимых групп услуги: информирования о месте и графике медучреждений, о расписании специалистов; перенаправления/сопровождения в эти учреждения для медико-социального консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию. Для каждого субъекта определен свой целевой показатель количества клиентов. В отчетности учитывались только клиенты, пришедшие в медучреждение для консультации и тестирования⁵. По факту оказания услуги заполняется отчетный бланк. Таким образом, следует понимать, что даже если фактически была оказана услуга информирования, но клиент не явился в медучреждение, формально услуга не считается оказанной. Общее количество клиентов по стране должно составить не менее 123062 чел.

Важно отметить, что хотя документацией госзаказа и предусмотрено, что клиенты приводятся в медучреждения для медико-социального консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию, сами эти услуги Исполнителем госконтракта не оказываются. Консультирование и тестирование представителей уязвимых к ВИЧ групп населения должны были проводить уже сотрудники учреждений здравоохранения. Таким образом, ответственность исполнителя госконтракта за судьбу клиента и эффективность работы с ним с момента, как он переступил порог медучреждения, никак не регламентирована. Также не прописано и то, считается ли привод клиента, который уже зарегистрирован в медучреждении, как оказанная услуга.

5. Готовится итоговый отчет о мероприятиях, включающий отчет о проведении мероприятий по пп.1-4, сводный реестр отчетных бланков, аналитические выводы, предложения по системе профилактических мероприятий в данных группах.

⁵ См. Разъяснения конкурсной документации заказа № [0173100005411000247](https://www.zakupki.gov.ru/eng/otvet/0173100005411000247).

Вывод: Основная идея госзаказа и задания на проведение профилактических работ в определенной степени оправдана. Медучреждения (в т.ч. СПИД-центры) самостоятельно, как правило, не имеют прямого выхода на закрытые целевые группы и нуждаются в сторонней помощи по их привлечению. Отметим при этом, что эффективная профилактика не должна сводиться только к мероприятиям оцениваемого госзаказа. Таким образом, по смыслу описанных в госзаказе работ, должны быть созданы предпосылки для привлечения потенциальных клиентов в медучреждения. Такая работа направлена на выявление людей, нуждающихся в медико-социальном консультировании, и на выявление новых случаев ВИЧ-инфекции по итогам тестирования. При этом акцент сделан именно на группах, которые наиболее уязвимы к ВИЧ-инфекции, для которых такие услуги наиболее востребованы. Оценка и анализ того, как эта идея реализована, приведены ниже. Готовность медучреждений к «наплыву» новых клиентов при их текущей загруженности, наличие возможностей для тестирования на ВИЧ-инфекцию⁶, готовность оказывать до- и послетестовое консультирование, качество оказываемых в них социальных услуг, их соответствие потребностям данных уязвимых групп, – отдельный вопрос, который не является предметом настоящей оценки и нуждается в отдельном изучении.

1.2. Запланированные и достигнутые результаты 1-го этапа работ

Первый этап должен был оставить многочисленные документальные свидетельства его реализации. Должны были быть разработаны как документы общего характера, одинаковые для всех участников Мероприятий, так и документы, уникальные для каждого региона. Документальные результаты 1го этапа были запрошены у исполнителя и госзаказчика. На момент выпуска отчета ответа не поступило.

Согласно данным, собранным в ходе оценки, при выполнении первого этапа работ были приглашены аутрич-работники, обладающие опытом участия в проектах вторичной и третичной профилактики. Среди приглашенных аутрич-работников были сотрудники других НКО, не являющихся официальными исполнителями данных мероприятий, штатные сотрудники государственных центров СПИД, а также те, кто в настоящий момент не является сотрудником какой-либо организации, работающей в области ВИЧ/СПИДа.

Чаще всего приглашенным аутрич-работникам уже были известны местные и региональные ЛПУ, в которые нужно было направлять представителей целевых групп. Наиболее опытным аутрич-работникам также были известны и точки доступа.

И в публичной информации о проведенных Мероприятиях, и в собранной в ходе опросов информации мы не встретили никаких свидетельств о том, что в период проведения 1го этапа работ все требования госзаказа к организации работ были выполнены полностью в соответствии с техзаданием, а именно:

- консолидированная информация об оказании услуг была согласована с Заказчиком (т.е. с Минздравсоцразвития РФ);
- были определены точки доступа к целевым группам и их характеристики (не менее 3х для каждого субъекта РФ, а всего 249);
- были составлены правила уличной работы, правила безопасности и первой помощи и аутрич-работники были с этими правилами ознакомлены;
- проверялся уровень знаний аутрич-работников для предоставления услуг информирования, перенаправления/сопровождения;
- соблюдался принцип формирования бригад аутрич-работников (не менее 2 человек) и составлялись графики аутрич-работы;

⁶ Прим.: В 2011 г. многие регионы столкнулись с проблемой нехватки тест-систем для проведения необходимых диагностических тестов. Это было вызвано тем, что впервые тест-системы не закупались централизованно, субсидии долго не выделялись, а в бюджетах регионов соответствующих средств предусмотрено не было.

- были составлены карты расположения "точек доступа" и проводился инструктаж перед выходом на "точки доступа".

В регионах, в которых нам удалось получить информацию о том, как проводился 1й этап Мероприятий, имеются свидетельства, что выполнение госзаказа проведено не совсем так, как это было определено в документации госзаказа. В частности:

- аутрич-работники сообщили, что инструктаж с ними проводился по телефону координатором работ в регионе и только по поводу заполнения бланков направлений, никакой другой подготовки (ознакомление с правилами уличной работы, безопасности и первой помощи) не проводилось;
- точки доступа и ЛПУ определялись аутрич-работниками самостоятельно на основании их собственного опыта и ни с кем не согласовывались;
- к реализации мероприятий в качестве аутрич-работников привлекались сотрудники медучреждений, осуществлявшие деятельность во время своей основной работы, т.е. получавшие вознаграждение в рамках госзаказа, что ставит под вопрос необходимость привлечения НКО к выполнению работ силами сотрудников медучреждений.

Важно отметить, что в ряде ключевых с точки зрения профилактической работы региональных ЛПУ (центры СПИД, наркологические диспансеры, КВД) отсутствовала информация о реализации Мероприятий (например, в Оренбурге). Также не были найдены явные свидетельства того, что при выполнении работ были реально задействованы 1769 аутрич-работников (такое число рассчитано в документации госзаказа). В среднем на каждый регион пришлось бы по 21 аутрич-работнику. Между тем, по нашим данным, только в таком населенном и пораженном эпидемией регионе как Ленинградская обл. работало всего 3 аутрич-работника. Хотя, по замыслу госзаказа, должно было работать 21 (в расчете на численность населения). Несмотря на то, что это не является целевым показателем госзаказа, примечательно, что возможный существенный недобор до этого значения реально работавших аутрич-работников подтверждает ранее высказанные сомнения в наличии столь большого их количества, доступного в стране для быстрой мобилизации, а также о неверном расчете суммы госконтракта, привязанной к этому количеству.

Вывод: С большой долей уверенности можно утверждать, что 1й подготовительный этап был выполнен не полностью в соответствии с госзаказом. За отведенный на это срок 5-10 дней оказалось невозможно провести запланированную и необходимую для выполнения мероприятий госзаказа подготовительную работу.

1.3. Запланированные и достигнутые результаты 2-го этапа работ

Сравнение запланированных (определенных государственным заданием) и выполненных Мероприятий было проведено по следующим основным параметрам:

- Целевые группы госзаказа;
- Количество представителей целевых групп, охваченных услугами;
- Характер самих услуг и алгоритм реализации Мероприятий.

1.3.1. Целевые группы

В описании государственного заказа точно определены ключевые группы населения, уязвимые к ВИЧ-инфекции, которым должны были быть оказаны услуги по вторичной и третичной профилактике. Это больные наркоманией, гомо- и бисексуалисты и больные заболеваниями, передающимися половым путём, вне зависимости от ВИЧ-статуса. В описании госзаказа представлено недостаточно

ясное определение "точек доступа"⁷ для выхода на эти группы. Но требование использовать для оказания услуг аутрич-работников однозначно указывает на то, что "точки доступа" – это места, где можно встретить представителей указанных выше целевых групп Мероприятий. Причем, по логике вещей, это должны быть люди, не охваченные в данный момент социальными и медицинскими услугами и даже по каким-либо причинам ограниченные в доступе к этим услугам. Исходя из того, что информирование о расписании и привод в медучреждение уже обслуживающихся там клиентов было бы нерациональным расходом средств, целесообразно полагать, что в медучреждения должны быть приведены именно новые клиенты или клиенты, которые давно или никогда не обследовались (не привержены регулярной диспансеризации) из указанных 3х групп.

Из полученных нами данных ясно, что исполнители госзаказа оказывали услуги по информированию, сопровождению/перенаправлению клиентов далеко не только в «точках доступа». Судя по многочисленным данным, собранным в ходе оценки, исполнители госзаказа обращались в медучреждения для лиц с наркотической зависимостью и больных ЗППП, а также в другие учреждения. Аутрич-работники посещали негосударственные реабилитационные центры для людей с наркотической зависимостью, а также занимались информированием и перенаправлением учащихся вузов, учреждений среднего и начального профессионального образования, водителей-дальнобойщиков, которых вряд ли можно отнести к целевым группам госзаказа.

Вот как это представлено в отчетах исполнителей мероприятий и в интервью с ними и с клиентами: *"Была проведена работа с подростками-учащимися ПТУ", "Мы работали с молодыми людьми, приезжающими на учебу", "Мне в ходе диспансерного приема сказали, что надо заполнить и получить направление, хотя я и так раз в полгода проверяюсь", "были охвачены работой водители-дальнобойщики", "проведена раздача купонов в ходе образовательных мероприятий", "посещали местные ночные клубы, где собирается молодежь", "выезжали тестировать студентов" и т.п.* Это свидетельствует о том, что целевые группы Мероприятий были расширены за рамки определенных документацией госзаказа за счет тех, кто уже получает медицинские услуги в специализированных государственных и негосударственных организациях, и за счет молодежи, не относящейся к целевым группам данных Мероприятий.

В настоящее время в рамках оценки невозможно точно выделить долю тех, кто относится к целевым группам Мероприятий и тех, кто к ним не относится, из общего количества людей, вошедших в финальные показатели "охваченных Мероприятиями". Это невозможно сделать в силу особенностей применяемой в рамках госзаказа системы подсчета целевых показателей. Но опрошенные нами аутрич-работники признавали, что соотношение тех, кто в результате действительно проведенной уличной работы в ходе данных Мероприятий приходил в ЛПУ, и всех тех, с кем они общались и мотивировали на приход в ЛПУ, в среднем может составлять не больше 1 к 10, а в лучшем случае 1 к 8.

Вывод: Достижение целевых показателей кол-ва клиентов по субъектам (всего 123062 представителей уязвимых групп) за 38,2 рабочих дней оказалось невозможным без нарушения требования о работе с определенными целевыми группами. Есть вероятность, что большая часть клиентов Мероприятий в отдельных субъектах к целевым группам госзаказа не относится, а достигнутые количественные показатели завышены.

1.3.2. Количество представителей целевых групп

Сопоставление количественных данных о достижении целевых показателей количества клиентов по субъектам РФ представлено в Приложении. Таблица составлена на основе данных опубликованных отчетов исполнителя Мероприятий в электронной новостной рассылке itpcru@googlegroups.com и на сайте www.hivnet.ru.

⁷ «Точка доступа – это место наиболее эффективного предоставления услуг информирования представителей ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ инфекции, Исполнителем в объеме консолидированной информации...» (из документации госзаказа).

