



МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ

ВИЧ/СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗ И МАЛЯРИЯ

Второе издание
январь 2006 г.

Содержание

I.	Как пользоваться Методологическим руководством по МиО.....	5
	Для чего это методологическое руководство?.....	5
	Для кого оно предназначено?.....	6
	Что содержится в руководстве?	6
	Как использовать данное методологическое руководство?.....	6
	Как разрабатывалось данное руководство?.....	7
	Последние обновления.....	7
II.	Основные элементы МиО.....	8
III.	Основные концепции МИО.....	12
	Методы сбора данных.....	14
	Техническая поддержка.....	16
IV.	Часто задаваемые вопросы.....	17
	Практические вопросы.....	17
	Общие вопросы, относящиеся к настоящему методологическому руководству и отчетности Глобального фонда.....	20
V.	Схема отчетов по конкретным компонентам.....	28
VI.	ВИЧ/СПИД.....	29
	Таблица 7: Избранные программные показатели и сферы оказания услуг по ВИЧ/СПИДу.....	31
	Таблица 8: Избранные показатели эффекта и результатов по ВИЧ/СПИДу.....	35
	Общие ресурсы.....	39
	Техническая поддержка.....	39
	Руководства и основные ссылки.....	40
VII.	Туберкулез (ТБ).....	43
	Таблица 10: Избранные программные показатели по туберкулезу.....	45
	Таблица 11: Избранные показатели эффекта и результатов по ТБ.....	47
	Общие ресурсы.....	48
	Техническая помощь.....	48
	Руководства и основные ссылки.....	48
VIII.	ТБ/ВИЧ.....	50
	Основные ресурсы.....	50
	Техническая помощь.....	51
	Руководства.....	51
IX.	Малярия.....	52
	Таблица 12: Избранные программные показатели по малярии.....	53
	Таблица 13: Примеры целесообразных показателей эффекта и результата по программе “Обратим вспять малярию”, по типу эндемичности малярии.....	55
	Общие ресурсы.....	60
	Техническая поддержка и программное обеспечение.....	60
	Руководства и важные ссылки.....	60
X.	Усиление систем здравоохранения.....	64
	Таблица 15: Избранные показатели усиления системы здравоохранения.....	66
	Общие источники.....	67
	Техническая помощь.....	67
	Документы и руководства.....	67

Список использованных терминов и сокращений

АРВ	Антиретровирусная терапия
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ГЧС	Сочетание государственного и частного секторов
ДМСИ	Демографические и медико-санитарные исследования
ДОТС	Рекомендованная международная стратегия борьбы с ТБ
ИГМП	Исследование по определению групп множественных показателей
ИОК	Информация, обучение, коммуникации
ИОПС	Исследования для определения показателей СПИДа
ИОПМ	Исследования для определения показателей малярии
ИПН	Исследование поведенческих навыков
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ЛЖВС	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
МиО	Мониторинг и оценка
МСМ	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
НПНР	Население, подверженное наибольшему риску (женщины-секс-работники, клиенты женщин-секс-работников, пользователи инъекционных наркотиков и мужчины, имеющие секс с мужчинами)
НПО	Неправительственная организация
НПТ	Национальная программа по борьбе с туберкулезом
НСС	Национальный совет по СПИДу
ОВМ	Обратим вспять малярию
ОО	Общинная организация
ООП	Осведомленность, отношение и практика
ОПИОД	Обработка помещений инсектицидами остаточного действия
ОТБ	“Остановить ТБ” (туберкулез)
ОУТБ	Общественный уход за больными туберкулезом
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
ПЛК	Профилактическое лечение ко-тримоксазолом
ППЛ	Периодическое профилактическое лечение
ППОМР	Профилактика передачи (ВИЧ) от матери к ребенку
ПРООН	Программа развития ООН
ПТБ	Полирезистентный туберкулез
РСБ	Работники секс-бизнеса
САС	Страны Африки, расположенные к югу от Сахары
СВБ	Страна с высоким бременем (используется относительно бремени туберкулеза)
СИ(У)З	Система информации по здравоохранению (управлению здравоохранением)
СОИ	(Москитные) сетки, обработанные инсектицидами
СОИДД	Сетки, обработанные инсектицидами длительного действия
СОУ	Сфера оказания услуг
СР	Секс-работники
ССГАООН	Специальная сессия Генеральной ассамблеи ООН
СТПОМО	Система технической поддержки и обучения по мониторингу и оценке
СУД	Сироты и уязвимые дети
ТБ	Туберкулез
УГКС	План Президента США по осуществлению неотложных мер по борьбе со СПИДом: Управление глобального координатора по СПИДу
ЦКЗ	Центры по контролю за заболеваниями и профилактике, МЗСО (США)
ЦРТ	Цели развития на тысячелетие
PEPFAR	План Президента США по осуществлению неотложных мер по борьбе со СПИДом

I. Как пользоваться Методологическим руководством по МиО

Для чего это методологическое руководство?

С учетом того, что настало время в глобальном масштабе расширить ответные меры в отношении трех основных инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИДа, туберкулеза (ТБ) и малярии, работникам общественного здравоохранения необходимо обеспечить различную степень отчетности в отношении проводимых ими мероприятий для нескольких участвующих сторон. Для обеспечения непрерывности финансирования, предоставляемого для расширения программ здравоохранения, все большее значение для стран приобретает способность представлять точные, своевременные и поддающиеся сопоставлению данные национальным органам и донорам. Также чрезвычайно важно, чтобы они могли использовать эту информацию на местах с целью укрепления создаваемых программ. Особенно важным для тех, кто осуществляет национальные программы, и для руководителей программ является обеспечение доступа к качественной информации, которая необходима им для корректировки и для принятия решений, касающихся программной и технической стороны.

Существующие руководства и материалы МиО были созданы на основе совместной работы многих партнерских организаций, таких как ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, План Президента США по осуществлению неотложных мер по борьбе со СПИДом: Управление глобального координатора по СПИДу (УГКС), АМР США и МЗСО/ЦКЗ, другие двусторонние агентства, неправительственные организации (НПО), включая “MEASURE Evaluation” и “Международная организация здоровья семьи” (МОЗС), а также глобальные партнерства по болезням, таких как Инициатива по ВИЧ/СПИДу “3 к 5”, “Остановить ТБ” и “Обратим вспять малярию”. Кроме того, многие агентства, например ЮНЭЙДС и Emergency Plan, задействовали страновых координаторов МиО. Их важная роль заключается в работе с системами МиО в стране, цель которой состоит в том, чтобы согласовать отчетность по общим мероприятиям, и обеспечить тесное сотрудничество различных заинтересованных сторон в области развития систем МиО.

Разработанное при поддержке международных технических агентств и экспертов в вопросах МиО настоящее Методологическое руководство по МиО имеет цель представить набор стандартных показателей и предоставить пользователям ссылки на основополагающие материалы и источники.

Настоящее Методологическое руководство по МиО ставит своей целью оказание странам содействия в следующем:

- координации отчетности в соответствии с системами международных партнеров и национальными системами, за счет которой стимулируется использование существующих общепризнанных и точных показателей;
- отборе простых показателей, измерении, предоставлении отчетности, и использовании доброкачественной медицинской и связанной с медициной информации таким образом, чтобы оно отвечало потребностям и донора, и страны;
- четком определении стандартных услуг, которые будут оказаны в рамках программы, и установлении как текущих показателей хода работ, так и показателей, характеризующих более длительный период;
- формулировании совместной национальной стратегии МиО посредством обеспечения обзора основных подлежащих рассмотрению вопросов;
- оценке, обзоре и улучшении систем МиО на протяжении определенного времени по мере расширения видов вмешательства по профилактике и сокращению заболеваемости и смертности, которые ассоциируются с ВИЧ/СПИДом, ТБ и малярией.

Методологическое руководство по МиО концентрирует внимание на постоянных высококачественных отчетах по ограниченному количеству предпринимаемых мер (**программные показатели и показатели результата/эффекта**). В попытке рассмотреть каждую болезнь в более широком контексте, в методологическом руководстве также представлены показатели “атмосферы поддержки”. Однако большинство показателей нацелено на сектор здравоохранения.

Для кого оно предназначено?

В данном руководстве информационные материалы сведены воедино для того, чтобы обеспечить быстрый доступ к основным ресурсам и стандартным руководствам для тех, кто на уровне стран работает над системами МиО для расширенных программ по ВИЧ/СПИДу, ТБ и/или малярии. Оно предназначено для руководителей национальных программ по борьбе с болезнями и руководителей проектов, донорских агентств и агентств, обеспечивающих техническую помощь и осуществление программ, а также НПО для обеспечения лучшей гармонизации требований в отношении информации. Хотя настоящее руководство составлено с учетом этих конкретных пользователей, в нем не ставится цель исключить более широкий круг отдельных лиц и групп, работающих в области этих заболеваний, включающий среди прочих, например, специалистов, работающих в области образования, занимающихся гендерными проблемами и вопросами реформы "правовой системы".

Что содержится в руководстве?

Методологическое руководство по МИО составлено с целью предоставления рамок для выбора стандартных и ключевых показателей в области ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии.

1. Общие концепции, принципы МИО и ответы на часто задаваемые вопросы изложены в первой части документа.
2. Вторая половина методологического руководства поделена на разделы по конкретным заболеваниям, со сводными таблицами, в которых избранные программные показатели распределены по сферам оказания услуг. Во второй сводной таблице также показаны меры охвата и эффекта и представлены подходы к измерению. В каждом разделе также приводятся ресурсы и ссылки на более специализированные руководства по показателям, связанным с этим заболеванием.
3. В Приложениях к методологическому руководству по МИО содержится обзор определений показателей, их измерения и отчетности по ним.

Как использовать данное методологическое руководство?

Представленные показатели были разработаны для отчетности на национальном уровне, хотя многие из них могут использоваться на различных уровнях. Пользователи на национальном уровне должны разрабатывать или модифицировать свою систему сбора данных по здравоохранению, помня о том, что для разных уровней необходима разная информация.

Пользователи должны стремиться к упрощению систем мониторинга и оценки и отчетности, и к предоставлению отчетности на международном уровне только по ограниченному набору показателей. Руководство по МИО не ставит перед собой цель отразить полный список показателей, а скорее ограничивается выбором стандартных показателей, которые вероятнее всего являются частью регулярного сбора данных в программах по болезням и удобны для международных отчетов. Как указано выше, работа над настоящим методологическим руководством продолжается, и в него будут периодически вноситься изменения, чтобы удовлетворить потребности пользователей и отразить техническое развитие.

Как разрабатывалось данное руководство?

Методологическое руководство по МИО является результатом сотрудничества международных партнеров, двусторонних агентств и НПО. Согласование и более широкое участие партнеров важны для координации отчетности как на международном, так и на национальном и региональном уровнях, особенно из-за того, что ресурсы для этих видов деятельности часто ограничены. Методологическое руководство направлено на поощрение использования общих стандартов с целью уменьшения количества параллельных систем отчетности.

Представленные в данном методологическом руководстве показатели были выбраны на основе консультаций с техническими экспертами в области МиО по каждому из трех заболеваний, а также с донорами, такими, как Глобальный фонд. Были проведены консультации с работниками отделов ВОЗ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, ТБ и малярией. Кроме того, были получены данные из других учреждений ООН, а именно из ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ, а также из Всемирного банка, "Measure Evaluation" и План по осуществлению неотложных мер: УГКС, АМР США, МЗСО/ЦКЗ, с тем чтобы обеспечить соответствие между рекомендуемыми показателями и показателями, используемыми в этих организациях. Важно отметить, что для настоящего методологического руководства

новые показатели не разрабатывались, а в нем представлены существующие показатели. Таким образом, настоящее методологическое руководство основано на уже существующих и принятых показателях, используемых в большом количестве программ.

В случае конкретных предложений по улучшению данного методологического руководства пользователям предлагается обращаться по адресу: toolkit@who.int

Последние обновления

Этот новый выпуск Методологического руководства МИО является не новой схемой отчетности, а скорее уточненной и улучшенной версией предыдущего методологического руководства.

В этом методологическом руководстве используется та же система измерений, которая была разработана в первом издании руководства. Отчетность по МИО, основанную на первом издании, можно продолжать использовать (так же как и предоставленные в таких отчетах результаты, например в Глобальный фонд). Эта обновленная версия представляет разработки в МИО, которые могут улучшить измерения.

Новые технологии и разработки привели к необходимости пересмотреть и обновить показатели, представленные в первом издании (опубликованном в июне 2004 года). Это обновленное издание методологического руководства было модифицировано согласно последним техническим материалам по трем заболеваниям. Основываясь на отзывах пользователей, был увеличен объем материалов по эффекту и подходам к измерению. Поскольку общепризнанно, что эти три заболевания классифицируются по разным показателям, и что поставленной целью является разработка единой системы, в обеих версиях методологического руководства предпринимается попытка приблизиться к международно-одобренной системе показателей МИО. В методологическое руководство включены следующие обновления:

- усовершенствование и обновление показателей и сфер оказания услуг по трем заболеваниям;
- расширение мер эффекта по трем заболеваниям (что было ограничено в первом издании руководства);
- совместная деятельность по ВИЧ/ТБ внедрена в компоненты ВИЧ и ТБ;
- добавление раздела "Усиление систем здравоохранения", пересекающегося с другими компонентами, и соответствующих этому разделу сфер оказания услуг и показателей. Сферы оказания услуг и показатели по усилению систем здравоохранения могут быть включены в компонент каждого из заболеваний. Для оценки наилучшей стратегии следует изучить подробности и правила по каждому раунду финансирования Глобального фонда;
- дополнительная информация по методам сбора данных и их оценки (включая измерение качества, ограниченное в первом методологическом руководстве);
- дополнительная информация о методологическом руководстве МИО и отчетности, предоставляемой в Глобальный фонд, включая "лучшую 10" показателей для отчетности, предоставляемой в Глобальный фонд по программе и результатам/эффекту.

Методологическое руководство по мониторингу и оценке в электронном варианте доступно на <http://www.theglobalfund.org>.

II. Основные элементы МиО

Создание и усиление программы по МиО

Несмотря на значительные достижения, которые были сделаны в странах в отношении МиО, многие из касающихся отдельных заболеваний аспектов МиО были подготовлены как вертикальные параметры, изолированно и зачастую не связаны и не триангулированы с другими источниками. Расширенная оценка поддерживаемого донорами проекта могла быть осуществлена в отношении важной области составления программ, но результаты этого могли быть неизвестны на местах. Одним словом, ценность проводимых измерений в отношении определенного заболевания в стране может быть утрачена в связи с тем, что часто отсутствует последовательная система МиО, которая должна использоваться для сбора информации в отношении многих заболеваний для пользователей на различных уровнях.

1. Согласование отчетности, стандартов данных и систем отчетности в стране

Существует опасность, что отдельные системы МиО для заболевания и спонсируемых донорами программ не будут иметь единых стандартов данных, совместимых систем информационных технологий или принципов отчетности. Согласование общей системы МиО на территории страны и требований донора (например, План по осуществлению неотложных мер, Глобальный фонд, Всемирный банк) является важным первым шагом в построении общей системы МиО, которая будет соответствовать самым различным требованиям. Кроме того, многие страны полагаются на такие исследования, как Демографические и медико-санитарные исследования (ДМСИ), Исследования для определения показателей СПИДа (ИОПС), Исследования по определению групп множественных показателей (ИГМП) и/или Исследования поведенческих навыков (ИПН), которые спонсируются внешними донорами. Это дает данные, которые могут быть полезны в более широком контексте МиО, но не всегда хорошо сочетаются с традиционными источниками информации о здоровье, такими как национальные информационные системы по здравоохранению и эпиднадзору.

Это методологическое руководство направлено на предоставление общих показателей, которые поддерживают осуществление “Триединых принципов” (описанных ниже). Хотя эти принципы были разработаны для СПИДа, они подходят для МиО в целом. Путем совмещения данных по этим трем заболеваниям данное руководство стремится расширить область применения “Триединых принципов”, первоначально касавшихся только СПИДа, на все эти три заболевания.

Триединые принципы

25 апреля 2004 г. представители основных донорских организаций и многих развивающихся стран приняли три принципа в качестве широкой структуры для улучшения координации расширения масштабов национальных программ по СПИДу и соответствующих действий в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа. Этими тремя основными принципами являются:

- **единая согласованная система действий** в отношении ВИЧ/СПИДа, обеспечивающая основу для координации работы всех партнеров;
- **единый национальный координационный орган** по борьбе со СПИДом с широкими много-секторными полномочиями; и
- **единая согласованная на уровне стран система мониторинга и оценки.**

Нельзя переоценить значение создания, осуществления и укрепления единой, унифицированной и последовательной системы МиО на уровне стран. Сильная унифицированная система МиО обеспечивает: 1) передачу необходимых, своевременных и точных данных лидерам и руководителям программ на каждом уровне программы и системы здравоохранения; 2) возможность передачи отдельных качественных данных лидерам национальных программ; и 3) способность национальной программы соответствовать донорским и международным требованиям к отчетности в рамках унифицированной глобальной работы по сдерживанию пандемии ВИЧ/СПИДа.

У единой, всесторонней и связной системы МиО есть несколько преимуществ. Она помогает более эффективно использовать данные и ресурсы, обеспечивая, например, то, что показатели и методология формирования выборки поддаются сравнению с течением времени, а также уменьшая дублирование усилий. Так как ресурсы для сбора данных ограничены, ценность единой системы для страны состоит в возможности объединить средства, полученные от доноров, и провести ограниченное число масштабных высококачественных исследований, вместо того,

чтобы проводить бесконечные узкоспециализированные оценки, данные которых нельзя сравнить. Данные, собранные всесторонней системой МиО, должны отвечать потребностям многих участников, включая менеджеров программ или проектов, исследователей и доноров, устраняя необходимость каждому из них проводить исследования для получения исходных данных или исследования по оценке в тех случаях, когда они могут использовать уже существующие данные. Настолько же важно, чтобы основные данные были доступны широкой общественности на максимально прозрачной основе.

2. В чем разница между национальным и субнациональным МиО?

С точки зрения национальной программы последовательная система МиО содействует обеспечению такого положения, когда финансируемая донорами работа по МиО лучше всего отвечает национальным потребностям. Эти потребности не ограничиваются МиО, ориентированными на конкретную болезнь, а усиливают всю здравоохранительную информационную систему. Еще одно преимущество заключается в том, что это содействует также координации и взаимосвязи между различными группами, которые принимают участие в борьбе с ВИЧ/СПИДом, ТБ и малярией на национальном уровне. Среди таких групп можно перечислить министерства, занимающиеся социальным обеспечением и защитой детей, а также министерства статистики и планирования. Согласованность между основными донорами, техническими агентствами и агентствами, отвечающими за осуществление программ, по поводу основной структуры МиО сократит нагрузку от большого количества заявок на получение данных со стороны различных агентств. Совместное планирование, осуществление, анализ или распространение собранных данных могут содействовать сокращению дублирования усилий при составлении программ, и расширению сотрудничества между различными группами, многие из которых смогут совместно работать более эффективно, чем по отдельности.

Учитывая ограниченность ресурсов, выделенных на МиО на субнациональном уровне, ударение делается на мониторинге вклада и результатов программ, а также на оценке того, насколько их реализация соответствует субнациональному плану. Оценка учреждений, являясь частью регулярных контрольных мероприятий, предоставляет информацию о качестве ухода или доступности и реализации услуг. И мониторинг, и оценка необходимы на всех уровнях.

Субнациональные данные очень важны для МиО на национальном уровне, при условии, что страна следует национальным принципам, для того чтобы сделать агрегацию данных возможной. Информация, собранная на субнациональном уровне, полезна при обсуждениях руководящей политики и при подтверждении результатов на более высоких уровнях. В некоторых случаях данные субнационального уровня лучше отражают общие тенденции и вопросы обеспечения справедливости, чем данные, проанализированные в перспективе всей страны.

Создание или укрепление **Систем информации по управлению здравоохранением (СИУЗ)** является необходимым условием для правильного мониторинга этих трех заболеваний и ответных действий по борьбе с ними. Увеличение финансирования в сфере этих трех заболеваний дает возможность улучшить не только медицинскую информацию, связанную с конкретной программой или проектом, но и улучшить системы медицинской информации и системы надзора в целом. У ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии есть свои преимущества в плане сбора, распространения и использования информации; есть возможность при работе в сфере одного из этих трех заболеваний использовать преимущества других.

Эффективные СИУЗ обеспечивают прочную основу для оценки крупномасштабных программ, что в конечном итоге ведет к улучшению планирования и принятия решений. Основываясь на таких данных, будет значительно легче принимать срочные решения, например, решения о том, как разместить новые ресурсы, чтобы достичь максимальных общих результатов.

3. Каковы основные качества надлежащей системы МиО?

У разных стран – разные потребности в МиО, что частично обусловлено бременем ВИЧ/СПИДа, ТБ и/или малярии, а также системой здравоохранения в стране. Однако, успешные системы МиО имеют общие компоненты, что было продемонстрировано успешными программами в нескольких странах. Список некоторых из этих элементов предоставлен в Таблице 1.

Таблица 1: Свойства хорошей системы МиО

<p>ОТДЕЛ МИО</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Созданный отдел МиО в рамках Министерства здравоохранения, располагающий необходимым техническим персоналом, и персоналом, отвечающим за обработку данных. Этот отдел должен, среди прочего, координировать работу по МиО по всем трем заболеваниям, независимо от места осуществления отдельных мероприятий МиО по конкретному заболеванию, и должен быть интегрирован в более широкую систему удовлетворения статистических потребностей страны. • Нормативные документы и руководство в сфере МиО для субнациональных районов, областей и провинций. • Нормативные документы для связи МиО с другими секторами, такими как сектор образования, труда и обороны. • Бюджет для МиО должен составлять от 5% до 10% от совместного национального бюджета по ВИЧ/СПИДу, ТБ и малярии из всех источников. В среднем, в качестве образца следует использовать 7%. • Значительный национальный вклад в национальный бюджет МиО (исключающий полную зависимость от внешних источников финансирования). • Официальная связь МиО с соответствующими министерствами, НПО и донорами, а также национальными исследовательскими учреждениями, которая содействует улучшению работы по оперативным исследованиям. • Наличие многосекторной рабочей группы, обеспечивающей содействие и консенсус в отношении выбора показателей и различных аспектов структуры и осуществления МиО. • Наличие квалифицированных работников в отделе МиО или в связанном с ним подразделении для работы в следующих областях: эпидемиология, поведенческая наука/социология, обработка информации и статистика, распространение информации, отслеживание ресурсов (как финансовых, так и материальных).
<p>ЧЕТКИЕ ЦЕЛИ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Четко определенная национальная программа или планы проекта с четким определением целей, плановых показателей и оперативных планов. Национальные планы МиО должны пересматриваться каждые 3-5 лет, а оперативные планы ежегодно. • Регулярные обзоры/оценка хода работы по осуществлению национальной программы или планов проекта в сравнении с целями. • Координация национальных и донорских потребностей в отношении МиО.
<p>ПОКАЗАТЕЛИ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Набор приоритетных и дополнительных показателей на различных уровнях МиО. • Согласованные показатели, которые поддаются сопоставлению с течением времени и имеют четкие цели. • Ряд основных показателей, которые поддаются сопоставлению с данными из других стран.
<p>СБОР ДАННЫХ И АНАЛИЗ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Общий национальный план сбора и анализа данных, включая контроль их качества. • План по сбору данных и периодическому анализу показателей и связанных с ними наборов данных на различных уровнях юрисдикции МиО (включая географические). • Эпиднадзор второго поколения, при котором поведенческие данные взаимосвязаны с данными надзора за заболеваниями.
<p>РАСПРОСТРАНЕНИЕ ДАННЫХ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Общий план распространения данных на национальном уровне с доступными прозрачными и своевременными данными. Прозрачность важна для подлинной отчетности. • Широко распространяемый, информативный ежегодный отчет. • Ежегодные совещания для распространения и обсуждения результатов МиО и научных исследований с теми, кто определяет политику, занимается вопросами планирования и практическим осуществлением. • Центр анализа и синтеза информации для подготовки и распространения данных. • Прозрачная и доступная общественности централизованная база данных или библиотека всех данных, касающихся ВИЧ/ СПИДа, ТБ и малярии, включая текущие исследования. • Координация национальных и донорских потребностей в отношении распространения данных по МиО.
<p>СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Избранные приоритетные исследования результатов/оценки. • Включают в себя, если необходимо, качественные исследования. • Включают в себя оперативные исследования.

4. Какая разница между МиО программы и проекта?

В данном Методологическом руководстве *программа* означает общие национальные или субнациональные ответные меры на заболевание. В рамках национальной программы обычно существует определенное количество разных программных сфер. Например, в программе ВИЧ/СПИДа есть несколько “подпрограмм или проектов”, таких как безопасность в обращении с кровью, борьба с заболеваниями, передающимися половым путем (ИППП), или профилактика ВИЧ среди молодежи.

Проект означает ограниченный по времени набор мер и задач, поддерживаемый ресурсами, которые предназначены для конкретно указанных групп населения, определяемых по географическим или иным признакам. Необходимо отметить, что проекты и программы могут также быть ограничены временными рамками: проекты, как правило, краткосрочны, в то время как программы – долгосрочны.

Учитывая более широкий спектр (тематический, географический, по целевому населению), мониторинг *программы* сложнее, чем мониторинг *проекта*, и поэтому требует более значительной координации в работе реализующих ее агенств. Для проведения оценки эффекта и результатов, разработка программы/проекта должна содержать свои исходные данные и последующие оценки не только конкретных результатов, но и уровень охвата программы/проекта и включенных в них мер.

III. Основные концепции МИО

1. Какая разница между мониторингом и оценкой?

