

# МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА ПРОГРАМ І ПРОЄКТІВ ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК

Для організацій, що координують та впроваджують проекти з профілактики ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників комерційного сексу, чоловіків, які мають секс з чоловіками, та в'язнів, а також проекти з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД

## З ПЕРЕЛІКОМ КЛЮЧОВИХ ПОКАЗНИКІВ

# **МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА ПРОГРАМ І ПРОЕКТІВ**

**ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК**

**З ПЕРЕЛІКОМ КЛЮЧОВИХ  
ВИБРАНИХ ПОКАЗНИКІВ**

Для організацій, що координують та впроваджують проекти з профілактики ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників комерційного сексу, чоловіків, які мають секс з чоловіками, та в'язнів, а також проекти з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД

**КИЇВ, 2008**

ББК 55–1  
М –77

### Авторський колектив

Ольга Морозова, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні  
Ольга Варецька, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні  
Деніел Джонс, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД  
Пепукай Чікуква, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД  
Тетяна Салюк, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

### Рецензенти

Ольга Балакірева, кандидат соціологічних наук  
Сергій Дворяк, кандидат медичних наук  
Ірина Гришаєва, кандидат психологічних наук  
Віней П. Салдана  
Наталія Салабай

**Моніторинг та оцінка програм і проектів. Практичний посібник** / Ольга Морозова, Ольга Варецька, Деніел Джонс, Пепукай Чікуква, Тетяна Салюк – Київ, «Оранта», 2008 р. – 144 с.

### ISBN 966–8754–19–0

Цей посібник пропонує практичні рекомендації щодо розробки та підтримки систем програмного моніторингу та оцінки для програм та проектів з профілактики ВІЛ/СНІД серед груп найвищого ризику, а також програм та проектів з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД.

Посібник є простим та зручним у використанні практичним керівництвом для державних та неурядових організацій, які координують та/або впроваджують проекти з профілактики та надають послуги групам населення з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ, а також реалізують проекти і надають послуги з догляду та підтримки ЛЖВС. Посібник призначено, насамперед, для спеціалістів, які відповідають за розробку систем МіО та управління ними задля відстеження рівня охоплення втілюваних програм і проектів. Цей посібник також буде корисним для керівників організацій, а також для інших працівників, які опікуються плануванням та впровадженням програм у сфері профілактики ВІЛ, догляду та підтримки. Видання також допоможе особам, які ухвалюють рішення на різних рівнях, краще розуміти та відбирати наявні засоби і ресурси з метою покращення моніторингу діяльності та охоплення програм з ВІЛ/СНІД, а також використовувати дані цих програм для підвищення їхньої ефективності та дієвості.

Видається за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією™

© МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

вул. Димитрова 5, корпус 10А, 03680, Київ, Україна  
тел.: (+380 44) 490 5485 (6, 7, 8)  
факс: (+380 44) 490 5489  
E-mail: office@aidsalliance.org.ua  
<http://www.aidsalliance.org.ua>  
Наклад – 1000 примірників  
Розповсюджується безкоштовно



При використанні матеріалів цієї публікації посилання на МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та авторів є обов'язковим.

Представлені у виданні погляди відображають позиції цієї інституції та авторів і можуть не збігатися з поглядами чи позиціями Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією не брав участі в узгодженні чи затвердженні як самого матеріалу, так і відповідних висновків, що впливають з нього.

### ISBN 966–8754–19–0



™ є торговою маркою Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією

## **ЗМІСТ**

ПЕРЕЛІК ДОДАТКІВ .....	4
ВИСЛОВЛЕННЯ ПОДЯКИ.....	4
ПЕРЕДМОВА.....	6
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ .....	7
ГЛОСАРІЙ .....	8
<b>ГЛАВА I</b> ВСТУП: КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ ЩОДО ПРОГРАМНОГО МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ, А ТАКОЖ ЩОДО ЦЬОГО ПОСІБНИКА .....	10
<b>ГЛАВА II</b> ПРОГРАМНИЙ МОНІТОРИНГ ЯК НЕВІД'ЄМНА ЧАСТИНА ЗАГАЛЬНОЇ СИСТЕМИ МІО.....	18
<b>ГЛАВА III</b> КРОК ПЕРШИЙ: ПЛАНУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ВТРУЧАНЬ (ВИЗНАЧЕННЯ ЦІЛЕЙ, ЗАВДАНЬ, СФЕР НАДАННЯ ПОСЛУГ, ЦІЛЬОВИХ ГРУП ТА ОБСЯГУ РОБІТ) .....	23
<b>ГЛАВА IV</b> КРОК ДРУГИЙ: ВИЗНАЧЕННЯ СИСТЕМИ ПОКАЗНИКІВ: ВІДБІР ПОКАЗНИКІВ, ВИЗНАЧЕННЯ БАЗОВИХ ДАНИХ, ВСТАНОВЛЕННЯ ЦІЛЕЙ .....	40
<b>ГЛАВА V</b> КРОК ТРЕТІЙ: ВИБІР ОРГАНІЗАЦІЙ-ПАРТНЕРІВ, ЩО НАДАЮТЬ ПОСЛУГИ, ПРОВЕДЕННЯ ОЦІНКИ ПОТЕНЦІАЛУ, РОЗРОБКА ФОРМАТІВ ЗВІТНОСТІ .....	52
<b>ГЛАВА VI</b> КРОК ЧЕТВЕРТИЙ: ПРОГРАМНИЙ МОНІТОРИНГ – КІЛЬКІСНІ ТА ЯКІСНІ ПОКАЗНИКИ. ВЕДЕННЯ ПРОГРАМНОГО ОБЛІКУ.....	57
<b>ГЛАВА VII</b> КРОК П'ЯТИЙ: ЗБІР ТА АНАЛІЗ ДАНИХ, ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ДАНИХ.....	75
<b>ГЛАВА VIII</b> КРОК ШОСТИЙ: ОЦІНКА ПРОЕКТІВ ТА ВТРУЧАНЬ .....	81
<b>ГЛАВА IX</b> КРОК СЬОМИЙ: ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ МІО В УПРАВЛІНСЬКІ РІШЕННЯ, ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ.....	87
<b>ГЛАВА X:</b> ЦИКЛ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ .....	93
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	96

## ПЕРЕЛІК ДОДАТКІВ

Додаток 1: Інструменти та методи вимірювання даних .....	97
Додаток 2: Сфери надання послуг і приклади показників рівня результатів .....	100
Додаток 3: Перелік національних показників з моніторингу та оцінки ефективності заходів з контролю над ВІЛ/СНІД .....	102
Додаток 4: Приклад формату програмної звітності (проект фокусної профілактики серед груп ризику).....	105
Додаток 5: Приклад первинних реєстраційних форм .....	107
Додаток 6: Приклад звітної форми моніторингового візиту, що використовується Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні для моніторингу проектів з профілактики .....	108
Додаток 7: Приклад системи показників .....	115
Додаток 8: Підсумкова форма результатів діяльності проекту (приклад) .....	118
Додаток 9: Національні поведінкові дослідження ранньої сероконверсії.....	120
Додаток 10: Короткий опис можливого варіанту проведення операційного дослідження .....	121
<b>Рекомендовані показники результатів та процесу для проектів з профілактики серед СІН, РКС, ЧСЧ, в'язнів, а також проектів з догляду та підтримки ЛЖВС .....</b>	<b>123</b>
Перелік використаних і рекомендованих джерел .....	139
<b>Компакт-диск:</b> Приклади інструментів програмного моніторингу	
Деякі матеріали та публікації зі списку рекомендованих ресурсів і джерел	

## ВИСЛОВЛЕННЯ ПОДЯКИ

Робоча група, яка готувала цей посібник, висловлює свою щирю подяку членам Національної робочої групи з моніторингу та оцінки ВІЛ/СНІДу при Національній координаційній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу за їхній неоціненний внесок у підготовку цього видання.

Робоча група також високо цінує внесок колег, чия праця у сфері моніторингу та оцінки ВІЛ/СНІДу в Україні сприяла підготовці цього посібника:

Лариса Бочкова, Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом  
Юст Хоппенбрауер, консультант з питань ВІЛ/СНІД та громадського здоров'я

Гундо Вейлер, Всесвітня організація охорони здоров'я

Ольга Балакірева, Український інститут соціальних досліджень

Юрій Круглов, Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом

Віолетта Марциновська, Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом

Юрій Кобища, Всесвітня організація охорони здоров'я

Віней П. Салдана, Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС)

Людмила Гусак, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

В'ячеслав Кушаков, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

Павло Смирнов, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

Василь Борщов, консультант з розробки програмного забезпечення

Величезну допомогу в підготовці цього посібника надали українські НУО, що впроваджують проекти з профілактики ВІЛ серед груп найвищого ризику, а також проекти з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Завдяки реалізації національної програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні», підтриманої Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, Міжнародному Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні вдалося розробити, систематизувати та впровадити систему програмного моніторингу та оцінки, описану у цьому документі.

Автори цього посібника висловлюють свою подяку працівникам відділу моніторингу та оцінки Альянсу Юлії Скоропатській та Лесі Хмель за допомогу й підтримку під час підготовки цього видання.

Публікація цього посібника стала можливою завдяки підтримці Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією в рамках Національної програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні».

© Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, «Моніторинг та оцінка програм і проектів. Практичний посібник». (Київ, 2008).

## ПЕРЕДМОВА

Цей практичний посібник було розроблено групою працівників відділу моніторингу та оцінки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні в співпраці з експертами головного офісу Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД (Брайтон, Великобританія) та іншими партнерами, які працюють у галузі моніторингу та оцінки ВІЛ/СНІД в Україні. Це видання є першою спробою об'єднати різні джерела інформації та документи в сфері програмного моніторингу та оцінки діяльності щодо ВІЛ/СНІД. Цей документ є простим та зручним у користуванні практичним посібником для державних та неурядових організацій, що координують та/або здійснюють проекти або надають послуги з профілактики ВІЛ серед СІН, РКС, ЧСЧ, в'язнів, а також проекти і послуги з догляду та підтримки ЛЖВС. Посібник призначений, в першу чергу, для працівників організацій, які відповідають за розробку та управління системами МіО з метою відстеження охоплення своїх програм та проектів. Цей посібник буде корисним і для керівників організацій, а також для всіх, хто планує та впроваджує програми з профілактики ВІЛ, догляду та підтримки. Видання також допоможе особам, які приймають рішення на різних рівнях, краще розуміти та відбирати засоби та інструменти з метою покращення моніторингу охоплення програм з ВІЛ/СНІД, а також використовувати дані цих програм для підвищення їхньої ефективності та дієвості. На якому б етапі розвитку не перебували їхні програми – на етапі первинного планування, впровадження моніторингу чи перепрограмування діяльності відповідно до отриманих результатів – читачі знайдуть в цьому посібнику опис засобів, корисних для зміцнення практичного моніторингу своїх програм і заходів у сфері ВІЛ/СНІД.

Цей посібник у його нинішньому вигляді буде поширюватися як первинний варіант; він використовуватиметься на місцях і випробовуватиметься на придатність впродовж наступних років. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, його партнерські організації та організації, що надають послуги, планують і далі застосовувати засоби та методи, описані в посібнику, в своїй роботі на місцях. Досвід практичного застосування цього посібника та отримані уроки будуть регулярно збиратися для підготовки майбутніх перевидань цього документу. Нові редакції посібника міститимуть практичні рекомендації читачів щодо посилення дієвості цього видання, а також конкретні приклади застосування посібника в процесі моніторингу та оцінки програм і заходів у сфері ВІЛ/СНІД.

Саме тому ми будемо раді отримати будь-які коментарі та відгуки, які слід надсилати в Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні.

З питаннями та пропозиціями щодо змісту цього посібника, звертатися до Ольги Морозової, менеджера програм Відділу моніторингу та оцінки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні (**[morozova@aid alliance.org.ua](mailto:morozova@aid alliance.org.ua)**), Україна, 03680, м.Київ, вул. Димитрова 5, корпус 10А, 9-й поверх.

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

**Альянс** — Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні

**АІС** — Автоматизована інформаційна система (управління інформацією)

**АМР США** — Агентство США з міжнародного розвитку (USAID)

**АРТ** — Антитретровірусна терапія

**ВІЛ/СНІД** — Вірус імунодефіциту людини/синдром набутого імунодефіциту

**ВООЗ** — Всесвітня організація охорони здоров'я

**ГНР** — групи найвищого ризику

**ГФ, ГФСТМ** — Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією

**ДКТ** — добровільне консультування та тестування

**ЕДП** — епіднагляд другого покоління за ВІЛ/СНІД

**ІПСШ** — інфекції, що передаються статевим шляхом

**ЛЖВС** — люди, які живуть з ВІЛ/СНІД

**МіО** — моніторинг та оцінка

**Методологічне керівництво** — *«Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія»*, січень 2006 р. Спільна розробка ВООЗ, ЮНЕЙДС, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, АМР США, Державного департаменту США, ОГКС (Офіс координатора глобальних програм США зі СНІД), ЦКЗ, ЮНІСЕФ, MEASURE Evaluation та Світового банку

**НУО** — неурядова організація

**ОНП, (НП)** — організації, що надають послуги, партнери організацій, що надають фінансування

**ПНП** — пункт надання послуг

**РКС, СР** — робітник комерційного сексу, секс-робітник

**РОЗУ** — регіональна оцінка із залученням до участі (цільових груп)

**СІН** — споживач ін'єкційних наркотиків

**СНП** — сфера надання послуг

**ССГАООН** — Спеціальна сесія Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІД

**ТЗ** — технічне завдання

**ЦКЗ** — Центр з контролю і профілактики захворювань (США)

**ЧСЧ** — чоловіки, які мають секс з чоловіками

**ЮНЕЙДС** — Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД

**MRS** — Monitoring Reporting System (Система звітування та моніторингу)

**SyrEx** — База даних «Syringe Exchange» («Обмін шприців»), що її використовують субгрантери Альянсу, які працюють у сфері профілактики ВІЛ серед груп ризику

**PEPFAR** — Надзвичайний план Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІД (Уряд США)



## ГЛОСАРІЙ

- **Оцінка** – це ретельний науково обґрунтований збір інформації про програмну діяльність, її особливості та наслідки, який визначає переваги чи цінність тієї або іншої програми. Оцінювальні дослідження використовуються для вдосконалення програм та для обґрунтування рішень щодо майбутнього розподілу ресурсів.
- **Організації, що надають фінансування** – це організації, що працюють на національному або на регіональному рівні (зазвичай – на національному), головним завданням яких є координація впровадження програм. Зазвичай, ці структури не надають послуг цільовим групам, а залучають *організації, що надають послуги*, які й виконують цю роботу. Організації, що надають фінансування, як правило, виконують функції посередника між донорською організацією та організаціями, що надають послуги.
- **Оцінка впливу** розглядає підвищення та зниження рівнів захворюваності та поширеності ВІЛ/СНІД. Зазвичай, одна чи навіть кілька програм здатні вкрай рідко вплинути на все населення. Тому оцінка впливу на населення, переважно, передбачає ретельну розробку методики оцінки, у ході якої оцінюється спільний вплив низки програм для груп найвищого ризику.
- **Організації, що надають послуги** – це організації, що працюють на національному або на регіональному рівні (зазвичай – на регіональному), головним завданням яких є безпосереднє надання послуг цільовим групам. Організації, що надають послуги, отримують фінансування або від держави, або від донорських організацій (у цьому посібнику вони називаються *організаціями, що надають фінансування*) для надання послуг.
- **Втручання** – це особливий набір заходів і дій, що їх здійснюють проекти або постачальники послуг, і які можуть виконуватися на різних рівнях – на індивідуальному рівні, на рівні малої чи великої групи, на рівні громади або суспільства.
- **Моніторинг** – це регулярне відстеження ключових елементів роботи програми чи проекту та їхніх очікуваних наслідків. Як правило, тут вивчається інформація за результатами обліку та опитувань – як загального населення, так і клієнтів.
- **Оцінка наслідків** – це один з видів оцінки, який визначає, чи призвела діяльність програми або послуги до запланованих наслідків, і якщо так – то якою мірою. Тоді, як моніторинг наслідків є корисним та потрібним засобом визначення рівня досягнення очікуваних наслідків, оцінка наслідків намагається зіставити зміни, що відбуваються, з втручанням, що вивчається; описати масштаби чи обсяги наслідків програми; а також показати, що б могло статися за відсутності такої програми. За своєю методологією, це надзвичайно точний процес, що вимагає включення порівняльного елемента ще при розробці оцінки (наприклад, контрольна група чи група порівняння).
- **Моніторинг наслідків** – це базове відстеження змінних величин, які були визнані за одиниці вимірювання або «показники» бажаних наслідків програми. Такий моніторинг також може відстежувати інформацію, безпосередньо пов'язану з клієнтами програми, наприклад, зміни у знаннях, ставленнях, переконаннях, навичках, поведінці, доступі до послуг, політиці та середовищі, що оточує.
- **Результати** – це наслідки програмної діяльності; безпосередні продукти чи результати роботи програми, наприклад: кількість наданих консультацій, кількість охоплених людей, кількість розповсюджених матеріалів.

- **Послуги «аутріч»** – це діяльність, яка охоплює медичною інформацією та послугами громади чи місця відвідування груп найвищого ризику (наприклад, точки, де продаються наркотики, або місця роботи РКС). Медичні послуги, інформація та матеріали «аутріч» можуть надаватися медичними або соціальними працівниками у різних місцях, наприклад, перед входом у магазини, на вулиці, в пересувних пунктах (автобусах).
  
- **Оцінка процесу** – це один з видів оцінки, що зосереджується на впровадженні програми і використовує якісні методи для опису програмної діяльності та того, як її сприймають, особливо на початковому етапі і стадії реалізації програми. Ця оцінка може також використовувати певні кількісні підходи, наприклад, дослідження рівня задоволення потреб клієнтів послугами. Крім того, така оцінка здатна забезпечити розуміння культурного, соціально-політичного, правового та економічного середовища, що впливає на програму.
  
- **Моніторинг процесу** – це регулярний збір інформації про усі аспекти проекту або програми з метою перевірки розвитку діяльності в рамках проекту. Такий моніторинг надає інформацію для планування та зворотного зв'язку щодо проекту для донорських організацій, виконавців та цільових груп проекту.
  
- **Програма** у сфері ВІЛ/СНІДу – це, як правило, комплексний і системний набір національних чи субнаціональних заходів у відповідь на епідемію, який також може об'єднувати низку проектів та втручань.
  
- **Нагляд** – це постійний, систематичний збір, аналіз, інтерпретація та поширення інформації стосовно заходів у сфері охорони здоров'я для подальшого використання в системі громадського здоров'я з метою зниження захворюваності й смертності та покращення здоров'я.
  
- **Триангуляція** означає аналіз та використання даних, отриманих з численних джерел з використанням різних методів. Отримані дані можуть бути підтверджені, а недоліки (чи відхилення) одного методу чи джерела даних можуть бути компенсовані за рахунок переваг іншого методу, що підвищує обґрунтованість і надійність результатів.
  
- **Уразливість** – це чинники, які впливають на ризиковану поведінку людей. Особа, уразлива до ВІЛ – це людина, яка є схильною до ризикованої поведінки або не здатна захистити себе від шкоди, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією.

# Глава I

## **ВСТУП: КЛЮЧОВІ ПИТАННЯ ЩОДО ПРОГРАМНОГО МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ, А ТАКОЖ ЩОДО ЦЬОГО ПОСІБНИКА**

### **■ Що таке програмний моніторинг та оцінка?**

Програмний моніторинг та оцінка (MiO) є невід'ємним компонентом загальної системи MiO, яка здійснюється на різних рівнях і за допомогою різних засобів. Загальна структура MiO більш детально описана у *Главі II*. Завданням програмного MiO є максимально повне та об'єктивне оцінювання прогресу і результатів окремого проекту та/або програми. Оцінювання необхідне для того, щоб виділити результати діяльності цього проекту та/або програми серед інших чинників, що сприяють досягненню кінцевої мети заходів або втручань, що впроваджуються. Тоді як інші компоненти системи MiO призначені для виконання різних завдань, програмний MiO забезпечує працівників програм та осіб, які ухвалюють рішення, засобами операційної оцінки, що використовуються на стадіях планування та реалізації, особливо при відборі організацій, що надають послуги, при порівнянні досягнутих результатів з встановленими цілями, а також при коригуванні заходів у ході процесу реалізації програми.

### **■ У чому полягають відмінності між MiO програми та проекту?<sup>1</sup>**

Хоча цей посібник спрямовано на широкий загал організацій та агенцій, що працюють на різних рівнях боротьби з епідемією, дуже важливо розрізнити MiO програм та проектів.

У цьому посібнику програма – це загальні національні чи субнаціональні заходи з протидії хворобі, які характеризуються відносно довготривалими часовими рамками. Наприклад, Національна програма профілактики ВІЛ, підтримки та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2004–2008 – це програма, так само, як і національна програма «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні», що її підтримує Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. В рамках національної програми, зазвичай, існує кілька підпрограм чи проектів, наприклад, безпека донорської крові, контроль за інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), профілактика ВІЛ серед молоді.

Натомість проект – це обмежений у часі набір заходів та завдань, реалізація якого підтримується ресурсами, спрямованими на конкретну групу населення, що визначається за географічними чи іншими ознаками. Зважаючи на свою масштабність (тематичну, географічну, за цільовими групами населення), моніторинг програми, зазвичай, є складнішим, ніж моніторинг проекту, і, відтак, вимагає ретельнішої координації роботи усіх агенцій, що його виконують.

Однак, у цьому посібнику поняття «моніторинг програм» буде використовуватися для опису моніторингу як програм, так і проектів, які впроваджують заходи з протидії епідемії ВІЛ/СНІД. Читач сам вирішуватиме, як найкраще адаптувати запропоновану інформацію до масштабів своїх втручань.

### **■ Навіщо потрібна єдина об'єднана національна система програмного MiO?**

Програмний MiO є невід'ємною частиною національної системи MiO, і, відповідно до «Триєдиних принципів» (ЮНЕЙДС), для реалізації ефективних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІД, країнам, окрім інших елементів, необхідно мати єдину національну систему

---

<sup>1</sup> – Витяги з документа «Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», січень 2006 р. (друге видання), ст. 10

МіО. Як зазначено у «Методологічному керівництві з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», (січень 2006 р., друге видання), *«неможливо переоцінити значення створення, впровадження та зміцнення єдиної та послідовної системи МіО на рівні країни. Потужна уніфікована система МіО забезпечує: передачу необхідних, своєчасних і точних даних лідерам національних програм та керівникам програм на кожному рівні системи охорони здоров'я; 2) можливість передачі окремих якісних даних національним лідерам; та 3) спроможність національної програми відповідати донорським та міжнародним вимогам до звітності в рамках уніфікованих глобальних зусиль, спрямованих на стримування пандемії ВІЛ/СНІДу»*<sup>2</sup>. Оскільки програмний МіО є невід'ємним компонентом національної системи МіО, єдина національна система програмного моніторингу також є необхідним компонентом з точки зору «Триєдиних принципів». В цій частині нам необхідно дати відповідь на два важливих запитання: 1) Що означає єдина національна система програмного МіО? та 2) Чому всім національним учасникам важливо використовувати єдину систему програмного МіО?

Почнімо з першого запитання. Існування єдиної національної системи програмного МіО означає, що всі учасники, задіяні у боротьбі з ВІЛ/СНІД на національному, регіональному чи субрегіональному рівні, використовують однакові базові засоби, інструменти та ресурси для здійснення програмного МіО, що відповідають міжнародним вимогам. Зокрема, це означає використання одного набору ключових показників на рівні програми, використання єдиної технології збору даних і методики підрахунку в усій країні. Це підводить нас до другого запитання щодо важливості використання єдиної національної системи програмного МіО. На це питання існує кілька відповідей: перш за все, з практичної точки зору, вживання однакових методів та технологій збору та аналізу даних дозволяє як національним, так і субнаціональним учасникам аналізувати дані за різні проміжки часу та порівнювати їх між регіонами/географічними територіями; це також дозволяє організаціям, що працюють на місцях, економити фінансові та людські ресурси в галузі розробки системи програмного МіО, оскільки вони можуть використовувати вже розроблені та перевірені набори інструментів та директив, визнаних на міжнародному рівні. Як уже зазначалося у передмові, цей посібник було створено з метою узагальнення цих ресурсів і надання зручного для користувачів переліку кроків та засобів, які дозволять національним учасникам застосовувати єдину систему програмного МіО. Ще однією підставою для створення єдиної системи програмного МіО є той факт, що керівні органи країни повинні "бачити повну картину" заходів у сфері протидії ВІЛ/СНІД та результатів, отриманих на національному рівні, з тим, щоб ухвалювати своєчасні рішення та коригувати діяльність у разі невиконання первинних завдань. Якщо різні учасники на національному рівні використовуватимуть різні набори показників, збиратимуть інформацію за ними з різною періодичністю, або використовуватимуть різні методології збору даних, то досягти цього буде неможливо. Більше того, скоординована система МіО потрібна для того, щоб уникнути подвійних підрахунків чи помилок в тлумаченні інформації при узагальненні на вищому рівні даних, отриманих на місцях (див. приклад нижче).

<sup>2</sup> – «Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», січень 2006 р. (друге видання), ст. 8

### Приклад:

Організація «Х» впроваджує проект зменшення шкоди в одному з міст України. Цей проект здійснюється за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні в рамках програми, підтриманої Глобальним Фондом. Проект охоплює 200 клієнтів. Організація «У» також впроваджує проект зниження шкоди у цьому ж місці, і охоплює 150 клієнтів, однак її проект реалізується за підтримки Міністерства у справах сім'ї, молоді і спорту.

Скільки клієнтів насправді охоплюють у місті обидва проекти? Можливо, деякі клієнти співпадають? Без скоординованої системи програмного МіО дати відповідь на це запитання неможливо.

### ■ Навіщо організаціям потрібна система програмного моніторингу?

Існує багато причин для створення ефективної системи програмного моніторингу. Ось лише кілька з них:

- для систематичного відстеження результатів окремих проектів з ВІЛ/СНІД; для аналізу даних на рівні процесу та результатів, перепрограмування діяльності з метою досягнення визначених цілей; для підготовки звітів для організацій, що надають фінансування. Якщо система програмного МіО функціонує належним чином, вона допоможе менеджерам програм виявляти проблеми в реалізації заходів і своєчасно вирішувати їх;
- для встановлення конкретних цілей і завдань на національному рівні; для узагальнення результатів, досягнутих різними учасниками; для визначення реального досягнення цілей; для аналізу даних та використання інформації з метою вдосконалення політики;
- для визначення пробілів, коли йдеться про доступ до послуг і охоплення на національному рівні, а також для залучення додаткового фінансування з метою вирішення питання охоплення;
- для аналізу витрат і результатів, а також економічної ефективності того чи іншого проекту або втручання;
- для створення бази для ухвалення рішень і стратегічного планування на основі реальних та обґрунтованих фактів;
- для підготовки точних і надійних звітів для донорських організацій та інших учасників тощо.