Из 83 регионов РФ на дату публикации настоящего отчета в открытых источниках были представлены итоговые данные только по 21 субъекту. Из них только у 12 регионов (57%) итоговые значения показателей равны или превышают плановые значения. По 62 субъектам данные не опубликованы. Общее выполнение целевых показателей в субъектах с опубликованными данными составляет 92%, при этом минимальное значение показателя обслуженных клиентов – 49,3% (1460 вместо запланированных 2961 – в Республике Татарстан), а среднее (не взвешенное) выполнение – 95%.

В своих публичных самоотчетах исполнители используют неопределенный термин "*количество задействованных в проекте представителей уязвимых групп*" вместо более соответствующего замыслу госзаказа термина "*количество представителей уязвимых групп, направленных в учреждения здравоохранения для консультации и тестирования*". Судя по тому, с какими группами в действительности работали исполнители (см. раздел 1.3.1), в итоговые показатели оказались включены все те лица, с кем аутрич-работникам удалось встретиться, вне зависимости от принадлежности к целевым группам. Таким образом, даже опубликованные количественные достижения, вероятнее всего, являются завышенными, т.к. исполнителем частично были подменены как целевые группы, так и оказанные им услуги, т.е. вместо предусмотренных заданием целевых групп и услуг оказывались также иные услуги иным группам.

В регионах, в которых нам удалось провести интервью с участниками Мероприятий, нам сообщили следующие факты, важные для понимания содержания количественных данных. В одном регионе сообщили, что сами бланки направлений поступили к ним только за неделю до официального срока окончания работ. Ряд врачей ключевых для Мероприятий ЛПУ заявили, что никто из представителей целевых групп по направлениям от аутрич-работников к ним не обращался. Аутрич-работники сообщали, что никакой методической подготовки к реализации Мероприятий не проводилось, им просто объяснили по телефону, как нужно заполнять направления. Можно предположить, что далеко не все аутрич-работники и сотрудники ЛПУ знали о важнейших условиях выполнения госзаказа, таких как принадлежность клиентов к целевым группам и конечные цели работы с ними (привод в медучреждения для консультирования и тестирования).

Учитывая целевой показатель количества клиентов, являющихся уязвимыми к ВИЧ-инфекции, и цели их привода в медучреждения (тестирование), следует ожидать, что благодаря работам в рамках госзаказа статистика обследований на ВИЧ-инфекцию и новых случаев ВИЧ в 2011 г. должна существенно вырасти по сравнению с прошлым годом. Разница между показателями 2010 и 2011 гг. должна составить какую-то (сколько-нибудь значимую) часть от 123062 новых клиентов. Сотрудники специализированных ЛПУ, аутрич-работники, с которыми нам удалось обсудить ход Мероприятий, отметили, что никакого "всплеска" посещений ЛПУ в октябре-ноябре не наблюдалось.

Многие аутрич-работники, с которыми были проведены интервью, и ряд врачей ЛПУ отметили, что такое масштабное подключение представителей НКО для проведения вторичной и третичной профилактики среди представителей целевых групп – очень нужное и полезное дело. Но при этом уверенно заявляли, что за два месяца подготовить и осуществить работу заданного масштаба и заданных параметров невозможно.

Важно отметить, что в опубликованном [Проекте Постановления Роспотребнадзора «О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»](#)⁸ отмечается снижение обследований среди представителей уязвимых к ВИЧ групп. В частности, в Проекте Постановления говорится следующее: *«Серьезные недостатки имеют место в проведении диагностических исследований на ВИЧ-инфекцию. Несмотря на высокий уровень обследования населения в 2011 году, составивший более 24,7 млн. (104,4% от запланированного годового объема), значительно сократилось количество обследуемых из числа групп риска, что безусловно оказывает негативное воздействие на эпидемиологическую обстановку в стране, препятствует объективному анализу ситуации в целом и затрудняет прогнозирование ее развития в будущем. Так, среди потребителей наркотиков зарегистрировано снижение числа проведенных тестов на ВИЧ в 2011 году на 7,9% по сравнению с 2010 годом; среди больных вензаболеваниями – на 7,4%,*

⁸ www.rospotrebnadzor.ru

среди лиц, находящиеся в местах лишения свободы – на 12,0%. В нескольких субъектах Российской Федерации зафиксированы низкие показатели работы по обследованию населения на ВИЧ-инфекцию: Кабардино-Балкарская Республика (66,5%), Республика Карелия (85,7%), Приморский край (87,2), Карачаево-Черкесская Республика (90%), Республика Адыгея (91,8%), Новосибирская область (91,6%) от плана.»⁹

Вывод: Из имеющихся данных о выполнении целевых индикаторов и статистики обследования населения на ВИЧ-инфекцию видно, что в ряде регионов количественные показатели не выполнены. Наличие регионов с невыполненными целевыми показателями также говорит о том, что достижение целевых показателей обслуживания представителей уязвимых групп за 38,2 рабочих дней оказалось невозможным.

1.3.3. Характер оказанных услуг и алгоритм реализации мероприятий

В документации госзаказа, с нашей точки зрения, содержится несколько противоречий и неточностей, которые могли повлиять на те отклонения в реализации госзаказа, которые были обнаружены при проведении оценки и описаны в предыдущих разделах.

Из раздела "Цели оказания услуг" конкурсной документации: "Целью оказания Услуг в 2011 году по реализации мероприятий вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, уязвимых к заражению ВИЧ, является разработка и реализация системы мероприятий, направленных на снижение интенсивности распространения ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции, посредством следующих мероприятий:

- привлечения представителей ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции, к прохождению тестирования на ВИЧ-инфекцию;
- привлечения представителей ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции, у которых выявлен положительный результат на антитела к ВИЧ, к прохождению верификационного обследования в центрах по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом и постановке их на учет;
- формирования у представителей ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции, ответственного поведения в отношении как своего здоровья, так и здоровья окружающих;
- привлечения необходимого количества аутрич-работников, имеющих доступ к ключевым группам населения, уязвимым к заражению ВИЧ, к оказанию Услуг".

В разделе "Этап 2" указано, что исполнитель должен предоставить следующие услуги:

- "Информирования о месте и графике учреждений здравоохранения и о расписании специалистов – консультантов учреждений здравоохранения для оказания медико-социальной помощи и поддержки представителям ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции;
- Перенаправления/сопровождения в учреждения здравоохранения для медико-социального консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию".

Исходя из этих формулировок можно сделать следующие заключения:

- Цель оказания услуг прописывает прохождение клиентами, у которых выявлен положительный результат на антитела к ВИЧ, верификационного обследования в центрах СПИД и постановку их на учет. Это вполне логичное и правильное продолжение услуг медико-социального сопровождения для людей, у которых при тестировании выявлены антитела к ВИЧ, что также регламентировано санитарно-эпидемиологическими правилами¹⁰. Однако работа исполнителя

⁹ Для справки: мероприятия, финансируемые из госбюджета и направленные на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в 2010 г. (в рамках [Постановления Правительства РФ от 23.12.2009 №1079](#)), были реализованы не во всех субъектах РФ, сосредоточены в основном на оказании услуг людям с подтвержденным ВИЧ-статусом, предусматривали оказание услуг лишь нескольким тысячам клиентов и, таким образом, не могут существенно влиять на статистику обследований за 2010 г.

¹⁰ П.5.11.1.2 [Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»](#) (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 №1).

по замыслу госзаказа заканчивается в момент входа клиента в медучреждение в целях тестирования. При этом оформляется бланк отчетности и к выполнению целевого показателя добавляется 1 клиент. Сопровождение клиента после его посещения медучреждения или после получения положительных результатов тестирования мероприятиями госзаказа специально не предусмотрено и отдается на откуп исполнителя.

- Непонятно, каким образом исполнитель должен был сформировать у клиентов "ответственное поведение в отношении как своего здоровья, так и здоровья окружающих". Это непростой и длительный процесс. А техзадание определяло, что исполнители должны только проинформировать своих клиентов о "месте и графике...", а также перенаправить и сопроводить их в медучреждения. Также нельзя согласиться и с тем, что «общая информация о ВИЧ-инфекции, в т.ч. о необходимости тестирования и мерах профилактики» может служить достаточной для изменения поведения, как и срок работ 38 дней.

Короткое описание ожидаемого результата, которое имеется в официальных Разъяснениях конкурсной документации, вроде бы вовсе снимает требование формирования ответственного поведения: *"Конечным результатом оказания услуг по информированию, перенаправлению/сопровождению представителей ключевых групп населения является их посещение учреждения здравоохранения для медико-социального консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию"*.

- Привлечение аутрич-работников определено как неотъемлемый элемент для достижения цели госзаказа. Сведение социальных услуг в отношении уязвимых к ВИЧ групп только к аутрич-работе, однако, нельзя назвать достаточным. Даже при том, что услуги госзаказа ограничены только аутрич-работой, тем более важно обеспечить качество этой работы. Между тем, сроки реализации Мероприятий, по мнению опытных аутрич-работников, были абсолютно нереалистичными для качественного выполнения госзаказа. Подготовить квалифицированных аутрич-работников было также невозможно. Использование неквалифицированных аутрич-работников с тремя "ключевыми группами населения" малорезультативно и нерационально с точки зрения расходования значительных финансовых средств.

Исходя из замысла Мероприятий, количество оказанных услуг должно соответствовать количеству так называемых "дотестовых консультаций", оказанных уже специалистами учреждений здравоохранения и обязательных по нормативам¹¹. Как было показано выше в разделе 1.3.2, сколько-нибудь значимого увеличения, хотя бы отдаленно соответствующего кол-ву 123062 чел., запланированного госзаказом, не наблюдается.

По данным опросов и по информации, распространяемой исполнителем, очевидно следующее. Регионов, где каждый исполнитель строго придерживался алгоритма Мероприятий, соблюдал все заданные параметры оказываемых услуг, практически нет. Там, где отдельные аутрич-работники действительно сконцентрировались на выполнении более сложной задачи – поиске представителей целевых групп в точках доступа, количество проинформированных и направленных на консультирование будет существенно меньше, чем у аутрич-работников, которые занимались первичной профилактикой или работали с иными группами, уязвимыми к ВИЧ, нежели установленными в техзадании. Это отмечают и сами аутрич-работники, и специалисты медицинских учреждений. В регионах, которые показывают количественные данные, близкие к плановым, скорее всего, предоставлялись услуги, только частично соответствующие техзаданию.

¹¹ П.6 ст.7 [Федерального закона от 30.03.1995 № 38-ФЗ](#); п.5.6 [Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»](#) (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 №1).

Выводы:

Имеющиеся в документации госзаказа противоречия/неточности, в т.ч. отсутствие обязанности исполнителя более тесно взаимодействовать с центрами СПИД, вкупе с недостаточной координацией аутрич-работников со стороны исполнителя являются возможной причиной нарушения требования госзаказа о работе с ключевыми уязвимыми к ВИЧ группами. Непоследовательное описание услуг госзаказа, неполное соответствие между мероприятиями и целями, «развязало руки» для свободной трактовки цели и замысла госзаказа по своему усмотрению, что могло способствовать своевольному расширению перечня «целевых» групп, незаконченности и неполноценности процесса сопровождения, стремлению к техническому выполнению количественных показателей, на основе которых можно условно соблюсти формальную результативность.