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

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

Цели и методология мониторинга и оценки разные. В общем, оценка сложнее с точки зрения необходимой методологической точности и скрупулезности: без такой тщательности можно сделать неподходящие выводы относительно ценности программы или проекта. Также, оценка является более дорогостоящим мероприятием, особенно оценка результатов и эффекта, для которой часто необходимо проведение исследования населения или использование других тщательно разработанных методов исследований. Однако, оценка должна использовать данные и исследования, доступные на национальном уровне, и которые регулярно проводятся, например, ДМСИ, запись актов гражданского состояния или данные о дозорных участках заболеваний.

2. Общая схема мониторинга и оценки

Существуют различные схемы, применимые для выбора показателей МиО. Показатели используются на различных уровнях для определения того, что вкладывается в программу или проект, и что получается в результате этого вклада. В течение последних нескольких лет использовалась следующая широко одобренная схема: затраты - ход работ - промежуточный результат - результат - эффекта. Для того, чтобы программа или проект достигли поставленных целей, **затраты**, исчисляемые в денежном выражении или в затраченном времени персонала, должны привести к **промежуточному результату**, который выражается в оказании новых или улучшенных видов обслуживания, обученного персонала, населения, охваченного услугами и т. д. Эти промежуточные результаты являются результатом конкретных **работ**, таких как обучение персонала, которые должны включаться в качестве основных **мероприятий** для получения необходимого результата. Если такой результат спроектирован должным образом и им охватывается население, для которого он был предназначен, то программа или проект, по всей вероятности, будет иметь положительный краткосрочный **эффект** или **результаты**, такие, например, как рост использования презервативов в случае секса со случайными партнерами, более широкое использование сеток, обработанных инсектицидами (СОИ), соблюдение схемы приема противотуберкулезных препаратов или более поздний возраст для первых половых контактов среди молодежи. Эти позитивные краткосрочные результаты должны приводить к изменениям в долгосрочном **эффекте** программ, который отражается в виде снижения уровня новых случаев заболеваний ВИЧ/СПИДом,

ТБ или малярией и соответствующего бремени заболевания среди инфицированных и пострадавших (таких как сироты, уязвимые дети или вдовы). В случае с ВИЧ желаемый эффект среди инфицированных лиц включает качество жизни и ожидаемую продолжительность жизни. За дополнительной информацией в отношении структур МиО читатели могут обратиться на следующие веб-страницы:

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

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

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

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

Оценка эффекта программы предполагает значительные инвестиции в работу по мониторингу и оценке и зачастую весьма трудно определить степень, в которой отдельные программы или отдельные компоненты программы содействуют общему снижению числа случаев заболевания и увеличению выживаемости. С тем чтобы установить причинно-следственную взаимосвязь в отношении определенного вида вмешательства, возможно, необходимо проведение исследований на экспериментальной или полужэкспериментальной основе для демонстрации такого эффекта. Мониторинг промежуточных и конечных результатов может помочь определить эти соотношения и дать общую картину хода работ по программе в соответствии с согласованными задачами и целями. При оценке также должны использоваться национальные исследования и базы данных.

Разные типы показателей не равноправны, но *взаимосвязаны* с целью достижения намеченных целей и задач определенной программы. Вложения, такие как финансы и рабочее время, приводят к таким промежуточным результатам, как система доставки лекарств или других предметов первой необходимости и так далее. Если эти промежуточные результаты хорошо разработаны и достигают слои населения, на которые они направлены, тогда у программы, возможно, будут позитивные результаты – в зависимости от контекста, в котором она проводится. Эти позитивные результаты должны привести к изменениям в долгосрочном эффекте программ на целевые группы населения или системы.

Использование **стандартных показателей** предоставляет национальной программе ценные измерения одного и того же показателя в разных группах населения, позволяя таким образом проводить анализ направлений (триангуляцию). Это помогает направлять ресурсы в регионы или группам населения с большими потребностями, а также определять области, где нужно увеличить или уменьшить работу на национальном уровне, постоянно увеличивая общую эффективность национальных ответных мер. С течением времени использование стандартных показателей предоставляет возможность сравнивать информацию, предоставленную разными странами. Когда проводится совместный анализ данных из разных источников, эта “триангуляция” данных позволяет провести национальную, региональную или локальную оценку работы программ.

Примечание о целевых группах населения и знаменателях. Во многих случаях бывает сложно определить знаменатель или группу населения при оценке, например, степени охвата. Поэтому мы обратили основное внимание на **числителей** и подгруппах населения, которое пострадало от болезни или получает необходимую помощь в результате принимаемых мер. Тем не менее, знаменатели также должны быть включены там, где это возможно (если указываются проценты, то **числитель должен быть также указан** для того, чтобы можно было провести оценку охвата в разные периоды времени и для разных групп населения). Публикации *Estimating the Size of Populations at Risk for HIV (Определение размера групп населения, подверженных риску заболевания ВИЧ) (UNAIDS/IMPACT/FHI, 2002)* и *Guidelines for Sampling Orphans and other Vulnerable Children (Руководство по выборочному обследованию сирот и других уязвимых детей) (UNICEF, 2003)*, а также *Guide to Monitoring and Evaluation National HIV Prevention Programs for Most-at-risk Population in Low Level and Concentrated Settings (Руководство по мониторингу и оценке национальных программ по профилактике ВИЧ для населения, подверженного наибольшему риску в условиях низкого уровня передачи и очаговой передачи)* (в данный момент рассматривается) могут помочь читателю в решении проблем, связанных с определением знаменателя при работе со скрытым контингентом и эпидемией низкого уровня или очаговой эпидемии.

В данном методологическом руководстве термин *целевая группа населения* относится к группе людей, которые нуждаются во вмешательстве. В качестве целевой группы населения может выступать все население или меньшая по численности конкретная группа, например молодежь. При определении видов вмешательств следует приложить все усилия, чтобы четко определить целевую группу. Описание оказываемых услуг должно четко конкретизировать слои населения

и географические регионы для оказания помощи. Определение таких групп обычно основано на данных о том, кто в большей степени страдает от заболеваний, как напрямую, так и косвенно. Так, например, при определении целевой группы населения для оказания помощи при ВИЧ/СПИДе зачастую следует исходить из данных эпидемиологического состояния. При генерализованных эпидемиях, когда распространенность ВИЧ-инфекции постоянно превышает показатель в 1% для беременных женщин, в качестве целевой группы населения можно рассматривать все население в целом. Вместе с тем, в очаговых эпидемиях и эпидемиях низкого уровня, где распространенность ВИЧ-инфекции ограничивается определенными группами с конкретными факторами поведенческого риска, целевая группа может определяться как подгруппа общего населения, для которой характерны одинаковые привычки – например, мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), потребители инъекционных наркотиков (ПИН) или работники секс-бизнеса (РСБ). Для малярии в высоко-эндемических регионах, таких как страны Африки, расположенные к югу от Сахары, важными целевыми группами являются беременные женщины и дети до 5 лет.

В конце концов, важно **четко определить услуги, оказываемые** населению: эти услуги определены в терминах стандартных сфер оказания услуг (COU) в этом методологическом руководстве. Набор услуг должен быть четко определен по каждой целевой группе населения.

Методы сбора данных

Методы сбора данных представляются в разделах по конкретным заболеваниям, а здесь представлен их общий обзор. Частота предоставления отчетов будет зависеть от уровня показателей в рамках схемы МиО – учитывая как разумные временные рамки для проявления ожидаемых изменений, так и потенциал программы МиО. Особенно важным является включение результатов сбора данных, проводимого при помощи регулярного мониторинга (ежеквартального, проводимого раз в полгода, ежегодно), а также распланировать мониторинг и оценку на ранней стадии реализации программы/проекта на долгосрочный период в 1-3 года, с четкими исходными данными. Предлагается следующее расписание предоставления отчетов:

Таблица 2: Предлагаемое расписание предоставления отчетов

Уровень показателя	Рекомендуемая частота предоставления отчетов	Примеры использованных методов сбора данных
Вклад/Ход работ	Постоянно	<ul style="list-style-type: none"> Статистика по услугам в сфере здравоохранения Исследования медучреждений Мониторинг программ
Промежуточный результат	Ежеквартально, раз в полгода или раз в год	<ul style="list-style-type: none"> Статистика по услугам в сфере здравоохранения Исследования медучреждений Мониторинг программы
Результат	1 - 3 года	<ul style="list-style-type: none"> Исследования населения Исследования медучреждений Специальные исследования
Эффект	2 - 5 лет	<ul style="list-style-type: none"> Эпиднадзор Исследования населения Специальные исследования

Таблица 3: Механизмы измерения

Механизмы измерения	Основные характеристики	Примеры использованных методов измерений
Статистика по услугам в сфере здравоохранения	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярный сбор информации в медучреждениях. • Мониторинг программ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Данные, зарегистрированные в разных медучреждениях
Обзор медицинских учреждений	<p>Обзор, направленный на работу медицинских учреждений с целью сбора информации о наличии человеческих ресурсов, оборудования, товаров первой необходимости и лекарств и видов оказываемых услуг.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Исследования медучреждений на местах (например, оценка предоставления услуг по ВИЧ/СПИДу) • SAMS (Исследования по составлению карты доступности услуг)
Качественные методы	<p>Направлены на определение того, “что существует” и “почему оно существует”, а не “сколько его”. Позволяя людям высказывать свое мнение, взгляды и опыт так, как они хотят, качественные методы направлены на такое понимание реальности, которое было сформировано исследуемой группой, не навязывая им заранее подготовленный вопросник или структуру (всегда разрабатываемую исследователями) (Maier B. Gorgen, R et al 1995).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Всесторонний опрос (индивидуальный, фокусные группы, основные информанты) • Прямое наблюдение • Интерактивная или проекционная техника (комментарии на постеры, незаконченные истории, комментарии на сообщение, ролевые игры).
Оперативные исследования	<p>Оперативные исследования (ОИ), которые еще называют целенаправленной оценкой, дополняют систему МиО. Основная задача ОИ состоит в предоставлении программным менеджерам информации, необходимой для развития, улучшения и расширения программ. Если при оценке обращается внимание на то, можно ли соотнести результат с программой, то ОИ главным образом предназначены для ответа на вопрос, является ли программа правильной, лучшей для решения поставленных задач. Их можно воспринимать как практические систематические процедуры для определения и решения проблем, связанных с программой.</p>	<p>Образцы ОИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • приверженность • равный доступ • расходы • связь профилактики и лечения • разные модели вмешательств
Исследования дозорных участков	<p>Сбор данных о распространенности от группы людей, которые более или менее представляют общее население (такие как беременные женщины) или/а также групп населения, подверженных наибольшему риску инфицирования и передачи инфекции. Может быть в виде связанного с болезнью или независимого анонимного тестирования, проводимого с согласия или без.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Надзор за серотипом ВИЧ у беременных женщин или у указанных групп повышенного риска
Исследования населения	<p>Исследование основано на выборке целевого или общего населения, и, как правило, направлено на отражение характеристик, поведения и привычек населения. Для этого требуется достаточный размер выборки, которая представляет большую часть населения. Выборка анализируется по подгруппам, по возрасту, полу, региону и целевым группам населения.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • СИУЗ, ДМСИ и ДМСИ+, ИОПС, ИПН, PLACE, SAVVY

Большая часть информации, включенной в это методологическое руководство, направлена на сбор *количественных* данных. Однако, стоит отметить важность и использование *качественных* данных для дополнения, подтверждения и обеспечения более глубокого понимания количественных данных. Хотя предполагается, что качественные подходы не должны распространяться на более широкие слои населения и не могут измерить тенденции, такая информация создает контекст для количественных данных и позволяет осуществлять более объемное толкование количественных показателей. Качественные данные также полезны для работы с ответными мерами на поведенческие изменения при определенных условиях, информацией, которая может оказаться ценной при разработке более эффективных информационных кампаний, предоставления права голоса бедным и уязвимым слоям населения, и предоставления более качественных услуг целевым группам.

Для сбора качественных данных используются разные методологии, к которым относится и исследование об удовлетворенности пациента, кабинетный анализ, наблюдение за пациентами/персоналом, работа по составлению карт, опрос ключевых информантов, фокусные группы, активная оценка сельскохозяйственной собственности и этнографические экспресс-исследования. Для получения дополнительной информации по этим методологиям, обращайтесь на сайт: <http://www.fhi.org/en/hiv aids/pub/archive/evalchap/inex.htm>.

В идеальном случае при сборе и анализе информации необходимо совмещать качественный и количественный подход. Смешанный методологический подход поможет более глубокому пониманию хода работ по программе, обеспечит триангуляцию источников данных и уменьшит количество неточностей в сведениях.

Техническая поддержка

Важным этапом развития в сфере технической поддержки было задействование кадров странового МиО некоторыми агентствами, как например, ЮНЭЙДС и План неотложных мер. Они играют важную роль в координации работы по МиО среди партнеров и стран. Информация о технической поддержке, со ссылками и источниками информации, представлена в разделах, посвященных отдельным заболеваниям. (ВИЧ/СПИД, ТБ/ВИЧ, ТБ, малярия, усиление систем здравоохранения).

В 2005 году была создана Система технической поддержки по мониторингу и оценке (СТПОМО), которая поддерживается многими партнерами, включая Глобальный фонд, План неотложных мер и ВОЗ. СТПОМО предназначена для посредничества при подаче заявок на техническую поддержку МиО от стран и программ с применением экспертизы технических партнеров. Основной целью системы является прием заявок и их распределение соответствующим партнерам, а также отслеживание технической поддержки МиО и результаты таких заявок. Эта работа предназначена для сочетания заявки на техническую поддержку с местными потребностями. Благодаря функции "Список задач/заказ на выполнение работ", пользователи могут следить за процессом и работать с заявкой с самого начала до последнего шага, т.е. когда по заявке была представлена соответствующая поддержка. Анализ типа технических заявок, полученных через СТПОМО, производится регулярно, чтобы определить пробелы и профилактические решения. Эта система находится на ранней стадии внедрения.

Чтобы стать членом СТПОМО или получить дополнительную информацию о программе, обращайтесь в Секретариат ЮНЭЙДС по адресу: helpME@unaid s.org. Масштаб данных услуг расширяется на предоставление технической поддержки МиО в отношении малярии и ТБ через соответствующих партнеров по каждому заболеванию.

Техническая поддержка и ссылки на технические ресурсы и веб-сайты по каждому заболеванию представлены в разделах по заболеваниям.

IV. Часто задаваемые вопросы

Практические вопросы

1. Как выбирать показатели из основного списка, содержащегося в настоящем руководстве?

При принятии решения относительно набора показателей, страны не ограничены основным списком, содержащимся в настоящем руководстве, и должны отчитываться только по ограниченному набору показателей из данного методологического руководства. Выбор показателей должен определяться целями и задачами национальной программы или проекта. Если основные показатели, предложенные в руководстве, соответствуют потребностям национальных программ, то целесообразно их использовать, чтобы обеспечить стандартизацию информации в разные периоды времени. Основные показатели прошли проверку и испытания и доказали, что предоставляют полезную и надежную информацию. Страны должны стремиться к упрощению МиО и включать в отчеты ограниченный и стандартный набор показателей, принятых на международном уровне.

Следующие руководящие принципы помогают выбрать наиболее подходящий набор показателей и соответствующие механизмы сбора данных:

- Используйте концептуальные рамки МиО для правильной интерпретации результатов.
- Обеспечьте связь показателей с целями и задачами и их способность измерять изменения в течение периода осуществления программы.
- Обеспечьте, чтобы, по возможности, использовались стандартные показатели для сопоставимости во времени или между группами населения.
- Обеспечьте, чтобы показатели относились к определенным услугам, оказываемым в рамках программы. Постарайтесь определить стандартный набор услуг, оказываемых программой, и целевые группы.
- Рассмотрите вопросы о стоимости и осуществимости сбора и анализа данных.
- В отношении ВИЧ/СПИДа примите во внимание стадию эпидемии.
- **Сведите количество показателей до необходимого минимума** с ссылкой на уровень системы, который требует и будет использовать различные показатели, чтобы принять программные и управленческие решения.

Дополнительные показатели можно добавить позже или собрать для менеджмента проекта. Для международных отчетов рекомендуется небольшой набор показателей, стандартизованных и сравнимых на международном уровне. Нет необходимости, чтобы они охватывали начальные стадии работы, например, вклады и процессы, но должны концентрироваться на промежуточных и конечных результатах оказанных услуг.

2. Требуется ли планирование сбора данных по разным показателям различных стратегий?

Стоимость, сложности и потенциал, необходимые для сбора информации, обычно увеличиваются по мере перехода от показателей промежуточных результатов до конечных и далее показателей воздействия. Данные по показателям *вклада* и *результатов* обычно можно получить централизованно из систем регулярного мониторинга здравоохранения при условии, что такие системы являются функциональными. Лицам, занимающимся планированием программ, следует извлечь преимущества стратегического характера из повышенного внимания к программам по ВИЧ/СПИДу, ТБ, малярии, чтобы потребовать финансирования для усиления национальных систем медико-санитарной информации и эпиднадзора, которые могут быть использованы для регистрации данных по этим, а также другим программам по конкретным болезням.

Кроме того, если в проекте устанавливаются собственные элементы МиО, **одним из первых шагов должно быть предварительное согласование с другими проектами в стране** (например, PEPFAR, Всемирный банк, Глобальный фонд, основные НПО и правительственная деятельность), чтобы сократить дублирование и использовать общие стандарты данных, программного обеспечения, систем и показателей там, где это возможно.

Данные по многим показателям конечных *результатов* и показателям *эффекта* собираются с помощью более дорогостоящих и более сложных исследований населения или учреждений здравоохранения, которые требуют определенного опыта в применении исследовательских методов. Измерение конечных результатов обычно проводить труднее, учитывая чувствительность и специфичность каждого показателя. Однако, программы могут использовать текущие исследования и исходные данные уже проведенных в стране исследований.

3. Как извлечь преимущества из существующих усилий по сбору данных?

При составлении своих планов сбора данных странам следует, по возможности, учитывать:

- наличие данных, уже собранных учреждениями, которые не занимаются одной из этих трех болезней напрямую, но могут помочь в мониторинге;
- сроки дорогостоящих исследований населения, таких как ДМСИ, в которые могут быть включены модули для получения данных по ряду показателей, относящихся к этим трем заболеваниям; и
- деятельность основных программ в стране (например, PEPFAR, Всемирного банка, Глобального фонда, основных НПО, а также деятельность правительства), чтобы уменьшить дублирование и использовать общие стандарты данных, программное обеспечение, системы и показатели там, где это возможно.

4. Какую часть общего национального программного бюджета следует выделять на МиО?

Обеспечение правильного использования ресурсов требует последовательной системы МиО. Поэтому рекомендуется, чтобы для МиО использовалось приблизительно 5-10% национального программного бюджета; обычно принимаются 7%. Это же правило должно применяться и на субнациональном уровне. Процент должен быть рассчитан с учетом всех ресурсов, включая внешние донорские и национальные ресурсы. Кроме того, от 3 до 5 процентов региональных и районных (в соответствующих случаях) финансовых ресурсов должно быть выделено на деятельность, связанную с МиО на этих уровнях.

Донорские организации все больше осознают, что средства проектов должны выделяться на развитие систем МиО для обеспечения сбора, предоставления и использования информации, связанной с проектом. В результате этого, в качестве части более крупных грантов стали предоставляться дополнительные ресурсы. Это дает возможность развивать не отдельную деятельность, а гармоничные системы. Они должны предоставлять стандартные показатели, чтобы можно было предоставлять данные по нескольким проектам, отделениям и донорам. Ресурсы любого донора должны координировано использоваться для заполнения пробелов в системе МиО.

5. Как оптимизировать использование средств, выделенных на МиО?

Следующие рекомендации помогут обеспечить правильное инвестирование средств МиО:

- вместо работы по сбору специфических данных следует развивать координированные системы. Первоначальные расходы по инвестициям должны рассматриваться с учетом возрастающих преимуществ более регулярного или более масштабного сбора данных, в конечном счете, приводящего к менее дорогостоящим мероприятиям;
- рассмотрите как краткосрочные, так и долгосрочные потребности для обеспечения непрерывности осуществления национальных программ;
- мобилизуйте основных участников МиО в стране с помощью групп поддержки МиО, чтобы избежать дублирования усилий;
- используйте совместно согласованные в отношении МиО рамки в целях обеспечения сопоставимости;
- обеспечьте, чтобы крупные исследования собирали данные, которые соответствуют необходимым показателям.

6. Как оптимизировать использование данных?

Конечная цель сбора данных заключается в том, чтобы обеспечить введение данных в процесс принятия решений. Данные являются мощным средством пропаганды, привлечения ресурсов, отчетности, разработки и улучшения программ, а также установления связи изменений с конкретными мероприятиями и программированием (или переориентацией программ). На основе уроков, извлеченных в последние годы, следующие шаги помогут оптимизировать использование данных.

- Получайте качественные данные. Это требует значительных инвестиций в весь процесс сбора данных.
- Оцените, как данные будут использоваться, сделайте их использование максимально прозрачным и доступным.
- Определите различных конечных пользователей, представьте и сгруппируйте данные в соответствии с их потребностями, сосредоточившись на минимальном количестве показателей на каждом уровне.
- Создайте механизмы для эффективной системы использования данных, включая получение результатов данного использования, посредством контроля на всех уровнях, а также обеспечьте, чтобы данные на определенном уровне были соответствующими и полезными на этом уровне.
- Обеспечьте ответственность за все мероприятия, связанные со сбором данных, что означает необходимость укрепления национального и местного потенциала в области МиО для гарантии единообразных и качественных данных в стабильных рамках.
- Обеспечьте создание группы поддержки МиО при активном участии основных заинтересованных сторон, таких как правительство, донорские учреждения, НПО, гражданское общество и академические организации для оказания содействия правительству во всем процессе разработки и осуществления национальных стратегий МиО. Это повысит доверие к данным, составляемым правительством.
- Выделите достаточно ресурсов для разработки и осуществления плана использования данных.
- Обеспечьте как можно более широкое использование данных и прозрачность в доступе к ним общественности.

7. Как избежать такого положения, при котором требования доноров определяют все инвестиции в области медико-санитарной информации?

Для того, чтобы требования доноров не определяли все инвестиции в области медико-санитарной информации, - что сопряжено с риском выдвигания различных требований, - рекомендуются следующие шаги:

- под руководством страны создайте платформу с активным донорским участием, таким как Страновой координационный комитет МиО с высоким уровнем поддержки;
- пропагандируйте создание системы медико-санитарной информации, которая обеспечивает качественную и своевременную информацию;
- по возможности, используйте совместно согласованные системы и стандартные показатели МиО;
- в случае, если два или более доноров выдвигают многочисленные требования, консенсус нужно достигать посредством координационных механизмов внутри страны;
- прежде чем создавать системы МиО в стране, свяжитесь с другими проектами/программами и национальными координационными центрами в стране, чтобы сократить вероятность параллельных систем и отчетности.

8. Какие основные уроки можно извлечь из опыта успешных систем МиО?

Самый важный урок состоит в том, что данные должны использоваться для принятия решений по управлению и финансированию, чтобы поддерживать систему отчетности по МиО. Далее приводится пояснительный список основных уроков.

- Системы МиО должны быть как можно более простыми. Большинство программ и проектов собирают гораздо больше данных, чем они используют. Чем сложнее система МиО, тем больше вероятность нарушения ее работы. Важно, чтобы данные использовались как основа для текущего принятия решений.
- Системы МиО должны иметь стандартизованную основу для сбора и анализа данных. Если каждый участвующий партнер использует различные системы или механизмы, невозможно эффективно проанализировать или суммировать данные. Необходимость стандартизованного основного набора инструментов не исключает возможности для отдельных партнеров собирать дополнительные данные МиО, относящиеся к конкретной ситуации.
- Надлежащая система МиО требует как внутренней самооценки, так и внешней проверки. Так, хотя партнеры по осуществлению МиО должны собирать и проверять свои собственные внутренние данные, внешнее учреждение должно проверять полноту и точность данных, собранных

этимися партнерами по реализации. Контрольные посещения должны основываться на анализе данных внутренней самооценки и проверенных внешним учреждением первичных данных.

- Необходимо, чтобы специализированное подразделение занималось сбором, проверкой, вводом и анализом первичных данных МиО от каждого партнера. Без такого подразделения вряд ли можно будет осуществлять сбор, проверку и анализ данных, так как Министерства и другие государственные учреждения редко имеют возможность управлять этим процессом. Увеличение ресурсов, выделяемых на ВИЧ/СПИД, ТБ и малярию, следует использовать для создания местного потенциала в рамках такого национального подразделения.
- Система МиО должна быть встроена в структуру программы и быть в рабочем состоянии к моменту начала использования гранта, а не добавляться позднее. Гораздо труднее и менее эффективно включать МиО, когда осуществление гранта уже началось.
- Субнациональные данные имеют большое значение для сбора данных на национальном уровне, так как их можно агрегировать до этого уровня. Однако, субнациональные данные более подходят для руководителей программ при принятии повседневных решений.
- Данные должны быть максимально прозрачными и доступными для общественности. МиО стимулирует использование данных.

Независимо от того, насколько обоснованной является система МиО, она не будет успешной, если в ней не будут заинтересованы многочисленные участники. Поэтому, крупномасштабный процесс разработки и осуществления стратегий МиО имеет большое значение для привлечения участников и создания у них заинтересованности с самого начала.

Общие вопросы, относящиеся к настоящему методологическому руководству и отчетности Глобального фонда

1. Каким образом настоящее методологическое руководство по МиО используется Глобальным фондом?