### ■ Які ресурси необхідні для розробки системи програмного МіО?

Для ведення діяльності з МіО рекомендується виділяти приблизно 5–10 відсотків бюджетів національних програм та близько 3–5 відсотків – регіональної чи місцевої програми боротьби з ВІЛ/СНІД. На перший погляд цей відсоток може здаватися занадто високим, однак програмний МіО є, насправді дешевшим, ніж дослідження та епідагляд (які також є невід'ємною частиною системи МіО), і водночас – цінним джерелом даних. Крім того, переконливо рекомендуємо призначити спеціаліста, а для великих програм – групу спеціалістів, які будуть займатися виключно МіО. Такі спеціалісти або групи повинні відповідати за всю діяльність організації у сфері МіО; їхнім головним обов'язком має бути належний збір, аналіз, використання та розповсюдження даних. Крім того, вони повинні підтримувати інформаційні системи управління МіО та відповідні бази даних (якщо такі використовуються), а також готувати звіти. Що стосується малих НУО, чие головне завдання полягає у наданні послуг, рекомендується залучати принаймні одного співробітника, який би відповідав за реалізацію заходів з МіО. Тим не менш, існування простих та зрозумілих внутрішніх процедур та положень з МіО, а також використання реєстраційної інформаційної системи є необхідною вимогою навіть для таких організацій. Про це йтиметься далі.

Щоб забезпечити оптимальне і належне використання коштів, важливо розробити єдину і скоординовану систему, включно із засобами, процедурами та підготовкою відповідного персоналу. Первинні інвестиції згодом будуть розглядатися у світлі дедалі більшої сумарної користі від зібраних та проаналізованих даних. Врешті-решт, це виявиться набагато менш витратним, аніж підтримка функціонування великої кількості різних систем.

### ■ Навіщо потрібен цей посібник?

Як уже зазначалося вище, цей посібник став першою спробою створення скоординованої системи програмного МіО в Україні. Посібник також стане в нагоді активістам інших країн, які наразі розробляють власні системи програмного МіО, адже наш посібник ґрунтується на загальноприйнятих міжнародних принципах та ресурсах, наприклад, «*Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis, Malaria*»<sup>3</sup> (підписано Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, ВООЗ, Світовим банком, ЮНЕЙДС, АМР США та іншими партнерами), «*A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*»<sup>4</sup> (розроблено ЮНЕЙДС та підписано ВООЗ, АМР США, ЦКЗ, MEASURE Evaluations та іншими учасниками).

Хоча деякі організації дійсно створюють та успішно підтримують ефективні системи програмного МіО для моніторингу та оцінки власної діяльності, багато донорських організацій, державних структур та НУО розглядають моніторинг програм/проектів просто як інструмент звітності перед тими, хто їх фінансують. Бракує розуміння того, як дані МіО програми чи проекту можуть бути використані на національному рівні. Водночас у державних структур, які працюють над збільшенням фінансування заходів у зв'язку з ВІЛ/СНІД, а також серед українських та міжнародних неурядових організацій існує нагальна потреба в дієвому, практичному інструменті, який би допоміг створити ефективну систему програмного МіО у співпраці з іншими учасниками, аби визначити, чи відповідає діяльність національних/субнаціональних програм та проектів встановленим цілям, і якщо ні, – то своєчасно відкоригувати їхню діяльність. У цьому посібнику спеціалісти Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні спробували акумулювати весь досвід та найкращі практики, отримані ними в процесі реалізації програми, що підтримується Глобальним фондом.

### ■ Для кого призначений цей посібник?

Головною цільовою аудиторією цього посібника є організації як державного, так і неурядового сектора, які надають фінансування (кошти державного/регіонального бюджетів, гранти, субсидії) іншим організаціям на національному, регіональному та місцевому рівнях, а також малі НУО, місцеві органи влади та окремі проекти, які отримують фінансування для здійснення конкретних заходів, і які потребують створення системи моніторингу та оцінки проектів. Перелік показників, що додається до цього посібника, може використовуватися як програмами національного/субнаціонального рівня, так і окремими проектами. І, як уже зазначалося, цей посібник ґрунтується на загальноприйнятих міжнародних принципах та ресурсах, що перетворює його на корисний інструментарій для багатьох країн.

<sup>3</sup> – «Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», січень 2006 р. (друге видання)

<sup>4</sup> – «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007 р.

## **Чим посібник відрізняється від інших праць та джерел з МіО?**

При підготовці цього посібника, ми намагалися не повторювати тут теорії щодо МіО, які можна знайти в інших джерелах. Натомість, дане видання – це, швидше, практичний довідник, що пропонує конкретні засоби МіО (показники, форми, бази даних), що доповнюють теоретичні концепції і засади МіО. Посібник розроблено в зручному для користування форматі; він містить схеми, ілюстрації, приклади та практичні вправи. Хоча бажано, щоб читач володів базовими знаннями у сфері МіО, та це видання буде цілком зрозумілим і для спеціалістів, які не працюють з МіО. Разом з посібником пропонується компакт-диск, що містить додаткові ресурси й засоби з МіО. Окрім вищезгаданих джерел інформації (*«Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія»* та *«Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування»*, розроблені ЮНЕЙДС), диск також містить документ *«Моніторинг та оцінка. Методологічні рекомендації»*, розроблений фахівцями Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні 2004 року. Головна відмінність між *«Методологічними рекомендаціями»* та цим посібником полягає в тому, що перше видання пропонує комплексне резюме усього розмаїття методів та засобів для збору, аналізу і використання даних з детальними описами і прикладами, а друге видання містить перелік практичних кроків, які слід виконати організації для впровадження системи програмного МіО. Посібник не пропонує читачеві базової чи загальної інформації й не містить описів усіх можливих методів і засобів, що існують у цій галузі. Натомість, наш посібник допоможе виконати конкретні кроки, спрямовані на розбудову системи МіО у практичний і недорогий спосіб.

### **■ Структура посібника**

Дослідження будь-якої проблеми починається з формулювання актуальних питань, що допомагають ініціювати та організувати діяльність у відповідь. Такими питаннями можуть бути: У чому полягає проблема? Які чинники сприяють її існуванню? Як можна вирішити цю проблему? Коли відповіді буде знайдено, можемо переходити до етапу планування діяльності, її реалізації та оцінки. Кожен з цих етапів потребує особливих заходів з МіО, які здійснюються в рамках ефективної системи МіО. Загальний підхід до планування і організації діяльності з МіО, а також планування та реалізація адекватних втручань з протидії ВІЛ представлено на *Діаграмі 1*. Структура цього посібника дозволяє фіксувати кроки та необхідні заходи з планування, моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ для груп найвищого ризику, а також для проектів з догляду та підтримки ЛЖВС. Посібник пропонує покрокову послідовність планування процесу збору, аналізу та використання даних, являючи собою своєрідну «дорожню карту», де відповіді на перше запитання є основою для питань та інформації, необхідної на другому рівні. Посібник також допоможе кожному визначити власну роль і внесок у систему МіО.



Діаграма 1. Підхід до планування та організації діяльності з МіО<sup>5</sup>



**Глава II** містить короткий опис основних концептуальних та теоретичних питань стосовно системи МіО, які допоможуть спеціалістам, які не займаються МіО, краще розібратися з цією тематикою.

**Глави III — IX** пропонують огляд кроків, необхідних для побудови та подальшої підтримки системи програмного МіО. Кроки структуровано в такий спосіб, щоб задовольняти як потреби великих національних чи субнаціональних програм, які надають гранти/бюджетні субсидії своїм партнерам-виконавцям (далі за текстом – *організації, що надають фінансування*), так і потреби менших організацій, які виступають реципієнтами бюджетних чи донорських коштів (*організації, що надають послуги*). Оскільки моніторинг програм/організацій, що працюють з партнерами-виконавцями/субреципієнтами – це складніший процес, ніж моніторинг проектів (адже вони повинні відстежувати не тільки власну діяльність, але й діяльність організацій, які вони фінансують), деякі кроки стосуються тільки таких організацій. Невеликі організації та проекти можуть пропускати ці кроки (опис кроку міститиме відповідні примітки).

<sup>5</sup> – Витяги з документу «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007 р., ст. 8 (Першоджерело: Rugg et al. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.)



## Сім кроків до побудови та підтримки ефективної системи МіО:

<b>Крок перший:</b>	Планування діяльності та втручань (визначення цілей, завдань, сфер надання послуг, цільових груп та обсягу робіт)
<b>Крок другий:</b>	Визначення системи показників: відбір показників, визначення базисних даних, встановлення цілей
<b>Крок третій:</b>	Вибір організацій-партнерів, що надають послуги, проведення оцінки потенціалу, розробка форматів звітності
<b>Крок четвертий:</b>	Програмний моніторинг – кількісні та якісні показники. Ведення програмного обліку
<b>Крок п'ятий:</b>	Збір та аналіз даних, забезпечення якості даних
<b>Крок шостий:</b>	Оцінка проектів та втручань
<b>Крок сьомий:</b>	Впровадження результатів МіО в управлінські рішення, використання даних

Кожен з цих кроків буде описано за схемою, що пропонується нижче. Це полегшить роботу з інформацією:

- **Що означає цей крок? Для чого він призначений?**
- **Як і коли його здійснювати?**
- **Очікувані виклики та можливі рішення.**
- **Практичний приклад.**

Відповіді на кожне з цих питань надаватимуться окремо для *організацій, що надають фінансування та організацій, що надають послуги*, якщо виникне така необхідність (див. «Глосарій» для визначення цих термінів).

У **Главі X** розглядається цикл моніторингу та оцінки в рамках масштабнішого національного процесу МіО.

Посібник також містить посилання на перелік **Додатків:**

Додаток 1:	Інструменти та методи вимірювання даних
Додаток 2:	Сфери надання послуг і приклади показників результатів
Додаток 3:	Перелік національних показників з моніторингу та оцінки ефективності заходів з контролю над ВІЛ/СНІД
Додаток 4:	Приклад формату програмної звітності (проект фокусної профілактики серед груп ризику)
Додаток 5:	Приклад первинних реєстраційних форм
Додаток 6:	Приклад звітної форми моніторингового візиту, що використовується Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні для моніторингу проектів з профілактики
Додаток 7:	Приклад системи показників
Додаток 8:	Підсумкова форма результатів діяльності проекту (приклад)
Додаток 9:	Національні поведінкові дослідження ранньої сероконверсії
Додаток 10:	Короткий опис можливого варіанту проведення операційного дослідження

та

## Рекомендовані показники результатів та процесу для проектів з профілактики ВІЛ серед СІН, РКС, ЧСЧ, в'язнів, а також проектів з догляду та підтримки ЛЖВС

### ■ Корисні уроки з досвіду розробки успішних систем MiO<sup>6</sup>

■ Системи MiO повинні бути максимально простими. Більшість програм та проектів збирають набагато більше даних, ніж використовують. Чим складнішою є система MiO, тим більша вірогідність невдач в її роботі. Важливо, щоб дані використовувалися як постійне підґрунтя для ухвалення рішень.

■ Системи MiO повинні містити стандартизований набір інструментів для збору та аналізу даних. Якщо кожна агенція в країні використовуватиме різні системи чи засоби, то ефективно проаналізувати чи підсумувати дані буде неможливо. Потреба в стандартизованому основному наборі інструментів не забороняє окремим структурам чи особам збирати додаткові, ситуативні дані з MiO.

■ Якісні MiO потребують як внутрішньої самооцінки, так і зовнішньої перевірки. Таким чином, незважаючи на те, що організаціям слід збирати і перевіряти власні внутрішні дані, певна зовнішня структура (яку, зазвичай, представляє організація, що надає фінансування) повинна перевіряти повноту та точність зібраних даних. Моніторингові візити, що їх здійснюють такі зовнішні агенції, повинні ґрунтуватися на аналізі внутрішньої оцінки та перевірках первинних даних, що їх виконує зовнішня структура.

■ Система MiO повинна бути вбудована в структуру програми; вона має перебувати у функціональному стані уже на початку реалізації програми, а не додаватися пізніше. «Конструювання» MiO після початку реалізації гранту виявиться набагато складнішим і менш ефективним.

■ Дані субнаціонального рівня мають велике значення для збору даних на національному рівні, оскільки їх можна узагальнити до цього рівня. Однак, субнаціональні дані є актуальнішими для керівників програм для прийняття операційних рішень.

■ Дані повинні бути максимально доступними і прозорими; якщо це можливо, їх слід оприлюднювати. Суть MiO полягає у тому, щоб стимулювати використання даних.

<sup>6</sup> – Витяги з документа «Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», січень 2006 р. (друге видання), ст. 17

# Глава II

## ПРОГРАМНИЙ МОНІТОРИНГ ЯК НЕВІД'ЄМНА ЧАСТИНА ЗАГАЛЬНОЇ СИСТЕМИ МІО

Існують різноманітні описові структури, які застосовуються до моніторингу та оцінки у будь-якій сфері. На різних рівнях використовують показники, що вимірюють, які ресурси вкладають в програму чи проект, і що з'являється в результаті таких внесків. Впродовж кількох останніх років використовується така загально визнана схема: **внесок – процес – результат – наслідок – вплив**. Для того, щоб програма чи проект змогли досягти поставлених цілей, **внески** у вигляді грошей чи витраченого часу персоналу, повинні призвести до **результатів**, наприклад, створення нових чи покращення наявних видів послуг, чисельність підготовленого персоналу, кількість осіб, охоплених послугами тощо. Ці результати є продуктом певних **процесів**, наприклад, навчання персоналу, які слід включати як ключові **заходи**, спрямовані на отримання необхідних результатів. Якщо такі результати були спроектовані належним чином і, відтак, охоплюють населення, для якого вони були призначені, то програма чи проект, очевидно, матиме позитивний короткостроковий **ефект** чи **наслідки**. Наприклад, це може бути частіше використання презервативів у контактах з випадковими партнерами; зростання показника використання стерильного ін'єкційного інструментарію; дотримання схем АРВ терапії тощо. Такі позитивні, короткострокові наслідки повинні призвести до змін в довгостроковому **впливі** програм, який проявляється, наприклад, у вигляді зниження кількості нових випадків ВІЛ/СНІД, зниження смертності й відповідно – зменшення тягаря хвороби серед інфікованих осіб та тих, хто постраждав від епідемії (наприклад, сироти та уразливі діти). Бажаний вплив програм також включає в себе покращення якості та очікуваної тривалості життя серед інфікованих осіб<sup>7</sup>. Додаткову інформацію про структури МІО можна отримати на таких веб-сайтах:

ПРООН: [http://www.undp.org/gef/undp-gef\\_monitoring\\_evaluation](http://www.undp.org/gef/undp-gef_monitoring_evaluation)

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

Уряд США: <http://www.globalHIVEvaluation.org>

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

Цю систему часто ілюструють у вигляді піраміди рівнів МІО – див. *Діаграму 2*. Вона описує всі рівні, на яких може здійснюватися моніторинг та оцінка, а також пропонує логічний спосіб організації процесу збору даних: на **рівні внеску** організація відстежує всі витрати і ресурси, які були інвестовані в певний процес (зазвичай, йдеться про фінансові ресурси); на **рівні процесу** відстежуються види діяльності, що впроваджуються, наприклад, кількість проведених тренінгів, розповсюджених матеріалів чи наданих консультацій. На **рівні результатів** організація відстежує безпосередні результати діяльності, виконаної на рівні процесу: охоплення представників уразливих груп послугами, кількість осіб, які пройшли навчання тощо. Базовим інструментом для збору даних на цих трьох рівнях є ведення програмного обліку. Крім цього, організаціям рекомендується проводити оцінювальні дослідження, спрямовані на вимірювання якісного компоненту надання послуг. Таку оцінку можна здійснити шляхом аналізу даних моніторингу програми, а також шляхом проведення спеціальних досліджень. Про це йтиметься далі. **Програмний МІО**, зазвичай, визначають, як секцію піраміди в частинах **процесу** та **результату**, вимірюючи ті показники, що стосуються результатів діяльності певної програми чи проекту як такого. Моніторинг рівня внеску, як правило, пов'язують з фінансовою звітністю, і в посібнику ми торкнемося цього питання лише поверхнево.

<sup>7</sup> – Витяги з документа «Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», січень 2006 р. (друге видання), ст. 11

**Рівні наслідків та впливу** піраміди моніторингу та оцінки вимірюють, у свою чергу, зміни в рівнях знань та поведінки (рівень наслідків), та зміни в тенденціях розвитку епідемії (рівень впливу). На діаграмі ці рівні пофарбовані в інший колір з тим, щоб підкреслити їхню відмінність від попередніх трьох рівнів МіО. В той час, як на перших трьох рівнях дані, зазвичай, збирають шляхом ретельного ведення обліку на рівні виконання, і передають їх на вищий рівень та/або до організації, що надає фінансування, то дані МіО на рівні наслідків і впливу вимагають проведення поведінкових досліджень та епіднагляду на національному рівні. Тобто всі організації, які працюють у сфері ВІЛ/СНІД на субнаціональному, регіональному, районному чи місцевому рівні, здійснюватимуть моніторинг (і, можливо, оцінку) на рівні внеску, процесу та результатів, однак лише національні учасники будуть задіяні в отриманні даних на рівні наслідків (проведення поведінкових досліджень серед загального населення чи серед окремих груп), і здійснюватимуть заходи з епіднагляду (рутинного та дозорного) з тим, щоб оцінити вплив діяльності, що виконується, на поширеність (серед загального населення та серед уразливих груп), захворюваність та смертність у зв'язку з ВІЛ/СНІД. Інші можливі соціально-економічні наслідки епідемії також враховуються в частині впливу на діаграмі. Оцінювання впливу програми вимагає значних інвестицій у діяльність з моніторингу та оцінки; часто доволі складно встановити внески окремих програм чи їхніх компонентів у загальне зниження кількості інфекцій чи в підвищення показників виживання. Для того, щоб встановити причинно-наслідковий зв'язок для конкретного втручання, може виникнути потреба в проведенні дослідження з експериментальною чи квазі-експериментальною структурою, аби відобразити вплив. Моніторинг показників результатів чи наслідків також здатний встановити таких зв'язок і продемонструвати загальні досягнення програм відповідно до узгоджених цілей і завдань. Для оцінки корисними можуть також бути національні опитування.

Звуження цієї «труби», де кожен наступний блок є меншим за попередній, ілюструє кількість показників, за якими необхідно збирати дані на кожному рівні, а також кількість організацій, задіяних в процесі збору та аналізу даних на кожному рівні.

Діаграма 2. **Рівні моніторингу та оцінки**



Як зазначалося вище, досягнення на рівні процесу та результатів переважно можна безпосередньо пов'язати з конкретними проектами або програмами, які фінансували або впроваджували їх, а наслідки та вплив, зазвичай, відображають суму загальнонаціональних (і іноді – регіональних) дій, спрямованих на боротьбу з ВІЛ/СНІД, а також природні тенденції розвитку епідемії. Тому цілком можливо, що моніторинг та

оцінка на рівні результатів показують, що програма відповідає встановленим цілям, що завдання виконуються, що якість послуг є адекватною, однак, на рівні впливу в цей час може спостерігатися зростання показників захворюваності та смертності.

У цьому посібнику ми лише поверхнево торкнемося національних досліджень та дозорного епіднадгляду другого покоління, оскільки його головна мета – описати процеси програмного моніторингу та оцінки, що організації ведуть власними силами. Тому цей посібник зосередиться, в основному, на трьох рівнях МіО, пов'язаних з програмним моніторингом (виділені світлішим кольором на діаграмі): внески, процес та результати, причому головна увага приділятиметься моніторингу та оцінці **процесу і результатів**.

Більш детально структура МіО проілюстрована на *Діаграмі 3*.

**Діаграма 3. Глобальна структура моніторингу та оцінки у сфері СНІД та ілюстративні типи даних<sup>8</sup>.**



Для того, щоб визначити справжні переваги і цінність програми, регулярні моніторингові дані слід постійно доповнювати оцінювальними дослідженнями. Про це йтиметься далі.

Нижче пропонуємо ключові параметри, за якими дані програмного МіО відрізняються від даних наслідків та впливу:

- **Частота збору даних та звітність.** В той час, як дані програмного МіО необхідно збирати на постійній основі, показники наслідків та впливу слід вимірювати набагато рідше – один раз на 2–5 років.

- **Методи збору даних.** Для програмного МіО основним джерелом даних є точне й ретельне ведення обліку та звітності з боку надавачів послуг на місцевому рівні, тоді, як збір даних для показників наслідків та впливу вимагає проведення спеціальних досліджень (поведінкові, епідеміологічні). Повний опис методів і засобів збору та вимірювання даних міститься в *Додатку 1*.

**Методологія збору даних на всіх рівнях МіО повинна залишатися єдиною та послідовною.** Це стосується усіх питань, пов'язаних зі збором даних, оскільки тільки за таких умов дані можна порівнювати в часі (через кілька років). Оскільки головною метою усієї діяльності в сфері МіО є **вимірювання тенденцій** у відповідь на певні втручання, **дані повинні залишатися порівнюваними у часі**, тобто це вимагає застосування одного й того ж методу збору даних.

<sup>8</sup> – Витяг з документу «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007 р., ст. 5 (Першоджерело: Rugg et al. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.)

Таблиця 1. **Рекомендована частота подання звітності та методи збору даних для показників різних рівнів<sup>9</sup>**

<b>Рівень показника</b>	<b>Рекомендована частота збору даних</b>	<b>Приклади методів збору даних *</b>
<b>Внесок/процес</b>	Постійно	– Статистика послуг у сфері здоров'я – Реєстри програмного МіО
<b>Результат</b>	Щоквартально, раз на півроку, щороку	– Статистика послуг у сфері здоров'я – Реєстри програмного МіО – Операційні дослідження
<b>Наслідок</b>	Один раз на 1–3 роки	– Опитування населення – Дослідження медичних закладів – Спеціальні дослідження
<b>Вплив</b>	Один раз на 2–5 років	– Опитування населення – Епідеміологічні дослідження – Спеціальні дослідження

\* Більшість методів збору даних буде детально описана у наступних главах цього посібника, причому особлива увага приділятиметься методам збору даних для програмного МіО (рівні процесу та результату)

■ **Кількість організацій/осіб**, які повинні збирати та аналізувати дані, а також готувати звіти. В той час, як програмний МіО здійснюється усіма організаціями/особами, що впроваджують відповідні програми, дані за показниками наслідків та впливу повинні збиратися на національному (або регіональному) рівні спеціально призначеною чи вибраною структурою. Оскільки збір даних та їхній аналіз для показників наслідків та впливу вимагає жорсткого дотримання наукової методології і є дорогим процесом, то цим, зазвичай, займаються лише кілька агенцій в країні.

■ **Вартість**. Рутинний збір та аналіз даних для програмного МіО коштує дешевше, ніж проведення поведінкових та епідеміологічних досліджень і опитувань.

Більша частина інформації, що міститься у посібнику, присвячена збору кількісних даних. Однак варто відзначити й цінність використання якісних даних для доповнення, підтвердження та глибшого розуміння кількісних даних. Хоча якісні підходи не призначені для поширення серед широкого загалу і вони не можуть вимірювати тенденції, така інформація сприяє кращому розумінню контексту для аналізу кількісних даних. Якісні дані також корисні для аналізу ситуативних реакцій на зміну поведінки. Крім того, ця інформація може виявитися цінною для розробки ефективніших інформаційних кампаній, надання права голосу уразливим спільнотам та надання якісніших послуг представникам цільових груп.

В ідеалі, в процесі збору та аналізу інформації варто використовувати змішаний якісний та кількісний підхід. Змішаний методологічний підхід сприятиме глибшому розумінню діяльності програми, забезпечить основу для триангуляції джерел даних та знизить кількість похибок у даних.

<sup>9</sup> – Адаптовано з документа «Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», січень 2006 р. (друге видання), ст. 13

## ■ Відмінності між моніторингом та оцінкою<sup>10</sup>

**Моніторинг** – це *регулярне* відстеження ключових елементів роботи програми/проекту (зазвичай – внесків, процесу та результатів) шляхом ведення документації та обліку, регулярної звітності та систем нагляду, а також спостереження за медичними закладами та їх дослідження. Моніторинг допомагає керівникам програм чи проектів визначати, які напрямки потребують більшої уваги, а які сфери можуть допомогти покращити результат. В належним чином організованій системі моніторингу та оцінки, моніторинг має велике значення для проведення оцінки. Показники, відібрані для моніторингу, відрізнятимуться залежно від рівнів звітування в рамках системи охорони здоров'я. Дуже важливо відбирати обмежену кількість показників, які будуть реально використовуватися виконавцями програм та їх менеджерами. Існує тенденція щодо збору даних за великою кількістю показників, причому ця інформація передається на рівні, де її не будуть і не зможуть використовувати для ефективного ухвалення рішень. Крім того, моніторинг використовується для вимірювання тенденцій у часі, тому методи моніторингу повинні бути послідовними для забезпечення належного порівняння. На рівні керівництва проекту необхідно більше інформації, ніж на національному або міжнародному рівні. Кількість показників, за якими здійснюється звітування, повинна зменшуватися від субнаціонального до національного і далі – до міжнародного рівня.

На відміну від моніторингу, **оцінка** – це *епізодичний* аналіз змін в запланованих результатах, пов'язаних із втручаннями програми або проекту. Іншими словами, оцінка намагається зв'язати певний результат чи наслідок з втручанням через певний проміжок часу. Таким чином, оцінка допомагає керівникам програми чи проекту визначити цінність або значущість того чи іншого проекту або програми. Оцінки економічної ефективності та вигоди від витрачених коштів є корисними для визначення доданої цінності конкретної програми або проекту. Крім того, оцінка також повинна пов'язувати результати програми/проекту з загальнонаціональними тенденціями в поведінкових та інших наслідках, а також з впливом на захворюваність. Такий тип оцінки є важливим навіть у тих випадках, коли програма/проект є лише частиною спільних зусиль, спрямованих на те, щоб вплинути на хворобу.