Роль НКО-исполнителя Мероприятий оказалась ограничена только тем, чтобы найти, проинформировать представителей целевых групп и направить их в специализированные ЛПУ. Алгоритм Мероприятий, временные рамки их реализации совершенно не учитывали потребности целевых групп и объективные возможности НКО в изменении поведения, преодолении барьеров, мешающих предоставлению социальных и медицинских услуг трем целевым группам. Даже при такой ограниченной роли НКО в масштабах, предусмотренных Мероприятиями, за отведенные сроки сделать это не оказалось возможным.

Учитывая, что в лице НКО (не имеется в виду только исполнитель госзаказа) сосредоточены основной опыт и компетенции в области социального сопровождения, используемый в Мероприятиях подход к организации работ и распределению ответственности между учреждениями здравоохранения и НКО нельзя назвать оптимальным.

Еще одним существенным параметром выполнения мероприятий является срок выполнения, к которому были основные претензии со стороны НКО и который являлся одной из главных причин отказа подавляющего большинства НКО принимать участие в конкурсе. Согласно данным госзаказа, работы должны быть выполнены к 5 декабря 2011 г., а отчетность должна быть сдана не позднее 10 декабря. Между тем, на официальном сайте о размещении заказов до 10 января 2012 г. был опубликован статус «Исполнение» для большинства контрактов по данному госзаказу, в то время как для выполненных контрактов должен быть статус «Исполнение завершено». Статус «Исполнение завершено» по отдельным лотам было опубликовано 31/12/2011 в 1 случае, 10/01/2012 г. в 6 случаях из 8, 22/02/2012 в 1 случае¹². Причины такой отсрочки нам не известны.

2. Используемые технологии, их преимущества и ограничения

Описание государственного заказа предполагает использование таких технологий (подходов) социальной работы, как информирование, аутрич-работа, перенаправление и сопровождение. При этом данные подходы просто перечислены и сформулирована их конечная цель (привод клиентов в медучреждения) и нет прямого указания на использование каких-то определенных методик или использование какого-то минимума методологических элементов. Методология аутрич-работы, перенаправления и сопровождения строго не регламентирована, а потому используемые подходы могут варьироваться. Однако нельзя не согласиться с тем, что такие технологии вне зависимости от вариантов их исполнения должны решать задачи повышения качества жизни человека, т.е. в контексте профилактики – изменение поведения в сторону более ответственного, получение результативной медицинской и социальной помощи, развитие приверженности лечебно-профилактическим мероприятиям. Эти элементы являются неотъемлемыми в социальной работе, выражающейся в перенаправлении/сопровождении и аутрич-работе. Ряд методических разработок¹³

¹² http://zakupki.gov.ru/pgz/public/action/orders/info/contract_info/show?notificationId=1430237

¹³ См. www.spdfund.org/news1/manual_2011/, www.unodc.org/russia/ru/publications/hiv-aids.html, сноска 14.

также подчеркивает это, в т.ч. те, на которые ссылается документация госзаказа¹⁴. Следовательно, факт упоминания в госзаказе этих технологий, по идее, автоматически подразумевает, что в социальной работе не должно быть разрыва. Т.е. сопровождение клиента не может заканчиваться прекращением ответственности за него после его «передачи» в медучреждение в обмен на отчетный документ. Сопровождение клиента не должно заканчиваться фактом его обращения к врачу, т.к. его социальные потребности этим, как правило, не ограничиваются.

В случае с госзаказом, роль социальной работы и профилактики была преуменьшена, за счет этого не могла быть проведена надлежащая работа по формированию ответственного поведения. С трудом можно назвать кого-то кто не понимает, что услуги медучреждений не могут охватить все социальные потребности уязвимых групп в контексте профилактики и защиты их здоровья. Это также признается и в Санитарно-эпидемиологических правилах [СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»](#) (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 №1)¹⁵.

Содержание предложений исполнителя госзаказчику по выполнению Мероприятий нам не известно. Опубликованных исполнителем собственных методических разработок тоже нет либо они неизвестны. Информационная поддержка мероприятий по профилактике в рамках других госзаказов не является методической. Тем более настораживает то обстоятельство, что при попытке провести интервью с исполнителями Мероприятий в некоторых регионах, для того, чтобы выяснить, какие технологии информирования, аутрич-работы и перенаправления использовались, нам было отказано в этом. Причины отказа назывались однотипные, например: *"нам, рядовым исполнителям, не велено нашим руководством"* или *"это секретная информация, потому что она... секретная"*, или потому что *"она составляет коммерческую тайну"*¹⁶.

В регионах, где нами была получена достоверная информация о том, как именно проводилась работа по информированию и перенаправлению представителей целевых групп в учреждения здравоохранения, сами аутрич-работники говорили о том, что их работа была малопродуктивной в силу ограниченного срока действия Мероприятий. Отметим, что это утверждали аутрич-работники, обладающие многолетним опытом подобной работы. Поиск представителей целевых групп проводился этими аутрич-работниками в "точках доступа", которые были им известны заранее, исходя из предыдущего опыта. Но их работу в рамках госзаказа нельзя признать полноценной технологией аутрич-работы, поскольку фактически одноразовый контакт аутрич-работника и представителя целевой группы малопродуктивен. Эффективной может быть профилактическая аутрич-работа, предусматривающая серию встреч и активностей, которые в конечном итоге могут обеспечить не только приход клиента в систему государственных социальных или медицинских услуг, но и продолжение его сопровождения до того момента, как его проблемы будут решены.

Таким образом, действия аутрич-работников в рамках данного госзаказа являются отдельными специальными методами, используемыми, наряду с другими, во вторичной и третичной профилактике ВИЧ-инфекции, но их нельзя считать целостными технологиями профилактики. Данные методы недостаточны во вторичной и третичной профилактике, поскольку их изолированное применение не может достичь желаемого эффекта за короткий период времени.

Полноценная аутрич-работа заключается в проведении разнообразной работы с целевыми группами: от поиска в "поле" до решения актуальных социальных проблем этих людей. Важнейшая задача провайдеров таких услуг – буквально завоевать доверие у представителей целевых групп и сформировать мотивацию для их включения в систему здравоохранения. Методы аутрич-работы, методы информирования, перенаправления и сопровождения являются одной из частей и находятся внутри этих технологий. Опыт работы специализированных организаций показывает, что только

¹⁴ См. www.ohi.ru/files/gr_sec.zip - ссылка на этот документ приведена в документации госзаказа только для обоснования расчета кол-ва аутрич-работников, в отрыве от общей методологии (прим.).

¹⁵ Пп. 9.4-9.5.

¹⁶ Сопоставив условия реализации данных Мероприятий и положения [Федерального закона РФ от 29.07.2004 № 98-ФЗ «О коммерческой тайне»](#), а также учитывая ст.32 [Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»](#), мы не считаем, что какие-либо сведения о реализации госзаказа могут быть отнесены к коммерческой тайне.

формирование доверия представителей целевых групп к самим посредниками занимает значительно больше времени, чем два месяца, отведённых на реализацию госзаказа. Об этом предупреждали представители многих НКО, написав в адрес госзаказчика экспертные заключения о замысле данных Мероприятий.

В работе исполнителя также усматриваются следующие отклонения от замысла госзаказа:

- В качестве точек доступа использовались сами медицинские и социальные учреждения. Исполнители мероприятий в своих публичных отчётах отмечали, что успешно, по их мнению, была "проведена работа" в негосударственных реабилитационных центрах для потребителей наркотиков. Здесь использовались, по словам самих исполнителей, некие обучающие или информационные мероприятия, при этом их суть не раскрывалась. Аналогичную работу исполнители проводили в лечебных и стационарных социальных учреждениях: больницах и интернатах, центрах-СПИД, КВД-диспансерах, центрах адаптации для бездомных лиц и т.п. Эта "информационная и обучающая" работа была групповой.

Не понятно, почему исполнители в данном случае отнесли государственные и муниципальные медицинские и социальные учреждения к "точкам доступа". В данных учреждениях находятся или стоят на диспансерном учёте лица, которые уже пришли к специалистам системы здравоохранения или социальной защиты. Таким образом, исполнитель значительно упростил себе работу, занимаясь поиском клиентов для привода на тестирование, которые уже доступны для системы здравоохранения. Остается под вопросом и то, в какой мере работа с такими клиентами была направлена на мотивирование участников для прихода в специализированные учреждения здравоохранения и была ли она вообще? Ответ на этот вопрос значим с точки зрения целесообразности расходования средств на решение задач госзаказа, которые могли бы быть решены самими учреждениями здравоохранения без участия организации-исполнителя.

- В некоторых случаях исполнители отмечали, что проводились так называемые группы взаимопомощи для ПИН, работа с подростками 16-18 лет, работа с МСМ, распространялась информация через аптечные сети (т.е. среди людей с неопределенной принадлежностью к целевым группам госзаказа), что, строго говоря, не было предусмотрено госзаказом. Перечисленные активности, конечно, являются полезным инструментом профилактической работы. Однако важно понимать, что любую работу по своему усмотрению, даже полезную, могут проводить любые организации, но в отношении средств федерального бюджета, выделенных на конкретные мероприятия, хотелось бы видеть более четкое соблюдение требований госзаказа.

Технологии работы с группами населения, не относящихся к представителям целевых групп, здесь рассматривать не имеет смысла, поскольку такая деятельность прямо противоречит условиям выполнения госзаказа.

Выводы:

Исполнителем госзаказа частично подменена более сложная работа по поиску и приводу менее благополучных клиентов из определенных госзаказом точек доступа, менее доступных для медучреждений, на другую, не предусмотренную госзаказом, но более простую работу в учреждениях здравоохранения, где уже имеются более подготовленные для привода в центры СПИД клиенты. Можно допустить, что такое расширение точек доступа в нарушение замысла госзаказа было вынужденным и стало следствием невозможности выполнения целевых показателей за отведенный срок.

Предположительно, исполнитель госзаказа, находясь в условиях жесткого ограничения по времени, был вынужден выдавать за результаты работы по госконтракту другие результаты своей организационной деятельности в области профилактики, вне зависимости от того, относится ли она напрямую к задачам и требованиям госзаказа. Такое положение вещей является проявлением несправедливой конкуренции в сфере оказания социальных услуг некоммерческими организациями.

Развернуть полностью технологию аутрич-работы было невозможно из-за того, что основные условия выполнения госзаказа были разработаны без учета специфики поведения и потребностей представителей целевых групп по отношению к системе государственных и муниципальных социальных и медицинских услуг. Привлечение аутрич-работников было реализовано без применения технологии аутрич-работы в целом.

3. Управление выполнением услуг

Реализация услуг госзаказа в 83 субъектах РФ предполагала наличие управленческой структуры, позволяющей планировать мероприятия, организовывать процесс, координировать исполнителей, аутрич-работников, потоки информации и документов, осуществлять контроль, а также обеспечивать необходимую мотивацию (найм за вознаграждение). Рассмотрим процесс выполнения услуг госзаказа в срезе названных функций управления.

Планирование мероприятий фактически соответствует 1му этапу работ, о котором написано в разделе 1.2. Как было сказано выше, подготовительный этап мероприятий такого масштаба за срок от 5 до 10 дней выполнить невозможно, а в нашем случае планирование и подготовка выполнены не полностью в соответствии с госзаказом.

Для организации работ исполнитель находил и назначал в каждом регионе координатора. Координатор, как правило, являлся членом организации-исполнителя. В части случаев координаторы были сотрудниками других НКО, а в ряде случаев являлись сотрудниками медицинских учреждений. Исполнитель заключал индивидуальные договоры с координаторами на выполнение работ. Управляющий орган организации-исполнителя снабдил координаторов бланками, с помощью которых должен был проводиться учет клиентов. Координаторы пригласили знакомых или подчиненных им аутрич-работников для выполнения мероприятий, с которыми также были заключены индивидуальные договоры.