Глобальный фонд занимается сбором денежных средств, выделением средств на проекты и показывает, что эти средства помогают вести борьбу с ВИЧ/СПИДом, ТБ и малярией. Другими словами, он стремится **“собрать средства, тратить их и способствовать сбору доказательств об их вкладе в борьбу с этими заболеваниями”** в партнерстве с другими международными и национальными организациями и, главным образом, с проектами, которые реализуют предоставленные гранты.

Глобальный фонд является **финансовым механизмом**, а не техническим агентством. Глобальный фонд не разрабатывает новые или собственные показатели, а основывается на показателях, которые используются партнерами и странами (что согласовано в этом методологическом руководстве). Поэтому, он объединяет технические учреждения для согласования основного набора показателей по всем трем болезням в настоящем методологическом руководстве. Стандартизация имеет важное значение для упрощения мониторинга и оценки. Кроме того, она позволяет Глобальному фонду предоставлять описания хода работы и охвата в рамках целых портфелей грантов для весьма разнообразных проектов и условий.

Финансирование на основе результатов работы занимает центральное место в механизме Глобального фонда по обеспечению тесной взаимосвязи между сбором, расходованием и предоставлением доказательств о вкладе средств. Средства предоставляются в том случае, когда достигается прогресс в отношении согласованных плановых показателей. Для этого необходимо:

- четко сформулировать **цели**;
- четко сформулировать услуги, сгруппировав их в **сферы оказания услуг**, согласно поставленным целям;
- **выбрать показатели, установить цели** и регулярно отчитываться о ходе работ.

Глобальный фонд полагается на **минимальный набор показателей**, согласованных с большим количеством партнеров, который используется в странах, как написано в этом методологическом руководстве. Отчеты должны максимально основываться на существующих системах МиО и не вызывать дополнительные сложности. Глобальный фонд стремится к увеличению охвата качественными услугами, и поэтому по каждому виду услуг необходимо регулярно предоставлять отчеты о количестве людей, получивших услуги, числе поддерживаемых пунктов оказания услуг.

Регулярный отчет	Среднесрочный отчет (от 1 года до 5 лет)
<ul style="list-style-type: none"> • Люди, получившие услуги (числитель) • Число пунктов оказания услуг • Число людей, обученных для оказания услуг 	<ul style="list-style-type: none"> • Воздействие на три заболевания • Поведенческие изменения • Процентное соотношение целевых групп, получивших услуги (числитель и знаменатель)

Кроме того, в течение среднего срока (1-5 лет) Глобальный фонд должен убедиться, что **оценка эффекта** на три заболевания, поведенческие изменения и процентное соотношение целевых групп, получивших услуги (числитель и знаменатель) измеряются. Они рассматриваются как результат совместных усилий, должны использовать данные национальных источников и не обязательно относятся к определенной программе.

Результаты работы будут основываться на том, как разные показатели измерены, задокументированы и проверены в соответствии с согласованными плановыми показателями, с целью достижения целей заявки. Поэтому существует серьезная заинтересованность в регулярной подготовке четких, простых, измеряемых и распространенных результатов. Более широкие измерения хода работ также должны быть представлены, но **основная оценка результатов работы будет зависеть от нескольких четких и значимых плановых показателей.**

Финансирование, основанное на результатах работы, помогает гарантировать расходы поступающих средств согласно целям проекта, а также обеспечивает получение услуг людьми, подверженными этим заболеваниям. Собранные финансовые средства не принадлежат ни Глобальному фонду, ни программам, которые он поддерживает, а людям, которые срочно нуждаются в услугах. Финансирование, основанное на результатах работы, также создает очевидную базу и основу для поддержки длительного и надежного финансирования.

Структура финансирования, основанного на результатах работы

Используемая Глобальным фондом система **финансирования, основанного на результатах работы, предназначена для того, чтобы:**

- **обеспечить расходование денег на услуги для людей, нуждающихся в них;**
- соотносить выплаты с достижением плановых показателей;
- обеспечивать стимул для концентрации усилий на результатах и на своевременном осуществлении деятельности по программам;
- освобождать от обязательств неэффективные программы для дальнейшего перераспределения их ресурсов в программы, по которым возможно достижение результатов.

2. На каких этапах предоставляются отчеты о результатах работы по гранту?

Глобальный фонд совместно с техническими партнерами разработал набор механизмов для облегчения управления грантом и осуществления основанного на результатах работы финансирования в течение всего времени действия гранта. С помощью этих механизмов отслеживаются соответствующие плановые показатели и достижения посредством четкого набора показателей и целей, взятых из исходной заявки и внесенных в Соглашение о получении гранта. Они обеспечивают использование полученных данных и используются для принятия решений на каждом этапе.

Собранная информация используется на трех основных стадиях оценки деятельности.

- **Непрерывные выплаты (каждые 6 месяцев по умолчанию).** Соглашение относительно нескольких показателей хода работы используется для составления Регулярного финансового документа поквартально или каждые полгода. Финансы выделяются исходя из заявок на выплату средств, поданных вместе с информацией о ходе работ в сравнении с установленными целями, с описанием или самооценкой программы. Нет необходимости устанавливать плановые показатели и отчитываться по результатам каждого показателя на каждый отдельно взятый отчетный период. Отчетный период должен быть согласован с Национальной информационной системой. Получатели грантов обязаны объяснять причины отклонения результатов от установленных плановых показателей.

- **Ежегодные отчеты (каждые 12 месяцев).** Данные отчеты включают результаты по всем показателям за год и самооценку хода работ, препятствий, успехов и неудач. Глобальный фонд использует эти обновленные данные для отчетов по ходу работ по реализации программ во всем портфолио, и как основной источник контекстуальной информации для анализа минимальных результатов в сравнении с установленными плановыми показателями. Глобальный фонд не требует предоставления отчета определенного вида и может использовать существующие годовые обзоры или годовые отчеты по программе.
- **Оценка на Вторую фазу (с 18 по 20 месяц).** Финансирование предоставляется сначала на двухгодичный период. После 18 месяцев работы программы подается заявка на финансирование во Второй фазе с целью покрытия расходов на дополнительные три года (всего 5 лет финансирования). Общий анализ результатов работы используется Секретариатом Глобального фонда в качестве основы для рекомендации на финансирование во Второй фазе. Этот анализ включает в себя полный отчет о результатах в сравнении с установленными плановыми показателями и с целями программы, и о предоставлении основных услуг, направленных на борьбу с этими тремя заболеваниями. Самооценка программы является важным элементом, включающим возможность предложения изменений в программе исходя из предыдущего опыта. Хотя плановые показатели нельзя менять, объяснения отклонений результатов от плановых показателей будут учитываться при оценке хода работ. **Протокол результатов реализации гранта** объединяет в себе общие результаты с независимой верификацией и оценку данных о результатах деятельности по гранту. Протокол результатов реализации гранта становится основой для принятия Правлением решения о втором этапе финансирования.

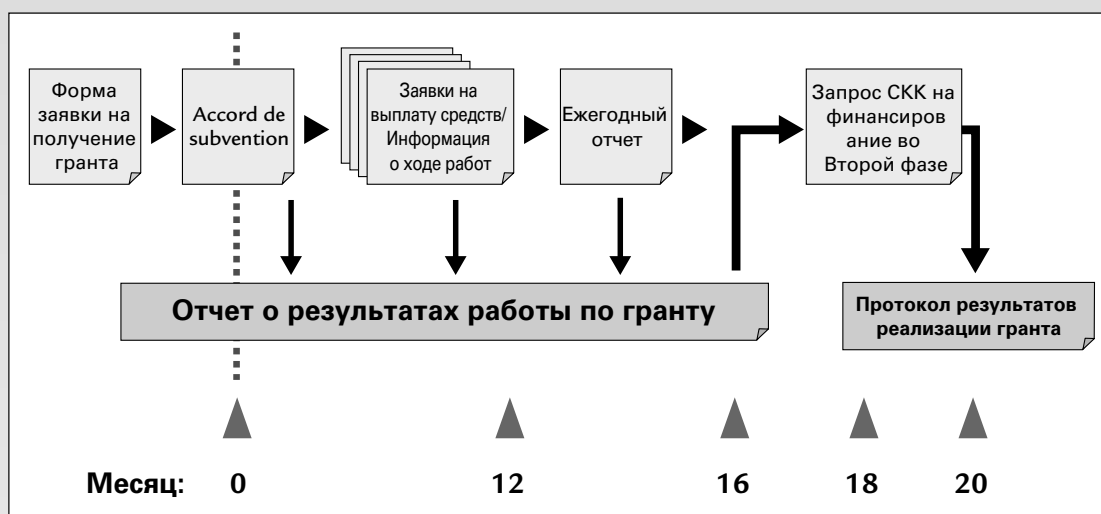
Поскольку финансирование, основанное на результатах работы, достигает критической точки на этапе рассмотрения финансирования на Вторую фазу, система измерения и оценки начинается с началом действия гранта, когда показатели и плановые показатели согласовываются между получателями и Глобальным фондом и вносятся в соглашение о выплате гранта.

Плановые показатели отслеживаются на каждом этапе хода работ (как показано на схеме ниже): в заявке на получение гранта, в соглашении о выплате гранта (в приложении по МиО гранта), отчетах о ходе работ перед каждым выделением средств (информация о ходе работ), в ежегодных отчетах и в заявке СКК на продление финансирования во Второй фазе, и далее в отчетности по Второй фазе. Финансирование, основанное на результатах работы, действует на протяжении всего действия гранта.

Следует отметить, что целью финансирования, основанного на результатах работы, является активное использование полученных результатов как основы для самооценки и принятия Глобальным фондом решений по программам. Соотношение результатов и плановых показателей является лишь основой для оценки результатов работы. Такими же важными являются самооценка и пояснение хода работ по программе, и корректирующие меры, предлагаемые для обеспечения быстрого обучения и увеличения объема программ. Общие результаты работы включают и количественные элементы соотношения результатов с плановыми показателями, и качественную оценку хода работ и важных контекстуальных факторов.

Наконец, **ответственность страны** предоставляет основу для финансирования, основанного на результатах работы. Плановые показатели должны извлекаться из заявки страны и согласовываться обеими сторонами в Соглашении о выплате гранта.

Схема 1: Этапы предоставления гранта Глобальным фондом и отчеты о результатах



3. Как использовать методологическое руководство для гранта Глобального фонда?

Методологическое руководство по МиО должно использоваться в качестве руководства при подаче заявки, завершения приложения по МиО к гранту, в которое внесены показатели и плановые показатели, и для регулирования отчетов в течение срока действия гранта. Должен быть подготовлен план МиО, который, если он подходит, может быть планом, который уже существует в стране. В таком случае, методологическое руководство используется для выбора ограниченного набора показателей из более обширного плана и системы МиО, и для таких показателей плановые показатели служат основой для предоставления отчетности в Глобальный фонд. Важно различать уровни МиО: **более всесторонний набор показателей, необходимый для управления программой**, и **несколько показателей, необходимых для международных отчетов и отчетов донорам**.

Глобальный фонд стремится предоставить людям качественные услуги, чтобы достигнуть эффекта в борьбе с тремя заболеваниями. С момента начала программы отчетность смещается в сторону информации относительно увеличения количества людей, получивших услуги, а потом в сторону показателей промежуточных результатов и эффекта. Глобальный фонд стремится к упрощению отчетности, концентрируя внимание на следующем:

- **наращивании потенциала (с начала действия гранта):** обученные люди и пункты оказания услуг;
- **людях, которым предоставлены услуги (в течение 12 месяцев):** для профилактики, лечения, ухода;
- **борьбе с заболеваниями (1-5 лет):** поведенческие изменения и эффект в борьбе с заболеванием.

Глобальный фонд признает, что для этого необходимо усиление системы здравоохранения, и поэтому данное методологическое руководство также включает показатели и сферы оказания услуг, которые относятся к усилению системы здравоохранения. Они могут быть включены непосредственно в компоненты по заболеваниям: ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия.

Основной задачей является увеличение охвата профилактикой, лечением и уходом в области ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии, и быть в состоянии измерить этот охват. Для того, чтобы отразить этот охват в международном масштабе, сравнив его у разных стран и программ, весьма ценны несколько стандартных показателей высокого уровня, предоставляемых получателями грантов в отношении охваченного услугами населения.

Кроме того, совместно с партнерами внутри страны, через определенные промежутки времени предоставляются отчеты о поведенческих изменениях населения и эффекте на заболевания. Параллельно традиционным этапам МиО, особое значение придается повышению охвата оказанием услуг (обучение, поддерживаемые пункты оказания услуг, люди, получающие услуги) для оценки увеличения количества людей, получающих больше качественных услуг. Следующая таблица является собой пробный подход к сочетанию международной структуры с разными уровнями отчетности в Глобальный фонд.

Таблица 4: Экспериментальный подход к сочетанию международной структуры с разными уровнями отчетности в Глобальный фонд

Международная схема	Схема отчетности Глобального фонда	Примеры сфер
Показатели вклада	Наращивание потенциала (обученные сотрудники, поддерживаемые пункты оказания услуг)	<ul style="list-style-type: none"> Кадровые ресурсы Формулировка политики Финансовый вклад Создание и восстановление инфраструктуры
Показатели хода работ		<ul style="list-style-type: none"> Обученные люди Закупленные лекарства Обеспечение насущных потребностей и предоставление товаров первой необходимости Обеспеченное координирование
Показатели промежуточных результатов		<ul style="list-style-type: none"> Пункты оказания услуг (число поддерживаемых пунктов оказания услуг)
Показатели результатов и эффекта		<ul style="list-style-type: none"> Люди, получающие пользу от принимаемых мер (число людей, охваченных услугами)
Показатели результатов и эффекта	Борьба с этими тремя заболеваниями (поведенческие изменения и воздействие)	<ul style="list-style-type: none"> Поведенческие изменения, снижение уровня заболеваемости и смертности

4. Как упростить МиО и отчетность в Глобальный фонд?

На уровне страны существуют различные системы сбора данных и механизмы распространения ресурсов, которые способствуют ежедневному управлению грантом. Глобальный фонд концентрирует внимание на небольшом количестве показателей ("верхушка айсберга"), чтобы гарантировать оказание программой жизненно важных услуг для большего количества людей, которые в них нуждаются.

Получатель гранта должен отчитываться по **нескольким показателям для определенных сфер оказания услуг согласно с достижением целей и задач**. В общем, получатель должен отчитываться по совсем небольшому количеству показателей по каждой сфере оказания услуг (чтобы указать число людей, охваченных услугами, поддерживаемых пунктов оказания услуг и обученных специалистов). Финансирование, основанное на результатах работы, обычно проводится исходя из *5-10 основных показателей* на грант, при общей отчетности по 15 показателям.

Вдобавок, гранты должны **использовать существующие в стране системы МиО**. Эти системы являются основными для отчетности в Глобальный фонд. Необходимо четко различать информацию, которая будет собрана для управления программой и для целей МиО на уровне страны (необходимо намного больше показателей), и для подачи в Глобальный фонд для оценки результатов работы программы (основанной на 5-10 основных показателях, при 15 показателях, включенных в отчет). Показатели, предоставленные в отчете в Глобальный фонд, должны быть упрощенным набором из общего плана МиО. Необходимо, чтобы отчет в Глобальный фонд охватывал небольшое количество информации. Однако, для предоставления этой информации, стране необходимо иметь основательную базу, на которой можно зафиксировать эту информацию. Основная оценка результатов работы будет основываться на том, насколько хорошо измеряются разные показатели, как они оформляются документально и проверяются при сопоставлении с согласованными плановыми показателями в каждой из сфер оказания услуг.

Оценка результатов работы служит не только для обеспечения правильного распределения средств, но и предоставляет **основу для программ для передачи данных о достижениях внутренне и внешне, и является поводом для продолжительного финансирования**.

План МиО должен быть основан на существующих национальных программах и политике, в случаях, когда это возможно. План МиО является основной частью формы заявки на получение гранта, соглашения о выплате гранта, подписанным обеими сторонами, и основой для продолжения "Финансирования, основанного на результатах". Если существует план МиО для национальной

программы, структура отчетности по МиО в Глобальный фонд должна браться из него. Поэтому многие показатели, представленные в настоящем методологическом руководстве, являются лишь “верхушкой айсберга” полного плана мониторинга и оценки и их необходимо толковать в более широком контексте.

5. Как выбрать показатели и плановые показатели для отчета в Глобальный фонд?

Программы или проекты должны иметь четко сформулированные цели и задачи. Это отправная точка предоставления отчетности в Глобальный фонд. Для этого необходимо сформулировать сферы оказания услуг, из которых будут выбираться показатели. Эти показатели должны быть надежными и измеримыми на постоянной основе. Соответствие целей и оказываемых услуг важно для оценки в среднесрочный период хода работ в борьбе с этими тремя заболеваниями в плане эффекта и поведенческих изменений.

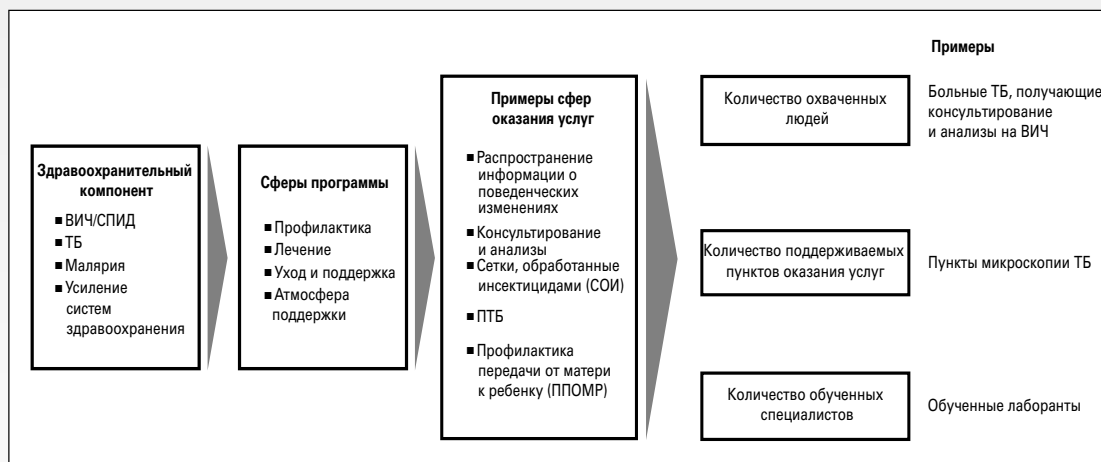
Общие цели широкие и обобщенные, например “снижение уровня смертности, вызванной ВИЧ-инфекцией”, “уменьшение бремени туберкулеза”, “уменьшение распространения малярии”. Нужно выбрать **показатели эффекта** для каждой цели.

Необходимо четко сформулировать **задачи** для каждой цели. Задача описывает намерения программы, на которые требуется финансирование, и представляет схему, по которой будут предоставляться услуги. К примерам **целей** относятся: “повышение уровня выживаемости среди людей с развернутой формой ВИЧ-инфекции в четырех регионах”, “уменьшить передачу туберкулеза среди заключенных в десяти самых крупных тюрьмах”, “снизить уровень смертности, вызванной малярией, среди беременных женщин в семи сельских районах”.

Следующим шагом, основным для постоянного финансирования, основанного на результатах работы, является определение **основных услуг, которые планируется оказать**, и предоставить для каждой из них **показатели и плановые показатели**, которые можно измерить, и которые смогут указывать на постоянный ход работ по программе. По каждой задаче показатели группируются по соответствующим **сферам оказания услуг** (сфера оказания услуг соответствует определенной оказываемой услуге).

У программы есть одна или две цели. У каждой цели есть задача, каждая задача состоит из нескольких сфер оказания услуг, и каждая СОУ оценивается по одному или нескольким показателям.

Схема 2: Соотношение между компонентами заболеваний, сферами оказания услуг и показателями



Глобальный фонд **высоко ценит отчеты по набору показателей “лучшей десятки”**, измеряющих количество людей, охваченных услугами, по которым он может отчитываться регулярно в международном масштабе, с охватом всего портфолио. Это стандартные услуги, по которым можно делать отчеты на международном уровне. Они предназначены для частых регулярных отчетов и для регулярных финансовых выплат. **Эти показатели должны быть включены в отчетность по гранту, где бы услуги ни оказывались.**

Таблица 5: Десятка лучших показателей для регулярной отчетности Глобального фонда

	Десятка лучших показателей для регулярной отчетности Глобального фонда	Заболевание
1	Число людей с развернутой ВИЧ-инфекцией, которые на данный момент проходят комбинированную антиретровирусную терапию (АРВ)	ВИЧ
2	Число: а) новых выявленных случаев ТБ с положительным мазком ; б) число новых случаев ТБ с положительным мазком, которые успешно прошли лечение ; в) случаи ТБ, при которых заболевшие направлены на лечение полирезистентного ТБ второй линии .	ТБ
3	Число СОИ (включая наборы для повторной обработки существующих сеток), выданных подверженным риску людям (или, где необходимо, число домов, которые проходят обработку инсектицидами остаточного действия согласно национальной политике)	Малярия
4	Число людей с неосложненной или тяжелой формой малярии, которые получают противомалярийное лечение в соответствии с национальными рекомендациями (уточните АКЛ/не-АКЛ)	Малярия
5	Число людей, получивших услуги консультирования и тестирования на ВИЧ , включая предоставление результатов тестирования	ВИЧ
6	Число ВИЧ-положительных беременных женщин, которые проходят полный курс антиретровирусной профилактики с целью снижения передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППОМР)	ВИЧ
7	Число презервативов , розданных людям	ВИЧ
8	Число людей, получающих пользу от общинных программ (уточните: а) профилактика; б) поддержка сирот; в) уход и поддержка)	ВИЧ /ТБ/ Малярия
9	Число людей, проходящих лечение инфекций, связанных с ВИЧ (уточните: а) профилактическая терапия по ВИЧ/ТБ; б) ИППП вместе с консультированием)	ВИЧ/ТБ
10	Число обученных лиц для оказания услуг (уточните: а) услуги здравоохранения; б) программы обучения по принципу "равный – равному" и программы на уровне общин).	ВИЧ/ТБ/ Малярия

От среднесрочного до длительного периода (1-5 лет) должны выбираться **показатели результатов и эффекта**, которые демонстрируют уменьшение уровня заболеваемости или распространенности и изменения в поведении. Примите во внимание, что **планирование по этим показателям должно начинаться в момент начала действия гранта** и что для них необходимы четкие исходные данные. Как правило, сложнее и дороже собирать эти показатели и соотносить их с вкладом всех участников и программ в стране. Необходимо использовать исследования, существующие в стране, а анализ данных должен проводиться как часть национальных совместных усилий. Программы должны максимально использовать существующую информацию по эпиднадзору, включая изучение эффекта и оценки, которые проводятся в стране. Если таких исследований не существует, Глобальный фонд поощряет страну в разработке и осуществлении таких исследований совместно с другими техническими партнерами в стране. Финансирование, выделенное Глобальным фондом на программу, должно использоваться для заполнения пробелов, и поощряется инвестирование как в мониторинг, так и в оценку.

Таблица 6: Лучшая десятка показателей для среднесрочных результатов и эффекта

	Лучшая десятка показателей результатов и эффекта	заболевание	источник
1	Процент ВИЧ-инфицированных молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет (распространенность ВИЧ) (применимо для наиболее подверженных слоев населения в зонах очаговых эпидемий или эпидемий низкого уровня)	ВИЧ	ССГАООН
2	Процент взрослых и детей с ВИЧ, которые еще живы через 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии (продлевается до 2, 3, 5 лет с развитием программы) (уменьшение смертности)	ВИЧ	ССГАООН
3	Процент ВИЧ-инфицированных младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей (уменьшение передачи ВИЧ от матери к ребенку)	ВИЧ	ССГАООН
4	Процент молодых людей 15-24 лет, у которых был секс с более чем одним партнером за последний год (многочисленные партнеры)	ВИЧ	ВОЗ/ ЮНЭЙДС

	Лучшая десятка показателей результатов и эффекта	заболевание	источник
5	Процент 15-19-летних молодых людей, не имевших половых контактов (первичное воздержание), и процент 15-19-летних молодых людей, не имевших половые контакты в течение последнего года, из числа тех, кто уже вообще имел половой контакт (вторичное воздержание)	ВИЧ	ВОЗ/ЮНЭЙДС
6	Процент молодых людей в возрасте 15-24 лет, которые постоянно используют презервативы с непостоянными партнерами	ВИЧ	ВОЗ/ЮНЭЙДС
7	Уровень выявления заболеваний ТБ и уровень успешности лечения	ТБ	ВОЗ "Остановить ТБ"
8	Предполагаемое число случаев заболевания ТБ на 100,000 населения (уровень распространенности ТБ)	ТБ	ВОЗ "Остановить ТБ"
9	Смертность, связанная с малярией : все случаи смертей детей до 5 лет в высоко-эндемических регионах	Малярия	ВОЗ "Обратим вспять малярию"
10	Уровень заболеваемости всеми клиническими случаями малярии (по оценкам и/или по отчетам)	Малярия	ВОЗ "Обратим вспять малярию"

Исходные данные и плановые показатели определяются и устанавливаются для последующих регулярных измерений на срок в 5 лет. Время измерений этих постоянных плановых показателей должно, насколько это возможно, соотноситься с существующими системами сбора данных и предоставления отчетов. Учтите, что нет необходимости предоставлять отчеты по всем показателям на каждый период выплат, но результаты за год должны быть объединены в годовом отчете. Эти плановые показатели, как правило, являются намерениями разных видов деятельности и работающих вместе национальных программ и сотрудничающих организаций, а не просто отдельно взятого проекта.