Завдання та методологія моніторингу та оцінки різні. Загалом, оцінка є складнішою з точки зору необхідної методологічної точності: без такої точності і ретельності висновки щодо цінності програми або проекту можуть виявитися неправильними. Також оцінка є дорожчим процесом, особливо коли йдеться про оцінку наслідків та впливу, адже вона вимагає проведення загальнонаціональних досліджень або інших точних методів дослідження. Однак оцінка також повинна використовувати дані та дослідження, що є доступними на національному рівні і що ведуться регулярно.

---

<sup>10</sup> – Витяги з документа «Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», січень 2006 р. (друге видання), ст. 11



# Глава III

## КРОК ПЕРШИЙ:

### ПЛАНУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТА ВТРУЧАНЬ (ВИЗНАЧЕННЯ ЦІЛЕЙ, ЗАВДАНЬ, СФЕР НАДАННЯ ПОСЛУГ, ЦІЛЬОВИХ ГРУП ТА ОБСЯГУ РОБІТ)

#### ■ Що означає цей крок? Для чого він призначений?

Програми чи проекти повинні мати чітко встановлені цілі й завдання для роботи. Це відправна точка звичайного циклу управління проектом і відтак – процесу створення системи програмного МіО. Якщо програма не має специфічних завдань, які вона повинна виконати, то неможливо встановити, чи здійснюються адекватні втручання і чи відповідають досягнуті результати первинним намірам. Сфери надання послуг (СНП) являють собою подальшу деталізацію завдань, поєднуючи показники з конкретними напрямками діяльності і робіт, що дозволяє порівняти досягнення на рівні результатів на національному рівні (наприклад, охоплення СН) з прогресом, досягнутим з точки зору впливу та змін поведінки (наприклад, показники захворюваності та поширеності ВІЛ серед СН) у майбутньому. Разом з визначенням цілей, завдань та СНП особливу увагу слід звернути на визначення цільових груп та обсягу робіт в рамках запланованого втручання. Це матиме пряий вплив на розробку робочого плану та бюджету проекту. Процес визначення обсягів робіт повинен забезпечувати баланс між рекомендованими масштабами втручання для досягнення впливу на епідемію та можливостями конкретної організації щодо впровадження тієї чи іншої діяльності.

На цьому етапі *організації, що надають фінансування*, повинні визначити ширші контекстні рамки запланованої програми, обмежуючи та уточнюючи її контекст, заплановані втручання та засоби їх реалізації, а також сферу дії усієї програми та фінансові пріоритети. Це допоможе *організаціям, що надають послуги*, спланувати свою діяльність відповідно до загальних програмних засад і пріоритетів. При підготовці своїх пропозицій, ці організації ще більше звуть свої втручання, діяльність та обсяги робіт, що виконуватимуться на місцях.

На цьому етапі керівники програми чи проекту повинні визначити і встановити логічну структуру та очікувані результати майбутньої діяльності.

#### ■ Як і коли його здійснювати?

Описана вище робота повинна бути закінчена до початку впровадження програми чи проекту, оскільки вона є частиною ширшого процесу стратегічного планування, яким, зазвичай, опікуються вищі керівники *організації, що надає фінансування*, або *що надає послуги*. Однак, виходячи з того, що управління проектом – це циклічний процес, то дані і факти, отримані на пізніших етапах, зможуть покращити реалізацію проекту у майбутньому.

Програма може мати одну чи дві цілі. Кожна ціль містить низку завдань; кожне завдання, в свою чергу, передбачає кілька СНП, а діяльність в межах кожної СНП відстежується та оцінюється за допомогою одного чи кількох показників.

**Загальні цілі** – це широкі, комплексні поняття, що визначають кінцевий вплив запланованої діяльності, наприклад, «Зниження смертності у зв'язку з ВІЛ», «Зменшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції», «Покращення якості життя людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» тощо.



**Завдання** для кожної цілі необхідно чітко описувати. Завдання визначає наміри програми, для реалізації якої очікується фінансування, а також встановлює рамки, у яких надаватимуться послуги задля досягнення встановленої мети. Прикладами завдань можуть бути такі: «Покращення показників виживання людей з розвиненою ВІЛ-інфекцією у чотирьох областях», «Досягнення 60% охоплення профілактичними послугами в двох регіонах», «Зниження рівнів вертикальної передачі ВІЛ в Києві» тощо.

В межах кожного завдання визначаються **сфери надання послуг (СНП)**. Сфера надання послуг відповідає конкретному виду послуг, що надається. Великий перелік СНП, що стосуються не тільки профілактики, догляду та підтримки, але й інших напрямків, разом з прикладами показників містяться у Додатку 2. Прикладами СНП можуть виступати: «Надання послуг з добровільного консультування та тестування для уразливих груп», «Забезпечення СНІД стерильним ін'єкційним інструментарієм», «Догляд за хронічно хворими ЛЖВС вдома» тощо. Перелік СНП є базою для розробки робочого плану (списку конкретних заходів з відповідним графіком виконання). Кожній СНП відповідають показники процесу та результатів, про що йтиметься далі. Деякі показники рівня результатів можуть відображати прогрес, досягнутий завдяки реалізації кількох СНП, наприклад: «Кількість людей, охоплених комплексними послугами з профілактики» може включати в себе осіб, які отримали ДКТ, презервативи та шприци, матеріали, спрямовані на зміну поведінки і відповідне консультування. Кожна така послуга є окремою СНП.

Завдання та СНП, зазвичай, формулюються відносно визначеної **цільової групи** – групи осіб, які потребують певного втручання – та **географічного охоплення**. Цільовою групою може виступати все населення країни або невелика за чисельністю група, що виділяється, наприклад, за віком чи за моделями поведінки. Визначення таких груп, зазвичай, ґрунтується на даних про те, які спільноти є найбільш уразливими до хвороби, як безпосередньо, так і опосередковано. Наприклад, визначення цільової групи для втручання у зв'язку з ВІЛ/СНІД часто ґрунтується на епідемічній ситуації. В умовах *генералізованої епідемії*, коли поширеність ВІЛ постійно перевищує рівень 1% серед вагітних жінок, цільовою групою може виступати все населення країни. Однак, в умовах *концентрованої та помірної епідемії*, де поширеність ВІЛ обмежується певними групами з характерними факторами поведінкового ризику, цільова група може визначатися як підгрупа загального населення, для якої характерні однакові поведінкові особливості – наприклад, *чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ)*, *споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН)*, чи *робітники комерційного сексу (РКС)*.<sup>11</sup> Чоловіки-в'язні у багатьох країнах також викликають занепокоєння через ризик незахищених і часто – примусових статевих контактів, а також через спільне користування ін'єкційним інструментарієм. Тому їх також часто визначають як цільову групу.

Точне визначення груп СІН, РКС та ЧСЧ залежить від того, як давно та чи інша особа практикувала поведінку, пов'язану з ризиком інфікування. Хоча такі часові рамки слід визначати, враховуючи національні особливості, рекомендуємо дотримуватися стандартних міжнародних визначень.

### **Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН)**

Відповідно до керівних принципів ССГАООН, рекомендується класифікувати осіб як споживачів ін'єкційних наркотиків, якщо вони повідомляють про ін'єкційне споживання наркотиків впродовж останнього місяця.

### **Чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ)**

Відповідно до керівних принципів ССГАООН, рекомендується класифікувати осіб як

<sup>11</sup> – Витяги з документа «Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», січень 2006 р. (друге видання), ст. 12

чоловіків, які мають секс з чоловіками, якщо вони вказують на випадки анального сексу з чоловіком–партнером впродовж шести останніх місяців.

### **Робітники комерційного сексу (РКС)**

Відповідно до керівних принципів ССГАООН, рекомендується класифікувати осіб як робітників комерційного сексу, якщо вони повідомляють про факти надання послуг комерційного сексу протягом останніх 12 місяців.

Іноді варто розподіляти ці групи на підгрупи, наприклад, на жінок–СІН, які надають секс–послуги за платню, або молоді СІН (у віці до 25 років). Такий розподіл здійснюють тоді, коли програма чи проект приймає рішення щодо впровадження особливих втручань для таких підгруп, і такі втручання відрізняються від загальних підходів до роботи з населенням або групою в цілому. В такому випадку відповідні рішення повинні відображатися в структурі та дизайні системи програмного МіО. Насамперед, це стосується деталізації показників та засобів збору даних.

Визначення цільової групи **проектів з догляду та підтримки** для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД або які постраждали внаслідок епідемії, є самоочевидним, однак тут важливо встановити: кого вважати особами, які постраждали від ВІЛ/СНІД? Як правило, це діти, народжені ВІЛ–інфікованими матерями (в т.ч. діти–сироти), та інші родичі ЛЖВС. Однак, для забезпечення послідовності, такі поняття слід визначати на національному рівні або на рівні великомасштабної програми, що здійснюється в країні.

Обираючи одну чи кілька цільових груп для подальшої роботи, окремі проекти повинні дотримуватися домовленостей, що були досягнуті на національному рівні.

Після визначення цілей, завдань, СНП та цільових груп, необхідно визначити заплановані обсяги робіт. Масштаби реалізації втручань та охоплення цільових груп, зазвичай, визначаються обсягом наявного фінансування, життєздатністю цієї роботи та міжнародними рекомендаціями. **Наприклад, ВООЗ рекомендує регулярно охоплювати щонайменше 60% СІН послугами з профілактики з тим, щоб вплинути на тенденції епідемії.**<sup>12</sup> З іншого боку, завжди існують певні обмеження, на які слід зважати саме на цьому етапі. Окрім рівнів фінансування, це може бути політична ситуація, рівень розвиненості мереж організацій–виконавців (у випадку *організацій, що надають фінансування*) або організаційний потенціал та регіональні особливості поведінки груп найвищого ризику (з точки зору *організацій, що надають послуги*).

Обсяг робіт, запланованих до виконання, зазвичай, показують в числовому вигляді, зокрема, як відсоток охоплення цільової групи з описом відповідних припущень та обмежень. Для того, щоб підрахувати відсоток, необхідно визначити чисельник та знаменник. Питання встановлення цілей в абсолютних величинах (чисельник) розглядатиметься у наступній главі, а зараз ми розглянемо питання визначення знаменника, тобто відповімо на питання **«Як оцінити чисельність цільової групи населення?»** як на національному, так і на регіональному рівні.

Для визначення обсягу робіт на національному та регіональному рівні рекомендується використовувати **оцінкову чисельність** цільової групи, а не дані **офіційної статистики**. Справа в тому, що офіційна статистика – і це добре відомий факт – зазвичай, відображає значно занижену чисельність усіх цільових груп через прихований характер їхнього існування. Офіційна статистика стосовно чисельності СІН ґрунтується на даних Міністерства охорони здоров'я про кількість хворих з психічними та поведінковими порушеннями внаслідок споживання психічно активних речовин. Офіційна статистика щодо РКС відповідає статистичним даним Міністерства внутрішніх справ про кількість

<sup>12</sup> – «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007 р.

арештів за заняття проституцією. Очевидно, що ці дані є набагато нижчими, ніж реальна чисельність СІН та РКС. Це ж саме стосується й кількості ЛЖВС, оскільки кількість зареєстрованих центрами профілактики та боротьби зі СНІД ВІЛ-інфікованих осіб є нижчою, ніж реальні показники.

Деякі ГНР (групи найвищого ризику), наприклад, ЧСЧ, взагалі не включені в жоден статистичний звіт. Відтак, ніякої офіційної інформації про чисельність цієї групи немає.

Таким чином, оцінка чисельності цільової групи – це одне з ключових питань стратегічного планування, оскільки саме така оцінка визначає необхідні ресурси, заходи, що реалізуються, та прогнози відносно очікуваного рівня впливу. Водночас офіційна статистика залишається важливим компонентом процесу оцінювання. Використання статистичних даних в процесі оцінювання описано нижче.

Є певні ГНР, зокрема, **в'язні**, відносно яких офіційна статистика надає вичерпну інформацію про чисельність групи. Ці групи населення не вважаються прихованими, хоча й продовжують наражатися на високий ризик ВІЛ-інфікування.

### ■ Як визначати чисельність СІН, РКС та ЧСЧ

Для того, щоб провести оцінку чисельності цих груп, необхідно:

- Ідентифікувати цільову групу;
- Вибрати належний метод.

### **Ідентифікація цільових груп**

Як уже зазначалося, єдиного підходу до визначення людини як СІН, РКС або ЧСЧ, не існує. У контексті протидії епідемії ВІЛ/СНІД, ідентифікація цільових груп має передбачати рівень потенційного ризику інфікуватися самому чи інфікувати іншу людину.

**СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків.** У контексті епідемії ВІЛ, фахівці у сфері стратегічного планування звертають увагу на тих, хто регулярно вживає наркотики і тому належить до групи ризику. Для визначення цієї групи рекомендується контролювати два важливих показники: тривалість вживання наркотиків (протягом життя): впродовж одного року або протягом останніх шести місяців; а також регулярність вживання наркотиків, наприклад, щонайменше раз на тиждень.

**РКС – робітники комерційного сексу.** Ця група включає в себе жінок (і чоловіків), які використовують секс як джерело доходу (постійного чи тимчасового). До цієї групи також можуть належати жінки, які надають секс-послуги задля досягнення певної мети (наприклад, для кар'єрного зростання). Однак, з точки зору епідемії, важливо розглядати саме ту групу РКС, які надають сексуальні послуги впродовж певного періоду часу (а не одноразово): протягом року чи за останні шість місяців. Тут слід враховувати ще один важливий критерій: чи є комерційні секс-послуги головним (або одним з головних) джерел доходу.

**ЧСЧ – чоловіки, які мають секс з чоловіками.** До цієї групи належать чоловіки, які мали статеві контакти з чоловіками впродовж останніх 12 місяців.

Питання тривалості і частоти таких контактів, а також питання їх примусового чи добровільного характеру, і досі залишається суперечливим.

### ■ Найбільш поширені методи

Рішення щодо методу оцінки, який є найбільш надійним і придатним, має ґрунтуватися на кількох передумовах: наявності статистичних даних та попередніх оцінок, рівня оцінки (національному чи регіональному), а також рівнях стигматизації цільової групи.

Найбільш уживаними методами є:

#### **Загальнонаціональне опитування населення**

Його також називають загальнонаціональним опитуванням домогосподарств (ЗОД) – це стандартизоване масове репрезентативне опитування громадян щодо проблематики дослідження. Таке опитування може надати інформацію щодо мінімальних показників чисельності населення, яке практикує поведінку, що викликає соціальний осуд. Цей метод використовують, зазвичай, на національному рівні. Його було використано, зокрема, як компонент оцінки чисельності ЧСЧ в Україні. Анкета опитування такого типу може містити блок запитань щодо сексуальної поведінки, в тому числі – щодо сексуальних стосунків чоловіків з іншими представниками їхньої статі. Як додатковий метод можуть використовуватися шкільні опитування, які охоплюють лише певну частину цільових груп, наприклад, якщо оцінюється чисельність молодих споживачів наркотиків (до 18 років).

У цього методу є певні обмеження. По-перше, ризикована поведінка не є надто поширеною серед загального населення. По-друге, респонденти можуть відмовитися давати правдиві відповіді. По-третє, особи, які представляють «потенційну» цільову групу, зазвичай не є членами домогосподарств, тобто вони не живуть в традиційних квартирах чи будинках, а мешкають на вулицях, у будинках розпусти тощо, де їх важко охопити дослідженням. Варто зазначити, що така найбільш маргіналізована частина цільової групи є найбільш уразливою до ВІЛ, і саме ці особи потребують першочергових профілактичних втручань. Цей метод, зазвичай, не використовують для оцінки чисельності СІН.

#### **Метод «Захоплення – повторне захоплення»**

Суть цього методу полягає в проведенні опитування двічі. Після першого опитування респондентів «позначають» як людей, які вже брали участь в дослідженні. Можна використовувати різні методи «маркування», наприклад, подарувати респондентові невеличкий пам'ятний подарунок (наприклад, косметичний набір абощо) після першого опитування. Під час повторного опитування інтерв'юєр «захоплює» тих респондентів, які брали участь в першому дослідженні й які повідомили про подарунок (були «позначені»). Цей метод припускає, що після повернення до своєї групи респонденти «змішуються» з іншими до однорідності. Таким чином, частка тих, хто братиме участь в другому опитуванні, дорівнює частці повної досліджуваної сукупності. Для підрахунку чисельності цільової групи (ЦГ) використовується формула:

$$\text{Загальна оцінкова чисельність ЦГ (N)} = \frac{n_1 \times n_2}{m}$$

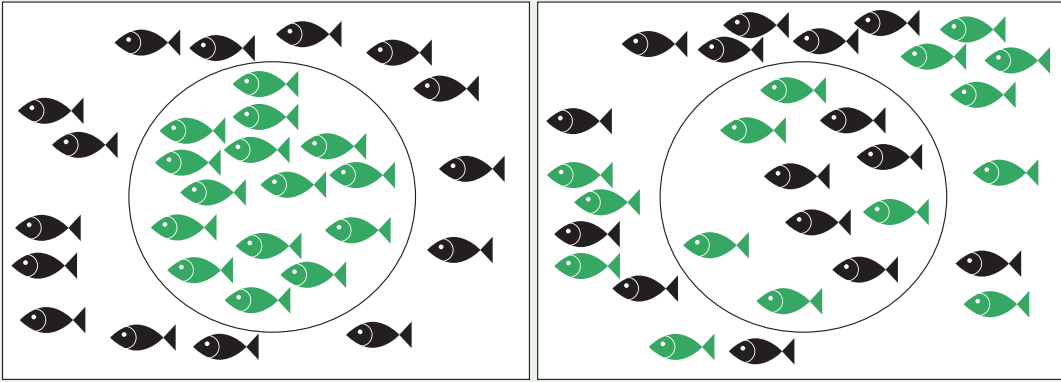
(формула 1)

Де:  $n_1$  — чисельність ЦГ у вибірці першого «захоплення»

$n_2$  — чисельність ЦГ у вибірці другого «захоплення»

$m$  — кількість представників ЦГ з першого «захоплення» у вибірці другого «захоплення»

Нижче пропонуємо приклад практичного застосування цього методу:



Малюнок 1

Малюнок 2

**Приклад:**

Еколог має намір оцінити чисельність риби в озері. Для цього відловлюється певна кількість риби (вибірка); її підраховують, позначають і відпускають назад в озеро. Як показано на *Малюнку 1*, було виловлено і відмічено 15 рибин. Трохи згодом еколог повертається до озера і ще раз виловлює певну кількість риби (вибірка). Перевіряючи наявність маркування (як показано на *Малюнку 2*), він встановлює кількість риби, яка потрапила в обидві вибірки – їх п'ять. Вдруге еколог виловив десять рибин.

Застосувавши вищезазначену формулу, отримуємо результат: **15 x 10/5=30**

Однією з головних вимог цього методу є спроможність забезпечити незалежність першої та другої вибірки – існує теоретична вірогідність того, що кожен представник групи може потрапити у вибірку під час першого і другого опитування.

Цей метод є доволі складним і чутливим до міграційних процесів та до політичної ситуації, і саме тому його слід використовувати **лише на регіональному або на місцевому рівні**.

В Україні цей метод було використано для оцінки чисельності РКС на регіональному рівні.

### **Метод «Квазізахоплення – повторне захоплення»**

Цей метод ґрунтується на тому ж принципі однорідності, що й оригінальний метод «Захоплення – повторне захоплення», однак в спрощеному варіанті. Замість проведення двох опитувань, дослідник може використати два чи кілька списків офіційних даних чи баз даних досліджень, припускаючи, що в цих списках згадуються ті ж самі люди (або ті ж самі люди брали участь в дослідженнях). Іншими словами, метод «Квазізахоплення – повторне захоплення» використовується як вторинний аналіз наявних чи отриманих даних. Якщо статистичні дані чи дослідницьку інформацію можна отримати і на регіональному, і на національному рівні, цей метод дозволить здійснити оцінку на різних рівнях (на відміну від методу «Захоплення – повторне захоплення»). Тут також існують певні вимоги. Перш за все, робота з офіційно зареєстрованими даними (список учасників) вимагає незалежного формування таких списків. Другою необхідною вимогою є те, що дані повинні бути отримані одночасно на тій самій території.

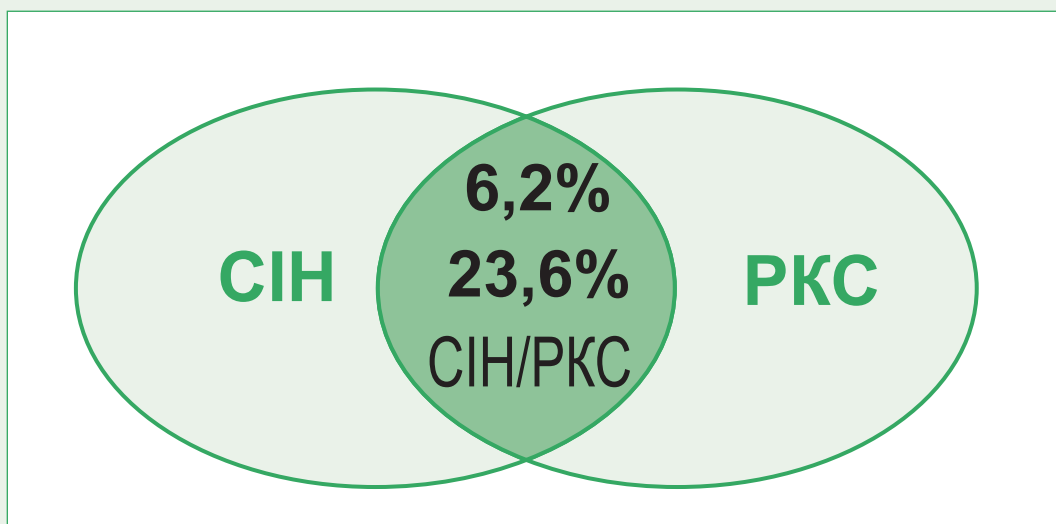
Нижче пропонуємо два приклади застосування цього методу. Перший ґрунтується на даних двох поведінкових досліджень. Другий – на використанні списків офіційної реєстрації.

### Приклад 1:

Цей приклад демонструє підрахунок чисельності РКС.

Було проведено два окремих опитування, серед СІН та серед РКС. Дослідники припустили, що в обох дослідженнях могли брати участь одні й ті ж особи. Таке припущення ґрунтується на тому факті, що жінки-споживачі ін'єкційних наркотиків також можуть бути робітницями комерційного сексу. У такому випадку обидва опитування можуть вважатися першим і другим "захопленням". Перше "захоплення" – це опитування СІН, де РКС були присутні як частини від загальної вибірки. Друге «захоплення» – це опитування РКС, де вже СІН виступали як частина вибірки.

Графічно це можна зобразити так:



В результаті проведення поведінкового дослідження серед СІН був встановлений відсоток СІН жіночої статі (6,2%), які вказали, що надавали комерційні секс-послуги протягом останніх 12 місяців. Вони були «позначені» як «перший улов». Припустімо, що оцінкова чисельність СІН відома і становить 120 000 осіб. Таким чином, кількість РКС, «виловлених» при першому «захопленні» становитиме

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

В результаті проведення поведінкового дослідження серед РКС, було встановлено, що кожна четверта жінка (23,6%) вживала наркотики ін'єкційним шляхом впродовж останніх 12 місяців. У нашому випадку це – об'єкти другого «захоплення».

Іншими словами, 7440 РКС, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, становлять 23,6 відсотків від загальної чисельності РКС. Таким чином, загальна оцінкова чисельність РКС становить

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

### Приклад 2:

Організація має намір оцінити реальну чисельність СІН у місті «А». Доступними є лише кілька статистичних звітів: СІН, зареєстровані в міліції; СІН, зареєстровані в наркологічному центрі; та СІН, зареєстровані в центрі СНІДу (всі дані – за той самий рік). У даному випадку організація має три списки споживачів наркотиків з їхніми іменами. Деякі з них вказані у двох списках, а деякі потрапили в усі три списки.



У випадку наявності двох списків, можна використати *формулу 1*. Якщо ж існує три чи більше списків, слід застосувати складний програмний продукт.

Ця програма називається «PEPI for Windows» (WinPepi). Її можна завантажити з Інтернету за адресою <http://www.healthcarefreeware.com/calc.htm>

### ■ Метод коефіцієнта (Множника)

Метод коефіцієнтів можна застосовувати тоді, коли доступна кількісна інформація з щонайменше двох джерел, і коли відомо, що оцінкові групи перетинаються і відома величина цього «перекриття». Першим джерелом може бути статистика будь-якого закладу, що працює з цільовою групою (наприклад, дані реєстрації наркологічного диспансеру). Іншим джерелом може бути інформація, отримана безпосередньо від представників цільової групи в ході поведінкового дослідження (наприклад, ствердна відповідь на запитання стосовно реєстрації в наркологічному диспансері). Це той випадок, коли офіційна статистика допомагає отримати оцінкову кількість. Для застосування цього методу необхідно здійснити кілька кроків:

1. Визначити джерело ввідних даних.
2. Отримати необхідну статистичну інформацію.
3. Розробити питання і включити їх до анкети опитування.
4. Після проведення опитування підрахувати відсоток респондентів, які дали позитивну відповідь на ваше запитання.
5. Застосувати формулу до усіх отриманих даних і підрахувати оцінкову чисельність групи в місті або регіоні. Цей метод можна також застосовувати на національному рівні.



**Приклад:**

- У 2004 році у місті «А» лікувалося 1500 СІН.
- За даними опитування, лікування отримувало 20% СІН.
- Коефіцієнт для підрахунку чисельності: 100 % : 20 % = 5
- **Загальна оцінкова чисельність СІН = 1500 x 5 = 7500**

Цей метод був використаний в Україні для оцінки чисельності СІН в усій країні. У цьому випадку застосовувався так званий «коефіцієнт госпіталізації». В деяких інших країнах існують надійні дані щодо офіційно зареєстрованих випадків передозування, тому там можна застосовувати інший коефіцієнт, що ґрунтується на даних стосовно передозування.

Що стосується РКС, то єдиними офіційними даними щодо цієї групи володіє Департамент боротьби зі злочинами, пов'язаними з торгівлею людьми Міністерства внутрішніх справ України – йдеться про осіб, заарештованих у зв'язку із заняттям проституцією. У цьому випадку, під час проведення поведінкового дослідження респондентів необхідно запитувати про те, чи були вони заарештовані за заняття проституцією впродовж певного періоду часу. Підставивши дані з цих двох джерел у формулу, можна підрахувати загальну кількість РКС.