Таким образом, для реализации мероприятий была задействована трехступенчатая система управления: руководство организации-исполнителя – координаторы в регионах – аутрич-работники.

Роль руководства организации-исполнителя заключалась в доведении основных параметров госзаказа до координаторов, организации и контроле выполнения предусмотренных госзаказом мероприятий, распространении и сборе учетных форм, инструктировании координаторов в том, каким образом проводить и фиксировать выполнение работ, заключении договоров на выполнение работ с аутрич-работниками и представление отчетности госзаказчику. Координаторы искали и приглашали аутрич-работников для выполнения работ, передавали им инструкции и документацию, сами участвовали в реализации Мероприятий, взаимодействовали с медицинскими учреждениями. Аутрич-работники, не будучи надлежащим образом проинструктированными и подготовленными по вопросам оказания ими своих услуг, самостоятельно определяли методы и формы выполнения Мероприятий в работе с целевыми группами исходя из своего предыдущего опыта.

Число реально занятых в выполнении Мероприятий аутрич-работников нам неизвестно, но можно предположить, что их было несколько сотен. В этой схеме руководство организации-исполнителя физически не могло напрямую контролировать и направлять деятельность аутрич-работников в процессе выполнения мероприятий. Координаторы в регионах, в свою очередь, не обладали какими-либо административными рычагами, в силу чего они также не могли в достаточной степени контролировать деятельность аутрич-работников. Как уже говорилось выше, методической подготовки (не только в смысле аутрич-работы, но и в смысле алгоритма организации Мероприятий) аутрич-работников не проводилось. Согласно проведенным опросам, проводилось только телефонное инструктирование аутрич-работников о том, как нужно заполнять бланки первичной отчетности. Фактически аутрич-работники действовали на основе собственных представлений о том, каким образом можно выполнить запланированные объемы работ, а также используя свой личный опыт участия в социальных проектах. В какой-то степени исполнитель полагался не столько на свой собственный потенциал, сколько на возможности привлеченных аутрич-работников, от которых в конечном итоге и зависело выполнение целевых показателей.

Необходимо отметить также, что в ряде случаев при выполнении Мероприятий в регионах в качестве аутрич-работников были задействованы штатные сотрудники медицинских учреждений, в т.ч. психологи, врачи, соцработники. В других случаях в качестве аутрич-работников были задействованы сотрудники местных НКО соответствующей направленности. При этом они не должны были афишировать это: «*a to может достаться от начальства*». В этих случаях роль организации-исполнителя фактически сводилась к функции НКО-оператора, то есть структуры, которая не оказывает и не организует услуги непосредственно, но является посредником в перераспределении финансовых ресурсов для выполнения тех или иных работ. В каком-то смысле это аутсорсинг и перенос бремени выполнения работ на «реальных» исполнителей (региональные НКО и аутрич-работников), с сохранением за собой ответственности и «права собственности» на достигнутый результат. В этой связи встает вопрос о целесообразности централизации ресурсов госбюджета в руках одного исполнителя-«монополиста», который не способен выполнить госзаказ самостоятельно, в то время как десятки НКО нуждаются в поддержке и готовы были бы предложить свои услуги и потенциал¹⁷.

Контроль за выполнением целевых показателей должен был осуществляться и со стороны госзаказчика, но т.к. Минздравсоцразвития делать это напрямую не могло, в региональные департаменты здравоохранения было направлено письмо с указанием поддержать работу в рамках госзаказа. Следовательно, медучреждения должны были стать основной инстанцией, контролирующей достижение запланированных результатов. По замыслу Мероприятий, основным инструментом контроля были бланки первичной отчетности, которые по факту привода клиентов после оказания услуг аутрич-работником по информированию, сопровождению/перенаправлению должны были заверяться печатью лечебного учреждения. При этом одна половина бланка оставалась в лечебном учреждении, а вторая у исполнителя. Важно отметить, что бланк направления не требовал обязательного указания ФИО клиента. Судя по такому подходу к организации контроля, единственным способом проверить достижение целевых показателей является сопоставление отчетности исполнителя с данными о собранных бланках от медучреждений. Хотя такой способ при анонимности клиента не гарантирует, что один и тот же клиент не попадет в отчетность, если будет несколько раз направлен на получение услуг.

В конкурсной документации имеется существенное понятийное противоречие между целями госзаказа и описанием методов контроля за его выполнением. В разделе «Отчетные документы» документации госзаказа указано, что отчет о мероприятиях должен содержать, среди прочего: *"Сводный реестр бланков первичной отчетности с приложением бланков с печатями учреждений здравоохранения, подтверждающих количество представителей ключевых групп населения, уязвимых к заражению ВИЧ, которые посетили учреждения здравоохранения в субъектах РФ..."*. Т.к. уязвимые к заражению ВИЧ – это те, кто ВИЧ не заражен, это означает, что по итогам мероприятий вторичной и третичной профилактики отчитываться нужно по количеству именно ВИЧ-отрицательных и необследованных клиентов. Причем отчитываться на основании форм, не содержащих не только имени, но и никаких других данных клиентов. В Разъяснениях конкурсной документации приводится уже несколько иная формулировка: *«Объем и качество оказанной Услуги по информированию, перенаправлению/сопровождению аутрич-работником оценивается по количеству лиц, представителей ключевых групп населения, пришедших в учреждение здравоохранения для консультации и тестирования у медицинских работников»*. В этой версии указания на ВИЧ-статус уже не делается, но по-прежнему остается неясным, как на основании только одной отчетной формы можно судить о принадлежности клиентов Мероприятий к целевым группам.

Заполнение бланков отчетности в случаях, по которым нам удалось получить информацию в ходе оценки выполнения Мероприятий, происходило следующим образом. Бланки первичной отчетности не выдавались на руки представителям целевой аудитории. В большинстве ЛПУ не ставились печати

¹⁷ Прим.: отказ других НКО принять участие в конкурсе обусловлен наличием признаков нарушения принципов свободной конкуренции в формулировке требований госзаказа, а также профессиональным пониманием объективных ограничений на качественное выполнение работ при заданных условиях. См. материалы жалобы в ФАС: <http://zakupki.gov.ru/pgz/public/action/complaint/info?complaintId=422624>

на незаполненные бланки. Печати на заполненные бланки в известных нам случаях, когда такой порядок можно назвать сомнительным, ставились в следующих ситуациях:

1. Бланки заполняли аутрич-работники после информирования представителей целевых групп "в поле", приносили их в ЛПУ, где на них ставились печати независимо от того, приходили до этого представители целевых групп в ЛПУ или нет. При этом, по словам аутрич-работников, участвовавших в интервью, соотношение проинформированных ими и пришедших в ЛПУ в этом случае составляет примерно 10 к 1, т.е. из 100% проинформированных ими приходили около 10%, а отчетность заполнялась и на остальные 90% «клиентов». При одnorазовом контакте с аутрич-работником большего добиться невозможно. Опрошенные нами медицинские работники сказали, что при этой системе контроля невозможно выделить из потока проходящих к ним тех, с кем взаимодействовал аутрич-работник.
2. Бланки заполняли сотрудники ЛПУ при приеме пациентов, которые впервые пришли в эти ЛПУ, или при очередном приеме тех, кто уже стоит на учете в этих ЛПУ, т.е. не направленных туда аутрич-работниками. Как сказал один из опрошенных нами пациентов, *"Я даже не понял, что принимаю участие в каком-то мероприятии, просто при очередной отметке мне дали направление на сдачу анализов на ВИЧ и гепатит. Я сказал, что недавно сдавал по месту жительства, на что мне ответили, что нужно сдать у нас в рамках какого-то мероприятия, что проходят все, неважно как давно они сдавали. Я спросил, для чего это нужно, на что получил ответ, что тебе же положено сдавать раз в полгода, поэтому и не задавай вопросов"*. Чаще всего такой способ заполнения бланков использовался в случаях, когда аутрич-работником Мероприятий становился штатный сотрудник профильного ЛПУ.
3. Бланки заполнялись при проведении групповых встреч аутрич-работников с пациентами реабилитационных центров для потребителей наркотиков, а также с учащимися учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования. В данном случае бланки заполнялись всеми участниками таких встреч. Из опроса аутрич-работников: *"Ребята заполняли корешки бланка первичной отчетности после прослушанной лекции. А ходили ли они сдавать кровь или нет, я не знаю"*. В ряде таких случаев вместе с аутрич-работником групповые встречи проводили сотрудники ЛПУ.
4. Бланки на представителей целевых групп заполнялись заочно, без присутствия клиента. Ряд опрошенных нами аутрич-работников использовали для контактов с представителями целевых групп такие места как ночные клубы и места неформальных встреч, а также закрытые интернет-форумы. В этих случаях бланки отчетности заполнялись и передавались в ЛПУ аналогично первому варианту.

По нашему мнению, во всех четырех случаях порядок сбора отчетных данных не соответствовал порядку, установленному документацией госзаказа. Взаимодействие аутрич-работника с представителями целевых групп Мероприятий происходило только в первом случае и частично в третьем (пациенты реабилитационных центров). Во втором случае привлечение аутрич-работников не имеет смысла, как и роль организации-исполнителя. Во всех других случаях говорить о наличии признаков вторичной и третичной профилактики ВИЧ, по нашему мнению, некорректно.

Мы считаем, что в итоговых количественных данных, представленных исполнителем, содержится существенная доля случаев, которые не соответствуют условиям данного государственного заказа. Необходимо отметить, что в целом для мониторинга профилактических программ в области ВИЧ/СПИДа используют два типа учета выполненных работ. Первый основан на учете числа клиентов, получающих различные услуги. Второй основан на учете количества услуг, оказанных клиентам. И тот и другой тип имеет свои преимущества и свои недостатки. Но важно выбирать тот тип, который наилучшим образом подходит для отслеживания достижения результатов данной конкретной программы. Ведь профилактические программы могут иметь разные цели и разные алгоритмы реализации. В данном случае была выбрана система мониторинга, основанная на учете числа клиентов, но фактически в скрытом виде применялась система, основанная на учете числа оказанных услуг. Именно поэтому интерпретация количественных данных без анализа хода выполнения Мероприятий может быть неоднозначной.

На основании анализа порядка управления исполнением госзаказа мы выделяем следующие ключевые факторы, как способствовавшие, так и мешавшие успешной реализации Мероприятий. При этом под успешностью в данном случае понимается в большей степени формальная результативность в достижении целевых показателей, нежели эффективность и качество конечного результата.

Помогало	Мешало
<p>Знания, умения опытных аутрич-работников, приобретенные ранее, в предыдущих программах и проектах, а также при специальном обучении вне рамок госзаказа.</p> <p>Поддержка сотрудников специализированных ЛПУ, подкрепленная поручением органов управления здравоохранением.</p>	<p>Алгоритм Мероприятий, не учитывающий специфики социального положения целевых групп, на которых данные Мероприятия были ориентированы.</p> <p>Нереалистичные заданные сроки исполнения работ.</p> <p>Система управления реализацией госзаказа, которая была не в состоянии транслировать основной замысел мероприятий и контролировать его исполнение.</p> <p>Неинформативная система учета выполненных работ, предоставляющая бессодержательные количественные данные, которые невозможно интерпретировать однозначно.</p> <p>Недостаточно ясное представление различий первичной, вторичной и третичной профилактики в техзадании госзаказа.</p>

Выводы:

Наличие недоработок в документации госзаказа, на которые было обращено внимание госзаказчика еще на этапе конкурсов (в т.ч. в рамках письменных обращений, слушаний в ФАС), стало одной из причин недоработок в управлении исполнением госзаказа. Это также способствовало и свободной трактовке исполнителем непоследовательных и противоречивых требований госзаказа. Серьезные претензии вызывает способ организации контроля за выполнением Мероприятий, дающий возможность лишь условно отследить объем выполненной работы, без каких-либо критериев качества и соответствия целям и замыслу госзаказа.