Важно помнить:

- Когда это возможно, извлекать показатели из существующих планов МиО в соответствии с национальной стратегией.
- Выбирать простые показатели (которые уже проверялись) с хорошими разработанными механизмами для их сбора.
- Обеспечить правильный баланс между периодическими исследованиями и постоянными статистическими данными о состоянии здравоохранения. Исследования могут вносить дополнительную информацию для заполнения пробелов в СИУЗ, в частности в отношении показателей результатов и эффекта. Однако, исследования, как правило, не предоставляют результаты так же регулярно, как и постоянные системы для предоставления отчетов по полугодовым выплатам.
- **Установить исходные данные для всех основных показателей.** Результаты, представленные в отчете, должны быть совокупными по каждому этапу финансирования, и, как правило, не должны содержать исходных данных. Исключение составляют случаи, когда людей включают в программу, например, люди, работающие по пилотной программе APB, рассматриваются в рамках гранта.
- Если результаты представлены в **процентах, необходимо предоставить числитель и знаменатель.**
- Избегать подсчет одного человека несколько раз в рамках одной программы/сферы оказания услуг в каждый отчетный период. Однако, приемлемым является подсчет одного человека в разных программах/сферах оказания услуг (например, APB и паллиативный уход).
- Обучение относится либо к новому обучению, или же к переподготовке людей, и предполагается, что оно проводится согласно национальным или международным стандартам, если таковые имеются. Очень важно, чтобы общепризнанные стандарты обучения были зарегистрированы (включая задачи, продолжительность, дальнейшие действия), и чтобы дальнейшие действия предпринимались для обеспечения того, чтобы эти люди стали активными работниками в сфере оказания услуг.

V. Схема отчетов по конкретным компонентам

В этом разделе методологического руководства представлены избранные (1) программные показатели и (2) показатели результатов и эффекта программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, ТБ и малярией. Вдобавок к ним, представляются и показатели “усиления систем здравоохранения”. Итоговые таблицы предлагают обзор избранных показателей, а в приложениях представлены их детальные вспомогательные описания. Эти показатели были разработаны, обговорены и согласованы большим числом международных и национальных экспертов и доноров. Они были разработаны с целью уменьшения запросов информации по странам. Разработка показателей производилась по шести основным принципам:

- существующие показатели выступали основой для разработки новых;
- уменьшение до минимума количества показателей, которые необходимо собрать;
- выбор показателей, которые регулярно собираются через информационные системы здравоохранения или посредством признанных исследований населения (ДМСИ, ИГМП, ИГМП+);
- координация потребностей по МиО стран и доноров;
- согласование с международными структурами, такими как ССГАООН и Цели развития на тысячелетие (ЦРТ);
- охват большого количества программных сфер и секторов, связанных с ВИЧ/СПИДом, ТБ и малярией.

Для каждого заболевания были определены общие программные сферы. Например, для ВИЧ/СПИДа сюда относятся профилактика, лечение, уход и поддержка, и атмосфера поддержки. В **Приложениях к методологическому руководству** дается информация по следующему:

- обоснование использования;
- определение, включая числитель и знаменатель;
- измерение – т.е. подробности по механизмам и процессам, которые содержат:
 - механизмы измерений: статистика услуг здравоохранения, обзоры медучреждений, качественные методы, эпиднадзор, исследования населения;
 - рекомендуемая частота сбора информации.
- ресурсы – т.е. эталонные группы, источники технической помощи, руководства.

Помните:

- **Таблицы, представленные по каждому компоненту, не направлены на предоставление полного обзора всех показателей.** Скорее, они направлены на предоставление пользователю набора самых общих показателей, используемых в конкретных сферах деятельности. Для ознакомления с полным списком существующих показателей пользователям предлагаются разделы по руководствам по каждому компоненту. В этих разделах перечислены все доступные руководства по МиО, содержащие программные показатели.
- Характерные показатели подсчета вкладов и результатов (такие как число обученных людей) обычно не описываются в Приложениях к методологическому руководству.¹ Число обученных кадров и поддерживаемых пунктов оказания услуг с подходящими программными определениями, например, четкие стандарты обучения, могут входить в гранты.
- В целях облегчения соотнесения показателей из общих таблиц с соответствующими приложениями, показатели были названы по названию сферы их применения (т.е. показатели профилактики, ухода и поддержки, лечения и результата) и номеру (т.е., 1, 2, 3, и т.д.). Таким образом, первый показатель профилактики называется ПП (показатель профилактики) 1, и так далее. Эти ссылки не имеют никакого отношения к какой-либо категоризации этих же показателей в других публикациях.
- **В данное методологическое руководство “Усиление систем здравоохранения” (УСЗ) внесено как отдельный раздел. Однако, любая сфера оказания услуг УСЗ может быть частью грантов для борьбы с определенными заболеваниями. Для оценки наилучшей стратегии следует изучить подробности и правила по каждому раунду финансирования Глобального фонда.**

¹ Они являются общими с точки зрения медицинского/общественного здоровья для всех этих трех заболеваний, и поэтому не конкретизируются по отдельности для каждого из них. Хотя существуют различия в этих показателях в рамках этих трех заболеваний, как правило эти показатели имеют такую форму: (1) **Общий показатель вклада:** Существование национальных политик, руководств, или стратегий. Этот вопрос требует ответ “да”/“нет”. Отчетность по распределению бюджета рассматривается как вклад. (2) **Общий показатель результата:** Количество обученных специалистов, количество доставленных/заказанных лекарств.

VI. ВИЧ/СПИД

В данном разделе методологического руководства дается обзор показателей на уровнях промежуточных и конечных результатов, уровней эффекта и общих ресурсов по МиО для ВИЧ/СПИДа. Большинство показателей взято из международных инструкций по МиО, которые совместно разрабатывались основными международными партнерами во избежание дублирования усилий и для минимизации нагрузки на страну. С этой целью, хотя некоторые показатели необходимо пересматривать с течением времени, строго рекомендуется использование согласованных показателей, в случаях, когда это уместно.

Большая часть основных показателей ВИЧ/СПИДа *применима* для большинства условий, а основными исключениями являются показатели, относящиеся к потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) и распространенности ВИЧ-инфекции. Показатель ПИН должен применяться по отношению к странам, где использование инъекционных наркотиков является установленным характерным способом передачи ВИЧ-инфекции. Аналогичным образом, показатель в отношении сирот и уязвимых детей (СУД) будет иметь меньшую значимость для эпидемий низкого уровня или очаговых эпидемий. Страны с низкими показателями распространенности ВИЧ-инфекции или с очаговыми эпидемиями должны представлять данные по альтернативным показателям распространенности ВИЧ-инфекции среди групп с поведением повышенного риска, а также распространенности среди молодежи, которые получены из данных эпиднадзора в дородовых клиниках.

Подробные данные о самых последних показателях для различных программ или инициатив можно найти в оригиналах источников, на которые даны ссылки в конце данного раздела. Эта область быстро развивается, но основные партнеры пришли к консенсусу в отношении ряда основных и дополнительных показателей для различных программ или инициатив. Недавно осуществленное расширение масштабов АРВ в рамках Инициативы ВОЗ “3 к 5”, Плана осуществления неотложных мер, Всемирного банка, Глобального фонда и других партнеров привело к созданию ряда международных руководств по МиО, регулирующих профилактику, уход и лечение. Дополнительные альтернативные показатели имеются также в других документах, упомянутых в разделе “Руководства и основные ссылки”.

Некоторые цели высокого уровня были внесены в Цели развития на тысячелетие, цели ССГАООН и обязательства лидеров Большой восьмерки:

Основные цели и плановые показатели по ВИЧ/СПИДу

Цели развития на тысячелетие (ЦРТ):

Цель 6: Борьба с ВИЧ/СПИДом, ТБ, малярией и другими заболеваниями

Плановый показатель 7: к 2015 году остановить и начать уменьшать распространение ВИЧ/СПИДа.

Задачи ССГАООН – Общий доступ к программам АРВ к 2010 году:

- К 2010 году 95% молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет правильно определяют способы предохранения от передачи ВИЧ половым путем и отвергают основные неправильные представления о передаче ВИЧ.
- К 2010 году на 25% уменьшится количество ВИЧ-инфицированных молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет.
- К 2010 году на 50% уменьшится количество ВИЧ-инфицированных новорожденных, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

Обязательства лидеров Большой восьмерки:

“К 2010 году предоставить максимальный всемирный доступ к лечению СПИДа”.

ВОЗ совместно с ЮНЭЙДС разработали пакет мер относительно ВИЧ/СПИДа. Некоторые или все эти меры могут применяться к разным целевым группам, рассматриваемым в программах:

- населению в целом;
- подгруппам населения (молодежь, женщины, мужчины, беременные и другие);
- населению, подверженному наибольшему риску (НПНР) - (ПИН, МСМ, РСБ и их клиенты);
- сиротам и уязвимым детям (СУД).

Каждая страна/программа определяет конкретный пакет, который будет применяться к целевому населению.

Механизмы измерения и источники данных

К основным механизмам измерения относятся:

- статистика по медицинским учреждениям;
- отчеты об общинных программах;
- изучение данных эпиднадзора;
- национально репрезентативные исследования выборки населения, такие как Демографические и медико-санитарные исследования (ДМСИ, ДМСИ+, ИОПС, Исследования по определению групп множественных показателей (ИГМП));
- исследования школ, медучреждений, рабочих мест;
- специально разработанные исследования и вопросники, в том числе и исследования конкретных групп (например, целенаправленные исследования населения, подверженного наибольшему риску, и исследования охвата конкретными услугами (вопросник SAM и Составной индекс национальной политики)).

Существующие ресурсы мониторинга, в том числе документация и обзоры программ из медучреждений и школ, а также конкретная информация по исследованию деятельности и контролю программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом и инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), должны дополнять первичные механизмы измерений. Гражданское общество также является важным источником данных по многим показателям, особенно по тем, которые относятся к мерам, в которых важную роль играют неправительственные, религиозные и общинные организации, включая работу с молодежью, населением, подверженным наибольшему риску, и беременными женщинами.²

Обеспечение качества услуг

Качество проводимой деятельности и оказываемых услуг является важным фактором достижения желаемых результатов. Реализуемые меры низкого качества не приведут к оптимальным результатам деятельности, даже если охват этими мерами очень высок. Поэтому очень важно проверять *качество* деятельности и услуг для обеспечения эффективного хода работ. Они должны быть внесены в план МиО, в поддержку показателей результатов, представленных в отчете.

Хотя большинство показателей, перечисленных в методологическом руководстве, подсчитывает число учреждений, оказывающих услуги, или число людей, охваченных услугами, необходимо тщательно документировать качественные характеристики этих показателей со ссылкой на национальные и международные стандарты оказания услуг. Например, подсчет количества кадров, подготовленных по АРВ, не направлен на учет всех обученных АРВ, независимо от содержания подготовки; целью является подсчет количества людей, обученных по *конкретным критериям*, или чья подготовка отвечает приемлемым стандартам. Точно так же, подсчет количества учреждений, оказывающих определенные услуги, направлен на учреждения, где системы и элементы соответствуют *определенным критериям*. Для стран было бы полезно ввести аккредитацию для учреждений³ или сертификацию для кадров, подготовленных в сферах оказания определенных услуг⁴, согласно "Триединым принципам", для того чтобы обеспечить стандартный способ обеспечения качества оказываемых услуг.

² Текст взят из UNGASS Guidelines on Construction of Core indicators, 2006 (ССГАООН Руководство по разработке основных показателей.).

³ В данное время ВОЗ создает руководство по аккредитации программ по уходу за ВИЧ-инфицированными, в которой будет представлен обзор разных компонентов и минимальных требований аккредитационной программы, а также то, как начать эту программу. В дополнение к нему, ВОЗ выпустит оперативное руководство по аккредитационным процессам.

⁴ В данное время ВОЗ разрабатывает механизмы сертификации и процедуры IMAI (Интегрированное управление заболеваниями взрослых и подростков), руководство по Основам АРВ, а также материалы по обучению в сфере ППОМР.

Изменения по сравнению с первым изданием Методологического руководства МиО

Используется та же структура измерений, совместимая с отчетностью, описанной в первом руководстве. Важные изменения: ТБ/ВИЧ включен как в раздел ВИЧ, так и в раздел ТБ, расширены виды деятельности по информационным кампаниям для населения, и профилактика для НПНР внесена в раздел ВИЧ. В случаях, когда определенные услуги оказываются этим НПНР или подгруппам населения (например, консультирование и тестирование), их необходимо указывать по этим услугам с показателем, который касается определенных групп. Обучение молодежи сейчас включено в Распространение информации по поведенческим изменениям. Определенные услуги часто бывают нечетко сформулированы, когда молодежь и НПНР берутся как отдельные СОУ, а не записаны согласно четким показателям для стандартных сфер оказания услуг.

Таблица 7: Избранные программные показатели по ВИЧ/СПИДу

Большинство из этих показателей может быть собрано посредством ежемесячной медицинской статистики и годового отчета по программе. Однако, некоторые из них лучше собирать посредством исследований, таких как исследования школ. Общие показатели, измеряющие **число обученных и поддерживаемых пунктов оказания услуг**, могут использоваться для сфер оказания услуг, где эти показатели не четко определены.

	Сфера оказания услуг	Показатели промежуточных результатов	Примеры показателей результатов/эффекта
	Распространение информации о поведенческих изменениях – Средства массовой информации	Информационные, образовательные и рекламные материалы по ВИЧ/СПИДу (ИОК), вышедшие в эфир или распространенные (радио/телевизионные программы и газеты) (число)	<ul style="list-style-type: none"> Процент людей (по возрасту и полу), у которых было более одного партнера в течение последнего года (процент) (множественные партнеры) (ВИЧ-ПР 1) <i>(может применяться к НПНР или подгруппам населения)</i> ПИН, принявшие норму поведения, которая снижает уровень передачи ВИЧ (процент). ССГА-ООН. (ВИЧ-ПР 5) <i>См. Таблицу 8 по дополнительным поведенческим показателям.</i>
Профилактика	Распространение информации о поведенческих изменениях (РИПИ) - просветительские программы в общинах	<ul style="list-style-type: none"> Молодые люди, охваченные обучением навыкам самостоятельности в вопросах ВИЧ/СПИДа в школах (число и процент) Школы, в которых, по крайней мере, один преподаватель прошел подготовку по активному обучению навыкам самостоятельности в вопросах ВИЧ/СПИДа и преподавал этот предмет на протяжении прошлого учебного года (число и процент). ССГАООН. (ВИЧ-ПП 1) Молодые люди, охваченные обучением по ВИЧ/СПИДу вне школы (число и процент) Молодые люди в возрасте 15-24 лет, которые правильно определяют способы предохранения от передачи ВИЧ половым путем, и кто отрицает неправильные представления о передаче ВИЧ (процент). ССГА-ООН. (ВИЧ-ПП 3) Обученные люди (напр. для обучения по принципу “равный-равному”) <i>(уточните, если подготовка была для работы с определенными подгруппами НПНР)</i> (число) Люди, охваченные РИПИ программами по профилактике и обучением по принципу “равный-равному” (число). ССГАООН <i>(может применяться к НПНР или подгруппам населения)</i> ПИН, охваченные программами профилактики ВИЧ/СПИДа* (число и процент) (ВИЧ-ПП 2) МСМ, охваченные программами профилактики ВИЧ/СПИДа* (число и процент) (ВИЧ-ПП 2) РСБ и их клиенты, охваченные программами профилактики ВИЧ/СПИДа (число и процент) (ВИЧ-ПП 2) 	



	Сфера оказания услуг	Показатели промежуточных результатов	Примеры показателей результатов/эффекта
Профилактика	Распространение презервативов	<ul style="list-style-type: none"> • Презервативы, проданные через частный сектор (число) • Презервативы, розданные бесплатно (число) • Пункты розничной торговли и оказания услуг, где имеются запасы презервативов (число) (ВИЧ-ПП 4) (можно уточнить сектор: частный или государственный) • Ключевые районы вмешательства, охваченные целевыми пунктами распространения презервативов (районы с концентрацией НПНР) (число) 	<ul style="list-style-type: none"> • Молодые люди, сообщающие, что они пользовались презервативом во время последнего полового акта с непостоянным партнером (процент) • Молодые люди 15-24 лет, сообщающие о постоянном использовании презервативов с непостоянными партнерами за последний год (процент) (ВИЧ-ПР 4). <p><i>См. Таблицу 8 по дополнительным поведенческим показателям.</i></p>
	Консультирование и тестирование	<ul style="list-style-type: none"> • Люди, прошедшие консультирование и тестирование на ВИЧ (включая выдачу результатов анализов) (число) (ВИЧ-ПП 5) • Пункты, предоставляющие консультирование и тестирование согласно национальным стандартам (число) • НПНР, прошедшие тестирование в последние 12 месяцев, и которые знают результаты (число и процент). ССГАООН • ЛЖВС, которым поставили положительный диагноз, и кто прошел консультирование для удачной профилактики (число и процент) 	
	ППОМР	<ul style="list-style-type: none"> • Пункты, предоставляющие минимальный набор услуг ППОМР (число и процент) (ВИЧ-ПП 6) • ВИЧ-инфицированные беременные женщины, проходящие полный курс антиретровирусной профилактики с целью снижения риска передачи ВИЧ ребенку (число и процент). ССГАООН. (ВИЧ-ПП 7) • Новорожденные, подверженные ВИЧ, на осмотре в первые 2 месяца жизни (число и процент) • Подверженные ВИЧ новорожденные и дети, которые проходят профилактическое лечение ко-тримоксазолом (число и процент) 	
	Профилактика после воздействия	<ul style="list-style-type: none"> • Люди, получающие профилактику после воздействия (число) 	
	Диагностика и лечение ИППП	<ul style="list-style-type: none"> • Пациенты с ИППП в заведениях здравоохранения, которых правильно продиагностировали, пролечили и проконсультировали (<i>может применяться к НПНР или подгруппам населения</i>) (число и процент) (ВИЧ-ПП 8) 	
	Безопасное обращение с кровью и общие меры предосторожности	<ul style="list-style-type: none"> • Регионы с доступом к привлечению доноров и переливанию крови (число и процент) (ВИЧ-ПП 9) • Единицы перелитой крови, проверенной на ВИЧ согласно национальным принципам (число и процент). ССГАООН. (ВИЧ-ПП 10) 	



	Сфера оказания услуг	Показатели промежуточных результатов	Примеры показателей результатов/эффекта
Лечение	Антиретровирусное лечение (АРВ) и мониторинг	<ul style="list-style-type: none"> Люди с развернутой стадией ВИЧ-инфекции, которые получают антиретровирусное комбинированное лечение (число и процент). ССГАООН. (ВИЧ-ПЛ 1) Учреждения здравоохранения, у которых есть способность и условия предоставлять улучшенный клинический уход и психологическую поддержку носителям ВИЧ/СПИДа, включая проведение и мониторинг АРВ (число и процент) (ВИЧ-ПЛ 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Взрослые и дети, продолжающие принимать лечение после 6 месяцев, 1, 2, 3, 5 лет от начала лечения (процент)
	Профилактика и лечение оппортунистических инфекций	<ul style="list-style-type: none"> ЛЖВС, получающие диагностику и лечение оппортунистических инфекций (число и процент) 	
Уход и поддержка	Уход и поддержка хронических больных	<ul style="list-style-type: none"> Взрослые в возрасте 18-59, которые были хронически больны в течение 3 и более месяцев за последние 12 месяцев из-за ВИЧ/СПИДа, семьи которых получили основную поддержку извне по уходу за хроническими больными (число и процент) Общественные организации, получившие поддержку в оказании помощи ЛЖВС (число) 	
	Поддержка сирот и уязвимых детей	<ul style="list-style-type: none"> Сироты и другие уязвимые дети, ставшие уязвимыми из-за ВИЧ/СПИДа (СУД), чьи семьи получили основную внешнюю поддержку в уходе за ребенком (число и процент). ССГАООН. (ВИЧ-УП 1) Общественные организации, получившие поддержку в оказании помощи СУД (число) 	
Совместная деятельность по ТБ/ВИЧ	Усиленное активное выявление ЛЖВС	<ul style="list-style-type: none"> ЛЖВС, проходящие тестирование на ВИЧ и получающие консультирование или лечение ВИЧ и медицинские услуги, которые прошли скрининг на симптомы ТБ** (число и процент) (ТБ-ВИЧ 1) 	
	Профилактика ТБ среди ЛЖВС	<ul style="list-style-type: none"> Пациенты с недавно диагностированной ВИЧ-инфекцией, которые проходят лечение латентного ТБ (число и процент) (ТБ-ВИЧ 3) 	
	Профилактика ВИЧ среди больных ТБ	<ul style="list-style-type: none"> Зарегистрированные больные ТБ, которые проходят тестирование и консультирование по ВИЧ*** (число и процент) (ТБ-ВИЧ 4) 	
	Профилактика оппортунистических инфекций у ЛЖВС с ТБ	<ul style="list-style-type: none"> ВИЧ-позитивные больные ТБ, которые проходят профилактическое лечение ко-тримаксозолом (число и процент) (ТБ-ВИЧ 6) 	
	Уход и поддержка для ВИЧ-инфицированных больных ТБ	<ul style="list-style-type: none"> ВИЧ-инфицированные больные ТБ, направленные на получение поддержки и ухода во время лечения ТБ (число и процент) (ТБ-ВИЧ 7) 	
	Предоставление антиретровирусного лечения больным ТБ во время лечения ТБ	<ul style="list-style-type: none"> Зарегистрированные ВИЧ-инфицированные больные ТБ, которые начали или продолжают АРВ во время или по окончании лечения ТБ (число и процент) (ТБ-ВИЧ 8) 	



	Сфера оказания услуг	Показатели промежуточных результатов	Примеры показателей результатов/эффекта
Атмосфера поддержки	Разработка политики, включая политику на рабочем месте	<ul style="list-style-type: none"> Крупные предприятия/компании, у которых есть политика и программы по ВИЧ/СПИДу на рабочем месте (число и процент). ССГАООН. (ВИЧ-ПО 1) Местные организации, обладающие техническими средствами для предоставления помощи в разработке политики относительно ВИЧ (число) 	
	Усиление гражданского общества и повышение потенциала учреждений	<ul style="list-style-type: none"> НПО, предоставляющие услуги по профилактике ВИЧ/СПИДа, его лечению, уходу и поддержке согласно национальному руководству (число) НПО, принимающие активное участие в планировании, финансировании, мониторинге и оценке деятельности по ВИЧ и ВИЧ/ТБ (число) Составной показатель национальной политики (ССГАООН) 	
	Снижение стигмы во всех учреждениях	<ul style="list-style-type: none"> Люди, определяющие политику, которые посещают семинары по sensibilization по ВИЧ/СПИДу и ВИЧ/ТБ (число) 	

* Набор используемых профилактических мер должен быть четко сформулирован для всех этих подгрупп: информационные программы и обучение по принципу "равный-равному", влияние целевых СМИ, скрининг на ИППП и/или лечение, ВИЧ консультирование и тестирование, замещающая терапия и безопасная практика инъекций для ПИН, или другое.

** По этому показателю необходимо предоставить число новых зарегистрированных случаев ТБ (ТБ/ВИЧ 2)

*** По этому показателю необходимо предоставить число больных ТБ, у которых обнаружили ВИЧ инфекцию (ТБ/ВИЧ 5)

Подробное описание каждого из перечисленных выше показателей, содержится в Приложении А Приложений к Методологическому руководству, а руководства с их определением перечислены в следующем разделе (“Руководства и основные ссылки”). Следует отметить, что показатели, представленные выше и в приложении, не являются исчерпывающими, а читателям следует обращаться к отдельным руководствам для получения более полного перечня всех основных и дополнительных показателей в данной области.