Тут надзвичайно важливо дотриматися двох вимог: офіційні дані мають бути надійними, і усі дані з обох джерел повинні відповідати одному і тому ж періоду часу і тій самій території.

Національні оцінки чисельності ГНР рекомендується проводити один раз на п'ять років, а регіональні дані можна оновлювати кожні 2–3 роки. У наведеній нижче таблиці підсумовується можливість застосовувати описані вище методи для різних груп населення та рівнів.

**Таблиця 2. Можливість застосовування методів оцінки чисельності ГНР**

Метод	Національний рівень	Регіональний рівень
Загальнонаціональні опитування населення (дослідження домогосподарств)	ЧСЧ, РКС	–
«Захоплення – повторне захоплення»	–	СІН, РКС, ЧСЧ
«Квазізахоплення – повторне захоплення»	РКС, СІН, ЧСЧ	РКС, СІН, ЧСЧ
Метод коефіцієнта (множника)	РКС, СІН	РКС, СІН

■ **Як оцінити чисельність людей, які живуть з ВІЛ/СНІД**

Від самого початку епідемії СНІД методи й результати оцінок чисельності людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією та СНІД, регулярно переглядалися та вдосконалювалися. Існує кілька методів проведення таких оцінок, і не всі вони є послідовними чи науково обґрунтованими. Для забезпечення послідовності у використанні надійних та науково обґрунтованих методів, була створена Дорадча група ЮНЕЙДС з питань оцінок, моделювання та прогнозування. Дорадча група надає ЮНЕЙДС та Всесвітній організації охорони здоров'я (ВООЗ) незалежні наукові рекомендації стосовно глобальних оцінок і прогнозів поширеності, захворюваності та впливу ВІЛ/СНІД<sup>13</sup>. ЮНЕЙДС/ВООЗ рекомендує застосовувати такі методи для отримання національних оцінок з ВІЛ та СНІД.

<sup>13</sup> – Додаткову інформацію про діяльність Дорадчої групи можна знайти на веб-сайті [www.epidem.org](http://www.epidem.org)



### ■ Генералізована епідемія:

У країнах з генералізованою епідемією національні оцінки поширеності ВІЛ ґрунтуються на даних, зібраних системами епідеміологічного нагляду, що досліджують вагітних жінок, які відвідують певну кількість дозорних ділянок у жіночих консультаціях. В дедалі більшій кількості країн оцінка також ґрунтується на даних національних репрезентативних серологічних досліджень. Ці дані вводять у програму "Пакет оцінок та прогнозування" (EPP), яка підбирає просту епідеміологічну модель для пошуку найточнішої кривої, що відповідає еволюції поширення ВІЛ серед дорослого населення за певний проміжок часу, і калібрує цю криву відповідно до даних щодо поширеності, виявлених у ході національного дослідження.

### ■ Помірні чи концентровані епідемії:<sup>14</sup>

В країнах з **помірною чи концентрованою епідемією** національні оцінки поширеності ВІЛ, як правило, ґрунтуються на даних епіднагляду, зібраних серед груп населення високого ризику (робітники комерційного сексу, чоловіки, які мають секс з чоловіками, споживачі ін'єкційних наркотиків), та оцінках чисельності груп населення, що наражаються на високий та низький ризик інфікування. Цю інформацію вводять у модель одиничної поширеності та прогнозування для пошуку найкращої кривої, яка відобразить еволюцію поширеності ВІЛ серед дорослих у часі.

Метод «Робочого журналу» для отримання оцінок поширеності ВІЛ та побудови сценаріїв майбутнього розвитку поширеності ВІЛ/СНІД був розроблений для країн з помірними чи концентрованими епідеміями. В цих країнах відсутні репрезентативні дані, які можна було б використовувати для оцінки поширеності серед дорослого населення, тому цей процес відрізняється від країн, де епідемія вже стала генералізованою, і де основу для оцінки поширеності серед дорослих складає інформація про вагітних жінок.

В умовах концентрованої епідемії ВІЛ швидко поширюється в певних підгрупах, однак не поширюється активно серед загального масиву населення. Такий стан епідемії дозволяє зробити припущення про те, що в зазначених підгрупах активно практикується поведінка, пов'язана з високим ризиком інфікування. Подальший розвиток епідемії визначається частотою та природою зв'язків між підгрупами ризику та загальним населенням. В умовах концентрованих та помірних епідемій використовується такий підхід:

- Скласти оцінки для груп населення, що наражаються на найвищий ризик інфікування на ВІЛ/СНІД, а потім
- Об'єднати ці оцінки для вироблення загальної оцінки поширеності серед дорослого населення.

Основні зусилля з вироблення національної оцінки пов'язані з первинним збором даних та плануванням. Нижче наведено деякі види даних, необхідні для отримання оцінкової кривої прогнозу в «Робочому журналі»:

- дані про географічний регіон,
- групи в країні, які наражаються на високий ризик інфікування ВІЛ,
- групи в країні, які наражаються на низький ризик інфікування ВІЛ,
- дані про чисельність груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ,
- поточні дані про поширеність ВІЛ у цих групах населення.

---

<sup>14</sup> – Посібник «Використання методу Робочого журналу для отримання оцінок щодо ВІЛ/СНІД в країнах з помірними та концентрованими епідеміями» (Using the Workbook Method to Make HIV/AIDS Estimates in Countries with Low-Level or Concentrated Epidemics. Manual. UNAIDS and WHO, 2007).

Застосовуючи метод «Робочого журналу», користувачі також повинні вирішити, як діяти у разі відсутності чи неповноти даних.

Після того, як користувачі отримують оцінки національної поширеності ВІЛ на кілька років, метод «Робочого журналу» дозволить використати ці оцінки для побудови епідемічної кривої, яка відобразатиме хід розвитку епідемії у часі. Листи «Епідемічна крива» дозволяють користувачам:

- відібрати епідемічну криву за точками даних, що дозволить оцінювати тенденції впродовж певного проміжку часу;
- визначити час подвоєння масштабів епідемії, темпи її розвитку та поточний рівень розповсюдження

Така крива поширеності серед дорослого населення, а також припущення, щодо поширення на загальнонаціональному рівні вводяться в програму Spectrum з тим, щоб підрахувати кількість інфікованих осіб, кількість нових випадків інфікування та кількість смертей.

**SPECTRUM** – це набір стратегічних моделей (DemProj, FamPlan, AIM, RAPID, Ben-Cost, NewGen, PMTCT, ProTrain, и SupplyPlan). Кожна модель містить докладне керівництво для користувача, в якому описуються не тільки методи використання цього програмного забезпечення, але й містяться розділи про джерела даних, методи інтерпретації та використання результатів, навчальний посібник і опис методології.

Цю програму та посібники можна отримати з веб-сайту ЮНЕЙДС за адресою [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Epidemiology/epi\\_software2007.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Epidemiology/epi_software2007.asp).

Програмне забезпечення і посібники надаються безкоштовно.

### ■ Роль НУО в процесі оцінки

Окремі проекти з профілактики серед СІН, РКС та ЧСЧ документують свою діяльність, використовуючи різноманітні форми та стандарти. 2005 року Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні розробив та запровадив єдину електронну автоматизовану інформаційну систему (АІС) реєстрації клієнтів різних проектів з профілактики для СІН, РКС та ЧСЧ. Така система дозволяє ідентифікувати колишніх та поточних клієнтів (це питання буде детально розглядатися далі). АІС може бути використана як додаткове джерело інформації для застосування методу «Квазізахоплення – повторне захоплення», або методу коефіцієнта (множника).

Дотепер поведінкові дослідження серед цих закритих груп провадилися здебільшого з активним залученням соціальних працівників, волонтерів і клієнтів НУО, що надають послуги та підтримують повсякденні контакти з представниками цих груп. Спостерігається швидкий розвиток організацій та проектів, що працюють в сфері профілактики ВІЛ серед СІН у великих та найбільш уражених містах. Водночас доступ до СІН у малих містах та в регіонах з низькою поширеністю ВІЛ можна забезпечити тільки через офіційні заклади, оскільки проектів з профілактики, що їх виконують НУО, мало, а їхні масштаби невеликі.

Для отримання комплексних вихідних даних з метою планування втручань та діяльності, рекомендується здійснювати аналіз ситуації, який дозволить оцінити середовище, структуру, громадські та індивідуальні чинники, що сприяють появі ризикованої поведінки. *Організації, що надають фінансування*, як правило, мають для цих цілей окрему статтю бюджету, однак такий аналіз, зазвичай, здійснюється на регіональному рівні, і тому його реалізація – це завдання *організацій, що надають послуги*, які будуть використовувати його для адаптації стандартних підходів до місцевих умов.

Часові рамки та методологія проведення аналізу ситуації залежать від наявності ресурсів і часу. Зазвичай це передбачає застосування якісного та кількісного методів, а також

спостереження за громадою, візити на місця, де продають та купують наркотики та сексуальні послуги, а також інтерв'ювання ключових представників цих громад. Крім цього, можуть застосовуватися особливі методи, наприклад, складання карт найвищої концентрації ризикованої поведінки; складання карт послуг з профілактики для оцінювання їхньої доступності та фізичних перешкод для користувача; глибинні інтерв'ю; проведення фокус-груп з представниками громад та ключовими інформантами, аби виявити вплив громади та середовища на поведінку, пов'язану з ризиком. Цей метод також використовується для оцінки чисельності ГНР на місцевому рівні в тих випадках, коли на більш ретельну оцінку немає часу та ресурсів. Практичний приклад в кінці цієї глави ілюструє цей підхід. Для ознайомлення з іншими джерелами інформації з цієї тематики див. перелік рекомендованих джерел.

## ■ Очікувані виклики та можливі рішення

Учасники процесу стратегічного та операційного планування, вірогідно, стикнуться з різноманітними викликами і проблемами як технічного, так і інституційного характеру.

*Організації, що надають фінансування*, які, зазвичай, несуть відповідальність за загальний план програми, повинні на цьому етапі заручитися активною підтримкою та участю багатьох партнерів. Рішення, що ухвалюють на цьому етапі, повинні враховувати політичну ситуацію та можливі обмеження, або навпаки – сприяти та стимулювати необхідні політичні зміни та рішення уряду.

Рекомендується, щоб *організації, що надають послуги*, координували процес планування з іншими ВІЛ-сервісними організаціями та державними органами в своєму регіоні, оскільки існує ризик того, що «самостійне» планування може призвести до дублювання зусиль або унеможливити ведення тієї чи іншої діяльності внаслідок спротиву місцевих учасників.

Загалом, будь-яка програма на стадії планування матиме найбільший зиск від якнайширшої участі різноманітних учасників, оскільки це забезпечить додаткові стимули для розгляду проблеми під різними кутами і дозволить спроектувати комплексні заходи у відповідь.

Інший потенційний ризик пов'язаний з питанням визначення цільових груп для окремих проектів чи програм. Втручання з профілактики ВІЛ, як правило, спрямовують на СІН, РКС, ЧСЧ та в'язнів. Хоча саме така поведінкова класифікація є корисною для охоплення втручань з профілактики, не усі представники груп найвищого ризику точно підпадають під ту чи іншу категорію, так само, як не всі представники цих груп наражаються на підвищений ризик інфікування ВІЛ. Наприклад, ЧСЧ, який підтримує взаємно моногамний зв'язок з неінфікованим партнером, або СІН, який поступово відмовляється від ін'єкційного споживання наркотиків і використовує стерильний інструментарій, не наражаються на високий ризик інфікування. І, як уже зазначалося, існує ризик "перетинання" цих груп, деякі особи можуть практикувати "множинну" ризиковану поведінку, зокрема, багато РКС споживають наркотики ін'єкційним шляхом, так само, як СІН можуть купувати чи продавати секс-послуги в обмін на наркотики. Таке взаємне перекриття поведінки високого ризику необхідно враховувати при плануванні та звітності в сфері МіО.

Також дуже важливо враховувати й інші групи, які наражаються на підвищений ризик інфікування в окремому регіоні чи країні (залежно від епідеміологічної ситуації). Ступінь зусиль, спрямованих на охоплення цих груп населення, залежить від рівня розвитку епідемії та наявних ресурсів. Більшість представників цих груп є уразливими через ризиковану поведінку своїх партнерів: йдеться про *статевих партнерів СІН, жінок-партнерок ЧСЧ, клієнтів робітників комерційного сексу та їхніх партнерів*. У деяких місцевостях саме ці особи складають значний відсоток нових випадків інфікування.

Якими б потужними не були зв'язки між групами населення, варто зазначити, що між ними існує ризик перекриття. Нажаль, статеві партнери представників груп найвищого

ризик не завжди знають, що вони самі наражаються на високий ризик інфікування і не застосовують профілактичних заходів. В таких групах надзвичайно складно відстежити розповсюдженість ВІЛ або ризиковану сексуальну поведінку, оскільки вони менш схильні до самовиявлення і відносно рідко з'являються там, де їх можна охопити стандартними методами збору даних.<sup>15</sup>

Усі ГНР (СІН, РКС та ЧСЧ) є доволі закритими і важкодоступними. Це зумовлено двома ключовими чинниками: по-перше, стигматизацією з боку більшої частини населення; по-друге, страхом та занепокоєнням СІН, РКС та ЧСЧ про можливі репресивні заходи з боку правоохоронних органів.

■ **На що слід звернути особливу увагу при підготовці оцінок чисельності груп населення<sup>16</sup>**

Для того, щоб отримати достовірні оцінки чисельності людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, важливо використовувати єдині визначення кожної групи найвищого ризику при оцінці кількості людей у такій групі та поширеності ВІЛ у групі. Нажаль, часто це не виконується і призводить до вироблення недостовірних оцінок. Важливо, щоб оцінки поширеності ВІЛ були репрезентативними щодо групи: дуже часто досліджують окремих осіб, які наражаються на підвищений ризик інфікування, а дані щодо поширеності ВІЛ серед них потім переносять на всю групу, що призводить до завищення оцінки загальної кількості випадків ВІЛ-інфекції.

Ще одним важливим моментом є необхідність вимірювання масштабів «перетинання» груп найвищого ризику (наприклад, робітників комерційного сексу, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом). Подвійний підрахунок одних і тих самих людей, які практикують обидва види поведінки, призводить до переоцінки кількості осіб, які наражаються на ризик. Особи, які належать до кількох груп ризику, також можуть наражатися на найвищий ризик інфікування ВІЛ, і, таким чином, виступають як "провідник" між групами ризику, сприяючи швидкій передачі ВІЛ. Головна складність при плануванні досліджень та при порівнянні результатів різних досліджень полягає у тому, що вони часто застосовують різні визначення груп населення. До певної міри, це відображає специфіку місцевих соціальних умов. Тим не менш, для розширення можливостей порівняння та для дотримання єдності визначень, рекомендується застосовувати такі керівні принципи. Ці принципи спрямовано на ті аспекти поведінки, які найчастіше пов'язують з ризиком інфікування та передачі ВІЛ.

Офіційна статистика (державна та галузева) щодо СІН не відображає реальної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків. Статистична звітність та реєстрація споживачів наркотиків в наркологічних диспансерах та правоохоронних органах охоплює усіх споживачів психотропних речовин, не розподіляючи їх за способом споживання наркотику (ін'єкції, куріння, пероральний прийом тощо). Медична статистика фіксує тільки СІН, хоча дані про захворюваність СІН на гепатити та ІПСШ є далеко не повними та ненадійними. Медичної статистики випадків передозування, абсцесів та смертей внаслідок передозування не ведеться. У деяких містах дані закладів охорони здоров'я та

<sup>15</sup> – Адаптовано з документу «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007

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

правоохоронних органів не співпадають, оскільки, згідно чинних вимог, порівнювати списки зареєстрованих осіб заборонено. У різних місцевостях кількість СН, зареєстрованих у медичних закладах та в міліції, залежить від рівня активності правоохоронців та від доступу СН до медичних послуг.

Медичні послуги для СН у великих містах є набагато доступнішими, аніж в малих містах; це впливає на повноту медичної реєстрації СН і відтак – на рівень надійності статистичних даних. Натомість реєстрація споживачів наркотиків у правоохоронних органах в невеликих поселеннях може бути повнішою, ніж у великих містах. Це пояснюється невеликою кількістю місцевого населення і більш тісними контактами між міліцією та місцевими мешканцями. Однак, деякі експерти зазначають, що можлива й протилежна ситуація, коли споживачів наркотиків не реєструють на прохання їхніх родичів. Варто додати, що згідно чинного законодавства, діяльність РКС є протиправною, що також створює додаткові труднощі.

Проблеми, пов'язані з оцінкою чисельності ЛЖВС, стосуються, в основному, отримання надійних даних щодо чисельності ГНР та поширеності ВІЛ серед цих груп (як на національному, так і на регіональному рівні). Оскільки оцінка чисельності ЛЖВС потребує велетенських масивів різноманітних даних, які можуть бути доступними тільки на національному рівні, провести оцінку чисельності ЛЖВС на рівні окремого регіону часто просто неможливо.

Що стосується національного та регіонального розрізу, то тут також існують серйозні проблеми, пов'язані з узагальненням, консолідацією, аналізом та стратегічним застосуванням наявної інформації. Для того, щоб гармонізувати процес, має бути єдиний заклад, готовий взяти на себе повну відповідальність за уніфікацію визначень, оцінок чисельності СН, РКС та ЧСЧ, за аналіз тенденцій і порівняння регіональних особливостей, а також за методологічну підтримку збору даних. Цей заклад повинен володіти усіма повноваженнями для виконання такої діяльності. Ось чому НУО можуть відігравати провідну роль у процесі розповсюдження, узгодження і подальшого використання оцінкових даних на національному та регіональному рівнях.

Аналіз ситуації стане інформативним тільки тоді, коли його планують і здійснюють за участі представників громад і груп населення, які підлягають вивченню. Спеціалісти, які вестимуть дослідження, повинні делікатно ставитися до культури населення, з яким вони працюють, не засуджувати і з розумінням ставитися до культурних норм та моделей поведінки. Залучення громад є надзвичайно важливим на усіх етапах процесу. Оскільки ці групи населення практикують поведінку, що викликає стигматизацію й іноді вважається незаконною, слід вжити заходів, аби не завдати їм шкоди. Наприклад, інформація та карти місць, де ризикована поведінка є поширеною, мають бути конфіденційними, щоб не викликати небажаних дій з боку влади. Для забезпечення дотримання належних норм проведення дослідження, включно із дотриманням принципів поінформованої згоди, добровільної участі, конфіденційності та анонімності, необхідно провести спеціальні тренінги та вести спостереження за діяльністю на місцях.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> – Адаптовано з документу «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007 р.

**Практичний приклад:**

Національна програма «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», що фінансується Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та впроваджується Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні, основним реципієнтом гранту ГФ, має такі цілі, завдання та СНП:

**Ціль:** В Україні знижено рівні поширеності ВІЛ, захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності у зв'язку зі СНІД.

**Завдання та СНП за окремими компонентами:**

- Покращання та розширення лікування осіб з ВІЛ-інфекцією:
  - АРВ-терапія та моніторинг;
  - Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини;
- Розширення діяльності з профілактики ВІЛ серед уразливих груп:
  - Покращання доступу до послуг ДКТ для представників уразливих груп;
  - Надання замісної терапії;
  - Комунікації для зміни поведінки та розповсюдження презервативів (шприців);
- Догляд та підтримка людей, які живуть з або постраждали від ВІЛ-інфекції та СНІД:
  - Розвиток дотримання режиму АРТ серед ЛЖВС;
  - Догляд та підтримка хронічно хворих ЛЖВС вдома;
  - Підтримка розвитку руху самопомоги серед ЛЖВС;
  - Підтримка розробки національної системи МіО у сфері ВІЛ/СНІД.

За результатами дозорного та рутинного епідемічного нагляду, епідемію ВІЛ в Україні можна класифікувати як концентровану, де поширеність ВІЛ серед вагітних жінок є меншою за 1%, а поширеність ВІЛ серед СІН коливається від 5% до 60% у різних регіонах, а серед РКС – від 2% до 30%, причому найбільша кількість випадків інфікування спостерігається серед РКС, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Даних про поширеність ВІЛ серед ЧСЧ немає, однак міжнародний досвід вказує, що ця група також наражається на підвищений ризик інфікування. Можна стверджувати, що руйнівною силою епідемії ВІЛ в Україні є СІН.

Сьогодні в Україні є нові дані щодо оцінкової чисельності уразливих груп населення. Отже, оцінкова кількість ГНР є такою:

- СІН — від 325 000 до 425 000
- РКС — від 110 000 до 250 000
- ЧСЧ — від 177 000 до 430 000

На основі цих та інших додаткових даних, програмні продукти «Робочий журнал» (Workbook) та «Спектр» (Spectrum) дозволили підрахувати оцінкову чисельність ЛЖВС в Україні, яка становить **377 000** осіб.

Ці цифри сьогодні використовують для визначення базового рівня та цільових значень для підрахунку ключових національних показників результатів. Також є оцінкові дані і за окремими областями (Альянс, 2006 р.). Див. *Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп найвищого ризику інфікування ВІЛ в Україні»*, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», та інші, 2006 (інформацію можна знайти на веб-сайті Альянсу).

*Протягом 2005–2006 рр., в рамках проекту «Посилення національних заходів з протидії ВІЛ/СНІД шляхом надання послуг та інформації» (SUNRISE), що його*



фінансувало АМР США, в кількох містах України було проведено аналіз ситуації у вигляді регіональної оцінки із залученням до участі представників цільових груп – РОЗУ (Participatory Site Assessment (PSA)). **Мета РОЗУ полягала у тому, щоб об'єднати оцінку глибинних потреб і процес планування, а також мобілізувати уразливі громади для провадження заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІД.**

**Зокрема, завдання цієї оцінки включали в себе таке:**

- Визначити різні підгрупи СІН, РКС та ЧСЧ;
- Визначити території високої концентрації СІН, РКС та ЧСЧ;
- Скласти карту мобільності СІН та РКС у кожній місцевості;
- Визначити загальні та особливі чинники, які впливають на передачу ВІЛ/ІПСШ та догляд за хворими на СНІД для різних підгруп у кожній місцевості;
- Встановити, які втручання наразі реалізуються у кожній місцевості для генерування ідей з метою розширення охоплення;
- Встановити пробіли й недоліки втручань у кожній місцевості, та виробити ідеї щодо їх найкращої реалізації;
- Мобілізувати представників ГНР з метою поширення технологій зниження ризиків, догляду та підтримки, і також інформації про допомогу й послуги;
- Працювати з органами влади, НУО, ГНР та іншими ключовими учасниками на місцях для отримання зворотного зв'язку та перевірки даних за результатами РОЗУ.

У ході проведення регіональної оцінки із залученням до участі було охоплено 13 723 осіб, які дали інтерв'ю і отримано відповідну інформацію.

**В процесі РОЗУ були отримані такі результати:**

- Було встановлено різні підгрупи СІН та РКС. Зокрема, було виявлено, що:
  - СІН можна розподілити на три великі групи, які відрізняються одна від одної за типом уживаної наркотичної речовини, і, відповідно, за типом ризикованої поведінки, що пов'язана з цим. Існує «опіумна» група, «ефедринова» група та «полінаркотична група» споживачів наркотиків. Наприклад, якщо представники «опіумної» групи є більш уразливими до інфекції під час ін'єкцій, то споживачі ефедрину наражаються на ризик інфікування під час статевого контакту.
  - Група РКС складається з «трасової» групи, «вуличної» групи, групи «за викликом» та «розважальної» групи. Як виявилось, жінки, які продають секс-послуги на трасах та на вулиці, є більш схильними до вживання наркотиків.
  - В деяких місцях були встановлені групи ЧСЧ, які надають секс-послуги за плату.
- У кожній місцевості було встановлено місця найбільшої концентрації СІН, РКС та ЧСЧ. Інформація про місцезнаходження таких «гарячих точок» дозволила надавачам послуг точно визначити географічні пріоритети і сконцентрувати свої зусилля з профілактики на відповідних ділянках.
- У кожній місцевості було розроблено карти мобільності СІН та РКС. Інформація про мобільність цих груп дозволила краще організувати діяльність з точки зору географії, а також дозволила уникнути подвійного підрахунку представників цільових груп, які активно мігрують в межах даної місцевості.

- У кожній місцевості було встановлено пробіли та недоліки втручань. Ідеї щодо вирішення цих проблем було використано для розробки комплексного пакету втручань. Такий комплексний пакет було створено й затверджено групою реалізації та командами РОЗУ.

- Під час проведення інтерв'ю, фокус-груп та моніторингових візитів в рамках РОЗУ були визначені загальні та особливі чинники, які впливають на передачу ВІЛ/ІПСШ та догляд за хворими на СНІД для різних підгруп у кожній місцевості. Ці чинники включають в себе, але не обмежуються таким:

- Жінки-СІН є більш уразливими до ВІЛ, ніж СІН чоловічої статі. Вони менш мобільні і більш схильні до незахищеного сексу під впливом наркотиків.

- Ці жінки також частіше стикаються з проявами стигми і менш схильні до викриття свого ВІЛ-статусу, хоча саме вони дізнаються про нього першими.

Ці чинники перетворюють жінок-партнерок СІН у важкодоступну групу, що значно ускладнює здійснення позитивної профілактики.

- Деякі ГНР, зокрема РКС, розповідали про складність діагностики й лікування ІПСШ. Неправильне лікування або самолікування ІПСШ часто підвищує уразливість представників цієї цільової групи до ВІЛ.

- Через зміни на наркотичній сцені, наприклад, відмову від стаціонарних «торговельних точок» на користь мобільних, СІН стають більш схильними до ризикованої поведінки. Наприклад, вони купують велику кількість наркотику в одному, загальному шприці і вводять його прямо на місці, часто не маючи при собі стерильного ін'єкційного інструментарію тощо.

- В різних місцевостях з'явилися «нові» помилкові відомості про шляхи передачі ВІЛ. Наприклад, якщо шприц використовувався для внутрішньом'язової ін'єкції, то він «чистий», на відміну від шприців, які використовувалися для внутрішньовенних ін'єкцій.