Система управления реализацией Мероприятий не могла компенсировать недостатки изначального алгоритма выполнения Мероприятий и совершенно недостаточные сроки их реализации.

Подход, заложенный в основу системы учета результатов Мероприятий, но при этом недостаточно четко прописанный, оказался нарушен в пользу получения целевых показателей по принципу «любой ценой».

Предпосылки отклонения от замысла госзаказа и целей профилактики возникли уже на стадии конкурсной документации и отразились в отчетности о выполнении госзаказа. Основное отклонение связано с несоблюдением требований к отбору целевых групп, что также выражается в подмене терминов исполнителем Мероприятий, представляющего данные о лицах, "задействованных в программе", вместо данных о представителях трех целевых групп, определенных изначальными условиями госзаказа.

Если в рамках госзаказа и имеются успешные результаты, то они оказались возможны не столько благодаря исполнителю, сколько благодаря умениям и опыту отдельных привлеченных аутрич-работников, чей потенциал был сформирован ранее и не в рамках госзаказа. Также нельзя говорить и о каком-либо вкладе госзаказа в развитие методик аутрич-работы и поддержку этого сектора социальных услуг в принципе, т.к. ни подготовительный этап, ни сроки выполнения, ни система управления исполнением Мероприятий этому способствовать не могли.

4. Устойчивость и возможность тиражирования предложенного подхода к оказанию услуг

Под устойчивостью мы понимаем возможность применения и тиражирования технологии социальной работы, использованной при реализации госзаказа, после окончания проекта. Мы не будем рассматривать случаи работы с учащимися учебных заведений. Рассмотрим только случаи использования аутрич-работников для действительно уличной работы с теми представителями целевых групп, которые по различным причинам избегают посещения ЛПУ. Именно в этом состояла, как нам представляется, основная идея Мероприятий.

На сегодняшний день единственным серьезным источником финансирования масштабной аутрич-работы, направленной на вторичную и третичную профилактику ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний в нашей стране, охватывающую все регионы РФ, может быть только государственный бюджет, дополненный бюджетами местных органов власти. В России еще можно найти подобные проекты, финансируемые из международных или зарубежных источников, или источников, которые можно отнести к российской частной филантропии. Но таких примеров очень мало и они довольно малы по охвату, чтобы говорить о системной работе в масштабах всей страны.

Следовательно, использованный подход при отсутствии источника средств федерального уровня не может быть устойчивым.

Как уже было показано выше при ответе на другие вопросы, эффективность организации аутрич-работы в параметрах, установленных данным государственным заказом, не может быть эффективной в принципе. Основные причины – это ограниченные временные сроки для выполнения работы. Так же неэффективен способ управления выполнением госзаказа, использованный при реализации Мероприятий. Небольшая группа менеджеров не может управлять выполнением работ одновременно во всех регионах страны. По указанным причинам, использованный подход к оказанию услуг нельзя назвать устойчивым, а его дальнейшее тиражирование нецелесообразно.

Скорее всего, с подобной работой может справиться большое количество автономных региональных и местных НКО, при условии, что им будет предоставлена единая методика работы, их сотрудники будут соответствующим образом подготовлены, а также будет обеспечен надлежащий контроль выполнения хотя бы минимальных стандартов проведения аутрич-работы и других социальных услуг, принятых в данной профессиональной области. Предоставляемая методика при этом уже должна быть апробирована, примеры чего в нашей стране уже существуют¹⁸.

Технологии социального обслуживания могут быть тиражированы в относительно короткие сроки, поскольку в России есть достаточное количество подготовленных для этого специалистов, обладающих необходимым практическим опытом. Такую возможность показали, например, мероприятия по профилактике 2010 года, выполненные в партнерстве рядом некоммерческих организаций. Однако их принципиальное отличие заключалось в том, что сроки подготовки были сопоставимы с объемом мероприятий, общая продолжительность составляла более полугода, была разработана система управления, мониторинга и оценки, организаций-исполнителей было несколько с четко разграниченными сферами ответственности, а форма отношений с госзаказчиком строилась не на основании коммерческого госзаказа, а на основании субсидии. Хотя и в этом случае, по итогам работы были сделаны выводы о необходимости существенно увеличить сроки реализации профилактических мероприятий.

Выводы:

Без регулярного финансирования из федерального бюджета мероприятий по вторичной и третичной профилактике ВИЧ-инфекции достаточная устойчивость и эффективность такой работы не может быть обеспечена.

Внедрение технологий профилактики и социальных услуг в области ВИЧ-инфекции, которые позволяют преодолеть барьеры для оказания медицинских и социальных услуг группам населения, уязвимым к инфицированию ВИЧ, не могут быть реализованы в России силами одной организации.

¹⁸ См. сноски 13, 14 на стр.15.

Выводы и рекомендации

Выводы

1. Основная идея госзаказа – привлечение закрытых групп, уязвимых к заболеванию ВИЧ-инфекцией, в специализированные медицинские учреждения силами НКО вполне состоятельна.
2. 1й подготовительный этап выполнен не полностью. Отведенного на 1й этап времени оказалось недостаточно для выполнения всех установленных госзаказом работ в полном объеме.
3. Есть основания полагать, что часть клиентов Мероприятий не относится к целевым группам, определенным госзаказом.
4. По данным, представленным исполнителем публично (21 регион), в ряде регионов запланированные значения целевых индикаторов не достигнуты на 30-50% (Татарстан, Смоленская обл., Якутия, Тюменская обл.).
5. Отклонения от исходных условий госзаказа в отношении состава и количества целевых групп, скорее всего, были вызваны содержательными противоречиями самих условий госзаказа, несоответствием между заявленными целями Мероприятий и установленными методами их реализации.
6. Алгоритм Мероприятий, временные рамки их реализации не учитывали потребности целевых групп по отношению к системе государственных и муниципальных социальных и медицинских услуг. Не были учтены также и объективные возможности НКО в изменении поведения, преодолении барьеров, мешающих предоставлению социальных и медицинских услуг трем целевым группам.
7. Исполнители госзаказа были вынуждены заменять работу по поиску представителей целевых групп в точках доступа на работу с группами населения, не являющимися представителями целевых групп.
8. Привлечение аутрич-работников было реализовано без применения технологии аутрич-работы в целом.
9. Наличие недоработок в документации госзаказа, на которые было обращено внимание госзаказчика еще на этапе конкурсов (в т.ч. в рамках письменных обращений, слушаний в ФАС), стало одной из причин недоработок в управлении выполнением госзаказа. Серьезные претензии вызывает способ организации контроля за выполнением Мероприятий, дающий возможность лишь условно отследить объем выполненной работы, без каких-либо критериев качества и соответствия целям и замыслу госзаказа.
10. Система управления реализацией Мероприятий не могла компенсировать недостатки изначального алгоритма выполнения Мероприятий и совершенно недостаточные сроки их реализации.
11. Если в рамках госзаказа и имеются успешные результаты, то они оказались возможны не столько благодаря исполнителю, сколько благодаря умениям и опыту отдельных привлеченных аутрич-работников, чей потенциал был сформирован ранее и не в рамках госзаказа.
12. Без регулярного финансирования из федерального бюджета мероприятий по вторичной и третичной профилактике ВИЧ-инфекции достаточная устойчивость и эффективность такой работы не может быть обеспечена.
13. Внедрение технологий профилактики и социальных услуг в области ВИЧ-инфекции, которые позволяют преодолеть барьеры для оказания медицинских и социальных услуг группам населения, уязвимым к инфицированию ВИЧ, не могут быть реализованы в России силами одной организации.

Общий вывод:

Качество проведенной работы по выполнению госзаказа № 0173100005411000247 не оправдывает вложенных ресурсов, занижает значимость взаимодействия органов управления здравоохранением и некоммерческого сектора. Подход к организации работы в рамках данного госзаказа формирует отрицательный опыт реализации совместных программ, дискредитирует

усилия государства в области профилактики ВИЧ-инфекции. Результаты проведенной общественной оценки завершенных мероприятий госзаказа подтверждают обоснованность опасений и замечаний, высказанных госзаказчику многими специализированными НКО на стадии открытых конкурсов.

Дальнейшее использование подобных схем организации работ по профилактике ВИЧ-инфекции, является нецелесообразным и неэффективным расходом бюджетных средств.

Рекомендации

1. Мероприятия в области профилактики ВИЧ-инфекции, должны планироваться, а выбор технологий и целевых групп должен проводиться с учетом и на основе опыта различных НКО, работающих в этой области. Инструментом коммуникации и согласования при этом между федеральным органом управления здравоохранением и некоммерческим сектором может служить расширенная рабочая группа, сформированная некоммерческими организациями по предложению Минздравсоцразвития в 2011 г. Техническое задание на проведение работ в области профилактики должно основываться на результатах такой коммуникации и согласования.
2. Техническое задание на проведение профилактических мероприятий должно быть четко сформулировано с учетом практического опыта и реальных потребностей целевых групп, что является залогом соответствия замысла и результата выполняемых работ.
3. Выделение средств федерального бюджета на мероприятия в области профилактики должны осуществляться на некоммерческой конкурсной основе в формате целевых грантов или субсидий. Учитывая специфику профилактической работы, отбор исполнителей и/или операторов должен происходить не на основе принципа минимальной цены и Федерального закона № 94-ФЗ, а на основе опыта практической работы, наличия апробированных методик и потенциала взаимодействия НКО с органами и учреждениями здравоохранения и социального обслуживания. В качестве со-исполнителей должны выступать различные НКО с учетом их специализации, а взаимодополняющие работы и ответственность в рамках таких программ должны быть распределены между ними согласно сферам их компетенции. Необходимо отказаться от дискриминирующей практики отбора исполнителей на основе принципов, нарушающих антимонопольное законодательство.
4. Сроки реализации мероприятий должны охватывать больший период в пределах одного года, но не менее 10 мес., и предусматривать достаточное время для подготовки необходимых мероприятий, в т.ч. обучения персонала, разработки/адаптации методической базы, согласования мероприятий с органами и учреждениями здравоохранения и социального обслуживания, выстраивания внутренней системы управления и контроля.
5. Необходимо обеспечить непрерывность, насколько это возможно (сокращение перерывов), и преемственность мероприятий в области профилактики ВИЧ-инфекции после окончания финансового года и в начале нового.
6. Мероприятия в области профилактики ВИЧ-инфекции должны предусматривать внедрение системы мониторинга и оценки на стадии планирования. Система учета целевых показателей должна быть разработана таким образом, чтобы обеспечить требования о защите персональных данных и в то же время надлежащий контроль за достижением плановых значений показателей.
7. Направления деятельности в области профилактики ВИЧ-инфекции, как основа для соответствующих мероприятий, должны вытекать из Национальной стратегии борьбы с ВИЧ-инфекцией, разработку и принятие которой необходимо обеспечить в ближайшей перспективе с участием широкого круга заинтересованных сторон.