Таблица 8: Избранные показатели эффекта и результатов по ВИЧ/СПИДу

	Показатели эффекта	Схема отчетности	Измерение	Источник
Показатели эффекта	<ul style="list-style-type: none"> ВИЧ-инфицированные молодые женщины и мужчины в возрасте 15-24 лет (процент) (распространенность ВИЧ) (применяется для населения, подверженного наибольшему риску при очаговых/низких эпидемиях) 	Ежегодно	Эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией и исследование населения	ССГАООН
	<ul style="list-style-type: none"> ВИЧ-инфицированные взрослые в возрасте 15-49 лет (процент) 	Ежегодно	Эпиднадзор за ВИЧ-инфекцией и исследование населения	ВОЗ/ЮНЭЙДС
	<ul style="list-style-type: none"> ВИЧ-инфицированные взрослые и дети, которые еще живы через 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии (продлить до 2, 3, 5 лет по ходу реализации программы) (процент) (снижение смертности) 	Ежегодно	Мониторинг программы	ССГАООН
	<ul style="list-style-type: none"> Инфицированные младенцы, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей (процент) 	Ежегодно	Оценивается исходя из охвата программы	ССГАООН
	<ul style="list-style-type: none"> Население, подверженное наибольшему риску (работники секс-бизнеса, их клиенты, мужчины, имеющие секс с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков), которые заражены вирусом ВИЧ (процент) (снижение передачи ВИЧ от матери к ребенку) 	Ежегодно	Эпиднадзор за ВИЧ	ССГАООН
	<ul style="list-style-type: none"> Доминирование серотипа ВИЧ среди всех новых обнаруженных случаев заболевания ТБ (процент) (ТБ/ВИЧ 9) 	Ежегодно	Регулярное тестирование на ВИЧ, эпиднадзор, эпизодические специальные исследования	ВОЗ ТБ-ВИЧ
	Показатели результатов	Схема отчетности	Измерение	Источник
Показатели результатов*	<ul style="list-style-type: none"> Многочисленные партнеры. Молодые люди 15-24 лет, у которых был половой контакт с более чем одним партнером в течение последнего года (процент) (ВИЧ-ПР 1) (применяется к НПНР и подгруппам населения) 	Каждые 2-3 года	Исследование населения	ВОЗ/ЮНЭЙДС
	<ul style="list-style-type: none"> Первичное воздержание. 15-19-летние молодые люди, у которых нет опыта половой жизни (процент) (ВИЧ-ПР 2) 	Каждые 2-3 года	Исследование населения	ВОЗ/ЮНЭЙДС

	Показатели результатов	Схема отчетности	Измерение	Источник
	<ul style="list-style-type: none"> Вторичное воздержание. 15-24-летние молодые люди, которые не занимались сексом в течение последнего года, из числа тех, кто когда-либо уже занимался сексом (процент) (ВИЧ-ПР 3) 	Каждые 2-3 года	Исследование населения	ВОЗ/ЮНЭЙДС
	<ul style="list-style-type: none"> Постоянное использование презервативов. Молодые люди в возрасте 15-24 года, сообщающие о постоянном использовании презервативов при половом контакте с непостоянным партнером за последний год (процент) (ВИЧ-ПР 4) 	Каждые 2-3 года	Исследование населения	ВОЗ/ЮНЭЙДС
	<ul style="list-style-type: none"> Молодые женщины и мужчины, которые занимались сексом до 15 лет (возраст можно поменять – см. инструкцию) (процент) 	Каждые 2-3 года	Исследование населения	ССГАООН
	<ul style="list-style-type: none"> Взрослые и дети, которые продолжают получать лечение после 6 месяцев, 1, 2, 3, 5 лет с начала лечения (процент) 	Ежегодно	Мониторинг программ	ВОЗ/ЮНЭЙДС
	<ul style="list-style-type: none"> Потребители инъекционных наркотиков, которые приняли модели поведения, уменьшающие риск передачи ВИЧ (т.е. они не делятся инструментом и используют презервативы) в течение последних 12 месяцев (это относится к странам, в которых использование инъекционных наркотиков является широко известным способом передачи ВИЧ) (процент) (ВИЧ-ПР 5) 	Каждые 2-3 года	Специальные исследования	ССГАООН
	<ul style="list-style-type: none"> Дети-сироты, в сравнении с не-сиротами, в возрасте 10-14 лет, которые сейчас посещают школу (процент) (ВИЧ-ПР 6) 	Каждые 2-3 года	Исследование населения	ЮНЭЙДС/ ЮНИСЕФ
	<ul style="list-style-type: none"> Молодые женщины и мужчины в возрасте 15-24 лет, которые говорят, что использовали презерватив, когда у них в последний раз был секс с непостоянным партнером (процент) 	Каждые 2-3 года	Исследование населения	Адаптировано по Руководству ЮНЭЙДС для молодежи, 2004 г.
	<ul style="list-style-type: none"> Люди, выражающие приемлемое отношение к ЛЖВС, из всех людей, принимающих участие в исследовании, в возрасте 15-49 лет (процент). 	Каждые 2-3 года	Исследование населения	ВОЗ/ЮНЭЙДС
	<ul style="list-style-type: none"> Процент женщин, работающих в секс-бизнесе, говорящих, что они использовали презерватив с каждым последним клиентом за последний год (процент) 	Каждые 2-3 года	Специальные исследования	ССГАООН
	<ul style="list-style-type: none"> Мужчины, говорящие, что они использовали презерватив, когда последний раз занимались анальным сексом с партнером-мужчиной за последние 6 месяцев (процент) 	Каждые 2-3 года	Специальные исследования	ССГАООН
<p>* Показатели сексуального поведения ВИЧ-инфицированных должны быть проанализированы вместе, чтобы дать оценку поведенческим изменениям (могут быть важные пересечения). Непостоянные сексуальные партнеры: сожительство не может быть хорошим критерием для определения нерегулярных партнеров в молодости.</p>				

В следующей таблице представлено краткое описание некоторых механизмов измерения, которые доступны для отчета по показателям. В ней указаны область, доступные данные, ограничения и рекомендации. Такие источники данных должны сопоставляться и использоваться в отчетах всегда, когда это возможно.

Таблица 9: Примеры механизмов измерения данных

Область	Доступные данные	Ограничения	Рекомендации
Эффект, оказанный на распространность ВИЧ	<ul style="list-style-type: none"> Данные эпиднадзора по ВИЧ Исследования населения, отбирающие представителей для тестирования на ВИЧ 	<ul style="list-style-type: none"> Сложности при измерении или оценке размеров населения, подверженного риску Субъективность выборки по обоим подходам 	<ul style="list-style-type: none"> Оценка распространности должна иметь степени Используйте руководство ВОЗ/ЮНЭЙДС для проведения исследований серотипа ВИЧ и для измерения распространности ВИЧ в стране при исследованиях населения
Эффект, относящийся к выживанию после АРВ	<ul style="list-style-type: none"> Агрегированные данные по пациентам учреждений 	<ul style="list-style-type: none"> Проследить за клиентами, которые перестали посещать последующие мероприятия, нелегко В записи часто не вносится мигрирующее население Анализ группы может быть сложным 	<ul style="list-style-type: none"> Установите стандартную систему мониторинга и отчетности по пациентам согласно рекомендациям ВОЗ
Знание и поведение общего населения	<ul style="list-style-type: none"> Общественные исследования (ИПН, КАР, ДМСИ, ИГМП) 	<ul style="list-style-type: none"> Субъективность самоотчетности Исследования семей часто основываются на недостаточной выборке НПНР Проводится только раз в несколько лет 	<ul style="list-style-type: none"> Пересмотрите на какое время в стране запланированы ДМСИ и ИГМП, чтобы определить, когда будут доступны результаты
Знания и поведение НПНР	<ul style="list-style-type: none"> Специальные исследования НПНР в стране 	<ul style="list-style-type: none"> Сложно найти репрезентативную выборку Субъективные ответы 	<ul style="list-style-type: none"> Спланируйте исследования, направленные на НПНР, особенно при очаговых эпидемиях См. инструкции МиО по НПНР
Национальная приверженность, политика и стратегия	<ul style="list-style-type: none"> Вопросник Исследование основных информантов 	<ul style="list-style-type: none"> Не всегда достигается качество 	<ul style="list-style-type: none"> Подготовьте стандартные вопросы для сложных показателей / индексов
Кадры, подготовленные в разных сферах, относящихся к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке	<ul style="list-style-type: none"> Записи об обучении Записи о сертификации 	<ul style="list-style-type: none"> Обучение не всегда стандартизовано Те, кто проходит подготовку, могут не оказывать услуги 	<ul style="list-style-type: none"> Страны, возможно, внедряют процессы сертификации для обеспечения того, чтобы подготовленные кадры отвечали минимальным национальным требованиям, установленным в сфере обучения

Область	Доступные данные	Ограничения	Рекомендации
Охват оказываемых услуг (например, районы, где они оказываются, число учреждений их оказывающих)	<ul style="list-style-type: none"> Отчеты Министерства здравоохранения Отчеты по программам Исследования медучреждений Записи об аккредитации учреждений Записи НПО 	<ul style="list-style-type: none"> Разный качественный уровень оказываемых услуг – некоторые могут не соответствовать стандартам Могут возникнуть сложности при определении оказания услуг в государственном секторе 	<ul style="list-style-type: none"> Принять стандартизованные определения показателей, в которых был бы список критериев, по которым рассматривалась пригодность медучреждений для оказания определенной услуги Создать систему для отслеживания всех, кто оказывает услуги в пределах района или страны
Число людей, охваченных услугами	<ul style="list-style-type: none"> Система постоянного предоставления информации о здравоохранении Журналы/истории клиентов Записи НПО 	<ul style="list-style-type: none"> Может быть сложно определить оказанные услуги вне государственного сектора Должны быть журналы клиентов или системы ведения учета 	<ul style="list-style-type: none"> Необходимо постараться стандартизировать сбор данных по разным услугам, чтобы можно было легко сопоставлять данные
Услуги ТБ/ВИЧ	<ul style="list-style-type: none"> Журналы/истории клиентов 	<ul style="list-style-type: none"> Текущие журналы учета больных ТБ и ВИЧ могут не охватывать эту информацию 	<ul style="list-style-type: none"> Может возникнуть необходимость модифицировать журналы; если такая необходимость существует, модифицируйте их согласно рекомендациям ВОЗ
Комплексный показатель услуг, данные для которого сложно выделить из существующих журналов	<ul style="list-style-type: none"> Журналы/истории клиентов / специальные исследования 	<ul style="list-style-type: none"> В существующих журналах и отчетных формах не всегда представлена эта информация 	<ul style="list-style-type: none"> Необходимо пересмотреть текущую практику и формы сбора данных, чтобы определить способ получения данной информации Связь между направлениями должна быть систематизирована и усилена
Информация по программам и деятельности на уровне общин	<ul style="list-style-type: none"> Формы ведения учета Специальные исследования 	<ul style="list-style-type: none"> Может быть сложно определить оказанные услуги вне государственного сектора В случае работы большого количества организаций, могут применяться разные системы ведения учета 	<ul style="list-style-type: none"> Необходимо создать систему для ведения учета разных поставщиков услуг в пределах района или страны Партнерам, работающим в общинах, возможно, придется скоординировать сбор некоторых базовых данных для их дальнейшего сопоставления и предоставления в отчетах
Показатели, относящиеся к населению, подверженному наибольшему риску – например, РСБ, ПИН, мигранты и т.д.	<ul style="list-style-type: none"> Специальные исследования Данные НПО 	<ul style="list-style-type: none"> Сложно точно определить размеры населения, подверженного риску Из-за их мобильности, нужно быть осторожным, чтобы не дублировать их подсчет, и учесть тенденции в разные периоды времени 	<ul style="list-style-type: none"> См. рекомендации в международном руководстве МиО по населению, подверженному наибольшему риску Подведите требования по отчетности для тех, кто работает с конкретными группами населения, к требованиям по отчетности Глобального фонда

Общие ресурсы

Департамент ВОЗ по борьбе с ВИЧ/СПИДом (<http://www.who.int/hiv/en>) может предоставить разнообразную помощь, включая последние публикации относительно МиО в сфере здравоохранения. В дополнение к руководствам и общим ресурсам в этой сфере, на веб-странице департамента ВОЗ по борьбе с ВИЧ/СПИДом представлена самая последняя информация по инициативе ВОЗ “3 к 5”, содержащая большинство фактов и данных.

С момента создания Секретариата ЮНЭЙДС, для улучшения координации между основными участниками МиО, были созданы, преимущественно на глобальном уровне, структуры и ресурсные группы МиО.

В структуру МиО входят:

- Центр мониторинга и оценки ЮНЭЙДС, который состоит из представителей Секретариата ЮНЭЙДС и оказывает содействие при разработке типовых систем МиО для распространения оперативной информации.
- Отдел стратегической информации и исследований (SIR) Департамента ВОЗ по борьбе с ВИЧ, который разрабатывает нормативные руководства и предоставляет поддержку странам в областях мониторинга и оценки, оперативных исследований, резистентности к лекарствам и политики.

Ресурсную группу МиО образуют:

- Справочная группа по мониторингу и оценке ЮНЭЙДС (СГМО), состоящая из со-спонсоров/координаторов по вопросам МиО Секретариата, двусторонних агентств, исследовательских агентств, частных экспертов, которая помогает согласовывать подходы МиО и улучшать методы.
- Справочная группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделированию и прогнозам и рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по эпиднадзору и оценке передачи ВИЧ и смертности.
- Глобальная группа поддержки по мониторингу и оценке (GAMET), состоящая из персонала Всемирного банка и представителей технических агентств, которая направлена на оказание поддержки в области МиО в странах, поддерживаемых Всемирным банком.
- Рабочая группа по МиО ВИЧ/СПИДа, состоящая из представителей департаментов ВОЗ, занимающихся вопросами МиО, ЮНЭЙДС и Глобального фонда, которая периодически проводит обсуждения и обзоры вопросов, связанных с мониторингом увеличения объемов лечения и профилактики ВИЧ.

Участники разных ресурсных групп внесли свой вклад в развитие показателей, представленных в этом методологическом руководстве.

На уровне стран Секретариат ЮНЭЙДС и партнеры поддерживали национальные администрации в создании на национальном уровне групп поддержки и справочных групп по МиО для предоставления консультаций по национальным стратегиям МиО, а также для помощи в мобилизации ресурсов МиО и оптимизации использования данных. Там, где действуют такие группы, координация между партнерами значительно увеличилась.

Техническая поддержка

Центр мониторинга и оценки при ЮНЭЙДС создает глобальную систему технической поддержки: Система технической помощи в области мониторинга и оценки (СТПОМО). В Центре проведения оценки при Секретариате ЮНЭЙДС может быть получена дополнительная поддержка по конкретным вопросам по показателям ССГАООН Декларации действий (UNGASS DoC) по адресу UNGASSindicators@unaids.org. По общим вопросам относительно МиО пишите по адресу: M-E@unaids.org.

Техническая поддержка правительствам предоставляется через Отдел стратегической информации и исследований (SIR) Департамента ВОЗ по ВИЧ/СПИДу (<http://www.who.int/hiv/strategic/en>), а также через группы технической поддержки МиО в некоторых странах. По конкретным вопросам относительно МиО ВИЧ\СПИДа, в частности в отношении увеличения объемов лечения АРВ, обращайтесь по этому адресу: hivmoniteva@who.int.

К другим источникам технической поддержки по всем заболеваниям относятся: the Emergency Plan: AMP США, ЦКЗ, Measure Evaluation, Partners for Health Reform Plus (США), Institute for Health Systems Development (Великобритания). Дальнейшая поддержка по ВИЧ/СПИДу включает Measure DHS, Family Health International, и The Synergy Project. Во многих странах на сегодняшний день работают представители ЮНЭЙДС в сфере МиО или Координаторы от Правительства США на местах по стратегической информации и мониторингу и оценке (см. на веб-странице www.globalHIVevaluation.org).

Программное обеспечение

ЮНЭЙДС предоставила в распоряжение стран полезную методику – *Информационную систему для запроса данных из стран (Country Response Information System) (CRIS)*, которая располагает возможностью для хранения всех национальных данных по основным и дополнительным показателям и разрабатывает отчеты по указанным показателям. CRIS выполняет также две дополнительные функции: отслеживание ресурсов и составление отчетных списков о научных исследованиях.

Для получения дополнительной информации в отношении процесса разработки показателей и предлагаемых действий для осуществления схемы ССГАООН DoC МиО читатели могут обращаться к Руководству по разработке основных показателей, которое имеется на четырех языках (английском, французском, испанском и русском) и которое можно получить на веб-странице ЮНЭЙДС. Для получения дополнительной информации по CRIS посетите веб-страницу ЮНЭЙДС.

Руководства и основные ссылки

Основными источниками для руководств, которые перечислены ниже, являются ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, AMP США, ЦКЗ, MEASURE Evaluation и FHI и некоторые из их партнеров.

В выходящем в ближайшее время Руководстве по МиО, подготовленном ВОЗ и партнерами, помимо указанных ниже руководств будут рассматриваться вопросы тестирования и консультирования (добровольного), вопросы населения, подверженного наибольшему риску (НПНР), механизмы мониторинга ухода на дому, а также будут предложены размышления о педиатрии по уже существующим руководствам и показателям, а также комплексной профилактики и медицинской помощи.

Самые последние варианты различных руководств могут быть получены через Интернет в библиотеке материалов по МиО в ЮНЭЙДС по адресу:

http://www.unaids.org/EN/in+focus/monitoringevaluation/m_e+library.asp

Кроме того, для получения более подробной информации по конкретным областям читатели также могут посетить следующие сайты партнеров:

<http://www.who.int>

<http://www.unicef.org>

<http://www.child.orgp>

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

<http://www.fhi.org>

<http://www.cdc.gov>

<http://www.globalHIVevaluation.org>

Центры по борьбе с болезнями и профилактике (2002 г.). *Стратегический мониторинг и оценка: Проект руководства по планированию и соответствующим методикам для национальных программ ЦББ*. Центры по борьбе с болезнями и профилактике, Атланта. (адрес отсутствует).

Family Health International FHI (2002 г.). *Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries: A Handbook for Program Managers and Decision Makers (Оценка программ по профилактике ВИЧ/ СПИДа и оказанию помощи в развивающихся странах: Руководство для руководителей программ и тех, кто отвечает за принятие решений*. <http://www.fhi.org/en/hiv aids/pub/archive/evalchap/index.htm>

Family Health International (2000 г.). *Behavioural Surveillance Surveys (BSS) : Guidelines for Repeated Behavioural Surveys in Populations at Risk for HIV (Обследование поведенческих навыков (ОПН): Руководство для повторных поведенческих обследований в группах населения, подвергающихся угрозе ВИЧ-инфицирования)*. Family Health International, Арлингтон.
<http://www.fhi.org/en/topics/bss.htm>

UNAIDS (2005). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS Guidelines on the construction of core indicators* http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub02/JC894-CoreIndicators_en_pdf.pdf

ЮНЭЙДС/ЮНИСЕФ (2005) Руководство по мониторингу и оценке национальных действий по отношению к детям-сиротам и детям, уязвимым из-за ВИЧ/СПИДа.

ЮНЭЙДС/MEASURE (2000). *National AIDS Programs: A Guide to Monitoring and Evaluation. (Национальные программы по СПИДу: Руководство по мониторингу и оценке)* UNAIDS, Geneva.
<http://www.cpc.unc.edu/measure>

USAID/UNAIDS/WHO/Policy Project (2003). *The Level of Effort in the National Response to HIV/AIDS: The AIDS Program Effort Index (API) (Уровень усилий в национальных действиях в ответ на ВИЧ/СПИД: Индекс усилий по СПИДу) 2003 Round.*

USAID/UNAIDS/WHO/CDC/Policy Project (2004). *Coverage for Selected Services for HIV/AIDS Prevention and Care in Low and Middle Income Countries in 2003 (2003 (Охват отдельными услугами в области профилактики и помощи при ВИЧ/СПИДе в странах с низким и средним доходом в 2003 г.).*

UNAIDS/World Bank (2002). *National AIDS Councils (NACs) Monitoring and Evaluation Operations Manual. (Национальные советы по СПИДу: Практическое руководство по мониторингу и оценке)*. ЮНЭЙДС/Всемирный банк, Женева. <http://www.worldbank.org>

WHO (2003). The Monitoring and Evaluation (МИО) of the 3 by 5 Initiative (Мониторинг и оценка (МИО) Инициативы "3 к 5". ВОЗ, Женева. <http://www.who.int/3b5/publications/briefs/monitoring/en>

WHO (2003). Guidelines for surveillance of HIV drug resistance. (Руководство по эпиднадзору за резистентностью к лекарственным средствам против ВИЧ), ВОЗ, Женева.
<http://www.who.int/3by5/publications/documents/hivdrugsurveillance/en>

WHO (2003). Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI) modules. (Комплексный мониторинг за модулями болезней подростков и взрослых). ВОЗ, Женева.

WHO (2003). Monitoring and evaluating of national ARV programs in the rapid scale-up to 3 by 5 (Мониторинг и оценка национальных программ АРВ в рамках повышения интереса к инициативе "3 к 5". ВОЗ, Женева. <http://www.who.int/3by5/publications/documents/artindicators/en>

WHO/UNAIDS (2004). *National AIDS Programs: A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support. (Национальные программы по СПИДу. Руководство по мониторингу и оценке ухода и поддержки носителей ВИЧ/СПИД)*. ВОЗ, Женева. <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubnapcs/en>

WHO/UNAIDS (2000). *Second Generation Surveillance for HIV: The Next Decade. (Эпиднадзор "второго поколения" за ВИЧ-инфекцией. Следующее десятилетие)* ЮНЭЙДС, Женева.
http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/cds_edc_2000_5.pdf

WHO/UNAIDS/Measure DHS/The World Bank/ UNICEF/UNESCO/FHI/USAID. (2004) Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programs for Young People (10 to 24 years old) (Руководство по мониторингу и оценке национальных программ по профилактике ВИЧ/СПИД среди молодых людей (от 10 до 24 лет) ВОЗ, Женева.
http://www.who.int/hiv/pub/me/en/me_prev_intro.pdf

WHO/UNAIDS/USAID/UNICEF/CDC/UNFPA (2004). National Guide to Monitoring and Evaluating Programs for the Prevention of HIV in Infants and Young Children. (Национальное руководство по мониторингу и оценке программ по профилактике ВИЧ среди новорожденных и маленьких детей) ВОЗ, Женева.

WHO/UNAIDS/GFATM/USAID/MEASURE Evaluation/FHI (2005). National AIDS Programs- A guide to indicators for monitoring and evaluation national antiretroviral programs. (Национальные программы борьбы со СПИДом. Руководство по показателям для мониторинга и оценки национальных антиретровирусных программ) ВОЗ, Женева. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/youngchildren/en/

Данные по некоторым из этих показателей находятся на www.measuredhs.com

UNAIDS/USAID/UNICEF/CDC/WHO Предварительный вариант должен быть издан в 2006. Руководство по мониторингу и оценке программ по профилактике ВИЧ среди населения, подверженному наибольшему риску при низкой или очаговой эпидемии.

WHO (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities ВОЗ (2004) Руководство по мониторингу и оценке совместной работы по ТБ/ВИЧ (WHO/HTM/TB/2004.342) http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/tb_hiv/en/

VII. Туберкулез (ТБ)

Одним из основных шагов при разработке и проведении мониторинга и оценки программ, связанных с ТБ, является выбор соответствующих показателей. В дополнение к хорошо сформулированным задачам, определяющим количество, качество и время, выбор показателей для мониторинга и оценки требует тщательного анализа и обдумывания концептуальных и практических вопросов. Для иллюстрации успехов и недоработок в процессе реализации программы необходима сбалансированность показателей вклада, процесса, промежуточных и конечных результатов.

В Таблице 11 указаны основные показатели эффекта и результатов для контроля ТБ в целом. Показатели, указанные здесь, общие по своей природе и подходят для мониторинга контроля ТБ, в частности посредством национальных программ контроля ТБ. Примеры показателей для мониторинга и оценки для оценивания более конкретных мер по контролю ТБ (такие, как сочетание государственного и частного секторов, развитие лабораторий или ДOTS Плюс для полирезистентного туберкулеза (ПТБ) в соответствующих условиях внесены в Таблицу 10). Учтите, что это не полный список, и поэтому для получения дополнительной информации читателям рекомендуется обращаться к перечисленным источникам (таким, как *Краткое руководство по показателям для мониторинга и оценки национальных программ по борьбе с туберкулезом и структурам планирования*) и соответствующей литературе.

1. Предложения по мониторингу любой деятельности, связанной с ТБ, которая финансируется грантом Глобального фонда

- Двумя основными показателями, по которым Глобальный фонд предоставляет отчеты по всем грантам, являются: число выявленных случаев ТБ и число случаев успешного лечения. Это числитель стандартных показателей ТБ. Глобальный фонд также отчитывается о количестве случаев ПТБ, проходящих лечение. Эти показатели должны быть, по возможности, внесены в отчеты по гранту.
- Недостаточно (и возможно неуместно) отчитываться об “охвате населения” ДOTS в качестве показателя для целей Глобального фонда. Охват населения ДOTS представляет собой приблизительные административные исходные данные, определяющие население страны, охваченное ДOTS. Это может быть неуместным в регионах, где уровень охвата населения ДOTS достиг 100%. Глобальному фонду необходима более конкретная информация для мониторинга процесса. Поэтому, необходимо предоставлять отчеты о ходе работ по отдельным техническим компонентам, которые уже являются частью стратегии ДOTS. Например, отчет об увеличении числа учреждений, предоставляющих услуги, соответствующие ДOTS, увеличение количества лабораторий с необходимым оборудованием и подготовленным персоналом для проведения микроскопии, или число случаев регистрации положительных мазков.
- В субнациональном контексте отчеты об уровне выявления больных, основанные на оценке ожидаемого количества случаев заболевания, являются несоответствующими и практически бесполезными. Число ожидаемых случаев заболевания может существенно различаться в разных географических зонах и среди различных групп населения вашей страны, и, с точки зрения статистики, нельзя использовать на локальном уровне число случаев заболевания, которое относится к национальному уровню. Если вы собираетесь улучшить систему выявления заболевания, планируйте показать увеличение количества диагностированных случаев заболевания, и, если возможно, увеличение количества выявленных лиц с подозрением на ТБ (через записи в медицинских учреждениях или лабораторные записи), или количества выездов к пациентам, или просто количества населения, охваченного проектом.
- Несмотря на то, что Глобальный фонд не пытается изменить постоянное поступление данных в странах, получивших грант, данные, которые постоянно собираются на более высоких уровнях, могут не содержать ответы на вопросы, требующие ответа при оценке определенной деятельности. Например, если планируется внедрить пилотный проект сотрудничества между частными врачами и государственными ТБ службами, предлагается увеличить число выявленных лиц с подозрением на ТБ, представленных частными врачами, а затем систематически заносить информацию о направлении на лечение в журналы учета больных ТБ, которые ведутся в сферах деятельности пилотных проектов. Это не требует изменений в обычной схеме предоставления данных для мониторинга программы, но новые данные должны быть доступны для анализа и являются предполагаемой частью плана мониторинга для гранта Глобального фонда.