# Глава IV

## КРОК ДРУГИЙ:

### ВИЗНАЧЕННЯ СИСТЕМИ ПОКАЗНИКІВ: ВИБІР ПОКАЗНИКІВ, ВИЗНАЧЕННЯ БАЗОВИХ ДАНИХ, ВСТАНОВЛЕННЯ ЦІЛЕЙ

#### ■ Що означає цей крок? Для чого він призначений?

На цьому етапі як *організації, що надають фінансування*, так і *організації, що надають послуги*, трансформують результати Кроку першого в особливий перелік показників, які будуть відстежуватися впродовж усього періоду реалізації програми або проекту, а іноді – й після його закінчення. Кожний показник повинен бути значущим з точки зору майбутнього використання отриманих результатів у плануванні та виробленні рішень. Таким чином, на цьому етапі керівники програм або проектів повинні чітко визначити майбутні результати й способи застосування даних, які будуть збиратися за кожним показником.

Кожний обраний показник повинен мати особливу структуру і схему, які можуть включати в себе, але не обмежуватися, таким переліком: опис показника, деталізація, джерело даних, інструмент збору даних, частота збору даних, відповідальна особа або структура, механізм забезпечення якості, базові величини та цілі (кожен з цих компонентів буде детально описано далі у цій главі). Структура показника повинна бути максимальною деталізованою і водночас – прямою та зрозумілою, аби уникнути помилкового тлумачення й звідси – зниження якості даних. Для забезпечення послідовності, *організації, що надають фінансування*, зазвичай, встановлюють єдину систему показників для усіх суб-реципієнтів, що виконують програму. Далі до вашої уваги пропонується опис однієї з таких систем показників, а в *Додатку 7* міститься приклад системи показників зі зразком переліку параметрів, який, однак, не є вичерпним.

Один з параметрів, що визначається для кожного показника, має оцінювати відповідний *базовий рівень*, тобто прогрес, уже досягнутий в країні чи в регіоні на певний момент (зазвичай, це момент початку реалізації запланованої діяльності). Незалежно від джерела фінансування, базовий рівень, як правило, визначається чи оцінюється для того, щоб оцінити відправну точку для реалізації програми чи проекту. В той час, як *організації, що надають фінансування* встановлюють, як правило, національний базовий рівень, *організації, що надають послуги*, визначають ці величини на рівні своїх регіонів, відображаючи в них результати власної діяльності та діяльності інших організацій до початку реалізації нового проекту.

Базові рівні та оцінювана чисельність цільових груп населення (див. попередню главу) створюють основу для встановлення цілей за обраними показниками. Загальні (як правило – національні) цілі, що їх встановлюють *організації, що надають фінансування*, повинні відповідати цілям їхніх *партнерів, що надають послуги*. Цілі та заплановані витрати на одиницю є основою для калькуляції бюджету.

#### ■ Як і коли його здійснювати?

Оскільки від цілей, встановлених відповідно до обраних показників, залежить уся підготовка бюджету, цю роботу необхідно завершити якнайшвидше, до моменту формування бюджету і очевидно – до початку реалізації програми або проекту.

Запропоновані нижче прості керівні принципи допоможуть вибрати найбільш відповідний набір показників та відповідну структуру:

- Переконайтеся, що показники пов'язані з цілями і завданнями і здатні вимірювати зміни впродовж усього терміну реалізації програми.

- Вибір належної кількості найбільш відповідних показників має відображати діяльність, заплановану в рамках програми чи проекту, а також відповідати витраченим ресурсам. Наприклад, якщо на профілактику серед уразливих груп населення витрачається приблизно 30% від загального бюджету, а 70% спрямовується на загальну профілактику, то розподіл показників між цими двома напрямками має бути пропорційним: кількість показників моніторингу профілактики серед загального населення має бути більшою. Однак, цей підхід не завжди є беззаперечним правилом для різних програмних напрямів. Наприклад, якщо пріоритетною цільовою групою для послуг з профілактики є СІН, а секс-робітникам приділяється лише другорядна увага, то це не означає, що кількість показників за цими цільовими групами необхідно розділяти у такому ж співвідношенні, особливо на рівні результатів (охоплення). Навпаки, тут рекомендується використовувати єдине базове формулювання показників, наприклад, охоплення представників обох цільових груп певною послугою з профілактики впродовж певного періоду часу. Єдиною відмінністю між показниками стосовно цих груп можуть бути цільові величини (більша кількість та відсоток для охоплення СІН), частота вимірювання охоплення та визначення мінімального пакету послуг (пакет послуг для СІН може включати в себе обмін шприців, що не є мінімальною вимогою до пакету послуг для РКС).

- Намагайтеся максимально використовувати стандартні показники – це дозволить порівнювати дані в часі або між групами населення. В додатку **Вибрані показники** ви знайдете перелік рекомендованих ключових показників рівня результатів та процесу з відповідними описами, рекомендованими засобами вимірювання та вказівками щодо регулярності збору даних. Цей перелік було створено на основі загальноприйнятих у світі показників, вказаних в «Методологічному керівництві з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія». На основі власного досвіду в сфері програмного МіО, автори посібника додали кілька характерних національних показників. Показники наслідків, впливу і до певної міри – показники результатів слід використовувати зі списку ключових показників ССГАООН для країн з концентрованою епідемією<sup>18</sup>. Що стосується України, то тут слід використовувати *Перелік національних показників (Додаток З)*, оскільки ці показники були перевірені і затверджені; на рівні країни вони мають базові дані і вимірюються за єдиною методологією. **Організації, що надають фінансування, повинні здійснювати моніторинг показників, що представляють усі рівні МіО, а організації, що надають послуги, повинні, натомість, працювати з показниками процесу та результатів для моніторингу власної діяльності.**

- Переконайтеся, що показники пов'язані з певними послугами, що їх надає програма чи проект. Спробуйте визначити стандартний пакет послуг для кожної цільової групи з тим, щоб встановити критерії для підрахунку охоплення, тобто які послуги необхідно надати конкретній особі, щоб вона вважалася "охопленою". Пізніше ми більш докладно зупинимось на цьому питанні.

- Проаналізуйте вартість та здійсненність збору даних та їх аналізу. Переконайтеся, що між періодичними опитуваннями і даними, отриманими в результатів рутинного обліку, існує необхідний баланс. Опитування можуть заповнити інформаційні пробіли в рутинній статистиці, зокрема для показників наслідків та впливу. Однак опитування, зазвичай, не проводяться так регулярно, як рутинний збір даних. До того ж вони є набагато дорожчими. Більше того, результати опитувань часто «страждають» від зміщення вибірки, про що йтиметься далі. Таким чином, посібник рекомендує *організаціям, що надають послуги*, не використовувати опитування для отримання даних на рівні результатів, а вдосконалювати власні процедури ведення обліку.

<sup>18</sup> – UNAIDS (2007). Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS. Guidelines on construction of core indicators. UNAIDS, Geneva. [http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/2007O411\\_ungass\\_core\\_indicators\\_manual\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/2007O411_ungass_core_indicators_manual_en.pdf)

- Обов'язково зважайте на стадію розвитку епідемії. В умовах концентрованої епідемії більшу частину послуг слід спрямовувати на групи найвищого ризику інфікування, а показники, відповідно, повинні відображати наявні тенденції.

- Встановіть базові величини для кожного ключового показника. Відмінності між ключовими та додатковими показниками будуть розглянуті нижче.

- **Намагайтеся довести кількість показників до необхідного мінімуму,** окремо вказавши рівень системи, яка вимагає і яка буде використовувати показники для вироблення управлінських та програмних рішень.

Додаткові показники завжди можна визначити пізніше; їх можна визначити для управлінських цілей проекту (без подальшого звітування за ними). Що стосується узагальнення даних, то тут рекомендується використовувати невеликий набір стандартних показників, ухвалених на національному рівні, які можна порівнювати з міжнародними аналогами (перелік рекомендованих ключових показників можна знайти у Додатку **Вибрані показники**). Ті показники з переліку, які відповідають запланованій діяльності в рамках програми чи проекту, стануть вашими **ключовими** показниками. Може виявитися, що запропонований перелік не повністю відповідає вашим потребам щодо збору даних. У такому випадку рекомендуємо використати деякі додаткові показники, описані в міжнародних посібниках з МіО (див. список рекомендованих джерел), або, якщо і вони не відповідають вашим потребам, можна розробити власні додаткові показники (однак, їх має бути обмежена кількість, а використовуватися вони мають в управлінських цілях). Усі інші показники (окрім ключових), що були включені з метою більш якісного відображення потреб вашої програми, називаються **додатковими** показниками.

Кожний наступний рівень системи збору даних повинен використовувати меншу кількість показників для узагальнення та аналізу. Найбільша кількість показників, які охоплюють всі аспекти впровадження проекту, відстежується *організаціями, що надають послуги*; водночас перед *організаціями, що надають фінансування*, вони звітуватимуть тільки за згаданим вище переліком ключових та додаткових показників. Далі *організації, що надають фінансування*, передаватимуть певну обмежену кількість цих показників міжнародним донорським організаціям чи державним фінансовим структурам та учасникам відповідно до звітних вимог останніх. Загалом, при визначенні кількості показників для збору та звітування (незалежно від рівня, на якому відбувається збір даних) необхідно керуватися простим правилом: **жоден показник не повинен відстежуватися без використання зібраних даних**.

Як уже зазначалося, для кожного відібраного показника необхідно визначити особливу структуру. Для організації такої структури можна використати систему, описану в *Таблиці 3*. Структуру, зазвичай, зображують у формі таблиці (причому деякі колонки можна подрібнювати), з можливістю додавання додаткових колонок (наприклад, засоби збору даних, інструменти та процедури контролю якості, стратегія поширення даних тощо).

**Таблиця 3. Приклад структури показника**

Завдання/СНП	Формулювання показника	Рівень показника	Базова величина	Чи зв'язаний безпосередньо з фінансуванням проекту?	Частота збору даних	Джерело даних	Метод збору даних	Деталізація	Цілі	Використання даних/ Коментарі
--------------	------------------------	------------------	-----------------	---	---------------------	---------------	-------------------	-------------	------	----------------------------------

Приклади показників для кожного рівня МіО представлені на **Діаграмі 3** (Глава II).

Нижче пропонуємо опис елементів структури показників.

#### ■ **Завдання/СНП, якій відповідає показник**

Див. Крок перший, опис завдань та СНП.

#### ■ **Формулювання показника**

Рекомендується використовувати стандартні формулювання ключових та додаткових показників, якщо це можливо – це дозволить забезпечити послідовність та порівнюваність. Див. Додаток **Вибрані показники** для визначення ваших показників, а також додаткові рекомендовані джерела.

#### ■ **Рівень показника (Внесок – Процес – Результат – Наслідок – Вплив)**

Варто пам'ятати, що дані для показників наслідків та впливу отримують в результаті проведення національних поведінкових та епідеміологічних досліджень. Формулювання показників наслідків та впливу взяті безпосередньо з переліку Українських національних показників з моніторингу та оцінки ефективності заходів з контролю за епідемією ВІЛ/СНІД (Додаток З), який, у свою чергу, ґрунтується на переліку рекомендованих показників ЮНЕЙДС для країн з концентрованою епідемією.

Хоча організації мають цілковите право збирати дані на усіх рівнях МіО для внутрішніх цілей, для програмної звітності їм не потрібно охоплювати первинні етапи структури, наприклад, показники рівня внесків (кількість закуплених матеріалів для одноразового використання, кількість працівників, прийнятих на роботу тощо). Натомість їм дійсно необхідно зосередитися на **процесі** і найголовніше – на **результатах** наданих послуг, а також на **показниках охоплення**, які є головною темою цього посібника, і які будуть описані далі.

#### ■ **Базова величина (значення, джерела та дата)**

Обсяги зусиль, необхідних для визначення базового рівня, можуть відрізнятися; вони залежать від конкретного показника та системи МіО, що існує в країні. Яка б статистика не була доступною в країні, який би єдиний орган не займався збором та аналізом даних (наприклад, національна група з питань МіО), базову величину можна встановити, спрямувавши простий запит на отримання даних, підготовлений або *організацією, що надає фінансування*, або *організацією, що надає послуги*. Однак для отримання базових даних дуже часто необхідно докласти додаткових зусиль. Це може вимагати, наприклад, проведення окремого оцінкового дослідження, організації експертної зустрічі, ведення прямого спостереження тощо. Іноді, в умовах обмежених ресурсів та часу, можна виключити базові величини і встановити часові рамки збору базових даних.

При визначенні цілей слід обміркувати і чітко вказати, чи буде включено базові величини у цільові показники.

#### ■ **Чи пов'язаний прогрес, досягнутий за показником, з конкретним джерелом фінансування проекту?**

Чим вищим є рівень показника, тим важче встановити зв'язок між отриманими результатами та конкретним джерелом фінансування. Тоді, як показники рівня внесків та процесу безпосередньо пов'язані з визначеним джерелом фінансування, показники рівня результатів можна «прив'язати» до джерела фінансування тільки якщо організація, що надає послуги, має єдине джерело фінансування. Наприклад, якщо організація має кілька джерел фінансування і усі кошти спрямовуються на надання послуг з профілактики серед СНІВ, розподілити загальне охоплення за джерелами фінансування практично неможливо (і часто – непотрібно). Показники наслідків та впливу взагалі не пов'язані з жодним джерелом фінансування – вони, радше, відображають ефективність усіх заходів, що здійснювалися на певній географічній території, а також показують природні тенденції розвитку епідемії.

### ■ Частота збору даних

Як уже було показано в *Таблиці 1 (Глава II)*, рекомендованою частотою збору даних за показниками внесків та процесу є регулярний збір даних; для показників результатів – щоквартально, раз на півроку або щорічно; для показників наслідків – один раз на 1–3 роки; для показників впливу – один раз на 2–5 років.

### ■ Джерела даних та відповідальність за збір даних

Для кожного показника необхідно вказати конкретне джерело даних, а також організацію, яка відповідає за збір та аналіз даних. Джерелами даних можуть виступати програмні записи організації, що надає послуги (або на паперових носіях, або введені в автоматизовану інформаційну систему АІС), спеціальні дослідження, державна статистика, регулярний нагляд тощо.

*Організації, що надають послуги*, в свою чергу, повинні мати внутрішні положення щодо реєстрації, які описуватимуть процедури та відповідальність за потоки даних всередині організації.

### ■ Метод збору даних

Ця колонка є логічним продовженням попередньої, і тут також існують певні стандартні підходи до збору даних залежно від рівня показника. Показники внесків та процесу збирають у формі стандартизованих програмних записів, де вказується, наприклад, кількість проведених тренінгів, розповсюджених матеріалів та наданих послуг. Існує два шляхи для отримання даних для показника результатів (наприклад, показників охоплення): аналіз програмних записів організації, що надає послуги, та проведення спеціальних досліджень. Перший метод вимагає використання спеціального програмного засобу (АІС) для ведення реєстрації людей, які отримали послуги – це дозволить провести точний підрахунок охоплення. Другий метод (проведення досліджень) оцінює відсоток охоплених людей шляхом формування вибірки представників уразливих груп і проведення серед них відповідного опитування (чи отримували вони конкретні послуги). Та, незважаючи на легкість, з якою, на перший погляд, можна здобути дані щодо охоплення, цей метод має кілька серйозних обмежень. По-перше, метод не дозволяє отримати абсолютну величину охоплення, оскільки підраховує лише відсоток. По-друге, отримані результати не можна пов'язати з тим чи іншим проектом (окрім тих випадків, якщо це – єдиний в регіоні проект). І, що найважливіше, цей метод характеризується певними немінучими зміщеннями вибірки, пов'язаними з роботою з ізольованими групами населення. Іншими словами, вибірка для таких опитувань формується, як правило, через ВІЛ-сервісні проекти, що підвищує вірогідність відбору клієнтів проекту (а не тих, хто не є клієнтом проекту). Для повторної перевірки даних щодо охоплення, відповідні питання варто включати в дослідження знань та поведінки ГНР. Проте, усім *організаціям, що надають фінансування*, та *організаціям, що надають послуги*, настійно рекомендується використовувати саме програмний підхід для вимірювання показників охоплення.

Як уже зазначалося, показники наслідків та впливу вимірюють за допомогою спеціальних досліджень, дозорного і рутинного епіднагляду.

Для ознайомлення зі списком можливих джерел даних і методів їх збору, див. *Додаток 1*.

### ■ Можлива деталізація показника

Для деяких показників можливо і навіть рекомендується визначити категорії деталізації. Зазвичай, це – вік, стать, група населення, тип послуг тощо.

### ■ Цілі для майбутніх періодів

Недостатньо просто відстежувати результати, досягнуті програмою чи проектом; необхідно ставити певні цілі для того, щоб вести постійний моніторинг того, чи рухається програма у правильному напрямку і чи будуть, врешті-решт, виконані поставлені

завдання. Періоди часу, відносно яких встановлюють ці цілі, залежать від регулярності збору даних за кожним показником. Іншими словами, цілком можливо, що цілі для різних показників будуть визначатися з різною регулярністю. Реальна процедура визначення цілей – це, радше, мистецтво, аніж наука, тому тут немає ніяких особливих правил. Однак, оскільки показники охоплення – це наша головна мета, рекомендуємо починати саме з них. Наприклад, для заходів зниження шкоди серед споживачів ін'єкційних наркотиків вважається, що забезпечення охоплення щонайменше 60% цієї групи населення необхідно для того, щоб вплинути на розвиток епідемії у цій групі (ЮНЕЙДС, ВООЗ)<sup>19</sup>. Тому рекомендується встановлювати цілі таким чином, щоб досягнути 60-відсоткового охоплення у даній географічній області. Цілі для усіх інших показників можна встановлювати на основі цілей охоплення: наприклад, якщо проект планує охопити певну кількість СІН, яка становитиме 60 відсотків від оцінкової чисельності СІН, то кількість презервативів і шприців, що має бути розповсюджена, повинна плануватися відповідним чином, з розрахунку що кожна людина отримує «х» презервативів/шприців на тиждень/місяць. Очевидно, що при визначенні цільових показників охоплення надзвичайно важливо знати оцінкову чисельність представників ключової цільової групи на даній території/місцевості, де працює організація чи партнер, що надає послуги (про це уже йшлося у попередній главі).

В той час, як організації, що надають фінансування, визначають єдину ціль щодо охоплення (зазвичай, на національному рівні), то організації, що надають послуги, повинні брати до уваги й бажаний відсоток охоплення в межах свого регіону (який можна досягти шляхом налагодження співпраці з іншими організаціями, що працюють у регіоні) та власний потенціал і можливості для охоплення цільових груп (що, зазвичай, є фактором обмеження). Використовуючи дані про результативність проекту в минулому (кількість охоплених осіб, матеріали і послуги, що надавалися, залучення нових клієнтів та їхня плінність), організації, що надають послуги, можуть ставити більш обґрунтовані, реалістичні та розумні цілі для показників процесу і результатів. Приклад можливого підходу описано в кінці цієї глави.

#### ■ Використання даних/коментарі

Тут варто вказувати певну інформацію, яка доповнить усі категорії, описані вище. Наприклад, це може бути короткий опис засобів та підходів до збору даних, критерії охоплення та інша інформація відповідного змісту.

#### Показники охоплення

Щоб прояснити питання необхідно підкреслити, що в різних міжнародних джерелах використовують різні терміни для позначення кількості осіб, охоплених певними пакетами послуг впродовж певного періоду часу. Це поняття частіше за все називають охопленням (*coverage*) чи покриттям (*uptake*)<sup>20</sup>. Іноді термін «охоплення» використовують для визначення географічної області, де працюють проекти з профілактики, догляду та підтримки, що демонструє потенційні можливості для представників уразливих груп стати клієнтами проектів та отримувати послуги, а термін «покриття» використовують для позначення реального контакту клієнта та постачальника послуг. **У цьому посібнику ми використовуватимемо термін «охоплення» для позначення реальної кількості охоплених осіб.**

<sup>19</sup> – «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007 р.

<sup>20</sup> – «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007 р. Розділ 6



Показники охоплення є предметом особливої уваги у цьому посібнику. Ми настійно рекомендуємо усім державним та неурядовим організаціям, що працюють у сфері надання послуг уразливим групам населення, збирати дані щодо охоплення груп, з якими вони працюють. Охоплення – це найважливіший показник результатів; отримання та підсумовування даних усіх національних агенцій щодо охоплення груп найвищого ризику, дозволять отримати на національному рівні абсолютне число та відсоток СІН, РКС та інших груп, охоплених послугами. Без цієї інформації спланувати ефективні заходи з протидії ВІЛ/СНІД в межах країни практично неможливо; так само неможливо визначити необхідні ресурси і провести оцінку ефективності втручань.

Говорячи про охоплення у цьому посібнику, фактично маємо на увазі **кількість (та відсоток) охоплених осіб**. З одного боку, виміряти ці показники найскладніше; зазвичай, це найбільша проблема, з якою стикаються керівники програм при плануванні та зборі даних. З іншого боку, саме в цих показниках найбільше зацікавлені організації, що надають фінансування; ці ж показники дозволяють отримати загальнонаціональну картину охоплення. Прикладами ключових показників охоплення є Показники 1.1–1.4 та 2.1–2.3 в Додатку **Вибрані показники**.

### Визначення охоплення

Концепція охоплення є ключовою в сфері охорони громадського здоров'я та управління програмами. Досягнення певного рівня охоплення є проміжним кроком перед початком вимірювання зміни поведінки та впливу на епідемію. Загалом, охоплення можна визначити як кількість осіб, які отримують послуги, що виражається як відсоток від загальної кількості людей, які потребують цих послуг. Таким чином, для підрахунку охоплення необхідно знати кількість людей, які отримують послуги («чисельник») і кількість осіб, які потребують таких послуг («знаменник»). Цей механізм уже розглядався у попередній главі.

### Визначення чисельника

Для того, щоб визначити показники охоплення, в першу чергу необхідно відділити осіб, які отримали послуги (або були «охоплені»), від тих, хто не отримував таких послуг. Для того, щоб виміряти «охоплені» осіб, необхідно впровадити систему **ідентифікації конкретних людей** (це потрібно для того, щоб відрізнити одну людину, яка отримала послуги двічі, і двох людей, які отримали послуги один раз)<sup>21</sup>. Це може виявитися складним, якщо послуги надаються анонімно, наприклад, через «гарячі лінії», деякі послуги з ДКТ, а також у випадках, коли охоплення є дуже масштабним (наприклад, масові заходи для молоді); а також, коли принцип конфіденційності забороняє збирати та зберігати персональну інформацію, наприклад, програми, що обслуговують СІН та секс-робітників. Хоча останню проблему можна вирішити шляхом введення системи ідентифікаційних кодів, про що йтиметься далі, в ситуаціях, коли неможливо ідентифікувати окремих осіб, програмну діяльність можна вимірювати кількістю «контактів» чи «візитів». Однак, **провести підрахунок реального охоплення за таких умов неможливо**.

По-друге, необхідно визначити, які саме послуги повинна отримати особа з тим, щоб вважатися охопленою (**критерії охоплення**). Визначення рекомендованих ключових показників (1.1–1.4, 2.1–2.3 в Додатку **Вибрані показники**) коротко описують прийнятий в усьому світі **«пакет послуг»**, який має надавати соціальний працівник представникові уразливої групи з тим, щоб останній вважався охопленим. Мінімальне

<sup>21</sup> – Що стосується невеликої кількості клієнтів, наприклад, дітей, які живуть з ВІЛ, то усі вони можуть бути відомі співробітникам проекту. Однак, у більшості випадків це вимагає ведення певної документації.



користування послугами, яке навряд чи матиме серйозний вплив на людину, не варто вважати охопленням<sup>22</sup>.

По-третє, необхідно встановити період користування послугами. Кількість охоплених людей можна визначати по-різному:

- **Кумулятивна кількість клієнтів** — особи, які отримали пакет послуг щонайменше один раз за весь період часу з моменту початку підрахунків (наприклад, з моменту початку діяльності програми/проекту). Тобто, «кумулятивний» означає включення даних за попередні періоди. Дані щодо одноразових послуг та послуг, що надаються постійно, підраховують по-різному. Наприклад, якщо у цьому кварталі послуги з ДКТ отримало 100 осіб, а попередня кумулятивна величина складала 1100 осіб, то новий кумулятивний результат становитиме 1200 осіб. Однак, якщо говорити про АРТ, то якщо в цьому кварталі лікування отримувало 100 осіб, а в минулому – 90, то нова кумулятивна величина становитиме 100. Таким чином, проекти з профілактики, догляду та підтримки можуть підрахувати кумулятивну кількість клієнтів шляхом простого додавання «нових клієнтів», тобто додавання осіб, які вперше отримали послуги протягом звітного періоду, до кумулятивної кількості осіб, які були охоплені на момент початку цього звітного періоду. Використовуючи кумулятивні величини, важливо вказати, чи включають вони базові дані (базові величини, отримані на момент початку діяльності проекту або на момент початку підрахунку даних за тим чи іншим показником). Для отримання кумулятивної кількості охоплених осіб бажано використовувати спеціальне програмне забезпечення, однак ретельне ведення обліку та система кодування, що дозволяє ідентифікувати дійсно «нових» клієнтів – це абсолютно необхідні умови;

- **Поточні клієнти** — люди, які отримали послуги щонайменше один раз протягом визначеного періоду часу (зазвичай, це 3, 6 або 12 місяців). Якщо таких клієнтів багато, то для отримання даних за цим показником необхідно використовувати спеціальний програмний засіб для реєстрації клієнтів (AIC) (див. *Главу VI*).

- **Постійні клієнти** — люди, які отримують послуги з певною, попередньо встановленою частотою впродовж певного періоду часу (наприклад, за квартал чи за рік). Для отримання цих даних необхідно використовувати AIC, що дозволяє реєструвати клієнтів та вести облік (див. *Главу VI*).

По суті, *організації, що надають фінансування, або проекти, що працюють на місцях*, самі вирішують, як їм підраховувати «кількість охоплених осіб». Деякі з них можуть використовувати одночасно кілька методів підрахунку з тим, щоб отримати різні виміри охоплення: наприклад, кількість людей, охоплених протягом певного періоду часу, не дає інформації про те, скільки людей користується послугами регулярно і можуть називатися «постійними клієнтами», а скільки людей приходить лише один раз. Однак, у цьому посібнику ми рекомендуємо програмам і проектам підраховувати кількість людей, які отримували послуги **щонайменше один раз протягом останніх 12 місяців** (для визначення див. 1.1–1.4, 2.1–2.3 в Додатку **Вибрані показники**). Вибір саме такого часового інтервалу ґрунтується на загальноприйнятих міжнародних принципах: і Методологічний посібник, і перелік ключових показників ЮНЕЙДС для країн з концентрованою епідемією рекомендують використовувати саме ці часові рамки для звітності за ключовими показниками охоплення. Для внутрішнього збору даних, організації можуть так само використовувати кілька альтернативних способів підрахунку кількості охоплених осіб, однак їм слід чітко визначитися з вибраним методом визначення показника (або додати відповідне пояснення) з тим, щоб і організації, що працюють на місцях, і організації, що надають фінансування, чітко знали, що означає той чи інший показник. Процедури збору даних щодо охоплення докладно описано в *Главі VI*.