Заключение об общественной оценке, дополнительные вопросы, появившиеся в ходе ее проведения

Представленный отчет основан на данных, которые удалось получить в ходе общественной оценки, инициированной рядом некоммерческих организаций, которым небезразлична судьба профилактических мероприятий, направленных на борьбу с ВИЧ-инфекцией. Обычно инициаторами мониторинга и оценки выступают заказчики и исполнители работ, чтобы понять, какова эффективность применяемых ими подходов и выделяемых ресурсов. Результаты таких оценок могут оставаться закрытыми для публики. В отличие от обычного мониторинга и оценки, общественная оценка предполагает исследование со стороны не менее заинтересованного в результатах, но при этом стороннего наблюдателя, выступающего от лица общественности, не относящегося ни к заказчику, ни к исполнителю. Именно таким образом снимается конфликт интересов и обеспечивается публикация результатов оценки. Общественная оценка тем более востребована, когда цели оцениваемых мероприятий имеют высокую социальную значимость или расходуются значительные средства бюджета и налогоплательщиков. Профилактика ВИЧ-инфекции – тот самый случай.

В [Бюджетном послании Президента Федеральному собранию РФ от 23.06.2008](#) отмечалось: *«Дальнейшее развитие практики бюджетирования, ориентированного на результаты. Каждая программа должна предусматривать конкретные цели ее реализации и показатели оценки их достижения на всех этапах осуществления программы. Если программа не позволяет достичь предусмотренных целей, то надо отказываться от ее дальнейшей реализации со своевременным внесением соответствующих изменений в нормативные правовые акты».*

К сожалению, в рамках госзаказов на профилактику ВИЧ-инфекции в 2011 г. проведение полноценного мониторинга и оценки предусмотрено не было. Это тем более повышает актуальность общественной оценки, которая в нашем случае проводилась в условиях ограниченных ресурсов и во многом на добровольной основе. В нашем случае имели место объективные ограничения в количестве регионов для проведения опросов, закрытость информации и неготовность исполнителя госзаказа ею делиться. Собранные нами данные были дополнены анализом опубликованных исполнителем госзаказа отчетов, интервью с сотрудниками НКО и экспертами, работающими в области профилактики ВИЧ-инфекции, а также данными о статистике тестирования на ВИЧ-инфекцию, на которую однозначно должен был повлиять оцениваемый госзаказ. Конечно, данный отчет не может претендовать на полноту анализа и раскрыть все обстоятельства выполнения госзаказа, которые можно было бы оценить, тем более в условиях закрытости информации перед оценщиками.

Перед оценкой не ставилась цель дать репрезентативные данные о результативности проведенных работ, а сосредоточиться на целесообразных для анализа параметрах госзаказа, которые бы отражали наиболее важные аспекты профилактики и отвечали на главный вопрос, поставленный перед оценкой: Возможно ли за 38 дней качественно оказать услуги по информированию и перенаправлению/сопровождению в медучреждения для медико-социального консультирования и тестирования на ВИЧ-инфекцию 123062 представителям уязвимых групп (больные наркоманией, гомо- и бисексуалисты и больные ЗППП) в 83 субъектах РФ?

Проблема не в том, что некоммерческие организации (кроме двух) отказались участвовать в выполнении этого госзаказа еще на стадии открытого конкурса, т.к. заранее знали ответ на этот вопрос, а в том, что к ним никто не прислушался. Главное значение данной оценки тоже не в том, что она позволяет дать ясный ответ на заданный вопрос, а в том, что это – первый опыт общественной оценки, который может служить подспорьем в продвижении эффективных и отвечающих реальным потребностям подходов к профилактике.

Много вопросов без перспективы внятного ответа остаются за рамками данной оценки, но они не менее важны для понимания правильной организации мероприятий по профилактике и дальнейшей работы по борьбе с эпидемией, поэтому приведены ниже:

1. Почему в 2011 г. госзаказ был организован так, что работы по профилактике были начаты только в октябре? (Для справки: [Федеральный закон от 13.12.2010 № 357-ФЗ "О](#)

[федеральном бюджете на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов](#)", в котором были предусмотрены средства на профилактику, был принят 13.12.2010).

2. Почему несмотря на заявления главы Минздравсоцразвития¹⁹ в 2011 г. расходы на профилактику ВИЧ-инфекции составили лишь 30% от заявленной и предусмотренной в госбюжете суммы?
3. Почему госзаказчик в ходе ряда проведенных встреч с НКО не прислушался к мнению большинства из них о нецелесообразности проведения мероприятий госзаказов в их текущем виде?
4. Почему в рамках госзаказа даже не рассматривалась роль НКО в оказании социальных услуг и немедицинском консультировании, а только в качестве посредника для привода клиентов в медучреждения? (Для справки: в рамках госзаказа с НКО-исполнителем оплачивались только ставки аутрич-работников, а из 6 госзаказов в области профилактики ВИЧ-инфекции НКО-исполнитель был только в одном случае).
5. Почему госзаказ № [0173100005411000247](#) был сформулирован под единственного исполнителя с признаками нарушения антимонопольного законодательства, которые были усмотрены Генеральной прокуратурой РФ?
6. Почему за 82 млн. руб., потраченных на выполнение госзаказа № [0173100005411000247](#), не удалось привлечь в медучреждения больше представителей уязвимых к ВИЧ групп, чем за прошлый год, когда средства на такие цели не выделялись?
7. Устроили ли госзаказчика результаты проведенных работ и если да, несмотря на нарушения условий госзаказа и данные настоящей оценки, то почему?
8. Почему за 25 лет развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России в стране не принята Национальная стратегия борьбы с ВИЧ-инфекцией, являющаяся основой для определения приоритетов и направлений в области профилактических мероприятий?



¹⁹ www.minzdravsoc.ru/health/remedy/130

Приложение 1. Техническое задание на проведение общественной оценки

выполнения государственного заказа №0173100005411000247 "Оказание услуг по реализации мероприятий вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции, в субъектах Российской Федерации в рамках реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2011 году"

Обоснование необходимости проведения общественной оценки реализации и результатов Мероприятий

Проведение оценки инициировано рядом социально ориентированных НКО, специализирующихся в вопросах профилактики ВИЧ-инфекции: Автономная некоммерческая организация «Новая жизнь», г.Оренбург, Иркутское областное отделение Общероссийской общественной организации "Российский Красный Крест", г.Иркутск, Казанская общественная организация родственников наркозависимых «Вера», г.Казань, Межрегиональная общественная организация "Сообщество людей, живущих с ВИЧ", г.Москва, Общественный фонд поддержки здравоохранения и образования города Пензы "АНТИСПИД", Фонд социальной поддержки и охраны здоровья "Позитивная волна", г.С.Петербург, с привлечением НКО-партнеров по проведению оценки в различных регионах РФ.

По мнению заказчиков общественной оценки, необходимость ее проведения вызвана следующими причинами:

1. Профилактика ВИЧ-инфекции – одна из приоритетных задач в области охраны здоровья и противодействия распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа. Работа по профилактике требует тщательного планирования, комплексного подхода, всеобщего охвата, непрерывности и преемственности мероприятий. Особенности подготовки к выполнению мероприятий данного госзаказа, их замысел (содержание), время, выделенное на их выполнение, вызывают серьезную озабоченность и сомнения как в эффективности, так и в самой возможности их качественной реализации. Согласно мнениям экспертов, сделанным на этапе планирования Мероприятий госзаказа, работы госзаказа могут быть качественно выполнены в срок не менее чем 10 мес.
2. Имеются опасения в высоком риске дискредитации политики Минздравсоцразвития в области сотрудничества с НКО, разрыва наметившихся тенденций к сотрудничеству государства и НКО. Есть основания предполагать, что госзаказ ориентирован в большей степени на "освоение" бюджета и получение формальной отчётности по целевым показателям выполненных работ, чем на достижение социально значимого и общественно полезного эффекта с точки зрения профилактики.
3. Несмотря на озвученные сомнения представителей ряда специализированных НКО в целесообразности и выполнимости заказа на этапе его планирования, представители государственного заказчика не включили в перечень работ по его выполнению работы по мониторингу и оценке.

Кто и как будет использовать результаты общественной оценки Мероприятий

Результаты оценки будут использованы НКО, работающими в области профилактики ВИЧ/СПИДа, не являющимися исполнителями заказа, в следующих целях:

- Проверка обоснованности критических замечаний, высказанных рядом НКО на этапе обсуждения содержания Мероприятий (до объявления конкурса) и после утверждения заказчиком содержания Мероприятий (после объявления конкурса).
- Разработка рекомендаций относительно содержания будущих профилактических мероприятий и программ, а также методов управления ими.
- Уточнение роли НКО в разработке и реализации профилактических программ, уточнение форм и методов взаимодействия НКО с Минздравсоцразвития в отношении профилактики ВИЧ-инфекции.
- Получение опыта, развитие практики и внедрение технологий общественного мониторинга за реализацией мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции – как одной из форм участия гражданского общества в управлении, обеспечения общественного контроля и развития демократических институтов.

Вопросы задания на проведение общественной оценки

При проведении оценки необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Какие результаты были достигнуты в ходе выполнения госзаказа? В какой мере они соответствуют запланированным результатам, требуемым параметрам данного госзаказа (содержание, объем, качество)? Если не соответствуют, то почему?
2. Какие подходы, технологии, методы использовались исполнителем при выполнении заказа? В чем их преимущества/сильные стороны и каковы ограничения/слабые стороны?
3. Как осуществлялось управление выполнением услуг? Что помогало и что мешало оказанию услуг?
4. Какова устойчивость предложенного подхода к оказанию данных услуг? Какова эффективность предложенного подхода к оказанию данных услуг? Могут ли тиражироваться подходы, технологии и методы, использованные исполнителем заказа, с точки зрения их пользы? Если да, то каким образом, если нет – почему?
5. Какие можно сделать рекомендации относительно продолжения данных Мероприятий?

Методология проведения общественной оценки

Для проведения оценки привлекаются профессиональные консультанты, специализирующиеся в проведении мониторинга и оценки и имеющие соответствующий опыт оценки социальных программ, которые будут осуществлять координацию мероприятий по оценке, давать рекомендации заказчикам и исполнителям оценки относительно методологии ее проведения в целях получения объективных и надежных данных.

Для ответа на вопросы задания предлагается провести эмпирическое исследование, в ходе которого будут собраны и проанализированы качественные и количественные данные, свидетельствующие о том, каким образом были реализованы Мероприятия госзаказа. Источниками данных будут непосредственные участники реализации данных Мероприятий, обладающие наиболее полной информацией. Для проведения исследования будет использована целесообразная выборка отдельных территорий, где реализуются Мероприятия. Критериями отбора территорий станут:

- наличие представителей специализированных НКО, готовых принять участие в сборе первичных данных;
- готовность участников Мероприятий предоставить эти данные на основе информированного согласия;
- возможность провести оперативный сбор данных в заключительный период реализации Мероприятий (ноябрь-декабрь 2011);
- возможность сохранить конфиденциальность тех источников информации, которые будут готовы участвовать в оценке только при соблюдении данного условия.

В силу определённых ресурсных ограничений использование репрезентативной выборки не представляется возможным, будет использована целесообразная выборка. Основным инструментом сбора данных будет неструктурированное или полуструктурированное интервью. В ходе оценки будет сделана попытка получить количественные данные, отражающие ход и результаты Мероприятий.

Таким образом, для ответа на вопросы задания оценки будет использована качественная методология, позволяющая глубоко проанализировать ход и результаты Мероприятий госзаказа в заранее определенном количестве случаев.

Источниками информации на каждой из выбранных территорий будут следующие участники Мероприятий:

- Местный координатор Мероприятий (1 чел.)
- Аутрич-работник (2-3 чел.)
- Руководитель местного медицинского учреждения, в которое будут перенаправляться представители ключевых уязвимых к ВИЧ групп (1 чел.)