- Мониторинг программ ТБ на протяжении действия гранта Глобального фонда требует слежения за показателями вклада (особенно на ранних стадиях гранта) и промежуточными и конечными результатами, чтобы в конечном счете был достигнут эффект. В мире ТБ “эффект” относится к изменению эпидемиологической ситуации в соответствии с Целями развития на тысячелетие. Тем не менее, учтите, что эффект, как правило, демонстрируется не только регулярно собираемыми данными и, как правило, не раньше чем через 4-5 лет. Если деятельность широко распространена географически, оценка эффекта может оказаться подходящей. Продумайте проведение специальных исследований/обзоров (распространенность заболевания и исследования туберкулина) для оценки эффекта или создания основы для оценки эффекта. Используйте общие руководства, представленные в Кратком руководстве по показателям, и/или обсудите это с региональным представительством ВОЗ или другими техническими партнерами, задействованными в борьбе с ТБ. Также важно обеспечить достаточные средства и время для проведения специальных исследований. С другой стороны, может быть целесообразным предоставление для мониторинга только вспомогательных средств для эффекта (программные результаты или результаты хода работ, как правило, уровень успешного лечения заболевания и уровень выявления случаев заболевания на национальном уровне).
- В отчетах по программам борьбы с ТБ в тюрьмах должны быть представлены случаи успешного лечения (и неудачи, недостатки и уровень смертности), а также соотношение количества зарегистрированных случаев ТБ и случаев повторного лечения. В дополнение, должны быть представлены механизмы регистрации случаев заболевания в зависимости от проекта. Например, проекты скрининга должны использовать измерения распространенности ТБ среди заключенных (абсолютное число и показатель на 100000 прошедших скрининг), в то время как текущие клинические услуги должны представлять отчет о количестве выявленных случаев заболевания каждый год (абсолютное число и показатель на 100,000 заключенных).

Цели развития на тысячелетие, задачи и показатели относительно ТБ

Цель № 6: Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями.

Задача 8: К 2015 году остановить и начать снижение заболеваемости малярией и другими серьезными заболеваниями.

Показатель 23: Распространенность и смертность, связанные с туберкулезом.

Показатель 24: Соотношение выявленных и излеченных случаев ТБ по ДОТС (международно-рекомендуемая стратегия борьбы с ТБ).

Плановые показатели сотрудничества по программе Stop TB (Остановить ТБ)

К 2005 году: будет проведена диагностика как минимум 70% людей с инфекционным ТБ (по стратегии ДОТС) и излечено не меньше 85%.

К 2015 году: Глобальное бремя ТБ (распространенность и смертность) будет снижено на 50% по сравнению с уровнем 1990 года. В частности, это означает снижение уровня распространенности до 155 на каждые 100,000 и смертности до 14 на каждые 100,000 в год к 2015 году.

Изменения по сравнению с первой версией методологического руководства: Используется та же система измерений. Внесены следующие значительные изменения: ТБ/ВИЧ включен в раздел ТБ. Сферы оказания услуг первой версии руководства могут быть использованы как основа для отчетов, но исходя из развития данной области, были добавлены дополнительные сферы оказания услуг (например, сочетание государственного и частного секторов и благоприятствующая среда). Они должны использоваться только в случае, если грантом предусмотрена эта дополнительная деятельность.

Таблица 10: Избранные программные показатели по туберкулезу

Источник информации по избранным показателям: Руководство по мониторингу и оценке совместной деятельности по ТБ/ВИЧ, Краткое руководство по показателям, Руководство по реализации сочетания государственного и частного секторов для ДОТС (полное описание представлено в Приложении).

	Сфера оказания услуг	Показатели результатов	Примеры показателей промежуточных результатов
Туберкулез	Выявление инфекционных случаев	<ul style="list-style-type: none"> • Числитель (число) показателя результатов может использоваться для текущих отчетов (число выявленных новых случаев с положительным мазком) 	<ul style="list-style-type: none"> • Новые выявленные случаи с положительным мазком (диагностированы и доложены национальному органу здравоохранения), по отношению к количеству новых случаев ТБ с положительным мазком по стране на каждый год (число и процент) (ТБ-1)
	Своевременное выявление и качественное лечение случаев заболевания	<ul style="list-style-type: none"> • Новые случаи ТБ с положительным мазком, которые успешно прошли лечение, из числа новых случаев ТБ с положительным мазком, зарегистрированных за определенный период времени (число и процент) (ТБ-3) • Население, охваченное ДОТС (число и процент) (ТБ-2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Новые случаи ТБ с положительным мазком, которые успешно прошли лечение, из числа новых случаев ТБ с положительным мазком, зарегистрированных за определенный период времени (число и процент) (ТБ-3) • См. дополнительные показатели результатов в таблице 11
	ПТБ	<ul style="list-style-type: none"> • Число случаев заболевания ТБ, направленных на повторный курс лечения, среди случаев ТБ, установленных как случаи ПТБ за определенный период времени (число и процент) • Пациенты с ТБ, которые проходят тестирование на чувствительность к лекарствам, включая случаи ПТБ за определенный период времени (число и процент) 	
	ГЧС (Сочетание государственного и частного секторов)	<ul style="list-style-type: none"> • Число случаев ТБ с положительным мазком, проведенных реализаторами ненациональных программ ТБ, среди всех диагностированных случаев ТБ за определенный период времени (число и процент) в области вмешательства • Отчитывающиеся подразделения (такие как районы), которые применяли стратегию ГЧС (число и процент) • Подразделения здравоохранения (клиники, больницы, учреждения) вне национальной программы ТБ (НПТБ), которые принимают участие в некоторых аспектах реализации ДОТС (направления, диагностика, лечение, отчеты о случаях заболевания), из числа всех ненациональных подразделений (число и процент) в области вмешательства 	

	Сфера оказания услуг	Показатели результатов	Примеры показателей промежуточных результатов
Совместная деятельность по ТБ/ВИЧ	Усиленное выявление случаев заболевания среди ЛЖВС	<ul style="list-style-type: none"> ЛЖВС, проходящие тестирование и консультирование по ВИЧ или получающие лечение от ВИЧ-инфекции и услуги по уходу, которые проверялись на симптомы ТБ (число и процент)* (ТБ/ВИЧ 1) 	
	Профилактика ТБ у ЛЖВС	<ul style="list-style-type: none"> Недавно продиагностированные ВИЧ-инфицированные, которые прошли лечение от латентного ТБ (число и процент) (ТБ/ВИЧ 3) 	
	Профилактика ВИЧ у больных ТБ	<ul style="list-style-type: none"> Зарегистрированные больные ТБ, которые проходят тестирование и консультирование по ВИЧ (число и процент)** (ТБ/ВИЧ 4) 	
	Профилактика оппортунистических инфекций у ЛЖВС с ТБ	<ul style="list-style-type: none"> ВИЧ-инфицированные, больные ТБ, которые проходят профилактическое лечение котримоксазолом (число и процент) (ТБ/ВИЧ 6) 	
	Уход и поддержка ВИЧ инфицированных с ТБ	<ul style="list-style-type: none"> ВИЧ-инфицированные, больные ТБ, получающие услуги по уходу и поддержке на протяжении лечения ТБ (число и процент) (ТБ/ВИЧ 7) 	
	Обеспечение антиретровирусного лечения больным ТБ во время лечения ТБ	<ul style="list-style-type: none"> Зарегистрированные больные ТБ с ВИЧ-инфекцией, которые начали или проходят АРВ во время или по окончании лечения ТБ (число и процент) (ТБ/ВИЧ 8) 	
Атмосфера поддержки	Лаборатории	<ul style="list-style-type: none"> Учреждения, где проводится микроскопия ТБ, охватывающие население в рекомендованных пределах, из числа всех учреждений, проводящих микроскопию (число и процент) Учреждения, проводящие микроскопию ТБ, где доступна перепроверка результатов за определенный период времени, из числа всех учреждений, проводящих микроскопию (число и процент) 	
	Кадровые ресурсы	<ul style="list-style-type: none"> Учреждения, где проводится микроскопия ТБ, с минимум одним лаборантом, прошедшим обучение по обнаружению кислостойких бацилл (КСБ) за последние три года, из числа всех учреждений, проводящих микроскопию (число и процент) Учреждения, где проводится микроскопия ТБ, с минимум одним специалистом, прошедшим обучение по определению и лечению ТБ за последние три года, из числа всех учреждений проводящих микроскопию (число и процент) Учреждения с достаточным персоналом на каждом уровне для обеспечения реализации ДОТС (число и процент) 	
	Общественный уход за больными туберкулезом (ОУТБ)	<ul style="list-style-type: none"> Отчитывающиеся подразделения, осуществляющие деятельность ОУТБ, из числа всех отчитывающихся подразделений (число и процент) 	<ul style="list-style-type: none"> Уровень успешности лечения новых случаев ТБ с положительным мазком в сферах осуществления ОУТБ (по отношению к уровню успешности лечения в других местах)
<p>* В отчет должно быть включено число диагностированных новых случаев ТБ (ТБ/ВИЧ 2).</p> <p>** Для этого показателя необходимо также указать в отчете число больных ТБ, у которых обнаружили ВИЧ-инфекцию (ТБ/ВИЧ 5).</p>			

Следующая таблица представляет показатели эффекта и результатов по ТБ для использования в отчетах по программам ТБ.

Таблица 11: Избранные показатели эффекта и результатов по ТБ

	Показатель	Цель	Измерение	Ссылки
Показатели эффекта	Распространенность ТБ. Предполагаемое число всех случаев активного ТБ на 100,000 населения в определенный период времени.	Уменьшение распространения вдвое к 2015 году, по сравнению с 1990 годом	Измеряется специальными исследованиями	Статья в Журнале американской медицинской ассоциации, Глобальный контроль ТБ ВОЗ (в частности страница 54)
	Заблеваемость ТБ. Предполагаемое число случаев заболевания за год на 100,000 населения (может использоваться для определенных подгрупп, например, годовой уровень ТБ в системе мест лишения свободы).		Измеряется специальными исследованиями	Статья в Журнале американской медицинской ассоциации, Глобальный контроль ТБ ВОЗ (в частности страница 54)
	Уровень смертности от ТБ. Предполагаемое число смертей от ТБ (все случаи заболевания) в год на 100,000 населения.	Уменьшение смертности вдвое к 2015 году, по сравнению с 1990 годом	Измеряется специальными исследованиями	Статья в Журнале американской медицинской ассоциации, Глобальный контроль ТБ ВОЗ (в частности страница 54)
Показатели результатов	Выявление случаев. Новые зафиксированные случаи ТБ с положительным мазком (диагностированы и доложены национальному органу здравоохранения) из числа всех новых положительных мазков, предполагаемых каждый год на территории страны (число и процент) (ТБ-1).	70% населения охвачены ДОТС на национальном уровне к 2005 году	Ежегодные отчеты на национальном уровне через систему постоянного контроля за здоровьем ПЛЮС оценочные показатели ВОЗ	Глобальный контроль ТБ ВОЗ и Малое руководство по показателям.
	Успешность лечения. Новые случаи ТБ с положительным мазком, которые проходят лечение успешно, из числа зафиксированных новых случаев ТБ с положительным мазком за определенный период времени. Удачное завершение определяется клиническим успехом с или без бактериологического подтверждения излечения (число и процент) (ТБ-3).	85% населения охвачены ДОТС на национальном уровне для новых случаев ТБ с положительным мазком к 2005 году	Квартальные отчеты, система текущей информации о здоровье. Установленный группой, в идеале для всех типов новых и старых случаев заболевания	Малое руководство по показателям
	Конверсия мазков мокроты. Новые случаи ТБ с положительным мазком, которые становятся негативными в конце начальной стадии лечения, из числа зарегистрированных новых случаев ТБ с положительным мазком в определенный период времени (могут также применяться к разному лечению случаев заболевания) (число и процент) (ТБ-4).	Нет международного планового показателя. В виде помощи (но не вместо) для показателя успешности лечения, см. выше, 85% - это, тем не менее, общий плановый показатель	Квартальные отчеты, система постоянной информации о здоровье	Малое руководство по показателям

Общие ресурсы

- Команда по мониторингу и оценке туберкулеза Отдела “Остановить туберкулез” Всемирной организации здравоохранения: создание потенциала на уровне стран для мониторинга, оценки и основанного на фактических данных планирования, проведения глобального надзора за эпидемиологическими и финансовыми тенденциями в борьбе с ТБ.
- Рабочие группы Партнерства “Остановить туберкулез”: такие оперативные рабочие группы обеспечивают целенаправленность скоординированных действий, а также мониторинг поддержки и оценку деятельности на уровне стран, связанной с:
 - распространением ДOTS, включая подгруппы по лабораториям и сочетанию государственного и частного секторов и детский ТБ;
 - ТБ/ВИЧ;
 - ДOTS Плюс для ПТБ;
 - пропагандой, распространением информации и социальной мобилизацией;
 - Глобальной рабочей группой по показателям – партнерство между Всемирной организацией здравоохранения, Всемирным банком, Центрами профилактики и контроля заболеваемости, Международным союзом борьбы с туберкулезом и болезнями легких (Союз), Королевской голландской ассоциацией борьбы с туберкулезом (KNCV), Агентством международного развития США (ЮСЭЙД) и Measure. Контактная информация: cvincent@usaid.gov.

Техническая помощь

- Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких (Союз): www.iuatld.org
- Королевская голландская ассоциация борьбы с туберкулезом (KNCV): www.tuberculose.nl
- Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США: <http://www.cdc.gov> (tbinfo@cdc.gov)
- Всемирная организация здравоохранения: <http://www.who.int/tb/en> (dyec@who.int)
- Всемирный банк: www.worldbank.org (hsawert@worldbank.org)

Программное обеспечение

Существует различное программное обеспечение в помощь программам по борьбе с ТБ, позволяющее управлять регулярно собираемыми данными и анализировать их.

Системы для управления регулярно собираемыми электронными данными на пациентов имеются в ВОЗ EMR (baghdadis@emro.who.int), в ЦКЗ США (csw2@cdc.gov), и в ВОЗ Женева (bleedd@who.int).

Системы управления регулярно собираемыми среднестатистическими данными (например, квартальными отчетами о зарегистрированных случаях заболеваний, результатами лечения, и т.д.) имеются в ВОЗ SEAR (choudhurah@searo.who.int) и в ВОЗ Женева (hosseinism@who.int).

Для отображения данных, полученных из перечисленных выше систем, может использоваться программа WHO HealthMapper. (http://www.who.int/health_mapping/tools/healthmapper/en/csr/mapping/tools/healthmapper/healthmapper/en/).

Вдобавок к этому, существует EpiData — программа, которая может быть полезной при быстрой разработке анкеты и механизма ввода информации при нерегулярном сборе информации <http://www.epidata.dk>.

Руководства и основные ссылки

Глобальная борьба с туберкулезом: Surveillance, Planning, Financing. (Исследование, планирование, финансирование. Отчет ВОЗ 2005 года. Женева, Всемирная организация здравоохранения (WHO/HTM/TB/2005.349).

<http://www.who.int/gtb/publications/globrep/index.html>

Малое руководство по показателям для мониторинга и оценки национальных программ борьбы с туберкулезом, Всемирная организация здравоохранения, Женева. (WHO/HTM/TB/2004.344).

Всемирная организация здравоохранения (2002 г.). An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control (Расширенные рамки ДОТС для эффективной борьбы с туберкулезом).
<http://www.who.int/gtb/publications/dots/pdf/TB.2002.297.pdf>tb/dots/framework/en/index.html

Всемирная организация здравоохранения (2003). Management of Tuberculosis Training for health facility staff. (Обучение персонала медучреждений ведению случаев туберкулеза).
http://www.who.int/tb/publications/who_cds_tb_2003_314/en/index.html

Всемирная организация здравоохранения (1998 г.). Laboratory services in tuberculosis control (Лабораторные службы по борьбе с туберкулезом).
[http://whqlibdocs.who.int/hq/1998/WHO_TB_98.258_\(part1\).pdf](http://whqlibdocs.who.int/hq/1998/WHO_TB_98.258_(part1).pdf)

Всемирная организация здравоохранения: Guidelines on implementing Public-Private Mix for DOTS: engaging all health care providers to improve access, equity and quality of care in TB control (Руководящие принципы реализации сочетания государственного и частного секторов).
<http://www.who.int/gtb/publications/whodoctb/dots/ppm/en/index.html>

Всемирная организация здравоохранения (2001 г.). The Use of Indicators for communicable disease control at district level (Использование показателей для борьбы с инфекционными болезнями на районном уровне).
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_TB_2001.289.pdf

Всемирная организация здравоохранения (2001 г.). Good practice in legislation and regulations for TB control: An indicator of political will (Надлежащая практика в областях законодательства и регулирования для борьбы с ТБ: Показатель политической воли).
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_TB2001.290.pdf

Christopher Dye, DPhil; Catherine J. Watt, DPhil; Daniel M. Bleed, MD; S. Mehran Hosseini, MD; Mario C. Raviglione, MD. Evolution of Tuberculosis Control and Prospects for Reducing Tuberculosis Incidence, Prevalence, and Deaths Globally. (Эволюция борьбы с туберкулезом и понижение уровня заболеваемости, распространенности и смертности на глобальном уровне) JAMA 2005; 293: 2767-2775.

Структура планирования. <http://www.who.int/entity/tb/dots/framework/en/index.html>

Развитие кадровых ресурсов.

Услуги лабораторий.

Исследования и контроль лекарственной устойчивости ПТБ.

Услуги сочетания государственного и частных секторов.

Защита, распространение информации и социальная мобилизация.

Общественный уход за больными туберкулезом.

Планирование и разработка бюджета.

Страновой координационный комитет.

VIII. ТБ/ВИЧ

До недавнего времени ТБ/ВИЧ рассматривался как отдельный компонент в заявках в Глобальный фонд. Теперь же ТБ/ВИЧ внесен в оба компонента – и в ТБ, и в ВИЧ – из-за тесного взаимодействия этих двух заболеваний и возможных преимуществ, к которым приведет совместная работа программ по борьбе с ТБ и ВИЧ, нацеленная на борьбу с эпидемиями ТБ и ВИЧ. В принципах 5 раунда подачи заявок в Глобальный фонд рекомендуется, чтобы “в ситуациях, когда ВИЧ/СПИД способствует распространению эпидемии туберкулеза, компоненты, посвященные ВИЧ/СПИДу, должны включать совместные мероприятия по борьбе в туберкулезом/ВИЧ”, а “в ситуациях, когда ВИЧ/СПИД способствует распространению эпидемии туберкулеза, компоненты, посвященные туберкулезу, должны включать совместные мероприятия по борьбе с туберкулезом/ВИЧ” (*Принципы подготовки предложений в Глобальный фонд*). Мероприятия по ТБ/ВИЧ могут, таким образом, быть компонентами борьбы с ТБ или борьбы с ВИЧ, или с обоими. По этой причине, основные показатели мониторинга и оценки совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ должны быть представлены в обоих разделах, и ТБ, и ВИЧ, этого методологического руководства.

Мониторинг и оценка совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ могут быть значительно сложнее, чем другие программные мероприятия, потому что информация должна передаваться из одной программы в другую. Вмешательство с целью уменьшения бремени ТБ (например, проверка на ТБ среди ЛЖВС) должно быть учтено в программе по борьбе с ВИЧ, а вмешательство с целью уменьшения бремени ВИЧ должно быть учтено в программе по борьбе с ТБ (например, процент ВИЧ-позитивных больных ТБ, проходящих АРВ, и зараженных ВИЧ). Программы по борьбе с ТБ и СПИДом должны будут сотрудничать при сборе, анализе, отчетности по данным относительно мероприятий по ТБ/ВИЧ. Большинство показателей будут постоянно вноситься в журналы по уходу и лечению ТБ или ВИЧ на уровне учреждения или районном уровне и отчет по ним будет предоставляться ежеквартально. Департамент по борьбе с ВИЧ при ВОЗ выпустил руководящие принципы по формам ведения записей и отчетов, необходимых для мониторинга и оценки ухода за ВИЧ-инфицированными, АРВ в том числе, в которых описаны данные, необходимые для отчета по рекомендуемым показателям по ТБ/ВИЧ. Департамент Stop TB (Остановим ТБ) при ВОЗ проверяет существующие формы записи и отчетов по ТБ, чтобы обеспечить возможность передачи с их помощью всей информации, необходимой для мониторинга и оценки мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ.

Сводная таблица показателей по ТБ/ВИЧ находится в соответствующих разделах ТБ и ВИЧ под совместными мероприятиями по ТБ/ВИЧ в таблицах 7 и 10 соответственно.

Основные ресурсы

- Рабочие группы Партнерства “Остановить туберкулез”: три оперативные рабочие группы обеспечивают целенаправленность скоординированных действий, а также мониторинг поддержки и оценку деятельности на уровне стран, связанной:
 - с расширением ДOTS, включая подгруппы по лабораториям и сочетанию государственного и частного секторов;
 - с ТБ/ВИЧ;
 - с ПТБ.

Информация и контакты: <http://www.stoptb.org> или info@stoptb.org

- Глобальная рабочая группа по показателям - партнерство между Всемирной организацией здравоохранения, Всемирным банком, Центром контроля заболеваемости и профилактики США, Международным союзом борьбы с туберкулезом и болезнями легких (IUATLD), Королевской голландской ассоциацией борьбы с туберкулезом (KNCV), Агентством США по международному развитию (AMР США) и “Measure”.

Контакт: cvincent@usaid.gov

Техническая помощь

- Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких (Союз): <http://www.iatld.org>
- Королевская голландская ассоциация борьбы с туберкулезом (KNCV): <http://www.tuberculose.nl>
- Центры по контролю за заболеваниями и профилактике США: <http://www.cdc.gov>
- Всемирная организация здравоохранения: <http://www.who.int/en> (dyec@who.int)
- Всемирный банк: <http://www.worldbank.org> (hsawert@worldbank.org)

Руководства и основные ссылки

Всемирная организация здравоохранения (2004): World Health Organization. Interim policy on collaborative TB/HIV activities. (Временная политика по совместным мероприятиям по борьбе с ВИЧ/СПИДом). Женева, ВОЗ, 2004 (WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1)
http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330.pdf

Всемирная организация здравоохранения (2004): World Health Organization (2004). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (Руководство по мониторингу и оценке совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ) (WHO/HTM/TB/2004.342)
http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.342.pdf

Всемирная организация здравоохранения (2003): World Health Organization (2003). Guidelines for implementing collaborative TB and HIV program activities (Руководящие принципы реализации совместных мероприятий программ по борьбе с ТБ и ВИЧ).
http://www.who.int/docstore/gtb/publications/tb_hiv/2003_319/tbhiv_guidelines.pdf

Всемирная организация здравоохранения (2004): Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluating National Tuberculosis Programmes. (Малое руководство по показателям для мониторинга и оценки национальных программ по борьбе с туберкулезом). Женева ВОЗ (WHO/HTM/TB/2004.344)
<http://www.who.int/tb/publications/2004/en/index.html>

Всемирная организация здравоохранения (2005): World Health Organization (2005). Interim Patient Monitoring Guidelines for HIV care and ARV (Временные руководящие принципы мониторинга ухода за ВИЧ инфицированным пациентом и АРВ).
http://www.who.int/tb/publications/2004/en/index.htm#tbhiv_interim_policy/en/index.html

IX. Малярия

Настоящий раздел методологического руководства содержит общие основные положения для мониторинга и оценки мероприятий и областей оказания услуг в рамках программ по борьбе с малярией. В блоке 1 представлены основные цели и задачи борьбы с малярией, согласованные на международном уровне.

Блок 1: Основные цели и задачи борьбы с малярией

План Глобального партнерства ОМВ (“Обратим вспять малярию”)

- В два раза сократить смертность, связанную с малярией, до 2010 года, и еще раз до 2015 года.

Цели развития тысячелетия

Задача 8: к 2015 году остановить и начать снижать уровень заболеваемости малярией и другими основными заболеваниями.

Показатель 21. Распространенность и уровень смертности, связанной с малярией (ВОЗ).

Показатель 22. Соотношение населения в регионах повышенного малярийного риска, пользующегося эффективной профилактикой малярии и механизмами лечения (ЮНИСЕФ/ВОЗ).

Цели охвата населения, установленные на африканском саммите “Обратим вспять малярию”, проходившего в г. Абуджа

Апрель 2000 (8), к 2005 году:

- Минимум 60% населения, страдающего от малярии, должны иметь доступ и пользоваться правильным, доступным и адекватным лечением в течении 24 часов после появления симптомов заболевания.
- Минимум 60% населения, подверженного риску заболеть малярией, в частности беременные женщины и дети до 5 лет, должны пользоваться соответствующими личными и общественными мерами профилактики, такими как СОИ.
- Минимум 60% беременных женщин, подверженных риску заболеть малярией, особенно на ранних стадиях беременности, должны получать ППЛ.

Всемирная ассамблея здравоохранения 2005 года

Разработать национальную политику и планы действий для обеспечения того, чтобы к 2010 году 80% населения, подверженного риску заболеть малярией или болеющего ею, могли пользоваться основными превентивными лечебными мерами в соответствии с техническими рекомендациями ВОЗ с тем, чтобы обеспечить снижение уровня бремени малярии минимум на 50% к 2010 году и на 75% — к 2015 году.

Этот раздел также содержит обзор показателей, которые используются для мониторинга и оценки профилактики малярии и мероприятий по борьбе с малярией, информацию по данным, которые уже собираются, а также потенциальные источники высококачественных данных по показателю и избранные вопросы, относящиеся к анализу имеющихся данных. Учитывая различия в эпидемиологии малярии, стратегии воздействия и схеме и качестве СИУЗ, соответствующие показатели “Обратим вспять малярию” (ОМВ) так же в некоторой степени отличаются друг от друга в зависимости от региона. Основные отличия наблюдаются между регионами, где малярия – эндемическое заболевание и где передача является стабильной, что представлено в большей части стран Африки, расположенных к югу от Сахары, и нескольких регионах со схожей окружающей средой в других частях мира, например в Папуа-Новой Гвинее, и остальными частями мира, подверженными риску малярии, где передача малярии нестабильна и является более очаговой по своей природе. Таким образом, приемлемость показателей, относящихся к профилактике в конкретных условиях, зависит от того, является ли вмешательство частью местной политики по борьбе с малярией (таблицы 12 и 13). Показатели, касающиеся лечения, применимы при любых параметрах эндемичности малярии; однако, основные группы населения, на которые направлено лечение, могут отличаться в зависимости от местного характера бремени заболевания.