<sup>22</sup> – Це може бути вивчення плакату, прослуховування радіопередачі, отримання брошури.

**Ми настійно рекомендуємо узгодити та затвердити єдиний загальнонаціональний підхід до підрахунку охоплення серед усіх ВІЛ-сервісних організацій.**

### **Визначення знаменника**

Як уже зазначалося у попередній главі, кожна країна повинна окремо оцінити чисельність основних уразливих груп населення, які, за даними дозорного епідагляду, є головною рушійною силою епідемії. Отримання таких даних дозволить підрахувати показники національного охоплення на певний момент часу, визначити цілі для досягнення певних рівнів охоплення у майбутньому, а також відстежувати результативність відповідно до цих цілей. Окремі методи оцінювання чисельності ключових груп населення описано у *Главі III* цього посібника та у документі «*Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування*», квітень 2007 р. (ЮНЕЙДС).

Вважається, що усі СН, РКС, ЛЖВС та інші уразливі групи потребують послуг з профілактики та/або догляду та підтримки, і тому оцінкова чисельність цих груп використовується як знаменник для підрахунку охоплення.

### **■ Очікувані виклики та можливі рішення**

Вартість, труднощі та потенціал, необхідний для збору інформації, зазвичай, підвищуються після «переходу» від показників внесків до показників результатів, наслідків і впливу. Очевидно, що дані для показників внесків і результатів можна збирати централізовано, використовуючи системи звичайного управління інформацією, які існують і функціонують. Розробники програм повинні стратегічно використати підвищену увагу громадськості до програм у сфері ВІЛ/СНІД, і вимагати фінансування для вдосконалення національних систем медичної інформації та нагляду, які можна використовувати для звітності за цими та іншими програмами, пов'язаними із захворюваннями.

Крім того, якщо проекти створюють власні компоненти МіО, **одним з найперших кроків у цьому напрямку має бути координація усіх кроків з іншими проектами, що працюють в країні** (наприклад, АМР США, Світовий банк, Глобальний фонд, великі НУО та урядові структури) з тим, щоб уникнути дублювання зусиль та використовувати єдині стандарти даних, програмне забезпечення, системи і показники, якщо це можливо.

Оскільки планування здійснюють, зазвичай, у дуже обмежені строки, зібрати разом усіх учасників для вироблення єдиних підходів до збору, засобів і систем збору та аналізу даних часом буває надзвичайно складно. Однак, найвище керівництво *організацій, що надають фінансування*, не повинно економити на процесі вироблення такого консенсусу, адже це може, врешті-решт, призвести до того, що дані не можна буде використовувати для ухвалення рішень та планування, і весь складний процес збору даних може втратити сенс. Після отримання загального погодження усіх ключових національних учасників, *організації, що надають послуги*, повинні сприйняти це як «зелене світло» та активно долучитися до процесу впровадження єдиної структури показників і розробки плану МіО на рівні своїх регіонів, користуючись зусиллями усіх регіональних учасників у сфері провадження заходів з МіО.

Дані щодо показників наслідків та впливу збирають шляхом проведення дорожчих та складніших опитувань населення або досліджень медичних закладів, що вимагає високої компетентності в методології дослідження. Зазвичай, вимірювання наслідків є складнішим через чутливість і специфіку кожного показника. Однак програми завжди можуть скористатися дослідженнями та базовими опитуваннями, що ведуться в країні.

Визначення цілей для показників наслідків і впливу – це дуже складне завдання, оскільки спрогнозувати вплив запланованих втручань на знання та поведінку вкрай складно, не

говорячи вже про тенденції розвитку епідемії. Більше того, міжнародні донорські організації, часто вимагають встановлення річних цілей звітності за показниками наслідків та впливу впродовж усього періоду реалізації програми, хоча відомо, що між впровадженням та реальним впливом втручань з профілактики повинен сплинути певний час.

*Організації, що надають послуги*, часто стикаються з проблемою визначення цілей для показників результатів, якщо у них немає історичних даних, на яких можуть ґрунтуватися майбутні плани, особливо зважаючи на всі підходи до вимірювання охоплення (кумулятивна кількість, поточні та постійні клієнти). У цьому випадку можна використовувати дані аналізу ситуації, щоб оцінити, принаймні, доступність послуг для уразливих груп у регіоні та оцінити чинний потенціал організації (підготовлений персонал, налагоджені партнерства з іншими організаціями тощо), а також спробувати отримати технічну підтримку з боку більш досвідчених ВІЛ-сервісних організацій.

*Організації, що надають фінансування*, повинні сприяти визначенню цілей для показників результатів, що безпосередньо не пов'язані з певним джерелом фінансування, якщо в регіоні чи в країні реалізується кілька схожих ініціатив.

Дуже важливо, щоб на момент вибору показників та визначення цілей існувала система для збору даних та звітування за показниками охоплення, особливо якщо вибрані показники включають в себе інформацію про поточних та постійних клієнтів. Детальніше це питання буде розглянуто в *Главі VI*.

#### Практичний приклад

В рамках гранту Раунду 6, підписаного Глобальним фондом та Україною, була прийнята така структура показників (тут представлені лише чотири показники; повний перелік показників для Року 1 та 2 Раунду 6 реалізації гранту представлено у Додатку 7).

**Пам'ятайте, що в Додатку вказана не повна структура, а лише деякі параметри:**

Завдання/СНП	Формулювання показника	Рівень показника	Базова величина	Чи пов'язаний безпосередньо з фінансуванням ГФ?	Частота збору даних	Джерело даних	Метод збору даних	Деталізація	Цілі (Перший рік впровадження гранту)
Забезпечити достатній доступ до послуг з профілактики ВІЛ, догляду та підтримки для маргіналізованих груп населення	Кількість ДКТ на ВІЛ за допомогою експрес-тестування серед уразливих груп	Процес	<b>7 861</b> 31 грудня 2006 р., програмні звіти субреципієнти в Альянсу	Так	Щоквартально	Програмні звіти субреципієнтів Альянсу	Регулярний збір даних	За уразливими групами (СІН, РКС, ЧСЧ)	46 040
	СІН, охоплені програмами з профілактики ВІЛ/СНІД*	Результат	<b>110 407</b> 31 грудня 2006 р., програмні звіти субреципієнти в Альянсу	Так**	Щоквартально	Програмні звіти субреципієнтів Альянсу	Регулярний збір даних	–	150 000 / 325 000 (46%)
	СІН: безпечні сексуальні та ін'єкційні практики	Наслідок	<b>20%</b> Доповідь ССГАООН, 2004 р.	Ні	Раз на 2 роки	Поведінкове дослідження	Опитування	Вікові групи	50 % (Ціль для Року 3)
	Поширеність ВІЛ серед СІН	Вплив	<b>35%</b> Доповідь ССГАООН, 2004 р.	Ні	Раз на 2 роки	Поведінкове дослідження	Нагляд	Вікові групи	31% (Ціль для Року 3)

\* Кумулятивна кількість СІН, які отримують послуги від проектів з профілактики, підраховується за цим показником, а саме, ті, хто отримав базовий пакет послуг і має постійний доступ до цих послуг у наступні періоди.

\*\* Загальне охоплення СІН організаціями, які реалізують проекти за підтримки Глобального фонду, як єдиного джерела фінансування, або одного з кількох джерел.

Критерієм охоплення СІН послугами з профілактики є отримання, принаймні, мінімального пакету послуг, який включає в себе:

- надання шприців та презервативів;
- надання інформаційних матеріалів, спрямованих на формування навичок безпечної поведінки;
- консультації соціального працівника чи іншого спеціаліста;
- направлення на отримання інших послуг залежно від потреб клієнта.

Клієнта проекту з профілактики, який вважається постійним, можна визначати по-різному. Наприклад:

- отримання послуг принаймні один раз на тиждень;
- отримання послуг принаймні один раз на місяць;
- отримання послуг як мінімум 10 разів протягом кварталу, але не рідше двох разів у кожний з трьох місяців тощо.

Цей критерій необхідно визначити на рівні усієї програми національного рівня; усі організації-партнери, що надають послуги, повинні його дотримуватися.

**Станом на 31 грудня 2006 року** послугами з профілактики було охоплено загалом **(кумулятивний показник) 110 407 СІН** по усій території України (програмні звіти партнерів-виконавців Альянсу в Україні). Враховуючи останні оцінки чисельності СІН в країні **(325 000–425 000 осіб)**, **кумулятивне охоплення СІН наприкінці 2006 року становило 26 – 34%.**

2006 року було проведено поведінкове дослідження для оцінки знань і поведінки представників уразливих груп. Результати цього дослідження показують, що **61 відсоток СІН були охоплені послугами з профілактики впродовж останніх 12 місяців.**

Відмінності між наведеними вище цифрами ілюструють необхідність використання засобів рутинного збору даних за показниками рівня результатів.

### **Визначення цілей для показників охоплення організаціями, що надають послуги.**

Організація «Х» працювала у якості ВІЛ-сервісної НУО в місті «У» впродовж останніх трьох років. Оцінкова чисельність СІН в місті «У» становить **8100–9300 осіб.**

Станом на кінець 2006 року ця організація кумулятивно охопила **3837 СІН** (41–47%), в той час, як її охоплення протягом останніх 12 місяців становило **2612 СІН.**

Аналіз даних за попередні періоди показує, що НУО залучала, в середньому, **240** нових клієнтів щоквартально, а середня річна плинність становила приблизно **600** клієнтів.

У своїй проектній пропозиції на наступний рік НУО ставить перед собою ціль щодо кумулятивного та річного охоплення. НУО планує збільшити кількість нових клієнтів до **280 нових** клієнтів на квартал, зберігаючи оцінкову плинність клієнтів на тому ж рівні.

Таким чином:

- Запланована кількість нових клієнтів, охоплених протягом наступних 12 місяців становитиме  **$280 \times 4 = 1\ 120$** ;
- З **2612** поточних клієнтів, близько **600** осіб припинять користуватися послугами, відтак кількість поточних клієнтів, які будуть і надалі отримувати послуги наступного року, становитиме  **$2612 - 600 = 2012$**  (округлимо до **2000 осіб**);
- Заплановане охоплення на наступних 12 місяців – це кількість клієнтів, які «залишаться з минулого року», плюс нові клієнти, що в нашому випадку становитиме  **$2000 + 1120 = 3120$** , або **34–39% в процентному відношенні**;
- Заплановане кумулятивне охоплення на кінець наступного року – це попереднє сукупне охоплення плюс нові клієнти, що в нашому випадку становитиме  **$3837 + 1120 = 4957$**  (округлимо до **5000 осіб**), або **54–62%**.

Однак, послуги з профілактики СІН в місті надають ще дві організації. Одна з них – це НУО, а друга – це центр державних соціальних служб для сім'ї та молоді.

На цьому етапі неможливо дати відповідь на запитання щодо реального охоплення СІН у цьому місті, що досягається спільними зусиллями трьох організацій; можливі шляхи для підрахунку такого спільного охоплення пропонуються у *Главі VI*.

# Глава V

## КРОК ТРЕТІЙ:

### ВИБІР ОРГАНІЗАЦІЙ–ПАРТНЕРІВ, ЩО НАДАЮТЬ ПОСЛУГИ, ПРОВЕДЕННЯ ОЦІНКИ ПОТЕНЦІАЛУ, РОЗРОБКА ФОРМАТІВ ЗВІТНОСТІ

#### ■ Що означає цей крок? Для чого він призначений?

Після визначення цілей і завдань, та після вироблення структури показників *організації, що надають фінансування*, розпочинають впровадження програми. Оскільки в більшості випадків ці організації не надають послуг самостійно, а, радше, відбирають та фінансують *організації, що надають послуги*, даний крок розглядає основні питання щодо цього процесу. Таким чином, ця глава не стосується організацій місцевого рівня, що безпосередньо надають послуги і не фінансують діяльності інших організацій. **Ця глава призначена для тих організацій, що надають фінансування і відбирають партнерські організації, що надають послуги (ОНП) для виконання певної діяльності.**

Відбір партнерів, що надають послуги – це важливий і складний процес, який передбачає виконання низки програмних та фінансових процедур. Ми не будемо заглиблюватися у різні аспекти конкурсного відбору партнерів–виконавців та в розробку відповідних стратегій і процедур. Натомість, ми зосередимося на ролі **оцінки потенціалу** у процесі відбору ОНП – програмного, фінансового, а також в сфері МіО.

Очевидно, що відбір та фінансування партнерів, що надають послуги, вимагає розробки фінансового та **програмного форматів звітності**, а також вимог в рамках загальної грантової процедури та підготовки відповідної юридичної документації. Фінансова звітність не є предметом розгляду цього посібника, тому ми розглядатимемо тільки питання **розробки формату програмної звітності**.

#### ■ Як і коли його здійснювати?

*Вибір партнерів, що надають послуги*, розпочинається відразу після закінчення етапу планування – після узгодження всіх юридичних питань і гарантування фінансування. Це означає, що програма готова до впровадження. Зазвичай, вибір ОНП здійснюється на основі конкурсного відбору, з оголошенням відкритого конкурсу і незалежною експертною комісією, яка й визначатиме переможців.

*Оцінку потенціалу ОНП* можна провести до ухвалення рішення щодо надання фінансування. У цьому випадку позитивний результат може стати підставою для фінансування ОНП. Це питання необхідно передбачити в грантових процедурах, вказавши, чи є формальна оцінка необхідною умовою в усіх випадках до моменту надання фінансування, чи можуть бути деякі виключення, наприклад, досвід попереднього фінансування або рекомендації експертної комісії тощо. За необхідності можна провести й проміжну оцінку потенціалу – уже на етапі реалізації проекту. На цій стадії необхідно підготувати і затвердити процедури та формат документації для офіційної оцінки потенціалу організації. Нижче пропонуємо можливу форму для оцінки потенціалу у сфері МіО.

Оцінка потенціалу, зазвичай, проводиться під час відвідування організації, що надає послуги на місцевому рівні, відповідальними співробітниками або консультантами організації, що надає фінансування. За результатами оцінки заповнюється офіційна форма зворотного зв'язку. Формат бланку для оцінки потенціалу під час візиту має бути окремим, спеціально затвердженим документом, який розглядає фінансові та програмні питання, а також містить перелік питань для оцінки потенціалу у сфері МіО, наприклад, таких, які вказані в Таблиці 4.

Таблиця 4. **Форма оцінки потенціалу ОНП у сфері моніторингу та оцінки**

№	Категорія	Контрольні документи	Вага категорії [1–5]	Бал [1–6]	Всього (вага * балл)
1	<b>Наявність окремого працівника з адекватним досвідом, який відповідає за моніторинг та оцінку проекту</b>	Посадові інструкції, резюме спеціалістів з МіО, проектні пропозиції	<b>5</b>		
2	<b>Досвід надання регулярної звітності за результатами та досягненнями проекту</b>	Будь-які донорські звіти	<b>3</b>		
3	<b>Попередній досвід у сфері моніторингу та оцінки:</b>	<b>3.1 – 3.2</b>	<b>3</b>		
3.1	Попередній досвід рутинного моніторингу діяльності проекту	План МіО, внутрішні положення щодо МіО			
3.2	Використання стандартних показників у веденні рутинного моніторингу діяльності проекту	Перелік показників			
4	<b>Засоби моніторингу, що використовуються:</b>	4.1 – 4.4	<b>3</b>		
4.1	Періодичні звіти щодо діяльності та заходів проекту	Останні звіти			
4.2	Системи управління інформацією (бази даних)	Демонстрація баз даних			
4.3	Періодичні публікації, бюлетені, електронні списки	Демонстрація матеріалів			
4.4	Чинні форми моніторингу та затверджені документи	Демонстрація форм			
<b>Всього:</b>					
<b>Інтерпретація загального балу:</b>					
70 – 84      Перевищує очікування					
56 – 69      Повністю відповідає вимогам					
42 – 55      Мінімальні ризики					
28 – 41      Керовані ризики					
14 – 27      Високий ризик, потенціал існує					
0 – 13      Високий ризик, брак потенціалу					



Якщо оцінка потенціалу у сфері МіО вказує, що та чи інша організація не відповідає вимогам щодо моніторингу та звітності, то рішення можуть бути такими: або допомогти організації розвинути її потенціал у сфері МіО, або взагалі не фінансувати цю організацію (однак такі рішення повинні обов'язково ґрунтуватися на загальних результатах оцінки програмного, фінансового та моніторингового потенціалу).

**Звітність** – це один з найважливіших етапів програмного МіО. Звітність, як правило, регулюється політикою та процедурами організації, або відповідає вимогам організації, що надає фінансування.

Оскільки *формат звітності* та вимоги щодо складання звіту є компонентами формального грантового договору, необхідно розробити ці положення заздалегідь – до моменту підписання договору. Формат звітності повинен бути формально і логічно поєднаним з розробленою раніше структурою показників (див. попередню главу). Форми звітності, як правило, містять кілька розділів, що дозволяє організації, що звітується, надавати детальну інформацію про свою діяльність. Зазвичай, форма складається з таких розділів: кількісний розділ з переліком показників, поставленими цілями та порожніми клітинками, куди вносяться реальні результати/цифри стосовно цих цілей (ця частина ґрунтується на структурі показників); а також описова частина, де організації у довільній формі описують усі результати, досягнуті ними впродовж звітного періоду, свої успіхи та невдачі. Для ознайомлення з прикладом форми звітності, див. *Додаток 4*.

При розробці формату звітної форми, яка використовуватиметься партнерами, що надають послуги, надзвичайно важливо врахувати два чинники:

- Вимоги донорських організацій/структур, перед якими, у свою чергу, звітуватимуться організації, що надають фінансування. Якщо дані, отримані від ОНП, ускладнюють звітність перед донорською організацією, і під час кожного звітного періоду виникає потреба у додатковій інформації, то очевидно, що формат звітності (або перелік показників, за якими повинні звітувати ОНП), був розроблений неправильно.

- Дані, необхідні організації для внутрішнього користування з метою вироблення оптимальних управлінських рішень.

### **Рекомендується розробити формат звітності у такий спосіб, щоб:**

- Він був *уніфікованим* для усіх ОНП, незалежно від сфер їхньої діяльності (з різними переліками показників). ОНП, що впроваджують аналогічні заходи, повинні надавати звіти за *однаковим переліком показників*.

- Усі показники були чітко сформульованими і містили *уніфіковані* інструкції щодо збору та надання звітності за кожним показником (включаючи можливу деталізацію).

- Було чітко вказано, чи можливо підсумовувати значення показників за різні періоди. Іншими словами, чи буде сума двох цифр, підрахованих за показниками за два суміжні періоди (наприклад, за два квартали), дорівнювати цифрі за весь період (наприклад, за півроку)? Для таких показників, як, наприклад, «Кількість розповсюджених презервативів» цифри за квартал 1 та квартал 2 можна просто додати, і це дасть нам кількість презервативів, розповсюджених впродовж півроку. Однак, що стосується показників на кшталт «Кількість осіб, охоплених протягом кварталу», просте підсумовування кількості осіб, охоплених впродовж кварталу 1 та кварталу 2, не надасть нам показника кількості людей, охоплених за півроку, оскільки протягом обох кварталів буде охоплена певна кількість одних і тих же осіб.

- Формат включав у себе окремий розділ звітності щодо реалізації робочого плану, де необхідно вказати головні заходи, заплановані на звітний період, а також статус їх виконання.

- Формат включав окремий розділ для коментарів у вільній формі.
- Формат містив чіткі і конкретно визначені графіки та терміни подачі звітності та проведення процедур перевірки.
- До обов'язкового списку додаткової документації за кожним напрямком діяльності, що подається разом зі звітом, необхідно додавати відповідні рекомендації.

**За ідеальних умов, процес підготовки звітності має бути комп'ютеризованим, тобто являти собою спеціальну комп'ютерну програму, призначену для збору, зберігання та аналізу даних.** Спроба введення такого формату звітності описана в розділі «Практичний приклад» в кінці цієї глави.

### ■ Очікувані виклики та можливі рішення

Процес **вибору ОНП** — це, швидше, управлінське та процедурне питання, а не питання МіО. Однак варто зазначити, що успішний відбір ОНП залежить від ретельного дотримання усіх правил та процедур, що регулюють цей процес, а також від рівня кваліфікації членів конкурсної комісії, які відбиратимуть найкращі пропозиції. Весь процес повинен бути ретельно спланованим і передбачати достатньо часу для виконання всіх етапів і дотримання усіх процедур.

Зазвичай, процес відбору ОНП та **оцінки потенціалу** обмежений у часі. Більше того, оскільки оцінка потенціалу вимагає здійснення поїздок на місця, що вимагає значних витрат часу та енергії, необхідно належним чином спланувати робоче навантаження працівників. У більшості випадків проводити оцінку всіх без виключення ОНП не потрібно і не варто. Необхідно розробити і запровадити процедури, які визначатимуть, які саме організації, що перемогли у конкурсі за рішенням комісії, слід оцінити. Це можуть бути організації, які раніше не отримували фінансування, або організації, які стають суб'єктом оцінки за рекомендаціями членів конкурсної комісії тощо. І, звичайно ж, процедуру оцінки потенціалу необхідно формально і ретельно задокументувати відповідно до єдиного формату.

Для того, щоб зібрати якнайбільшу кількість різних даних та контекстної інформації про ОНП, організації, що надають фінансування, іноді розробляють дуже складні та великі за обсягом **формати звітності**, підготовка яких вимагає багато часу та зусиль. Як наслідок, узагальнені дані виявляються неякісними і відтак – практично непридатними.

Ми настійно рекомендуємо розробляти максимально прості та зрозумілі формати звітності, які водночас задовольнятимуть інформаційні потреби осіб, які ухвалюють рішення, а також відповідатимуть вимогам донорських організацій до звітності. Для уникнення помилковості даних, слід розробити та поширити докладні інструкції з питань підготовки та подання звітності.

### Практичний приклад

2005 року Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні розпочав запровадження спеціального програмного забезпечення для звітності та планування – «Monitoring Reporting System» (MRS), що було розроблене спеціалістами Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД у Брайтоні, Великобританія.

База даних MRS – це комп'ютерна програма, що дозволяє вводити, зберігати та аналізувати дані про заплановану і поточну діяльність проектів у сфері ВІЛ/СНІД, що їх фінансує Альянс. Дані можуть надходити від організацій, що надають послуги, в електронному чи паперовому форматі. Після введення інформації у базу даних її можна використовувати для аналізу на різних рівнях.

База даних містить докладну інформацію про усіх партнерів-виконавців, чия діяльність фінансує Альянс. Дані про заплановану та поточну діяльність пов'язують з конкретною організацією, а також з конкретним періодом планування та надання звітності.

За допомогою бази даних можна виробляти форми планування з тим, щоб фіксувати дані з робочих планів усіх організацій, що їх фінансує Альянс, включно з інформацією про типи втручань, заплановані заходи, а також про цілі за ключовими показниками і показниками, що їх визначає користувач. Програма також може створювати звітні форми для ручного або електронного введення даних про хід робіт з виконання певних видів запланованих втручань, про досягнення цілей за наборами показників або про заплановані заходи з коментарями про досягнення і проблеми (минулі та очікувані).

Звіти, що їх генерує система, можуть містити аналіз прогресу з використанням однієї чи кількох змінних величин, наприклад, організації, періоду часу, типу втручання тощо.

Система «MRS» надає можливість генерувати файли Excel у єдиному форматі для фіксування даних в електронному вигляді та їх автоматичного завантаження у базу даних. Кожна організація, що надає послуги, щоквартально отримує форми звітності, які необхідно заповнювати відповідно до спеціального формату. Форма звітності містить кілька розділів, де ОНП можуть надати детальну інформацію про свою діяльність, зокрема, перелік кількісних показників з встановленими цілями (для певних показників), та фактичних результатів; список реалізованих заходів; та описова частина.

Для ознайомлення з прикладом формату звітності «MRS», див. *Додаток 4*.

# Глава VI

## КРОК ЧЕТВЕРТИЙ:

### ПРОГРАМНИЙ МОНІТОРИНГ – КІЛЬКІСНІ ТА ЯКІСНІ ПОКАЗНИКИ. ВЕДЕННЯ ПРОГРАМНОГО ОБЛІКУ

#### ■ Що означає цей крок? Для чого він призначений?

Після завершення усіх підготовчих етапів, організації переходять до стадії фактичного впровадження програми/проекту. Якщо усі попередні кроки були виконані максимально точно, то на цьому етапі і *організації, що надають фінансування*, і *організації, що надають послуги*, провину мати усі можливості та передумови для розробки ефективної системи ведення обліку. Кожна програма чи проект, незалежно від своїх масштабів, потребує простої стратегії моніторингу та оцінки, запровадженої на етапі розробки. У цій главі ми розглянемо основні кроки та процедури, що їх здійснюватимуть *організації, що надають послуги*, з тим, щоб організувати рутинний (щоденний) збір інформації за ключовими аспектами впровадження програми/проекту для того, щоб краще розуміти хід та успіхи проектної діяльності. Саме цей крок дозволить надавати донорам, виконавцям та керівникам інформацію про досягнення проекту з метою планування та отримання зворотного зв'язку. Саме на цьому етапі *організації, що надають послуги*, збирають дані за попередньо визначеними показниками **процесу** та **результатів**. З точки зору керівників програм, програмний моніторинг часто вважається найважливішим видом діяльності в сфері моніторингу та оцінки, оскільки він допомагає визначити успішні аспекти роботи, які можна продовжити чи розширити, а також виявити недоліки та визначити засоби їх виправлення. Цю інформацію необхідно періодично поширювати серед персоналу для того, щоб усі працівники знали про успіхи, недоліки та зміни в напрямках роботи. Програмний моніторинг також надає можливість представникам груп найвищого ризику зробити свій внесок у розвиток програми, а також зміцнити зв'язки і співпрацю між членами уразливих спільнот та учасниками проекту.

Програмний моніторинг складається з двох компонентів: **якісного** та **кількісного**.