- Сотрудник медицинского учреждения, осуществляющий прием/оказывающий медико-социальные услуги представителям ключевых групп (1-2 чел.)
- Представители ключевых групп, получавшие или обращавшиеся за получением услуг (3-4 чел., групповое или индивидуальное интервью).

Таким образом, на каждой территории будет проведено интервью не менее чем с 8 респондентами.

В ходе оценки предполагается также собрать данные о количестве нанятых аутрич-работников, количестве выполненных перенаправлений/сопровождений представителей целевых групп и о количестве проведённых с ними консультаций и обследований.

Отчёт о проведении общественной оценки будет полностью соответствовать структуре задания. При анализе данных и подготовке отчета будут использованы элементы "оценки с участием". Представители рабочей группы по написанию отчёта проанализируют все полученные данные вместе с теми, кто участвовал в их сборе. Проект отчета будет также представлен всем исполнителям оценки.

Описание инструментов сбора данных

Сценарий интервью с руководителем медицинского учреждения

1. Что вам известно о проводимых в вашем регионе Мероприятиях вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции, в субъектах Российской Федерации? Когда и каким образом это стало известно?
2. Какая организация, кто именно взаимодействует с вами в рамках этих Мероприятий? Как организовано это взаимодействие? Какое участие в этих Мероприятиях принимают сотрудники вашего учреждения? Вы лично?
3. Какие результаты Мероприятий с вашей точки зрения достигнуты в настоящий момент?
4. Сколько человек обратились в ваше учреждение по направлениям исполнителей Мероприятий, каким образом ведётся учёт этих людей в вашем учреждении? Как и где можно получить эти данные? К какой группе уязвимых к ВИЧ можно отнести этих людей? Что происходит с ними после того, как они пришли к вам по направлению?
5. Что вы думаете относительно самого замысла данных Мероприятий? Как вы оцениваете этот замысел (в т.ч. содержание мероприятий, сроки)? Как оцениваете его реализацию? Какой вам представляется роль НКО при проведении вторичной и третичной профилактики ВИЧ? Что необходимо делать, с вашей точки зрения, для профилактики ВИЧ? Какие подходы вам представляются наиболее эффективными? Как обеспечить устойчивость реализации этих подходов?

Сценарий интервью с сотрудниками медицинского учреждения

1. Что вам известно о проводимых в вашем регионе Мероприятиях вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции, в субъектах Российской Федерации? Когда и каким образом это стало известно?
2. Какая организация, кто именно взаимодействует с вами в рамках этих Мероприятий? Как организовано это взаимодействие? Какое участие в этих Мероприятиях принимают сотрудники вашего учреждения? Вы лично?
3. Сколько человек обратились в ваше учреждение по направлениям исполнителей мероприятий, каким образом ведётся учёт этих людей в вашем учреждении? Как и где можно получить эти данные? К какой группе уязвимых к ВИЧ можно отнести этих людей? Что происходит с ними после того, как они пришли к вам по направлению? Как и какая именно работа проводится с людьми, направленными к вам в рамках данных Мероприятий?
4. Какие результаты Мероприятий с вашей точки зрения достигнуты в настоящий момент?

5. Что вы думаете относительно самого замысла данных Мероприятий? Как вы оцениваете этот замысел (в т.ч. содержание мероприятий, сроки)? Как оцениваете его реализацию? Какой вам представляется роль НКО при проведении вторичной и третичной профилактики ВИЧ? Что необходимо делать, с вашей точки зрения, для профилактики ВИЧ? Какие подходы вам представляются наиболее эффективными? Как обеспечить устойчивость реализации этих подходов?

Сценарий интервью с местным координатором Мероприятий

1. Где и кем вы работаете? Какой опыт участия в профилактических мероприятиях у вас есть? Каким образом вы стали местным координатором Мероприятий? Каковы ваши обязанности? С кем из организации-исполнителя вы взаимодействуете? Каким образом было организовано это взаимодействие?

2. В чем состоит замысел данных Мероприятий? Какие результаты планировалось получить?

3. Расскажите о том, как происходила реализация мероприятий в вашем регионе? Что было вами сделано в подготовительный период (материалы, аутрич-работники, учреждения здравоохранения, точки доступа, инструктаж)? Что было сделано в ходе основного этапа (команда, технологии и методы работы, взаимодействие с партнерами)?

4. Как осуществлялся подсчет количественных результатов? Сколько человек удалось направить в учреждения здравоохранения?

5. Что удалось сделать, что не удалось? Как вы оцениваете сам замысел Мероприятий и схему их реализации (в т.ч. содержание мероприятий, сроки)? Стоит ли продолжать? Если стоит, то каким образом? Нужно ли что-то изменить?

Сценарий интервью с аутрич-работниками

1. Где и кем вы работаете? Какой опыт участия в профилактических мероприятиях у вас имеется? Каким образом вы узнали о Мероприятиях? Каким образом вы стали участником этих Мероприятий? А ваши коллеги?

2. Как вам представляется замысел данных мероприятий? В чем состояли ваши обязанности в данных мероприятиях, что вы должны были сделать?

3. Каким образом вы участвовали в данных Мероприятиях на подготовительном этапе? Как осуществлялась подготовка? Кто и каким образом проводил инструктаж? Какие точки доступа были выбраны? Кто и почему их выбрал? Какие материалы были подготовлены, кем? Какие медицинские учреждения, почему именно эти? Как бы вы оценили качество и влияние этих подготовительных мероприятий для вас лично, для ваших коллег?

4. Что вами было сделано в ходе реализации мероприятий? Как и какая работа была проведена в точках доступа? Как вы взаимодействовали с медицинскими учреждениями? Сколько человек вам удалось направить в медицинские учреждения? Как вы определяли, что они относятся именно к тем целевым группам, которые определены госзаказом? Как был организован учет вашей работы? Как и перед кем вы отчитывались? Что происходило с клиентами, которых вы направили в медучреждения?

5. С какими трудностями при реализации Мероприятий вы столкнулись? Что, наоборот, было самым легким? В чем причина возникших трудностей, что помогало их преодолеть?

6. Как вы оцениваете замысел Мероприятий (в т.ч. их содержание, сроки) и достигнутые результаты? Имеет ли смысл продолжать эту работу дальше? Будет ли эта работа продолжена? Если нет, то почему, если да, то при каких условиях? Что вы лично планируете в этом плане в будущем?

Сценарий интервью с представителями уязвимых групп – участниками Мероприятий

Начинать интервью следует с объяснения, почему было организовано это интервью. Обязательно соблюдение конфиденциальности.

1. Принимали ли вы участие в подобных мероприятиях раньше?

2. Каким образом вы стали участником Мероприятий? Кто, где вас нашёл? Расскажите, как это было, подробнее?
3. Что было дальше, после первой встречи? В какое учреждение вы были направлены? Были ли в нем? Что происходило там?
4. Что вы собираетесь делать дальше? Что вам для этого нужно? Какая поддержка, помощь вам потребуется в будущем?

Рекомендации по организации и проведению интервью

Организация интервью

Интервьюеру придётся самостоятельно договариваться о проведении интервью и о способах фиксации полученных данных для последующего составления письменного отчета (в форме изложения полученных данных). При этом следует открыто сообщить, что проводится общественная оценка данных Мероприятий. Оценку проводят представители нескольких некоммерческих организаций по собственной инициативе. Можно открыто назвать основания и цели оценки, описанные выше. Важно достичь со стороны источника информированного согласия на проведение интервью. Поскольку оценка будет проводиться в нескольких регионах, то имеется возможность для соблюдения конфиденциальности сведений, полученных от конкретного источника. В отчете по оценке будет представлен список источников информации, но цитирование будет полностью анонимным. Первичные данные интервью в отчет по оценке не включаются и не публикуются в целях защиты интересов и конфиденциальности респондентов.

Внутренний настрой интервьюера, правила проведения

Основное правило интервьюирования – не включаться в обсуждение и, тем более, в дискуссии с интервьюируемым. Цель – получить информацию. Оценивать информацию в процессе интервью недопустимо. Наилучшая технология проведения – активное недирективное слушание²⁰. Важно задать все представленные в сценарии вопросы, не важно в каком порядке это получится. Для ответа на вопросы задания важно получить полную детальную информацию, известную источнику.

Представление и вступление к интервью

Надо назвать свое имя, место работы, назвать заказчиков оценки, цели оценки, цели использования полученной от источника информация, обозначить время проведения – примерно один час. Ответить на вопросы интервьюируемого, если таковые будут. Сказать о правилах конфиденциальности. Можно передать информационное письмо о проведении оценки.

Информированное согласие и правила конфиденциальности

Для соблюдения интересов и прав респондентов, принявших участие в опросе, важно, чтобы они дали информированное согласие на то, чтобы стать источником информации при проведении данной оценки. Информированное согласие означает, что человек соглашается с тем, что полученные от него сведения будут использованы для решения поставленных заказчиками оценки задач. Оценка не должна проводиться так, чтобы нанести вред ее участникам. Для этого будет соблюдено правило конфиденциальности: в приложении к отчету по результатам оценки будет указан обобщенный список источников информации (респондентов). Таким образом, в отчете по оценке не обозначаются персональные данные источника информации при цитировании.

²⁰ Особая технология слушания, подразумевающая установку на эмпатическое понимание говорящего, поддержку, поощрение и стимулирование его свободного высказывания на заданную тему, а также усилия, направленные на то, чтобы понять смыслы, передаваемые говорящим. При недирективном слушании недопустимы попытки каким-либо образом оценивать сказанное говорящим. Личные реакции слушателя должны быть минимизированы и оставаться нейтральными по отношению к рассказчику.

Правило конфиденциальности в данном случае подразумевает, что если источник информации готов сообщить какие-либо известные ему сведения и личные соображения, но отказывается, чтобы его имя было включено в список источников информации, то он как источник информации для данной оценки не рассматривается.

Заказчики и исполнители оценки принимают на себя обязательство при любых обстоятельствах соблюдать данное правило конфиденциальности. Это правило основано на профессиональных стандартах проведения оценки, принятыми международным сообществом специалистов по оценке проектов и программ, и полностью соответствует им.

Фиксация информации в ходе интервью

Интервьюер записывает ответы в письменном виде. Использование диктофона не рекомендуется, поскольку создает напряженную атмосферу в ходе интервью. Лучше всего "по горячим следам" сразу после интервью сделать дополнительные записи о впечатлениях от прошедшего интервью.

Обработка полученной информации

После проведения интервью письменные записи расшифровываются и записываются в виде текстового файла, с указанием источника информации.

Передача результатов интервью

Файлы с расшифровками интервью передаются координатору оценки по электронной почте.

Приложение 2. Данные о выполнении целевых показателей госзаказа

Таблица составлена на основе данных опубликованных отчетов исполнителя Мероприятий в электронной новостной рассылке itpcru@googlegroups.com и на сайте www.hivnet.ru.