Изменения по сравнению с первым изданием методологического руководства. Используется та же система измерений. Были внесены следующие дополнения: добавлена СОУ по атмосфере поддержки, включая обучение и мониторинг сопротивляемости инсектицидам. Могут использоваться СОУ, представленные в первом издании, но в этой версии предлагается дополнительное уточнение. Предлагаются улучшенные методы эффекта и измерений.

Таблица 12: Избранные программные показатели по малярии

	Сфера оказания услуг	Промежуточный результат	Примеры показателей промежуточного/конечного результата
Профилактика	Сетки, обработанные инсектицидами (СОИ)	<ul style="list-style-type: none"> • СОИ (включая комплекты для повторной обработки), розданные населению (число) (МАЛЯРИЯ-ПП 1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Семьи, имеющие минимум одну СОИ (процент) (Малярия-ПП 2) • Дети до 5 лет, которые предыдущую ночь спали под СОИ (процент) (Малярия-ПП 3)
	Профилактика малярия во время беременности	<ul style="list-style-type: none"> • СОИ (включая комплекты для повторной обработки), розданные беременным женщинам (число) • Беременные женщины, получающие правильное ППЛ (число). 	<ul style="list-style-type: none"> • Беременные женщины, которые спали под СОИ предыдущую ночь (процент) (Малярия-ПП 4) • Беременные женщины в стабильно эндемических регионах, получающие периодическое профилактическое лечение (ППЛ) (процент) (Малярия-ПП 5)
	Векторный контроль (кроме СОИ)	<ul style="list-style-type: none"> • Географические районы (области, регионы и т.д.), где применяются методы EBY * (число) (Малярия-ПП 8) • Объемы инсектицида, использованного для опрыскивания помещений, выделенного на каждый отдельный дом 	<ul style="list-style-type: none"> • Дома в подверженных риску передачи малярии зонах, обработанные инсектицидами за последние 12 месяцев, в виде пропорции от намеченного числа домов (процент) (Малярия-ПП 6)
	Информационные программы в общинах РИПИ *	<ul style="list-style-type: none"> • Люди, охваченные информационными программами РИПИ (может быть для определенных групп) (число и процент) 	<ul style="list-style-type: none"> • Число и процент людей (может быть для определенных групп), которые знают причину, симптомы, профилактические мероприятия и лечение малярии
Лечение	Быстрое и эффективное лечение малярии	<ul style="list-style-type: none"> • Люди, получающие лечение от малярии (согласно национальной политике) (число) • Медицинские учреждения, которые ни разу не докладывали об отсутствии в течение более чем 1 недели национально-рекомендованных противомалярийных препаратов, за последние три месяца (процент) (Малярия-ПЛ 3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Дети в возрасте до 5 лет (и других целевых групп) с высокой температурой, которые получили противомалярийное лечение согласно национальной политике в течение 24 часов с момента начала горячки (процент) (Малярия-ПЛ 2) • Пациенты, поступившие с тяжелой формой малярии, проходящие надлежащий курс лечения в лечебных учреждениях (процент) (Малярия-ПЛ 4)
	Наблюдение малярии в домашних условиях*	<ul style="list-style-type: none"> • Люди, которым предоставлено лечение малярии на дому (может быть для конкретных групп) (число) 	<ul style="list-style-type: none"> • Дети в возрасте до 5 лет (и других целевых групп) с высокой температурой, которые получили противомалярийное лечение на дому в течение 24 часов с момента начала горячки (процент)



	Сфера оказания услуг	Промежуточный результат	Примеры показателей промежуточного/конечного результата
Атмосфера поддержки	Диагностика	<ul style="list-style-type: none"> Использованные слайды для микроскопии (число) Взятые срочные диагностические анализы (СДА) (число) 	<ul style="list-style-type: none"> Процентное соотношение лабораторно подтвержденных случаев заболевания малярией Процентное соотношение медицинских учреждений с оборудованием для диагностики малярии
	Контроль резистентности препаратам	<ul style="list-style-type: none"> Контрольные пункты для мониторинга резистентности к противомалярийным препаратам (число) Исследования эффективности препаратов, проведенные согласно протоколу ВОЗ (число) 	
	Контроль резистентности к инсектицидным препаратам	<ul style="list-style-type: none"> Контрольные пункты для мониторинга резистентности к инсектицидным препаратам (число) 	
	Развитие сотрудничества и партнерства (национальное, общинное, государственное)*	<ul style="list-style-type: none"> Привлеченные организации/партнерства (число) Общественные группы, занимающиеся малярией (число) 	

* Эти показатели сфер оказания услуг включены вследствие их частого применения для грантов Глобального фонда.

В приведенной выше таблице представлены программные результаты по программам борьбы с малярией, относящиеся к наиболее важным стратегиям профилактики, лечения и атмосфере поддержки. В следующей таблице представлены самые существенные показатели результатов и эффекта в эндемических регионах и регионах, где передача малярии нестабильна, а также источники информации (чтобы измерить содействие программ в оказании воздействия на здоровье населения).

Таблица 13. Примеры целесообразных показателей эффекта и результата по программе “Обратим вспять малярию”, по типу эндемичности малярии

	Показатель	Высоко-эпидемиологическая малярия	Нестабильная* малярия	Измерения	Комментарии	
Показатели эффекта	Смертность, связанная с малярией: смертность по разным причинам детей до 5 лет в высоко эндемических регионах (МАЛЯРИЯ-ПЭ 1)	✓		Ретроспектива, в идеале использование национальных исследований каждые 5 лет (ДМСИ, ИГМП, ИПМ)	Должен рассматриваться наряду с направлениями в охвате мерами. Демонстрация эффекта может откладываться до 5 лет, потому что уровень смертности в отчете отображает средний уровень в течение 5 лет, предшествующих исследованию.	
	Заболееваемость клиническими случаями малярии (по оценкам и/или отчетам) (МАЛЯРИЯ-ПЭ 2)	✓	✓	Модель эпидемиологической оценки и/или случаи в СИЗ, скорректированные для полноты отчетности СИЗ	Эпидемиологическая модель использует распространенность местной паразитарной инфекции и охват СОИ и ОПИОД в качестве вводимых параметров, которые определяют тенденции во времени.	
	Распространенность малокровия среди детей до 5 лет	✓		Исследования общин каждые 2-3 года (ДМСИ, ИГМП, ИПМ)	Уровень гемоглобина ниже 11 г/дл или 8 г/дл. Эффект будет замечен в течение 2-3 лет.	
	Распространенность паразитов малярийной инфекции (МАЛЯРИЯ-ПЭ 3)	✓	✓	Межсекторный, желательно измеряемый каждые 2-3 года, с применением исследований домашних условий (ИОПМ или подобное исследование)	Должен рассматриваться в период передачи, эффект будет замечен через 1-2 года.	
	Лабораторно подтвержденные случаи заболевания малярией, зафиксированные в медицинских центрах			✓	Продолжительные и немедленные с использованием информационных систем здравоохранения (СИЗ)	Анализ должен проводиться параллельно с регулярно обновляемыми оценками полноты отчетов СИЗ.
	Лабораторно подтвержденные случаи смерти от малярии, зафиксированные в медицинских центрах			✓		
	Количество смертных случаев от малярии в пунктах демографического надзора	✓		✓	Продолжительные и немедленные	Обозреваемая тенденция может недооценивать реальный эффект из-за ограниченной чувствительности и особенностей вербальной аутопсии.



	Показатель	Высоко-эпидемиологическая малярия	Нестабильная* малярия	Измерения	Комментарии
Outcome Indicators	% детей до 5 лет (и других целевых групп) с малярией/горячкой, получающих надлежащее лечение в течение 24 часов (специальное/медицинское учреждение)	✓	✓	Исследования общин	
	% детей до 5 лет (и других целевых групп) с неосложненной формой малярии, получивших правильное лечение в медицинских учреждениях	✓	✓	Исследование медицинских учреждений	
	% детей до 5 лет (и других целевых групп) с тяжелой формой малярии, получивших правильное лечение в медицинских учреждениях	✓	✓	Исследование медицинских учреждений	
	% детей до 5 лет, которые спят под СОИ	✓	✓	Исследования общин	
	% семей с минимум одной СОИ	✓	✓	Исследования общин	
	% беременных женщин (и других целевых групп), спящих под СОИ	✓	✓	Исследования общин	
	% беременных женщин, проходящих периодическое профилактическое лечение (ППЛ) согласно национальной политике	✓		Исследования общин и/или постоянные СИЗ	
	% домов в регионах распространения малярии, защищенных ОПИОД			✓	НПБМ или исследования общин

* Установки: малярия чрезвычайно эндемична в большинстве стран Центральной, Восточной и Западной Африки; малярия более нестабильна и является очаговой в Южной Африке, в засушливых частях Африки, в регионах Эфиопских и Эритрейских хребтов и в большинстве регионов вне Африки. (Источник: Отчет по малярии в мире, 2005 год) – ✓ = ДА

Детальное описание всех описанных выше показателей представлено в Приложении D. Необходимо помнить, что показатели, представленные выше и в приложении, не являются всеобъемлющими, и читатели должны обращаться к отдельным руководствам для получения более полного списка основных и дополнительных показателей в этой области.

Мониторинг эффекта на заболевание

Смертность

Первостепенным показателем воздействия, по которому необходимо проводить мониторинг в условиях высокой эндемичности малярии, включая все африканские страны южнее Сахары (АСЮС), является смертность от всех причин детей до 5 лет. Лучше всего этот показатель измеряется национальными исследованиями семей, таких как демографические и медико-санитарные исследования (ДМСИ) и исследование по определению групп множественных показателей (ИГМП), в дополнение к данным национальной переписи населения. Отчет по смертности должен быть представлен вместе с охватом мер по малярии, в частности использованием сеток, обработанных инсектицидами (СОИ), охват быстрым и эффективным противомаларийным лечением детей до 5 лет, прохождением периодического профилактического лечения (ППЛ) беременными женщинами. Эти показатели охвата измеряются теми же исследованиями. Временные рамки при охвате смертности по всем причинам и воздействиям могут использоваться, чтобы смоделировать тенденцию смертности, связанной с малярией, (и заболеваемости) среди детей до 5 лет.

В условиях высокой эндемичности невозможно проводить регулярный мониторинг смертности от малярии, так как ее уровень сложно измерить. Симптомы и признаки (такие как анемия) не специфичны и не чувствительны, что делает аутопсию и вербальную аутопсию неточными; большое количество смертей, особенно среди детей, может быть связано с протеканием малярии одновременно с другими распространенными детскими заболеваниями, а не просто относиться прямо и исключительно к малярии. Более того, большинство смертей случается не в больницах и не учитывается при постоянном сборе данных в национальной информационной системе здравоохранения, (ИСЗ) и маловероятно, что подобные случаи будут учтены в демографических регистрационных системах, которые часто бывают неполными.

В условиях меньшей эндемичности малярии, вне АСЮС, демографические данные и записи медицинских учреждений предоставляют надежную информацию о смертности от малярии, и если не совсем полную, то по крайней мере обоснованную как показатель общей тенденции.

Заболеваемость

В АСЮС польза ведения учета случаев заболевания малярией в СИУЗ как способа измерения бремени заболевания с течением времени очень ограничена. С одной стороны, только незначительная часть случаев заболевания малярией достигает официальных систем здравоохранения, вызывая таким образом значительную недоотчетность. С другой стороны, предположительный диагноз в клинике может привести к переотчетности, в то время как высокое распространение асимптоматической паразитемии уменьшает потенциальную пользу от подтверждающих паразитологических анализов. Другими значимыми показателями заболеваемости, связанной с малярией, являются детская анемия и инфицирование. Стандартный метод оценки случаев заболевания малярией был разработан для применения на уровне страны для получения данных по заболеваемости малярией в стране. (http://rbm.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/docs/incidence_estimations2.pdf).

В некоторых регионах за пределами АСЮС, с хорошим качеством и хорошим доступом к услугам здравоохранения, случаи заболевания малярией, зафиксированные в ИСЗ, могут указывать на временные тенденции заболеваемости малярией при условии, что полнота отчетов стабильна с течением времени. Однако, нигде в мире случаи заболевания малярией и смертности от малярии, внесенные в ИСЗ, не раскрывают в полной мере полное бремя заболеваемости малярией и смертности от нее.

Исследования, направленные на измерение показателей малярии

Самое большое бремя малярии и самая большая необходимость профилактики и лечения предстают в труднодоступной сельской местности, где с заболеванием обычно справляются в домашних условиях, а не в официальных медучреждениях. Вдобавок к этому, многие люди не получают СОИ для защиты от малярии в учреждениях, оказывающих здравоохранительные услуги, и пациенты, больные малярией, которых можно увидеть в учреждениях здравоохранения могут не быть представителями групп населения в целом, подвергающихся риску заболевания малярией. По этим причинам, исследования семей – это наиболее подходящий механизм мониторинга охвата подвергающегося риску населения СОИ и необходимым лечением малярии. Существует три основных механизма исследования, подходящих ОВМ:

Демографические и медико-санитарные исследования (ДМСИ)⁵ и Исследования по определению групп множественных показателей (ИГМП)⁶. Репрезентативные на уровне страны исследования среди 4000 до 12000 женщин в возрасте 15-49 лет, живущих в семьях, отобранных для выборки в виде многоступенчатой группы. Проводятся во многих развивающихся странах каждые 5 лет. Поскольку анкеты стандартизированы и структурированы, результаты можно сравнивать и между странами, и во времени. Измеряемые показатели включают случаи смертности от любых причин среди детей до 5 лет, наличие и использование СОИ детьми до 5 лет и беременными женщинами, применение противомалярийного лечения для лечения горячки у детей до 5 лет, прохождение периодического профилактического лечения беременными женщинами. Последние ДМСИ также измеряют распространенность анемии у детей до 5 лет. Результаты доступны бесплатно в Интернете.

Исследование показателей по малярии (ИПМ):

Для дополнения стандартизованных способов сбора данных, представленных ДМСИ и ИГМП, в 2004 году ОВМ-СГМО совместно с MACRO International разработали исследование показателей по малярии (ИПМ), которое можно использовать на национальном и субнациональном уровнях. Объем выборки, предлагаемой для ИПМ, меньше чем в ДМСИ и ИГМП, потому что основное использование ИПМ состоит в мониторинге охвата мер, а не детской смертности. ИПМ, таким образом, будет значительно дешевле, чем ДМСИ и ИГМП, а также в случае необходимости его можно проводить на субнациональном уровне. ИПМ может использоваться для разработки исследований по малярии в странах, где не проводятся никакие исследования, либо для заполнения пробелов между последующими ДМСИ или ИГМП для ускорения определения прогресса.

Для оперативных исследований и ДМСИ, и ИГМП проводятся в периоды засухи, и поэтому не приходится на пик периода передачи малярии. ИПМ, напротив, можно планировать на период пика передачи малярии и комбинировать с измерениями гемоглобина и распространенности паразитов в регионах, где это считается подходящими показателями бремени/влияния малярии. Страны могут получить полный пакет ИПМ (включая вопросники, учебные материалы, руководство по сбору образцов и их объемам с расчетом затрат, планами анализа) в печатном виде, на компакт-диске и через Интернет (<http://rbm.who.int/merg>, раздел Survey and Indicator Guidance Task Force).

Имеется также сокращенная версия ИПМ, называемая “упрощенный модуль малярии”, со стандартными вопросами по охвату мерами по борьбе с малярией, который можно добавить к другим запланированным исследованиям семей.

Вопросы, связанные с интерпретацией имеющихся данных по мониторингу малярии

В ниже приведенной таблице перечислены некоторые важные ограничения, касающиеся пригодности данных и толкования данных, связанных с МиО по малярии, представленных в этом отчете. Основываясь на этих ограничениях, следует улучшить координацию между мониторингом и оценкой заинтересованных сторон и способностью собирать стандартизованные, качественные данные.

⁵ ДМСИ организованы MACRO International, Calverton, MD, USA и финансируются в первую очередь Агентством по международному развитию США (AMP США) (<http://www.measuredhs.com>).

⁶ Исследования групп множественных показателей (ИГМП) организовываются и поддерживаются ЮНИСЕФ (<http://www.childinfo.org>).

Таблица 14: Избранные вопросы, связанные с толкованием имеющихся данных по мониторингу малярии

Сфера	Имеющиеся данные	Ограничения	Рекомендации
Бремя и эффект	Отчеты о случаях и смертности из ИСЗ или интегрированного эпиднадзора и ответных мер по заболеванию	<ul style="list-style-type: none"> Национальные суммарные данные могут не покрывать все регионы и все месяцы года. Полнота отчетов отличается в зависимости от времени или страны. Бремя в медучреждениях часто не охватывает общего бремени населения в целом (особенно в Африке). 	<ul style="list-style-type: none"> Кроме абсолютного числа случаев заболевания и смертей, африканские государства должны обратить внимание на отчеты по процентному соотношению визитов амбулаторных больных, приему больных в стационар, и смертности пациентов в больнице, по причине малярии, полученные из точек эпиднадзора по ИПМ в самых эндемических районах. Страны должны регулярно (например каждые 2 года) оценивать полноту отчетов по ИПМ.
	Общая детская смертность (в Африке) по данным ДМСИ и ИГМП	<ul style="list-style-type: none"> Не вызванная малярией. Данные о смертности, представленные исследованиями учетных записей о рождаемости, отражают ситуацию в среднем за 2,5 года до проведения исследования, что замедляет определение эффекта мер. 	<ul style="list-style-type: none"> Добавить анализы на анемию и распространенность паразитов в исследование общин. Проводить регулярные исследования (например, каждые 2 года) по этим остро реагирующим показателям.
Охват СОИ	ДМСИ, ИГМП и другие исследования семей	<ul style="list-style-type: none"> Не все страны охвачены. ДМСИ и ИГМП проводятся лишь раз в 5 лет, поэтому имеющиеся данные в среднем устарели на три года. В странах, где только часть населения подвержена риску передачи малярии, охват исследования всего населения страны может недооценить эффективность охвата населения, подверженного риску. 	<ul style="list-style-type: none"> Проводить дополнительные ИПМ в промежутке между ДМСИ и ИГМП, и где ДМСИ и ИГМП не проводятся. В районах нестабильного или очагового риска передачи малярии, следует в первую очередь включать в выборку очаговые регионы, подверженные риску малярии.
Охват противомаларийным лечением	ДМСИ, ИГМП и другие исследования семей	<ul style="list-style-type: none"> Использование детей до 5 лет с повышенной температурой в качестве знаменателя не подходит вне пределов Африки, где все группы населения подвержены одинаковому риску передачи малярии, и где меньшее число лихорадок вызвано малярией. Охвачены не все страны. ДМСИ и ИГМП проводятся лишь раз в 5 лет, поэтому имеющиеся данные в среднем устарели на три года. 	<ul style="list-style-type: none"> Используйте вопросник, рекомендованный в пакете ИПМ. За пределами Африки следует рассмотреть использование в качестве знаменателя для исследований случаев малярии, о которых заявили сами пациенты, а не случаи повышенной температуры. ИПМ следует проводить в промежутке между ДМСИ и ИГМП, а также там, где ДМСИ и ИГМП не проводятся.
Охват ППЛ	ДМСИ, ИГМП и другие исследования семей	<ul style="list-style-type: none"> Не подходит для осуществления измерений в районах, где ППЛ еще не проводится, и в те годы, когда она еще не проводилась. 	<ul style="list-style-type: none"> Следует включить в отчет ИПМ и проводить исследования медучреждений в избранных районах, где ППЛ внедрено.

Сфера	Имеющиеся данные	Ограничения	Рекомендации
Охват и предоставление ОПИОД	Отчеты от стран	<ul style="list-style-type: none"> Отчетность, представляемая в ВОЗ/ВОЗПОВНП, неполная. Определения охвата ОПИОД различные и нечеткие. 	<ul style="list-style-type: none"> Улучшить отчетность, подаваемую в ВОЗ/ВОЗПОВНП о количестве используемых инсектицидов. ВОЗ следует разработать стандартизированные определения для "населения, подверженного риску передачи малярии", "знаменателя для охвата ОПИОД" и "охвата ОПИОД". При подаче отчетов странам следует указывать определение в отчетах по охвату ОПИОД. Необходимо включить вопросы по охвату ОПИОД для проведения исследований семей.
Резистентность к медикаментам	Надзор в пунктах эпиднадзора	<ul style="list-style-type: none"> Каждый год выбираются новые районы, и редко когда выборка производится по одному и тому же району повторно, поэтому трудно делать выводы о тенденциях, имевшихся в разное время, поскольку эти выводы невозможно сделать из-за разницы в местоположении. 	<ul style="list-style-type: none"> Выборка по избранным районам должна проводиться повторно в разные периоды времени. Следует должным образом документировать протоколы исследований. Включать АКЛ в список исследуемых лечений.

Общие ресурсы

В 2003 году была учреждена Справочная группа по мониторингу и оценке (СГМО) для улучшения координации между основными участниками МиО программы Обратим вспять малярию (ОВМ). Основная функция СГМО заключается в том, чтобы выступать в качестве органа, консультирующего Секретариат ОВМ и, следовательно, обеспечивать техническое руководство в отношении мониторинга хода работ по борьбе с малярией. Фактическая работа в области МиО проводится национальными программами по борьбе с малярией при поддержке со стороны межстрановых групп и партнеров ОВМ. Общую информацию о деятельности и подготовленных материалах СГМО можно найти по следующему адресу: <http://rbm.who.int/merg>.

Техническая поддержка и программное обеспечение

Техническая поддержка правительствам предоставляется из разнообразных источников, главным образом, через Справочную группу ОВМ по мониторингу и оценке (СГМО) и штаб-квартиру ВОЗ и ее региональные бюро, а также через межстрановые бюро ОВМ.

Для содействия обмену информацией по мониторингу и оценке малярии, была создана глобальная модерированная почтовая конференция. На нее можно подписаться, отправив электронное сообщение по адресу: malariame@who.int.

Кроме того, посредством более широкого партнерства ОВМ в некоторых странах были созданы группы технической поддержки МиО.

Руководства и важные ссылки

Дополнительную информацию о мониторинге и оценке деятельности по борьбе с малярией можно найти в следующих документах:

Мониторинг и оценка

- WHO/UNICEF. World Malaria Report 2005. May 2005 (ВОЗ/ЮНИСЕФ. Отчет по малярии в мире, 2005 год. Май 2005г.): <http://rbm.who.int/wmr2005/>.
- Roll Back Malaria. *Framework for Monitoring Progress and Evaluating Outcomes and Impact*. 2000. Geneva. (Обратим малярию вспять. Структура мониторинга хода работ и оценки результатов и влияния. 2000 г. Женева.). Доступно в сети Интернет по адресу: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/012/168/m_e_en.pdf.

- Roll Back Malaria/MEASURE. *Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys*. July 2004. (Обратим малярию вспять/MEASURE. Руководство по разработке основных показателей для оценки охвата противомалярийными мерами вмешательства на основе исследования семей. Июль 2004 г.). Доступно в сети Интернет по адресу: http://rbm.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/docs/GuidelinesForCorePopulationFI NAL9-20Malaria.pdf
- Roll Back Malaria. Monitoring and Evaluation Reference Group, Mortality Task Force. *Meeting Minutes*. 16 July 2003. (Обратим малярию вспять. Справочная группа по мониторингу и оценке, Рабочая группа по смертности. Протокол заседания 16 июля 2003 года). Доступно в сети Интернет на веб-сайте ВОЗ: <http://rbm.who.int/merg>
- Roll Back Malaria. Malaria Indicator Survey (MIS) (Обратим малярию вспять. Исследование показателей по малярии (ИПМ)): <http://rbm.who.int/merg> раздел 'Survey and Indicator Guidance Task Force'. Протокол заседания. 27-28 октября 2003 года. Доступно в сети Интернет по адресу: <http://rbm.who.int/merg>, раздел 'Anaemia'.
- Roll Back Malaria. Monitoring and Evaluation Reference Group, Morbidity Task Force. *Meeting Minutes*. 4 November 2004. (Обратим малярию вспять. Справочная группа по мониторингу и оценке, Рабочая группа по заболеваемости. Протокол заседания 4 ноября 2004 года). Доступно в сети Интернет по адресу: <http://rbm.who.int/merg>, Раздел 'Malaria Morbidity: Indicators and Estimates'.