**Якість** діяльності та послуг, що надаються, є ключовою умовою для досягнення бажаних результатів. Якщо втручання є неякісними, то результати діяльності не будуть оптимальними, навіть якщо за допомогою втручання було забезпечено високий рівень охоплення. Таким чином, для забезпечення ефективного прогресу, дуже важливо відстежувати якість діяльності та послуг. Будь-який план з МіО повинен містити систему забезпечення якості для підтримки показників результатів. Хоча багато показників, що розглядаються у цьому посібнику, врешті-решт повинні просто підраховувати кількість закладів, що надають послуги, чи кількість охоплених осіб, якісний компонент цих показників необхідно постійно і ретельно фіксувати з посиланням на національні та міжнародні стандарти надання послуг.

Відстеження кількості охоплених клієнтів та інших кількісних показників (**кількісний моніторинг**) є базовим компонентом моніторингу програм на рівні проекту. Працівники проекту можуть також використовувати ці дані для підрахунку індивідуального охоплення з тим, щоб з'ясувати, чи охоплюють втручання достатній відсоток цільового населення, чи потрібні зміни у стратегіях і додаткові ресурси.

На цьому етапі найважливішим завданням *організації, що надає фінансування*, є розробка уніфікованої системи та інструментів ведення обліку (в тому числі – програмного забезпечення), а завдання *організацій, що надають послуги*, полягає у тому, щоб ретельно та акуратно дотримуватися усіх процедур та відповідним чином

організувати внутрішній процес збору даних. Іще одним завданням *організацій, що надають фінансування*, є проведення регулярних моніторингових візитів до *партнерів, що надають послуги*, в першу чергу – з метою перевірки дотримання стандартів якості та належного функціонування системи обліку та звітності.

При розробці та впровадженні системи представники *організації, що надає фінансування*, повинні проводити постійні консультації з *організаціями, що надають послуги* (майбутніми користувачами цієї системи), з тим, щоб врахувати усі їхні зауваження та досвід.

Окрім згаданих вище результатів, дані програмного моніторингу – це основа для будь-якої оцінки програми чи проекту. Якщо не враховувати дані охоплення, то результати оцінки наслідків та впливу можуть увести користувача в оману. Беручи до уваги дані цього рівня, можна дізнатися, наприклад, чому та чи інша програма не мала належного впливу: тому, що втручання виявилось неефективним, чи тому, що не вдалося охопити достатню кількість представників цільових груп.

Далі цей розділ ділиться на дві частини: **Частина А: Програмний моніторинг: кількісні показники**, та **Частина Б: Програмний моніторинг: якісні показники**.

## **Частина А: Програмний моніторинг: кількісні показники**

### **■ Як і коли його здійснювати?**

Моніторинг програми слід розпочинати відразу ж після її початку, причому дані необхідно регулярно збирати впродовж усього терміну реалізації програми чи проекту. Такі рутинні дані, як показники результатів за ключовими послугами, необхідно регулярно аналізувати з тим, щоб отримувати інформацію про прогрес у досягненні цілей та інформувати працівників програми та інших ключових осіб.

Як уже обговорювалося у *Главі IV*, одним із обмежень використання поведінкових досліджень як єдиного джерела даних про охоплення, є той факт, що дані охоплення, отримані у такий спосіб, не надають інформації про охоплення кожного окремого проекту. Тому в цій главі ми опишемо процедури програмного моніторингу (приділяючи особливу увагу отриманню даних з охоплення) з використанням програмних записів та даних оцінкової чисельності цільових груп.

Дані про кількість охоплених клієнтів чи осіб, які отримали послуги, необхідно збирати в межах **системи рутинного моніторингу** на рівні проекту; збір даних слід ініціювати одночасно з початком впровадження проекту та регулярно аналізувати їх. Програмний моніторинг як безперервна діяльність повинен бути інтегрованим у рутинні функції управління програми і виконуватися працівниками щодня. Узагальнення проектних даних для загального моніторингу програми може здійснюватися раз на квартал, раз на півроку або раз на рік. Для визначення загального програмного охоплення необхідно об'єднати узагальнені дані щодо охоплення та дані оцінки чисельності цільових груп (див. *Главу III* та *Главу IV*).

Дані для показників рівня процесу можна збирати та підсумовувати вручну або з використанням простих електронних засобів (наприклад, таблиць Excel), хоча застосування спеціальної **автоматизованої інформаційної системи** управління інформацією (**AIC**) набагато спростить цей процес. Розробка та введення в дію AIC для програмного моніторингу дозволить проектам отримати усі виміри охоплення (див. *Главу IV*), і, як мінімум, зафіксувати кожного охопленого клієнта, отримати базову інформацію про діяльність проекту та про послуги, що надаються. **Оскільки вести облік кількості клієнтів, зазвичай, складніше, ніж реєструвати візити чи контакти з клієнтом, необхідно запровадити систему, яка б дозволяла відстежувати окремих клієнтів.**

Загалом, система рутинного збору даних складається з:

- реєстраційних форм та інструментів (паперових та електронних);
- положень, процедур їх використання та потоків даних;
- регулярного узагальнення та аналізу даних.

Хоча організації часто самі вирішують, як адаптувати реєстраційні форми та інструменти для власних потреб, ми настійно рекомендуємо використовувати таку **«паперову» документацію**:

- Журнал реєстрації, що містить список усіх клієнтів проекту і деяку особисту інформацію: нових осіб вносять в журнал після першого контакту з персоналом проекту. Рівень деталізації даних щодо кожного нового клієнта визначають працівники проекту на основі вимог і можливостей отримання даних (див. приклад такого журналу реєстрації в Додатку 5);
- Щоденні відомості обліку, що містять списки всіх клієнтів, які скористалися послугами проекту в певний день, з переліком виданих матеріалів чи наданих послуг (див. приклад такої відомості в Додатку 5). Такі відомості заповнюють працівники проекту прямо в пунктах надання послуг, безпосередньо під час контакту з клієнтом. У кінці дня або один раз на тиждень дані щоденних відомостей узагальнюють та вводять в АІС (якщо організація використовує таку систему);
- Ми також рекомендуємо видавати усім клієнтам проекту "картку клієнта", в якій вказано, що ця особа є клієнтом того чи іншого проекту. Крім того, картка може містити особистий код клієнта. Для забезпечення конфіденційності прізвище та ім'я особи на такій картці вказувати не рекомендується.

Розробка та впровадження **системи кодування** є важливим аспектом забезпечення ефективності системи програмного моніторингу, оскільки вона надає **можливість відстежувати клієнта, а не його візити чи контакти з ним**. Оскільки представники груп найвищого ризику та уразливих груп часто живуть у соціальній ізоляції, стикаючись зі стигмою та дискримінацією, дуже важливо, щоб така система відповідала вимогам максимальної конфіденційності. В іншому випадку це може вкрай негативно відобразитися на якості та обсягах послуг, що надаються.

Кожна організація може мати власну систему кодування, яка залежить від практики, традицій та інших чинників. Або ж може існувати єдина система кодування в межах усієї країни. У будь-якому випадку, система кодування повинна ґрунтуватися на таких принципах:

- одна людина може отримати лише один код, незважаючи на кількість пунктів надання послуг, де він чи вона їх отримує;
- код повинен відповідати принципам конфіденційності.

Бажано, щоб код клієнта мав за основу особисті дані клієнта, що дозволить його легко відновити у випадку втрати клієнтом своєї картки. Наприклад, код **ІПС120178** ґрунтується на такій інформації: **Іванов Петро Сергійович**, народився **12 січня 1978** року. Ще одним способом організації системи може стати використання ідентифікаційного коду (зазвичай, це – звичайний порядковий номер реєстрації, де літера означає пункт надання послуг, де було видано картку, наприклад, **00178-К**). Запровадження такої системи допоможе клієнтам користуватися послугами, не розголошуючи особисту інформацію. Однак це підвищує вірогідність подвійного підрахунку, і про це йтиметься далі.

У випадку використання першого варіанту організації системи кодування, організація може відмовитися від карток, оскільки кожен клієнт пам'ятатиме власний код. Соціальному працівникові буде достатньо запитати, чи клієнт вперше користується послугами, чи повторно. Однак, картки клієнта часто мають глибший сенс і важливість.



Окрім реєстрації, вони можуть виконувати й інші функції, тому ми рекомендуємо все ж запровадити карткову систему.

Якщо є можливість запровадити єдину систему кодування в межах географічної області, а ще краще – в усій країні, це дозволило б мінімізувати вірогідність подвійного підрахунку в процесі узагальнення національних даних щодо кількості осіб, охоплених послугами. Про це йтиметься далі.

З деякими варіаціями процедуру збору та аналізу даних в організації можна описати так:

- **На пункті надання послуг** (стаціонарний чи «аутріч»): соціальні працівники, які безпосередньо надають послуги, реєструють усю необхідну інформацію про клієнта під час першого контакту, а також усі витратні матеріали і послуги, надані клієнтові (відповідно до його/її коду) під час кожного контакту. Реєстрація в цьому пункті повинна бути організована з врахуванням попередньо визначених критеріїв охоплення (див. *Главу IV*);

- **На рівні проекту:** дані, що їх збирають соціальні працівники, регулярно узагальнюються та вводяться в АІС (якщо організація використовує таку систему). Первинна документація в паперовому вигляді повинна зберігатися в офісі проекту. Рекомендуємо призначити окремого працівника, який повністю відповідатиме за внутрішній моніторинг проекту. Його/її обов'язки включатимуть збір даних та регулярну підготовку аналізу даних для керівників проекту.

При підготовці ТЗ для розробки АІС проектного моніторингу необхідно враховувати низку важливих моментів стосовно вимог до функціональності, про що йшлося у цій та в попередніх главах. До таких вимог належать, зокрема, особлива структура кожного показника, що відстежується (включно із деталізацією), функціонування системи кодування, звітність тощо.

Перед початком розробки АІС, слід обміркувати наступні питання й включити їх у план розробки та реалізації:

- АІС повинна бути максимально простою й водночас відповідати вимогам щодо збору даних (кожен її компонент повинен мати чіткі результати й не створювати «тягаря» додаткового збору даних);

- рівень деталізації даних, що збираються та аналізуються, має визначатися масштабом програми/проекту й відображати національний/регіональний контекст;

- необхідно скласти список обмежень використання АІС і поширити його серед кінцевих користувачів;

- АІС повинна враховувати максимальні потреби у зборі даних з тим, щоб уникнути дублювання зусиль та засобів збору даних в подальшій роботі;

- перед широкомасштабним запровадженням АІС слід організувати «пілотне» випробування;

- окремий розділ плану реалізації необхідно присвятити розвитку потенціалу кінцевих користувачів, включно з проведенням тренінгів, наданням технічної підтримки тощо;

- АІС слід доповнити Інструкцією для користувача.

2005 року Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні почав запроваджувати спеціальну АІС для управління інформацією – програмний продукт під назвою «SyrEx», призначений для ведення внутрішнього програмного моніторингу проектів з профілактики ВІЛ. Далі пропонуємо скорочений опис функцій цієї системи.



## **Автоматизована інформаційна система «SysEx» для реєстрації та обліку клієнтів проектів з профілактики.**

База даних «SysEx» була розроблена фахівцями Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією в рамках національної програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні».

«SysEx» – це зручний і простий у користуванні інструмент для відстеження кількості клієнтів, охоплених послугами з профілактики, а також для відстеження регулярності надання таких послуг. Базу даних «SysEx» було розроблено, в першу чергу, для проектів зниження шкоди, що працюють з СІН та РКС. Однак її можна ефективно використовувати і в проектах, що працюють з ЧСЧ і надають послуги з профілактики в закладах пенітенціарної системи.

Як уже зазначалося, ключовою вимогою для забезпечення ефективного використання «SysEx» є надійна система кодування клієнтів. Оскільки питання конфіденційності для представників цільових груп є надзвичайно актуальним, їх не можна реєструвати за іменами, прізвищами та паспортними даними. Ефективним рішенням цієї проблеми є кодування клієнтів, коли кожна особа отримує картку з кодом, яка потім використовується як ідентифікаційний документ. Ще одним важливим елементом ефективною системи реєстрації є точне і своєчасне заповнення щоденних реєстраційних форм безпосередньо на пунктах надання послуг.

### **Функції системи «SysEx»:**

- Реєстрація клієнтів:
  - Після того, як особа стає клієнтом проекту, до *списку клієнтів* додають новий запис, який містить інформацію про особу (код, дату народження, приналежність до цільової групи, стать, соціальний статус, практики ін'єкційного споживання та сексуальні практики тощо). Крім того, під час першого контакту клієнта запитують, чи реєструвався він раніше в інших організаціях і чи отримував там послуги. У випадку ствердної відповіді в записі ставиться відповідна відмітка, що дозволить уникнути подвійного обліку на етапі узагальнення даних, а клієнта при цьому реєструють зі «старим» кодом.
- Налаштування системи під потреби окремої організації:
  - Кожен користувач АІС (організація) має власний список матеріалів та послуг, що пропонуються клієнтам. «SysEx» дозволяє користувачам розробити такий список, який можна використовувати для відстеження розповсюдження матеріалів та надання послуг клієнтам (наприклад, скільки одиниць товару «Х» було надано клієнту «У» і коли). Це – електронна версія щоденної відомості надання послуг;
  - Створюється унікальний список соціальних працівників та пунктів надання послуг, що дозволяє відстежувати діяльність кожного пункту та працівника, який надає послуги;
  - База даних також надає можливість додавати список типових навчальних модулів, що їх проводить організація. Це дозволить відстежувати проведення тренінгів.
- Щоденний облік:
  - Соціальні працівники заповнюють щоденні облікові відомості на пунктах надання послуг. Загалом, ці відомості містять інформацію про кількість виданих матеріалів, проведених консультацій та інших послуг, наданих кожному клієнту (тобто, коду), який відвідує ПНП протягом певного дня;
  - Ці щоденні відомості регулярно копіюються в АІС (переносяться з паперу в електронний формат).

- Складання звітів (див. нижче);
- Експортування даних у програму «MS Excel» для проведення подальшого аналізу;
- Резервне копіювання та відновлення бази даних (це необхідна функція, оскільки іноді комп'ютери працюють нестабільно, що може призвести до втрати даних);
- Передача даних та консолідований аналіз:
  - Система «SysEx» дозволяє передавати дані на «центральний» (вищий) рівень;
  - На «центральному» (вищому) рівні усі файли з даними можуть бути зведені та проаналізовані для отримання загальної картини діяльності кількох (усіх) організацій на «регіональному» (нижчому) рівні.

### **Складання звітів:**

База даних дозволяє здійснювати різноманітний аналіз даних на кількох рівнях, наприклад:

- Отримати кумулятивну кількість клієнтів, охоплених з певного моменту часу (наприклад, з моменту початку проекту) з наданням базової інформації про кожного клієнта (кількість візитів, вік, стать, цільова група тощо);
- Отримати перелік (кількість) осіб, охоплених протягом останніх 12 місяців (відповідає рекомендованим ключовим показникам 1.1–1.4, 2.1–2.3 у списку **Вибраних показників**);
- Отримати перелік (кількість) осіб, охоплених протягом будь-якого періоду часу, визначеного користувачем (день/тиждень/місяць/квартал /...);
- Отримати перелік (кількість) постійних клієнтів програми (відповідно до попередньо встановлених критеріїв);
- Отримати загальну інформацію про кількість виданих матеріалів та проведених консультацій протягом будь-якого періоду часу, визначеного користувачем;
- Отримати перелік клієнтів, які отримали певний матеріал чи послугу або пакет послуг протягом будь-якого періоду часу, визначеного користувачем;
- Проаналізувати дані про регулярність візитів клієнтів протягом будь-якого періоду часу;
- Отримати усі вищевказані дані або для усієї організації, або за окремими пунктами надання послуг чи за соціальними працівниками (одним чи кількома), за визначенням користувача;
- Отримати інформацію про кількість проведених тренінгів та кількість підготовлених осіб, з розподілом за навчальними модулями та цільовими групами;
- Розробити додаткові звіти, визначені користувачем (конструктор звітів).

Рисунок 1. Головна сторінка АІС «SygEx»

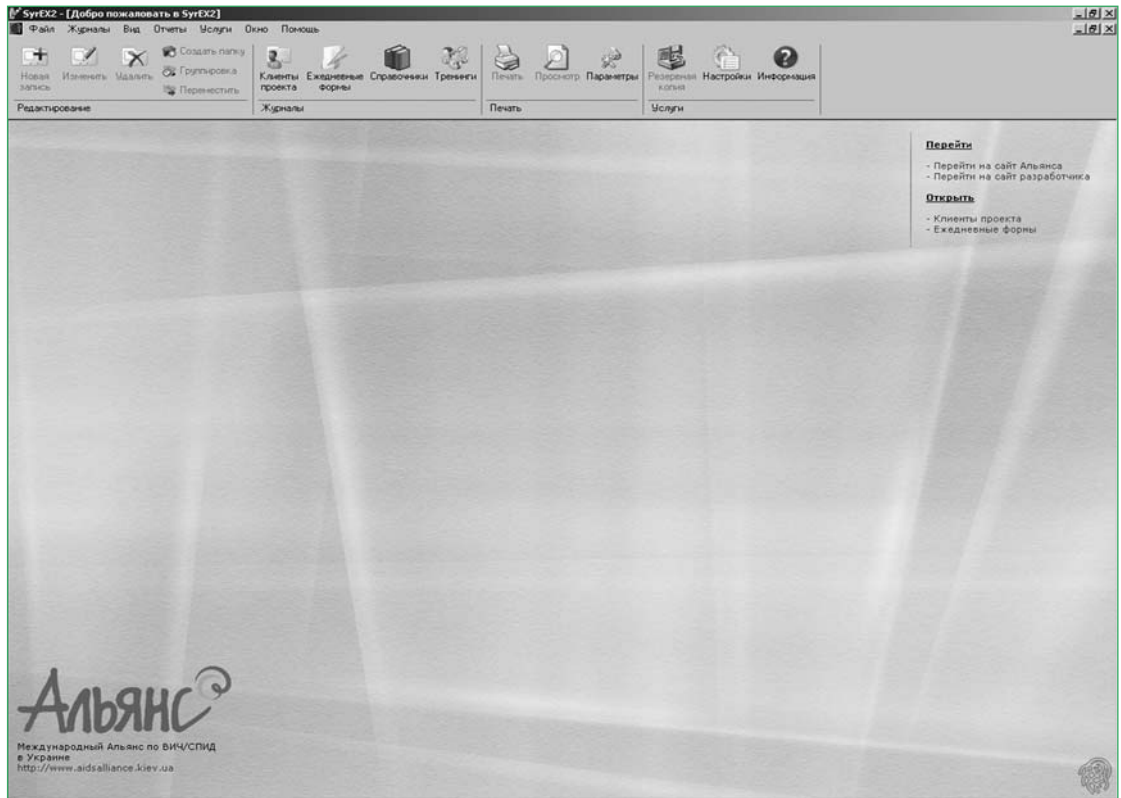
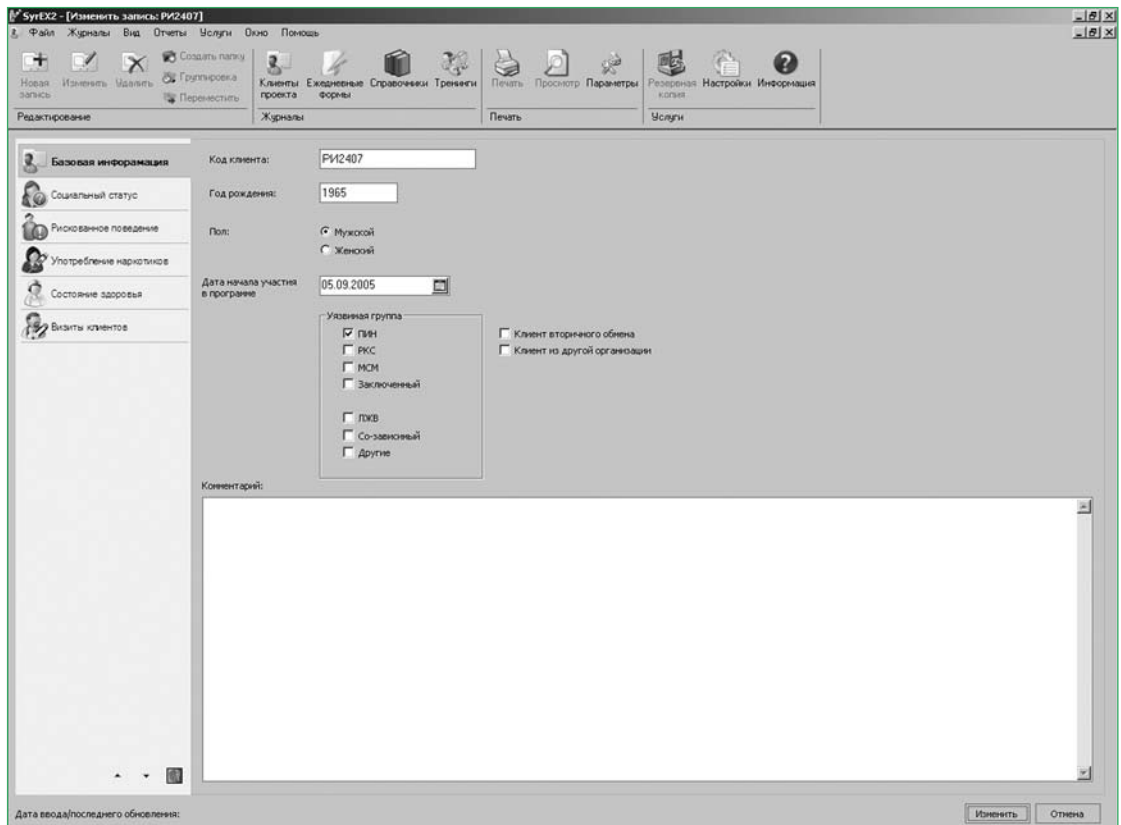


Рисунок 2. Профиль клієнта – базова інформація





## ■ Очікувані виклики та можливі рішення

І організації, що надають фінансування, і організації, що надають послуги, стикаються з різними проблемами в процесі розробки і особливо – здійснення рутинного збору даних. Всі ці проблеми, так чи інакше, пов'язані з необхідністю збереження балансу між збором якісних даних та дотриманням вимог анонімності та конфіденційності, не ставлячи під загрозу якість послуг, що надаються.

Етичні принципи, пов'язані з проведенням досліджень серед людей, необхідно застосовувати і при здійсненні програмного моніторингу послуг, що надаються групам клієнтів. Такі цінності, як повага до особистого життя, конфіденційність, анонімність і принцип "не зашкодь!" повинні стати визначальними у підходах до збору, аналізу і публікації отриманих даних. Етичних принципів досліджень слід неухильно дотримуватися й при зовнішній оцінці проектного обліку задля забезпечення конфіденційності інформації про клієнта.

Оскільки під час отримання послуг чи при контактах з працівниками «аутріч» представники груп найвищого ризику часто бажають зберегти анонімність, проектам може бути складно відстежувати окремих охоплених клієнтів. По–перше, клієнти можуть відмовитися надавати особисту інформацію, яку можна використати для їхньої ідентифікації під час наступних візитів. По–друге, оскільки робота «аутріч» іноді ведеться в громадських місцях, працівники проекту іноді не мають можливості реєструвати інформацію про клієнта відразу після першого візиту. У такому випадку картку клієнта рекомендуємо видавати під час одного з наступних контактів, коли клієнт почуває себе в безпеці і розуміє, що ця процедура не зашкодить йому.

Важливим елементом практично всіх втручань, пов'язаних з ВІП є адвокаційна діяльність і проведення кампаній з підвищення рівня толерантності. Окрім прямої користі від таких втручань для найбільш уразливих груп населення, ці заходи дозволять підвищити якість програмних даних, оскільки основна маса інформації, що її збирають організації, що надають послуги, – це дані, надані самим клієнтом. Загальне сприятливе середовище стимулюватиме клієнтів проекту надавати правдиву інформацію.

Як згадувалося в попередньому підрозділі, однією з ключових проблем, яку слід розглянути на стадії розробки та впровадження проекту, є уникнення чи, принаймні, мінімізація подвійного підрахунку клієнтів.

### **Уникнення подвійного підрахунку**

Подвійний підрахунок клієнтів може трапитися як всередині однієї організації (коли одну людину реєструють двічі), так і між організаціями (коли одна людина є клієнтом двох різних ВІП–сервісних організацій).

Для того, щоб уникнути підрахунку однієї й тієї ж людини кілька разів всередині організації (наприклад, у випадку втрати картки), соціальні працівники повинні спробувати відновити код, під яким ця людина реєструвалася раніше (для цих цілей дуже корисним є використання систем кодування на основі особистої інформації про клієнта; в інших випадках код можна відновити на основі щоденних записів, за приблизними датами попередніх візитів та на основі іншої інформації). Очевидно, що відновити код на основі особистої інформації буде набагато легше (див. перший спосіб організації системи кодування, описаний у попередньому підрозділі), тому використання цього підходу значно знизить вірогідність подвійного підрахунку в межах однієї організації.

Для уникнення реєстрації однієї особи в двох різних пунктах надання послуг чи в двох різних організаціях під час першого контакту соціальний працівник повинен запитати клієнта, чи не реєструвався він (вона) раніше в інших організаціях, що працюють у сфері

профілактики ВІЛ, догляду та підтримки. У разі ствердної відповіді, клієнта реєструють за його / її кодом, виданим раніше (при введенні особистих даних в АІС реєстрації та обліку клієнтів, працівник проекту повинен відмітити спеціальну графу «Раніше отримував послуги в іншій організації»).

Однак, існують ситуації, коли явний «подвійний підрахунок» є практично неминучим, або коли уникнення «подвійного підрахунку» не є доцільним. Ось кілька прикладів:

- В деяких випадках людина є представником двох уразливих груп, наприклад, жінка може бути секс-робітником та споживачем ін'єкційних наркотиків. Уникнути «подвійного підрахунку» в такому випадку можна шляхом обліку таких осіб як охоплених РКС, якщо вони отримують послуги в організаціях, які працюють з РКС, або як СІН, якщо проект спрямовано на СІН (в Україні ці два типи проектів зазвичай працюють окремо; в інших країнах, де таке не спостерігається, цей підхід може виявитися неефективним). До тих пір, поки кількість охоплених СІН та РКС не підсумовується для отримання загальної кількості «охоплених СІН та РКС», «подвійним підрахунком» можна не перейматися, і проекти можуть реєструвати такого клієнта як представника обох груп ризику одночасно. Який би підхід не використовувався, на рівні проекту необхідно розробити відповідні правила реєстрації, затвердити їх, ознайомити з ними усіх працівників та забезпечити їх неухильне дотримання.