	Целевое значение	Данные о выполнении	Разница	% выполнения
Приволжский федеральный округ, в т.ч.:	25 486	10 464		
Республика Башкортостан	3 186	3 000	-186	94,2%
Республика Марий Эл	547	550	3	100,5%
Республика Мордовия	670			н/д
Республика Татарстан	2 961	1 460	-1 501	49,3%
Удмуртская Республика	1 253			н/д
Чувашская Республика	978			н/д
Кировская область	1 060			н/д
Нижегородская область	2 626			н/д
Оренбургская область	1 989	1 989	0	100,0%
Пензенская область	1 057			н/д
Пермский край	2 435			н/д
Самарская область	3 265			н/д
Саратовская область	2 138	2 138	0	100,0%
Ульяновская область	1 321	1 327	6	100,5%
Северо-Кавказский федеральный округ, в т.ч.:	6 816	0		
Республика Дагестан	1 995			н/д
Республика Ингушетия	395			н/д
Кабардино-Балкарская Республика	653			н/д
Карачаево-Черкесская Республика	320			н/д
Республика Северная Осетия-Алания	526			н/д
Чеченская Республика	965			н/д
Ставропольский край	1 962			н/д
Северо-Западный федеральный округ, в т.ч.:	12 838	2 100		
Республика Карелия	538			н/д
Республика Коми	743			н/д
Архангельская область	907			н/д
Ненецкий Автономный Округ	38			н/д
Вологодская область	928	1 000	72	107,8%
Калининградская область	871	1 100	229	126,3%
Ленинградская область	1 377			н/д
Мурманская область	759			н/д
Новгородская область	531			н/д
Псковская область	529			н/д
Санкт-Петербург	5 617			н/д
Центральный федеральный округ, в т.ч.:	32 298	4 433		
Белгородская область	1 137			н/д
Брянская область	998			н/д
Владимирская область	1 151			н/д
Воронежская область	1 647			н/д
Ивановская область	937			н/д
Калужская область	775			н/д
Костромская область	548	538	-10	98,2%
Курская область	838	938	100	111,9%
Липецкая область	857	1 257	400	146,7%
Московская область	6 197			н/д
Орловская область	634			н/д
Рязанская область	917			н/д
Смоленская область	736	500	-236	67,9%
Тамбовская область	827			н/д
Тверская область	1 208	1 200	-8	99,3%
Тульская область	1 275			н/д
Ярославская область	1 012			н/д
г. Москва	10 604			н/д

	Целевое значение	Данные о выполнении	Разница	% выполнения
Дальневосточный федеральный округ, в т.ч.:	5 029	1 890		
Республика Саха (Якутия)	702	400	-302	57,0%
Приморский край	1 675			н/д
Хабаровский край	1 087	1 110	23	102,1%
Амурская область	623			н/д
Камчатский край	252			н/д
Магаданская область	121			н/д
Сахалинская область	379	380	1	100,3%
Еврейская автономная область	140			н/д
Чукотский автономный округ	50			н/д
Уральский федеральный округ, в т.ч.:	12 121	6 360		
Курганская область	824	824	0	100,0%
Свердловская область	4 605			н/д
Тюменская область	1 369	743	-626	54,3%
Ханты-Мансийский Автономный округ	1 593	1 500	-93	94,2%
Ямало-Ненецкий Автономный округ	437			н/д
Челябинская область	3 293	3 293	0	100,0%
Южный федеральный округ, в т.ч.:	10 581	0		
Республика Адыгея	335			н/д
Республика Калмыкия	212			н/д
Краснодарский край	3 973			н/д
Астраханская область	734			н/д
Волгоградская область	2 144			н/д
Ростовская область	3 183			н/д
Сибирский федеральный округ, в т.ч.:	17 893	2 000		
Алтайский край	2 227	2 000	-227	89,8%
Забайкальский край	915			н/д
Иркутская область	3 143			н/д
Кемеровская область	2 828			н/д
Красноярский край	2 480			н/д
Томская область	789			н/д
Новосибирская область	2 271			н/д
Омская область	1 617			н/д
Республика Алтай	170			н/д
Республика Бурятия	812			н/д
Республика Тыва	236			н/д
Республика Хакасия	405			н/д
ВСЕГО:	123 062	27 247		22,1%
Введено данных по субъектам:	83	21		
		нет данных - 62		

Сумма целевых значений по субъектам с внесенными данными:	29 602	Общее выполнение в субъектах с внесенными данными (27247/29602):	92,0%
Кол-во регионов с полностью выполненными показателями:	12 (57,1%)	Минимальное значение показателя:	49,3%
Кол-во регионов (из числа субъектов с внесенными данными) с невыполненными показателями:	9 (42,9%)	Среднее значение показателя по субъектам с внесенными данными:	95,2%

Приложение 3. Список участников групповых и индивидуальных интервью

В целях обеспечения конфиденциальности в отчете не приводятся имена и контактные данные респондентов. В случае обоснованной необходимости эти сведения могут быть предоставлены уполномоченным органам по запросу.

Города, в которых проводились опросы:

1. Выборг, Ленинградская область
2. Иркутск
3. Казань, Республика Татарстан
4. Ломоносов, в составе С.Петербурга
5. Набережные Челны, Республика Татарстан
6. Новотроицк, Оренбургская область
7. Оренбург
8. Орск, Оренбургская область
9. С.Петербург

Должности респондентов-сотрудников медучреждений:

- Главные врачи медицинских учреждений, в т.ч. центров по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (центры СПИД) – 5
- Заместители главных врачей по организационно-методической работе в медучреждениях – 2
- Заведующие отделами медицинской профилактики, Заведующие амбулаторными и инфекционными отделениями в медучреждениях – 3
- Психологи, специалисты кабинетов психосоциального консультирования центров СПИД – 2
- Медицинские сестры – 2
- Главные наркологи – 1

Другие респонденты:

- Члены руководящих органов организации-исполнителя мероприятий – 1
- Координаторы мероприятий – 3
- Аутрич-работники, социальные работники и равные консультанты – 5
- Пациенты медицинских учреждений, в т.ч. представители уязвимых к ВИЧ групп населения – 17

Всего респондентов: 41

(В силу определённых ресурсных ограничений использование репрезентативной выборки не представлялось возможным, поэтому использовалась целесообразная выборка).

Приложение 4. Список документов, использованных при проведении оценки

1. www.hivnet.ru – данные о выполнении показателей мероприятий госзаказа
2. <http://zakupki.gov.ru> – документация госзаказов (извещения, разъяснения, конкурсная документация, протоколы, сведения о контрактах)
3. itpcru@googlegroups.com – электронная публичная новостная рассылка, данные о выполнении показателей мероприятий госзаказа
4. www.minzdravsoc.ru – веб-сайт Минздравсоцразвития РФ, новости
5. www.rost.ru – Программы реализации приоритетных национальных проектов «Образование», «Здоровье», «Доступное и комфортное жилье – гражданам России» на 2009-2012 годы
6. [Бюджетное послание Президента Федеральному собранию РФ от 23.06.2008](#)
7. Документация жалобы в Федеральную антимонопольную службу РФ на госзаказчика мероприятий – <http://zakupki.gov.ru/pgz/public/action/complaint/info?complaintId=422624>
8. [Постановление правительства РФ от 23.12.2009 № 1079](#) "Об утверждении правил предоставления субсидии из федерального бюджета Общероссийской общественной организации "Российский Красный Крест" на осуществление мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции"
9. Практическое руководство по организации социального сопровождения пациентов с ВИЧ-инфекцией (с использованием опыта "Школ пациента") – www.spdfund.org
10. [Проект Постановления Роспотребнадзора](#) «О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»
11. [Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»](#) (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 №1)
12. Социальное сопровождение в области ВИЧ-инфекции: стандарты предоставления услуг – www.unodc.org
13. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года (утв. [Указом Президента РФ от 12.05.2009 № 537](#))
14. Схемы направления наркопотребителей на лечебно-профилактические мероприятия. Методические рекомендации – www.unodc.org
15. Унифицированное руководство по организации комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов В и С среди уязвимых групп населения в гражданском секторе – www.ohi.ru
16. [Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ](#) "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"
17. [Федеральный закон от 12.01.1996 № 7-ФЗ](#) «О некоммерческих организациях»
18. [Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ](#) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"
19. [Федеральный закон от 21.07.2005 № 94-ФЗ](#) "О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд"
20. [Федеральный закон от 13.12.2010 № 357-ФЗ](#) "О федеральном бюджете на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов"

Приложение 5. Об организаторах оценки

Некоммерческие организации – заказчики, инициаторы и организаторы общественной оценки:

АНО «Новая жизнь» – Автономная некоммерческая организация «Новая жизнь», г. Оренбург, создана в 2002 г. активистами группы взаимопомощи людей, живущих с ВИЧ. Организация официально зарегистрирована 1 декабря 2003 г. Миссия организации – повышение качества жизни людей, живущих с ВИЧ. АНО «Новая жизнь» реализует на территории Оренбургской области и национальном уровне программы, направленные на развитие комплексных услуг всесторонней поддержки людям, затронутым ВИЧ, включая доступ к диспансеризации, лечению и реабилитации, профилактику ВИЧ-инфекции в группах высокого риска, организацию общественного просвещения, направленного на повышение толерантного отношения населения к людям, живущим с ВИЧ. www.новаяжизнь56.рф

Иркутское областное отделение РКК – официально организовано в 1924 г. в целях борьбы с социально-значимыми болезнями, оказания содействия органам здравоохранения в пропаганде медицинских знаний, проведении санитарно-оздоровительных и профилактических мероприятий по снижению заболеваемости и травматизма на объектах народного хозяйства. В начале 90-х годов с изменениями экономической ситуации в стране Красный Крест внес коррективы в свою деятельность и выбрал те направления деятельности, которые являются актуальными и востребованными. Сегодня Иркутское отделение Красного Креста реализует на территории области ряд программ, направленных на: пропаганду здорового образа жизни, профилактику ВИЧ/СПИД и наркомании, обучение населения приемам оказания первой помощи и уходу за больными на дому, осуществление ухода за больными на дому силами сестер милосердия и сиделок Красного Креста и др. www.redcross-irkutsk.org

КООРН «Вера» – Казанская общественная организация родственников наркозависимых «Вера», создана в 2001 г. Миссия: оказание помощи и поддержки людям, попавшим в трудные жизненные ситуации, и их близким, а также повышение качества жизни людей, живущих с ВИЧ. КООРН «Вера» реализует проекты, направленные на оказание услуг по социальной реабилитации людям, попавшим в трудные жизненные ситуации, и их родственникам, а также услуги по оказанию немедицинского сервиса для ЛЖВ. r-vetroff@nm.ru

МРОО "Сообщество ЛЖВ" – Межрегиональная общественная организация "Сообщество людей, живущих с ВИЧ", г. Москва, создана в 1998 г. Миссия организации – повышение качества жизни людей, живущих с ВИЧ. МРОО "Сообщество ЛЖВ" реализует на национальном уровне проекты и программы, направленные на развитие социальных услуг и доступа к лечению и поддержке для людей, живущих с ВИЧ, формирование приверженности диспансеризации и лечению, профилактику ВИЧ-инфекции, повышение информированности и уровня знаний о ВИЧ-инфекции и лечении. www.positivenet.ru, www.arvt.ru

Общественный фонд поддержки здравоохранения и образования г. Пензы "АнтиСПИД" – общественная организация, создана в 1995 г. специалистами в области здравоохранения, журналистами, психологами и просто активными людьми в целях разработки и реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции среди населения региона, отдавая приоритет профилактике в группах высокого риска инфицирования ВИЧ. www.penza.aids.ru

Фонд социальной поддержки и охраны здоровья «Позитивная волна», г. Санкт-Петербург, – создан в 2008 г. для оказания услуг по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп и поддержки людей, живущих с ВИЧ в Ленинградской области. Основные направления деятельности: развитие услуг немедицинского сервиса для ЛЖВ в Северо-Западном Федеральном округе, представление интересов ЛЖВ в части равного доступа к качественным медицинским и социальным услугам в Ленинградской области, профилактика ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и туберкулеза среди уязвимых групп. www.pozvolna.ru

В.П. Балакирев – консультант рабочей группы по проведению оценки, директор по развитию ООО «Компания «Процесс Консалтинг», член Попечительского совета Международной сети «Оценка программ». www.processconsulting.ru, www.eval-net.org