Политика и руководящие принципы

- World Health Organization, Roll Back Malaria dept. Malaria control today. *Current WHO Recommendations. Working Document*. Geneva, March 2005: http://www.who.int/malaria/docs/MCT_workingpaper.pdf
- WHO. *Management of Severe Malaria: A practical handbook*. 2nd Edition. Geneva 2000. (ВОЗ. Ведение тяжелых случаев малярии: практическое руководство. 2-е издание. Женева, 2000 год.). Доступно в сети Интернет по адресу: <http://rbm.who.int/docs/hbsm.pdf>
- WHO. *The Use of Anti-malarial Drugs: Report of an Informal Consultation*, Geneva, 13-17 November 2000. Available online: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/014/923/use_of_antimalarials.pdf
- WHO. *Anti-malarial Drug Combination Therapy: Report of a WHO Technical Consultation*, Geneva, 4-5 April 2001. (ВОЗ. Противомалярийная лекарственная комплексная терапия: Доклад технического консультативного совещания ВОЗ, Женева, 4-5 апреля 2001 г.) Доступно в сети Интернет на веб-сайте ВОЗ: <http://www.who.int> http://www.doh.gov.za/issues/malaria/red_reference/case_management/cm29.pdf
- WHO Regional Office for the Western Pacific. *Malaria Rapid Diagnosis: Making it work*. Meeting Report 20-23 January 2003. Manila. (ВОЗ. Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана. Практическое руководство по быстрой диагностике малярии. Протокол совещания 20-23 января 2003 г., Манила) Доступно в сети Интернет по адресу: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/315060C1-B233-477A-87FF-9C4D21D2B3B3/0/RDTSMakingItWork.pdf>

Управление снабжением медикаментами

- WHO Roll Back Malaria dept. Access to Antimalarial Medicine: Improving the Affordability and Financing of Artemisinin-based Combination Therapies. 2003, WHO/CDS/MAL/2003.1095 (ВОЗ. Обратим малярию вспять. Доступ к противомалярийным препаратам: улучшение доступности и финансирования артемизин содержащего комбинированного лечения. 2003 год.) Доступно в сети Интернет по адресу: http://www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/016/745/37268_ACT_final2.pdf
- Management Sciences for Health. *Drug Management for Malaria*. June 2000, revised July 2002. Rational Pharmaceutical Management Program. (Наука об управлении в здравоохранении. Управление снабжением противомалярийными медикаментами. Июнь 2000 года. Исправлено в июле 2002 года. Программа рационального управления снабжением фармацевтическими продуктами)
- John Snow International. *Logistics Indicators and Monitoring and Evaluation Tools*. DELIVER Project. (Показатели снабжения, а также средства мониторинга и оценки. Проект "DELIVER".) Доступно в сети Интернет по адресу: http://portalprd1.jsi.com/portal/page?_pageid=93,3144386,93_3144560:93_3144571&_dad=portal&_schema=PORTAL

Резистентность к лекарственным средствам

- WHO. *Monitoring Anti-malarial Drug Resistance. 2002. Report of a WHO consultation*, Geneva, Switzerland 3–5 December 2001. (Мониторинг резистентности к противомаларийным препаратам, 2002 г. Доклад консультативного совещания ВОЗ, Женева, Швейцария, 3–5 декабря 2001 г.) Доступно в сети Интернет по адресу: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/800/200239.pdf

Наблюдение на дому

- World Health Organization, Roll Back Malaria Department. *The Roll Back Malaria Strategy for Improving Access to Treatment Through Home Management Malaria*. Geneva 2005. WHO/HTM/MAL/2005.1101 (ВОЗ, Обратим малярию вспять. Стратегия Обратим малярию вспять для улучшения доступа к лечению посредством ухода на дому. Женева 2005.) Доступно в сети Интернет по адресу: http://www.who.int/malaria/docs/RBM_Strategy_HMM_sm.pdf
- Roll Back Malaria/UNDP/World Bank/WHO TDR. *Scaling up home-based management of Malaria: from research to implementation*. 2004. Geneva, WHO/CDS/MAL/2004.1096. (Обратим малярию вспять/ПРООН/Всемирный банк/ВОЗ Тропические болезни, Специальная программа по научным исследованиям и подготовке специалистов. Расширение практики ведения случаев малярии в домашних условиях: от научных исследований к осуществлению, 2003 г., Женева) Доступно в сети Интернет по адресу: http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/home_2004.pdf
- Carol Baume. *A Guide to Research on Care-seeking for Childhood Malaria*. Published by the Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project and the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia, April 2002. (Руководство по исследованию обращений за помощью при малярии у детей. Опубликовано проектом по поддержке анализа и исследований в Африке (SARA) и проектом оказания базисной поддержки институционализации деятельности по обеспечению выживания ребенка (BASICS II) для Агентства Соединенных Штатов Америки по международному развитию, Арлингтон, Виргиния, апрель 2002 г)

Векторный контроль, включая сетки, обработанные инсектицидами (СОИ)

- Roll Back Malaria. *Scaling-Up Insecticide-Treated Netting Programs in Africa: A Strategic Framework for Coordinated National Action*. 2002. Geneva. (Обратим малярия вспять. Увеличение масштабов программ по распространению сеток, обработанных инсектицидами, в Африке: стратегическая структура для скоординированных национальных действий. 2002 год. Женева). Доступно в сети Интернет по адресу: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/845/itn_programmes.pdf
- Roll Back Malaria. *Insecticide-Treated Mosquito Net Interventions: A Manual for National Control Program Managers*. 2003. (Обратим малярия вспять. Меры по профилактике малярии при помощи сеток, обработанных инсектицидами: Инструкция для руководителей национальных программ по борьбе с малярией. 2003 год.) Доступно в сети Интернет по адресу: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/016/211/ITNinterventions_en.pdf
- Global insecticide use for vector-borne disease control: Second edition 2004. Zaim. M. (Использование инсектицидов в мире для борьбы с трансмиссивными заболеваниями. Второе издание 2004 год.) Доступно в сети Интернет по адресу: http://whglbdocwhqlibdoc.who.int/hq/2004/who_who_CDS_CDS_WHOPEPES_WHOPEPES_GCDPP_GCDPP_2004.9.pdf
- WHO. *Space spray application of insecticides for vector and public health pest control: A practitioner's guide*. Geneva, 2003 (document WHO/CDS/WHOPEPES/GCDPP/2003.5. (ВОЗ. Обработка площадей инсектицидами для борьбы с переносчиками и паразитами в рамках системы здравоохранения. Практическое руководство. Женева 2003 год.) Доступно в сети Интернет по адресу: http://www.who.int/whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_CDS.WHOPEPES_GCDPP_2003.5.pdf

Малярия при беременности

- Roll Back Malaria. *Strategic framework for malaria control during pregnancy*. 1 November 2002. (Стратегическая структура борьбы с малярией при беременности. 1 ноября 2002 года.) Доступно в сети Интернет по адресу: <http://www.who.int/malaria/malariainpregnancy.html>
- World Health Organization, Roll Back Malaria dept. *Assessment of the safety of artemisinin compounds in pregnancy*. (ВОЗ. Обратим малярию вспять. Оценка безопасности артемизин содержащих препаратов при беременности) 2003. WHO/CDS/MAL/2003.1094: http://www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/016/323/artem_pregnancy.html

Эпидемия малярии

- Hook C. Field Guide for Malaria Epidemic Assessment and Reporting. Draft for field testing. World Health Organization. 2004. WHO/CDS/MAL/2004.1097. (Хук С. Практическое руководство по оценке подаче отчетов об эпидемиях малярии. Проект для испытаний на местах. Всемирная организация здравоохранения. 2004 г.) Доступно в сети Интернет по адресу: http://www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/016/569/FTest.pdf
- Roll Back Malaria. Prevention and Control of Malaria Epidemics: 3rd Meeting of the TSN, Geneva, 10-11 December 2001. 2002. (Обратим малярию вспять. Профилактика и борьба с эпидемиями малярии. 3-е заседание TSN. Женева, 10-11 декабря. 2002 год). Доступно в сети Интернет по адресу
Available online: http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/827/3epidemics_report.pdf
- Roll Back Malaria. Malaria Early Warning Systems: A Framework for Field Research in Africa. (Обратим малярию вспять. Система раннего предупреждения о малярии: структура местных исследований в Африке) Доступно в сети Интернет по адресу: http://www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/014/807/mews2.pdf

Подготовка и развитие кадровых ресурсов

- Roll Back Malaria. RBM Human Resource Needs Assessment & Planning Tool. 2003. In preparation. (Обратим малярию вспять. Метод оценки кадровых потребностей и планирования RBM. 2003 год. В процессе подготовки)

Х. Усиление систем здравоохранения

Растет понимание того, что улучшение эффективности борьбы с основными заболеваниями зависит от качества, объективности и эффективности систем здравоохранения. Эффективные системы здравоохранения необходимы для соответствия глобальным и национальным целям и для обеспечения достижений в лечении, уходе, безопасности материнства и снижения детской смертности.

Понимая это, Глобальный фонд поддерживает работу стран по усилению систем здравоохранения как необходимое условие для достижения их целей в плане борьбы с этими тремя заболеваниями. Для помощи получателям грантов в разработке предложений, которые включали бы усиление систем здравоохранения, и предоставлении возможности качественного мониторинга хода работ, Глобальный фонд, ВОЗ, ЮНЭЙДС и PHR (Partners for Health Reform) объединили усилия, чтобы определить набор показателей, которые будут отображать усиление общей системы здравоохранения, а также конкретных системных факторов, которые относятся к борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией. **Компоненты систем здравоохранения могут являться частью грантов, направленных на борьбу с заболеваниями.**

Были предложены различные аналитические структуры систем здравоохранения.⁷ Вместо принятия какой-то одной, мы просто выделили характеристики, общие для них всех, и использовали их как организационную структуру, на основе которой выделяются показатели. Показатели систем здравоохранения были определены во время совместных консультаций ВОЗ и Всемирного банка, о которых речь пойдет дальше.⁸

Показатели в таблице 15 включают показатели систем здравоохранения, подходящие для работы Глобального фонда по борьбе с этими тремя заболеваниями. Предполагается, что вклады Глобального фонда одновременно и целенаправленные (направлены на борьбу с заболеваниями), и общие (усиление систем здравоохранения). Например, Глобальный фонд может поддерживать подготовку работников социальной сферы для профилактики и борьбы с этими тремя заболеваниями (практическое обучение, разработка руководств и инструкций, курсы переподготовки и т.д.), в то же время предоставляя поддержку развития первичных навыков работников социальной сферы. В то время как соотнесение результатов с вкладами Глобального фонда в поддержку работ по борьбе с этими тремя заболеваниями будет прямым, общим системам здравоохранения будет сложнее достичь такого соотношения, поскольку они будут привлекать большое количество партнеров, для которых результаты работы не будут настолько четко связаны этими тремя заболеваниями. (См. Схему 3).

Показатели по конкретным заболеваниям должны использоваться одновременно с программой усиления систем здравоохранения, например, чтобы продемонстрировать увеличение регистрации ТБ и показателей излечения, улучшения в лечении малярии, или консультирование и тестирование на ВИЧ. Они также должны демонстрировать увеличение охвата населения, подверженного наибольшему риску.

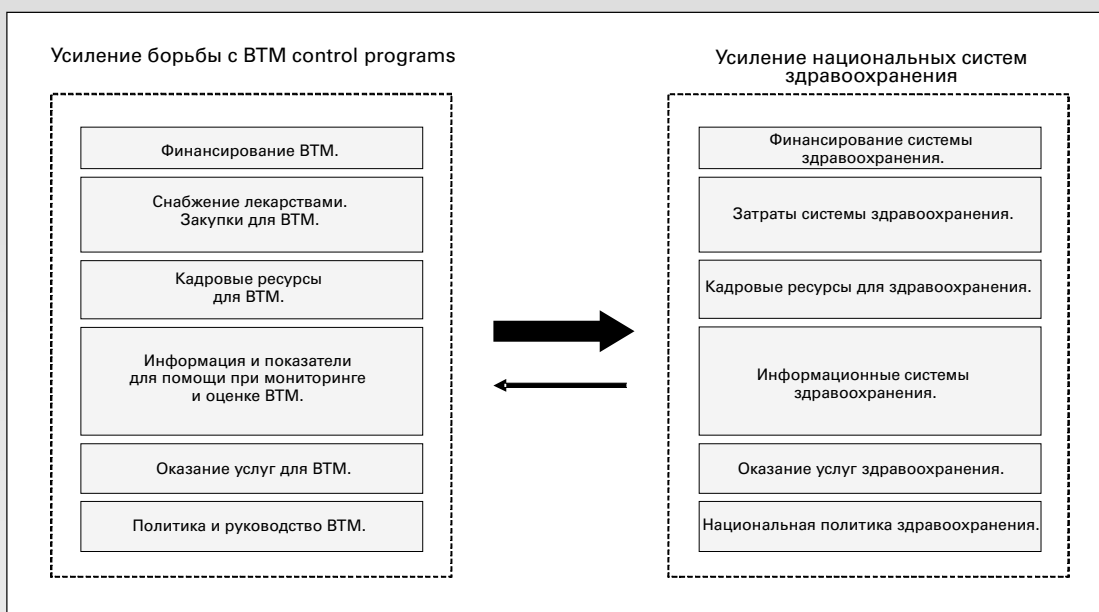
Аналогичным образом, усиление систем здравоохранения может быть включено в программы по борьбе с заболеваниями, в гранты по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии. Именно так и происходит во многих грантах (где 50% средств, выделенных на конкретное заболевание, направляются на усиление систем здравоохранения), но сферы оказания услуг и показатели, представленные здесь, усиливают их измерение. Усиление систем здравоохранения, как отдельный элемент, должен показывать пользу для всей системы по охвату целевого населения, удовлетворенности клиента оказанными услугами и результатам/эффекту по этим трем заболеваниям.

Сферы оказания услуг и избранные показатели по Усилению систем здравоохранения можно включать в гранты по конкретным заболеваниям по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом или малярией. Если это необходимо, то делать это строго рекомендуется. Их также можно использовать в отдельных Грантах по усилению систем здравоохранения, где это применимо. Для оценки наилучшей стратегии следует изучить подробности и правила по каждому раунду финансирования Глобального фонда.

⁷ *Мониторинг систем здравоохранения в развивающихся странах показателями уровня системы здравоохранения 6-7 Октября. Глион, Швейцария. ВОЗ и Всемирный банк.*

⁸ *Там же.*

Схема 3: Хорошо интегрированные программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (ВТМ) усиливают все функции национальных систем здравоохранения



Показатели в этом разделе сосредоточены на системе здравоохранения, но **мы также приветствуем и поддерживаем более широкую оценку наращивания потенциала общественного, религиозного, неправительственного секторов и секторов, не связанных со здоровьем.** И хотя существует всего несколько международно признанных показателей, они должны обращать внимание на увеличение числа обученных специалистов, числа поддерживаемых пунктов оказания услуг, и числа людей, охваченных услугами (число и процент). Мы приветствуем включение таких показателей.

Таблица 15: Избранные показатели усиления системы здравоохранения

Сферы	Промежуточные результаты	Результаты	Эффект
Оказание услуг	Медучреждения в регионе или районе, предоставляющие специализированные услуги (тестирование и консультирование (ТК), ППОМР, АРВ, ИППП, лечение малярии, лечение ТБ, совместная деятельность по борьбе с ТБ/ВИЧ и т.д.) согласно национальным протоколам и руководствам (число и процент)	<ul style="list-style-type: none"> Население, охваченное основными услугами (ТК, ППОМР, АРВ, лечение малярии, лечение ТБ) (число и процент) Число визитов амбулаторных больных ВИЧ/ТБ/малярией Процент роста удовлетворенности пациентов оказанными услугами 	Показатели промежуточных и конечных результатов должны быть внесены согласно заболеванию (например, увеличение фактов регистрации ТБ и его лечения, смертности, вызванной малярией, см. разделы по заболеваниям)
	Медучреждения, находящиеся под постоянным контролем согласно национальным руководствам (число и процент)		
	Районы, где есть лаборатории с полным потенциалом и материалами для диагностирования ТБ, малярии и ВИЧ (число и процент)		
	Число проводимых тестов на ВИЧ, выраженное в виде процента сексуально активного населения (указать возрастные группы)		
Кадровые ресурсы	Число кадров в сфере здравоохранения (по категориям и делению на городских/сельских и по половому признаку) на 100,000 населения (по категориям)	<ul style="list-style-type: none"> Подготовленный и работающий персонал сферы здравоохранения по категориям согласно плану подготовки кадровых ресурсов (число и процент) Процент роста удовлетворенности пациентов оказанными услугами 	
	Годовой результат по обученным кадрам на 100,000 населения (по уровню категории)		
	Работники здравоохранения (по категориям и регионам), которые за последний год посещали специальные курсы (по типу и длительности) согласно национальному расписанию (разбивка по болезням, если возможно) (число и процент)		
	Медучреждения полностью укомплектованные персоналом по уровню здравоохранения и по региону согласно национальным стандартам (разбивка по болезням, если возможно) (число и процент)		
Усиление общинных систем	<ul style="list-style-type: none"> Число пунктов оказания услуг, руководимых общинами; число кадров, подготовленных для выполнения общественных работ; число существующих кадров НПО, подготовленных по основным навыкам; число общественных организаций с планами и постоянными системами мониторинга. 	<ul style="list-style-type: none"> Процент местных административных подразделений, оказывающих базовые общественные услуги (наблюдение на дому, профилактические мероприятия, забота о сиротах, обучение) 	
Информационные системы и оперативные исследования	Медучреждения или районы, предоставляющие отчеты по всем показателям согласно национальному плану (включая использование Национального списка показателей) (число и процент)	<ul style="list-style-type: none"> Всесторонняя информационная система здравоохранения Полный отчет по конкретным заболеваниям, предоставляемый ежегодно Наблюдение за показателями поведения, предоставляемые каждые 4-5 лет Оценка распространения ВИЧ на 2 года 	
	Медучреждения или районы, предоставляющие своевременные отчеты согласно национальным принципам (число и процент)		
	Число исследований, которые включают основные показатели по трем заболеваниям, проведенные согласно Национальному плану МиО (уточнить тип)		
	Работа пунктов эпиднадзора согласно национальным стандартам (число и процент)		



Сферы	Промежуточные результаты	Результаты	Эффект
Инфраструктура	Медучреждения с договоренностями о специализированных услугах (ТК, ППОМР, АРВ, ИППП, услуги, касающиеся ТБ/ВИЧ – уточните, <i>какие и в каком количестве</i>) (число и процент)	<ul style="list-style-type: none"> • Географическая доступность: процентное соотношение населения, живущего в пределах досягаемости основных услуг здравоохранения 	Показатели промежуточных и конечных результатов должны быть внесены согласно заболеванию (например, увеличение фактов регистрации ТБ и его лечения, смертности, вызванной малярией, см. разделы по заболеваниям)
Управление закупками и поставками	<ul style="list-style-type: none"> • Техники (по регионам), подготовленные для управления закупками и снабжением (число и процент) • Медучреждения, реализующие национальные положения относительно управления закупками и снабжением (число и процент) • Объемы противотуберкулезных лекарств (уточните какие), на которых указаны подходящие результаты клинических тестов, из числа всех лекарств, закупленных за определенный период времени (число и процент) • Общее число дней отсутствия на складе противотуберкулезных лекарств (укажите), из числа всех складов за определенный период времени 	<ul style="list-style-type: none"> • Число и процент медучреждений и центральных складов, где не было нехватки лекарств в течение последнего месяца (или указанного периода) 	

Общие источники

- World Health Organization. Evidence and Information for Policy Cluster (EIP). (Всемирная организация здравоохранения. Доказательства и информация для объединения политики) <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence&language=english>
- Health Metrics Network <http://www.who.int/healthmetrics/en/> (Система измерения здоровья)
- The Global Fund: Measuring the systems effect of the Global Fund with a focus on additionality, partnerships and sustainability. The Global Fund, Geneva, 2005 (Глобальный фонд: Измеряя влияние системы Глобального фонда с обращением внимания на принцип дополнительности, партнерства и устойчивости. Глобальный фонд, Женева 2005.)
- World Bank: Health systems development (Всемирный банк: Развитие систем здравоохранения) <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:20184588~menuPK:376811~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html>
- Management sciences for health (Управление наукой о здоровье) <http://www.msh.org/>.
- Quality Assurance Project (Проект проверки качества) <http://www.qaproject.org/>.

Техническая помощь

- World Health Organization: Evidence and Information for Policy Cluster (Всемирная организация здравоохранения. Доказательства и информация для объединения политики). <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence&language=english>
- World Bank (Всемирный банк): <http://www.worldbank.org>.
- TCNetwork (Сеть ТК) <http://www.tcnetwork.net/index.cfm>.

Документы и руководства

Финансирование

- National health accounts (Национальные бюджеты здравоохранения): <http://www.who.int/nha/en/>
- Jean-Pierre Poullier, Patricia Hernandez, Kei Kawabata, National health accounts: Concepts, data sources and methodology WHO/EIP/02.47. World Health Organization Geneva (Национальные бюджеты на здравоохранение: Концепты, источники данных, методология. ВОЗ Женева.) http://www.who.int/nha/docs/en/NHA_concepts_datasources_methodology.pdf
- WHO Health financing policy (ВОЗ Политика финансирования здравоохранения): http://www.who.int/health_financing/en/

- Technical brief for policy makers. Number 2. 2005. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure <http://www.who.int/hinari/en/> (Технический брифинг для тех, кто делает политику. Номер 2, 2005 г. Разработка систем финансирования здравоохранения для уменьшения катастрофических расходов на здравоохранение)

Кадровые ресурсы

- WHO Human Resources website (Веб-сайт ВОЗ Кадровые ресурсы) <http://www.who.int/hrh/en/>
- Global Health Trust (Трест Глобальное здоровье) <http://www.globalhealthtrust.org/>
- A guide to rapid assessment of human resources for health World Health Organization 2004 (Инструкция как быстро оценить кадровые ресурсы в системе здравоохранения. ВОЗ 2004 год.) http://www.who.int/hrh/tools/en/Rapid_Assessment_guide.pdf
- Workload indicators of staffing need (WISN) A manual for implementation. WHO/HRB/98.2. World Health Organization Division of Human Resources Development and Capacity Building. Geneva, Switzerland. 1998 (Показатели объема работы при необходимости кадрового обеспечения. Инструкция по применению. ВОЗ. Подразделение по развитию кадровых ресурсов и увеличению объема. Женева. Швейцария. 1998) http://www.who.int/hrh/documents/en/workload_indicators.pdf
- World Health Organization. Scaling up HIV/AIDS care: service delivery and human resources perspectives. 2004 Geneva. (ВОЗ. Увеличение ухода за ВИЧ/СПИД инфицированными: перспективы оказания услуг и кадровых ресурсов. Женева 2004 г.) http://www.who.int/hrh/documents/en/HRH_ART_paper.pdf
- World Health Organization. Discussion paper 1. Strategies for assisting health workers to modify and improve skills. (ВОЗ. Дискуссионная газета № 1. Стратегии помощи работникам здравоохранения корректировать и улучшать свои профессиональные навыки) WHO/EIP/OSD/2000.1 http://www.who.int/hrh/documents/en/improve_skills.pdfmipfiles/2359/Disc1-AProcessofChange.pdf
- World Health Organization. Discussion paper 2. Achieving the right balance: The role of policy-making processes in managing human resources for health problems. (ВОЗ. Дискуссионная газета №2. Достижение необходимого баланса. Роль процессов формирования политики при управлении кадровыми ресурсами для решения проблем здравоохранения) WHO/EIP/OSD/2000.2 http://www.who.int/hrh/documents/en/right_balance.pdf .
- World Health Organization. Discussion paper 3. Determining skill mix in the health workforce: Guidelines for managers and health professionals (ВОЗ. Дискуссионная газета №3. Определение набора навыков рабочей силы. Руководство для менеджеров и работников системы здравоохранения) WHO/EIP/OSD/00.11 http://www.who.int/hrh/documents/skill_mix.pdf .
- World Health Organization. Human resources and national health systems. Final report (2002) (ВОЗ. Кадровые ресурсы и национальные системы здравоохранения. Последний отчет (2002)) WHO/EIP/OSD/03.2 http://www.who.int/hrh/documents/en/nhs_shaping_agenda.pdf .
- MSH Managing Human Resources (Управляя кадровыми ресурсами.) <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.htm&module=hr&language=English> .
- Global Health Trust: Joint Learning Initiative in Human Resources for Health (Трест Глобальное здоровье: Инициатива совместного обучения кадровых ресурсов в системе здравоохранения) <http://www.globalhealthtrust.org/> .

Информационные системы и оперативные исследования

- Health metrics network (Сеть измерения здоровья) <http://www.who.int/healthmetrics/en/> .
- Issues in health information 2. Information Needs for HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Programmes (Информация по вопросам здоровья 2. Необходимость информации в программах по борьбе с ВИЧ/СПИД, Туберкулезом и Малярией.) http://www.who.int/healthmetrics/library/issue_2_05apr.doc .
- Issues in health information 5: Household and Facility Surveys (Информация по вопросам здоровья 5: Исследования семьи и учреждений) http://www.who.int/healthmetrics/library/issue_5_05apr.doc .
- Health InterNetwork Access to Research Initiative (HINARI) <http://www.who.int/hinari/en/> .

Оказание услуг

- Quality and accreditation in health care services: A global review. WHO/EIP/OSD/2003.1 World Health Organization. Geneva 2003 (Качество и аккредитация в сфере оказания медицинских услуг. Глобальный обзор. Женева 2003.)
http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf .
- The Manager's Electronic Resource Centre (Электронный центр ресурсов для менеджера):
<http://erc.msh.org/> .
- John Snow INC Health Services Assessment (Дж.Сноу. Оценка услуг в сфере здравоохранения)
<http://www.jsi.com/JSIInternet/Projects/ListProjects.cfm?Select=Expertise&ID=4&ShowProjects=No>
- Measure Program (USAID) <http://www.measureprogram.org/> .

Основные медицинские показатели, исследования и методики

- WHO Statistical Information System (WHOSIS) Evidence and Information for Health Policy (ВОЗ Система статистической информации. Доказательства и информация для определения политики здравоохранения)
<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,whosis&language=english> .
- WHO Evidence and Information for Policy (ВОЗ. Доказательства и информация для определения политики) <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence&language=english> .
- World Bank: Survey Tools for Using Household Survey Data. (Всемирный банк.: Механизмы обзора с применением данных исследования семьи)
<http://www.worldbank.org/html/prdph/lsmstools/index.htm> .