- Аналогічна ситуація може виникнути при підрахунку кількості *навчених осіб*. Очікується, що організатори тренінгів ідентифікуватимуть усіх осіб, які пройшли навчання з певної тематики – вони враховуватимуть кожну людину один раз, щоб уникнути «подвійного підрахунку». Однак, якщо одна і та ж людина бере участь у тренінгах, присвячених різним темам (наприклад, профілактика ВІЛ та розвиток потенціалу), то її підраховують як двох осіб. Це не проблема, якщо для реєстрації людей, що пройшли навчання з двох різних тем, використовуються два різних показники, і сумарні дані за показниками не додаються; однак, не слід підраховувати одну і ту ж людину кілька разів за одним показником.

- *Всередині організації*, особливо такої, що надає різні послуги одним і тим же людям, наприклад, консультування за принципом «рівний-рівному» і гуманітарна допомога ЛЖВС. Тут можна уникнути «подвійного підрахунку», використовуючи різні методи. Насправді, це завдання самої НУО. Якщо кількість осіб, які отримують послуги, невелика, то цього можна досягти завдяки особистим знанням та поінформованості персоналу. В будь-якому разі ця проблема легко вирішується через використання АІС.

- *Між різними організаціями*; Тут існує особливо висока вірогідність «подвійного підрахунку», якщо дві і більше організації надають схожі послуги представникам однієї вразливої групи в межах однієї географічної території; якщо різні послуги надаються групам населення, що перетинаються; і якщо представники ГНР є мобільними. За таких умов уникнути «подвійного підрахунку» практично неможливо, крім випадків, коли на території функціонує **уніфікована система кодування**. Це означає, що будь-яка особа може отримати доступ до певної послуги в будь-якому пункті в межах країни, і ця особа буде зареєстрована під єдиним, унікальним кодом як одна людина. Однак це вимагає введення і активного використання **спільної АІС для реєстрації клієнтів в режимі он-лайн**, яку будуть використовувати **усі** партнери. А це вимагатиме значних людських та фінансових ресурсів і все одно не допоможе уникнути «подвійного підрахунку» у випадку, якщо людина надасть неправдиву інформацію щодо коду. Якщо єдиною метою впровадження уніфікованої системи кодування є лише уникнення "подвійного підрахунку", така інвестиція не є виправданою; однак, для введення такої системи можуть існувати й інші передумови. Наприклад, у деяких випадках (приклади з інших країн) людина може отримати код регіонального чи національного рівня, унікальний для усіх ВІЛ-сервісних організацій, куди вона може звернутися: це програми обміну шприців, наркологічні диспансери, центри СНІД, проекти з догляду та підтримки, венерологічні



клініки тощо. Такий підхід дозволяє відстежувати усі послуги, що надавалися конкретній особі, незалежно від їх надавача. Це також дозволяє будь-якій організації вивчити повну історію надання послуг особі до певного моменту часу.

- *Коли послуги надаються у різні періоди часу, наприклад, якщо людина отримує первинний пакет послуг, а потім повертається через певний тривалий час, скажімо, через два роки. За таких обставин існує вірогідність того, що людину зареєструють як нового клієнта і відтак підрахують двічі. Уникнення «подвійного підрахунку» за такої ситуації залежить від клієнта та від його готовності надати точну і правдиву інформацію, а також від організації та якості її системи обліку наданих послуг. Однак, якщо клієнт надає неточну чи неправдиву інформацію, то уникнути «подвійного підрахунку» в такому випадку практично неможливо.*

Як уже зазначалося, система програмного моніторингу для забезпечення послідовності повинна розроблятися *організаціями, що надають фінансування* (бажано на національному рівні). Однак саме *організації, що надають послуги*, повинні коректно використовувати таку систему. Дуже часто трапляється, що соціальні працівники та інші співробітники проекту, задіяні у процесі збору даних, не розуміють цілей заходів з MiO і не знайомі з базовими процедурами реєстрації та обліку. Таким чином, *організаціям, що надають фінансування*, вкрай важливо приділяти достатньо часу для навчання персоналу проекту (зазвичай це – керівники проекту та співробітники, відповідальні за MiO), які, в свою чергу, вживатимуть заходів для того, щоб внутрішні процедури збору даних були розроблені, і щоб їх розуміли і дотримувалися усі співробітники, задіяні у процесі.

Зазвичай практично неможливо спрогнозувати усі ймовірні проблеми, які можуть виникнути після розробки систем звітності та обліку. Більше того, навіть проекти, що працюють в одному напрямку (наприклад, зниження шкоди для СІН) можуть серйозно відрізнятись з точки зору послуг, що надають, заходів, що реалізують, та підходів, що використовують. Тому при розробці системи програмного моніторингу *організаціям, що надають фінансування*, дуже важливо знайти потрібний баланс між необхідною стандартизацією та гнучкістю, а також координувати цей процес з іншими національними учасниками.

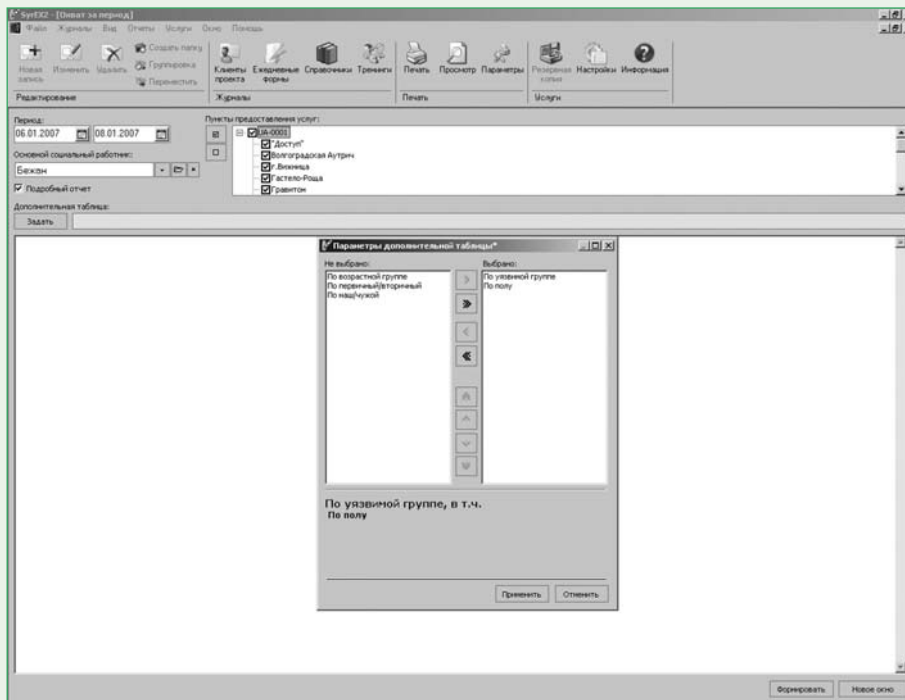


## Практичний приклад

В Додатку 5 представлено приклади журналу реєстрації клієнтів та щоденної облікової відомості.

На основі даних АІС «SygEx» можна генерувати різноманітні звіти та вести детальний аналіз програмних даних. Нижче пропонуємо кілька прикладів.

### Приклад шаблону формування звітів

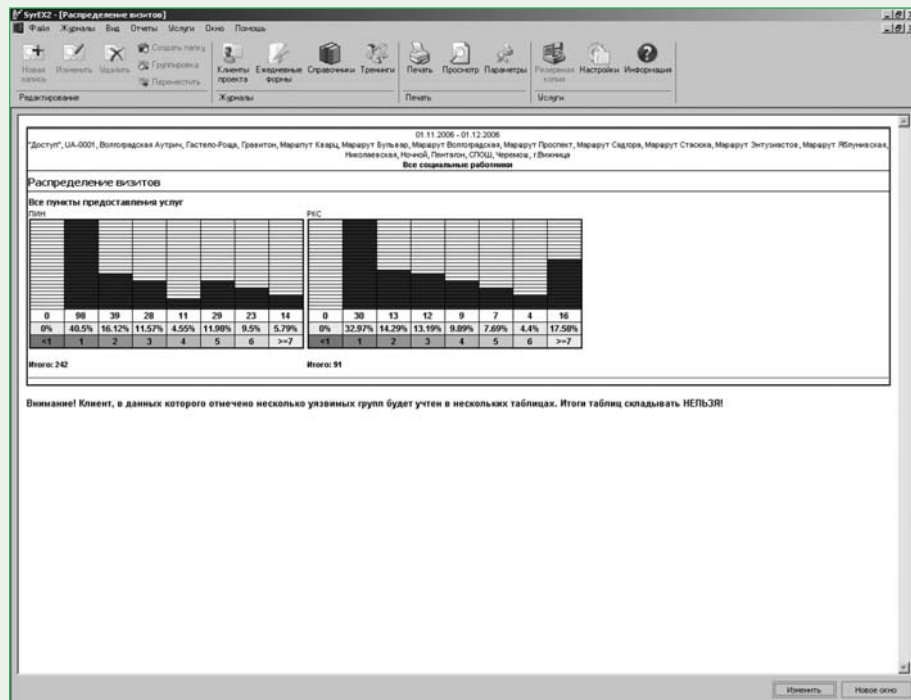


### Приклад звіту про охоплення клієнтів протягом періоду

The screenshot shows a report window titled "06.01.2007 - 08.01.2007" with the subtitle "Доступ, ГА-0001, Володарская Аутирн, Гастело-Роца, Гравитон, Маршрут Клевц, Маршрут Бульвар, Маршрут Володарская, Маршрут Проспект, Маршрут Садырн, Маршрут Стасова, Маршрут Энтузиастов, Маршрут Яблоневская, Яснополянская, Ночной, Петликов, СПОД, Черемха, (Виноград) Все социальные работники". The table below is titled "Охват за период" (Coverage for period).

Номер или идентификатор клиента	Узловая группа	Код клиента	Возраст	Пол	Вид социального объекта	Клиент другой организации	Видит	Штраф	Собраны информационные материалы	Проверены
1	ГМН	АН2710	36	Женский	Нет	Нет	1	10	10	1
2	ГМН	БА1412	25	Мужской	Нет	Нет	1	1	16	
3	ГМН	ВВ2000	31	Мужской	Да	Нет	1	10	17	1
4	ГМН	ВС1207	40	Мужской	Нет	Нет	1	4		
5	ГМН	ВС1308	40	Мужской	Нет	Нет	1	3		
6	ГМН	ГМ1705	25	Мужской	Нет	Нет	1	2		1
7	ГМН	ГМ1308	35	Мужской	Нет	Нет	1	2		1
8	ГМН	ГМ2010	29	Мужской	Нет	Нет	1	2		1
9	ГМН	ГМ2708	20	Женский	Нет	Нет	2	15		2
10	ГМН	ГМ2106	36	Мужской	Нет	Нет	1	12	25	
11	ГМН	ЖМ2103	25	Мужской	Нет	Нет	1	6		3
12	ГМН	ЖМ2702	27	Мужской	Нет	Нет	1	26	20	1
13	ГМН	ЖВ2505	40	Мужской	Нет	Нет	1	7		1
14	ГМН	ЖВ2507	40	Мужской	Нет	Да	1	7		
15	ГМН	ЖМ2009	22	Женский	Нет	Нет	1	20	20	2
16	ГМН	ЖМ1508	26	Мужской	Нет	Нет	1	1	1	1
17	ГМН	МА3107	34	Мужской	Нет	Нет	1	12	15	1
18	ГМН	МГ2004	36	Мужской	Нет	Нет	1	4		
19	ГМН	ЖМ1004	32	Женский	Нет	Нет	1	3		1
20	ГМН	ЖВ2607	27	Женский	Нет	Нет	2	41	30	2
21	ГМН	СМ1212	23	Мужской	Нет	Нет	1	2	1	1
22	ГМН	ША0404	24	Мужской	Нет	Нет	1	8	10	1
23	ГМН	ШМ0505	19	Мужской	Нет	Нет	2	15		1
24	РПС	ВМ1710	43	Женский	Нет	Нет	1	1		3
25	РПС	ТМ2406	20	Женский	Нет	Нет	1	15	25	1
25	Всего				1	1	26	227	192	21
19	Мужские				1	1	24	164	137	14
4	Женские						2	63	55	7
По узловой группе, По полу										
25	Всего				1	1	26	227	192	21
23	Мужской				1	1	24	162	137	14
4	Женский						2	65	55	7
2	РПС						2	16	25	1
2	Женский						2	15	25	1

## Приклад звіту про регулярність надання послуг клієнтам



## Частина Б: Програмний моніторинг: якісні показники

### ■ Як і коли його здійснювати?

Моніторинг якості послуг слід здійснювати впродовж усього періоду реалізації програми/проекту на постійній основі. Оцінки якості послуг слід виконувати як *організаціям, що безпосередньо надають послуги*, так і *організаціям, що надають фінансування* іншим організаціям для надання послуг. Оцінку також може здійснити зовнішня агенція, запрошена спеціально для оцінювання якості послуг.

Для збору якісних даних можуть використовуватися різноманітні методології, в тому числі – дослідження задоволення клієнтів, кабінетні аналізи, спостереження клієнтів/персоналу, вироблення карт, інтерв'ю з ключовими інформантами, оцінка із залученням до участі тощо. Див. в кінці цього посібника перелік інформаційних джерел та ресурсів для отримання додаткової інформації щодо використання цих методологій.

Заходи, спрямовані на визначення якості реалізації програми, охоплюють як експрес-оцінку, яку відносно швидко та недорого виконувати, так і спеціальні механізми збору даних, які застосовують ретельну і точну дослідницьку методологію, а також засоби детальної оцінки та глибинний аналіз програм. Методи збору якісної інформації можуть включати в себе таке:

#### ■ Інтерв'ю з клієнтами

Інтерв'ю з клієнтами дозволяють отримати інформацію про їхній досвід, сприйняття і рівень задоволення від послуг, що вони отримали. Це включає в себе взаємодію зі співробітниками проекту та агенціями, що надають послуги; доступність та зручність

роботи пунктів проекту; відповідність послуг, що надаються, потребам клієнтів. Інтерв'ю також можуть оцінити інтенсивність охоплення втручань та ефективність роботи системи направлень, що повинна забезпечувати континуум догляду.

- *Інтерв'ювання співробітників*

Інтерв'ю з керівниками та працівниками проекту можуть надати інформацію про можливі переваги, недоліки та потреби, пов'язані з наданням послуг, програмними процесами, структурами персоналу та керівництва, потенціалом та методами комунікації.

- *Спостереження*

Спостереження за взаємодією клієнта та працівника надає можливість оцінити повноту та точність інформації, що її надають клієнтам, дотримання протоколів та міжособистісні комунікаційні навички персоналу, і, якщо це можливо – направлень, що пропонують клієнтам.

- *Аудит закладів*

Аудит закладу чи послуг надає інформацію про наявність необхідного персоналу (чисельність та кваліфікація), адекватність інфраструктури, обладнання, допоміжних матеріалів, технічних та операційних інструкцій тощо. За допомогою аудиту також можна оцінити програмні функції підтримки, в тому числі – закупівлю та зберігання матеріалів, їх наявність, ведення обліку та документації.

- *Інтерв'ювання додаткових постачальників послуг*

Цей вид інтерв'ю може дати відповідь на запитання про адекватність надання направлень шляхом вивчення історії співпраці проекту з агенціями, що надають додаткові послуги. Це може включати в себе оцінку досвіду отримання направлень, включно з подальшим супроводом клієнтів.

- *Глибинні інтерв'ю та фокус-групи з «не-клієнтами»*

Такі методи якісних досліджень, як фокус-групи чи глибинні інтерв'ю з особами, які не є користувачами послуг, можуть допомогти визначити перешкоди та необ'єктивність щодо доступу до послуг, а також виявити пробіли в сфері надання послуг<sup>23</sup>.

**Стандарти якості** є базовим інструментом для моніторингу діяльності в певній сфері надання послуг. Визначення та застосування стандартів якості – це основа для забезпечення моніторингу якості послуг. В ідеалі мінімальні стандарти якості повинні встановлюватися державою на загальнонаціональному рівні. Це еталон, орієнтир, згідно з яким організації, що надають послуги, отримуватимуть ліцензії на здійснення відповідної діяльності. Однак, якщо єдиних національних стандартів якості не існує, *організації, що надають фінансування*, повинні створити власні стандарти якості з максимальним залученням усіх учасників. Саме вони й будуть використовуватися усіма *партнерами, що надають послуги*. Якість послуг, що їх надає організація, необхідно регулярно відстежувати та оцінювати з тим, щоб клієнти отримували послуги якості, гарантованої стандартами. Стандарти якості дещо нагадують показники, однак стандарти доволі часто містять відкритий чи прихований «цільовий» компонент. Стандарти також можуть містити й кількісні аспекти, однак вони спрямовані саме на якість – звідси й термін «стандарти якості». Часто використовують мінімально прийнятні стандарти якості, які також називають орієнтирами.

Загальна **мета застосування стандартів якості** – покращити якість послуг, що

---

<sup>23</sup> – Витяги з документу "Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування", квітень 2007 р., Глава 5

надаються. Саме тому, відразу після розробки та затвердження стандартів якості надавачі послуг повинні пройти навчання з питань надання послуг відповідно до цих стандартів. Користувачі послуг також повинні ознайомитися з цими стандартами, щоб знати, на який рівень послуг їм можна розраховувати. Також стандарти слід використовувати як критерій оцінювання в процесі моніторингу, наприклад, під час візитів на місця, опитування клієнтів тощо. Для цього стандарти якості варто включати в інструменти оцінювання. Наприклад, **Звітна форма моніторингового візиту** (докладно розглядатиметься у наступній главі), крім інших елементів повинна містити розділ, присвячений оцінці якості послуг, що надаються.

### **Як встановлювати стандарти?**

Нижче пропонуємо найпростіші кроки для визначення та впровадження стандартів якості:

- 1.** Необхідно визначити напрямки чи області, що потребують таких стандартів. Якщо йдеться про програму, то тут, зазвичай, охоплюються усі основні сфери надання послуг. Рекомендуємо почати з тих послуг, які мають очевидні чи потенційні проблеми з точки зору якості.
- 2.** Необхідно знайти та розглянути будь-які стандарти якості, що були вже розроблені для певних сфер надання послуг. Відправною точкою для такого пошуку можуть стати національні стандарти, якщо такі існують. Якщо національних стандартів немає, тоді можна адаптувати до місцевих умов міжнародні стандарти, розроблені такими міжнародними агенціями, як ВООЗ, ЮНЕЙДС тощо, якщо такі існують і відповідають усім місцевим вимогам (див. перелік рекомендованих джерел інформації в кінці цього посібника).
- 3.** Якщо відповідних національних чи міжнародних стандартів не існує, то наступним кроком має стати розробка нових програмних стандартів, що відповідатимуть послугам (див. приклад процесу розробки таких стандартів в кінці глави).
- 4.** Останнім кроком цього алгоритму є випробовування розроблених стандартів шляхом проведення консультацій з користувачами послуг, надавачами послуг та іншими учасниками до того, як буде ухвалено рішення щодо затвердження і впровадження таких стандартів.

Далі пропонуємо перелік різних шляхів оцінювання якості після визначення стандартів за допомогою різних інструментів оцінювання:

- Опитування користувачів послуг: шляхом опитування користувачів про те, що вони думають про послугу, використовуючи інструмент, розроблений для оцінювання якості послуг;
- Спостереження: шляхом спостереження за процесом надання послуги, використовуючи інструмент або контрольний список для реєстрації способу та якості надання послуги, за умов збереження конфіденційності клієнта;
- Опитування надавачів послуг: шляхом отримання відповідей на кілька ключових запитань стосовно різних аспектів надання послуги;
- Перевірка записів: шляхом перевірки облікових записів надання послуги, за умов збереження конфіденційності клієнта;
- Опитування ключових учасників: шляхом проведення консультацій з ключовими учасниками на місцевому рівні стосовно їхнього сприйняття послуг, що надає організація (це можуть бути, наприклад, державні заклади чи громадські організації).

## ■ Очікувані виклики та можливі рішення

Тоді, як усі програми, незалежно від цільових груп та видів втручань, повинні здійснювати моніторинг та оцінку якості послуг, є кілька питань, на які програмам, що працюють з групами найвищого ризику, слід звернути особливо пильну увагу з точки зору забезпечення максимальної якості послуг. Ці питання також можуть бути включені в стандарти якості. Пропонуємо опис деяких з них:

- *Прийнятність послуг для клієнтів* – на цей аспект може вплинути стигма та дискримінація; розуміння клієнтом понять недоторканості приватного життя та конфіденційності; доцільність та відповідність міжособистісного спілкування; участь клієнта в процесі планування та впровадження програми й пов'язаний з цим позитивний чи негативний досвід; загальний рівень задоволення.

- *Доступ до послуг* – включає в себе відстань та місцезнаходження пунктів надання послуг, графік роботи, час очікування, витрати, а також присутність правоохоронних органів.

- *Спрямованість програм на групи найвищого ризику* – чи охоплюють програми конкретні групи найвищого ризику, включаючи при цьому інші, більш приховані групи, або групи, які найбільше постраждали від ВІЛ.

- *Зв'язки з іншими послугами* – оскільки окрема програма не може задовольнити усі потреби груп найвищого ризику, організаціям необхідно налагодити ефективні зв'язки з іншими структурами, що надають додаткові послуги. Це можуть бути інші проекти з профілактики, а також послуги з лікування, догляду, підтримки, правозахисні організації та послуги з розвитку життєвих і професійних навичок.

- *Участь ключових представників громад* – програми, спрямовані на охоплення груп найвищого ризику, навряд чи зможуть розраховувати на успіх, якщо вони не будуть залучати тих людей, які мають вплив на уразливість ГНР до ВІЛ. В різних ситуаціях це можуть бути різні люди, наприклад, власники секс-бізнесу, сексуальні партнери, представники правоохоронних органів та місцевих органів влади, інші впливові фігури. Усі вони мають безпосередній вплив на успіх втручань.

Для забезпечення максимальної ефективності реалізації втручань, необхідно розглянути ще один компонент якості, а саме підхід соціальних працівників проекту до **першого контакту з клієнтом**. Окрім надання інформації, послуг та заохочення клієнта до наступних візитів, важливо оцінити уразливість кожного нового клієнта шляхом отримання відповідей на кілька скрінінгових запитань. Це дозволить відсіяти випадкових чи невідповідних візитерів і зосередити максимальну увагу на найбільш уразливих особах.

Звичайно, якість послуг багато в чому залежить від особистого сприйняття та переконань людини, що перетворює забезпечення якості на суб'єктивний процес. З одного боку, спроби розробити стандарти та процедури перевірки дотримання стандартів (наприклад, контрольні списки) покликані забезпечити максимальну об'єктивність цього процесу; з іншого боку, це може знизити їхню гнучкість. Таким чином, при розробці стандартів та засобів моніторингу, необхідно підтримувати рівновагу між забезпеченням максимальної гнучкості та об'єктивності.

**Практичний приклад****Розробка стандартів якості для послуг з реабілітації: перші кроки.**

Проста консультація з групою людей, які відвідують центр реабілітації для наркозалежних, дозволила виявити, яким, на їхній погляд, повинен бути якісний реабілітаційний центр:

- мати достатньо запланованих заходів на кожний день;
- включати програми фізичного розвитку, наприклад, заняття спортом;
- мати належним чином навчений, висококваліфікований персонал;
- надавати відповідну літературу;
- поважати думки інших і не нав'язувати власні;
- не намагатися наvertати людей в іншу віру.

Ці критерії можна використати для проведення подальших консультацій з іншими групами надавачів та користувачів послуг з метою розширення таких послуг і створення списку стандартів якості та інструментів оцінки якості<sup>24</sup>.

**Державні стандарти якості мінімального пакету соціальних послуг з профілактики ВІЛ/ІПСШ для СІН**

Державні стандарти якості мінімального пакету соціальних послуг з профілактики ВІЛ/ІПСШ є базовим документом, розробленим 2007 року експертною групою у складі представників українських державних служб (Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді), ВІЛ-сервісних НУО (в тому числі – Коаліції ВІЛ-сервісних організацій), представників міжнародних організацій. Не заглиблюючись у деталі кожної окремої послуги (це буде здійснено у формі окремих протоколів, які наразі розробляються), ці стандарти являють собою якісну систему визначення мінімального гарантованого пакету соціальних послуг для СІН, включаючи описи типів послуг, що надаються (соціальні консультації, психологічні консультації, інформаційні послуги, розповсюдження шприців тощо). Очікується, що в майбутньому цей документ (а також відповідні протоколи) стануть основою для ліцензування ВІЛ-сервісних організацій як урядового, так і неурядового сектору.

**Перевірка якості послуг, що надаються клієнтам проектів з профілактики ВІЛ для ГНР: досвід Альянсу в Україні.**

В рамках процедури моніторингових візитів Альянс в Україні розробив контрольний список питань, спрямований на перевірку якості послуг, що надаються клієнтам проектів з профілактики для ГНР. Цей контрольний список було включено до Звітної форми моніторингового візиту, про який йтиметься у наступній главі. Приклад такої форми міститься на компакт-диску, що додається, а також у Додатку Б.

Для формалізації процедури забезпечення якості послуг було визначено такі **компоненти послуг**, що впливають на їхню **якість**:

<sup>24</sup> – Витяги з документу "Моніторинг діяльності Міжнародного благодійного фонду "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні". Звіт Р. Дрю, консультанта з питань здоров'я та розвитку, січень 2006 р.

- комплексний характер послуг, що надаються клієнтам;
- конфіденційність, безпека та повага до клієнтів;
- загальне задоволення клієнтів;
- професіоналізм персоналу.

Іншими словами, ці чотири компоненти є різними вимірами надання якісних послуг; вони оцінюються окремо для того, щоб формалізувати оцінку та отримати загальну картину.

Процес моніторингу якості послуг за цими чотирма компонентами здійснюється працівниками Альянсу в Україні за допомогою таких засобів:

- пряме спостереження за наданням послуги;
- інтерв'ювання клієнтів;
- інтерв'ювання співробітників.

На основі відповідей на усі питання щодо кожного компоненту якості, для кожної організації чи проекту підраховується відповідний інтегрований рейтинг. Математична методологія та формули, що використовують для підрахунку інтегрованого рейтингу, містяться у файлі Excel зі Звітною формою моніторингового візиту (компакт-диск, що додається до цього посібника).



# Глава VII

## КРОК П'ЯТИЙ:

### ЗБІР ТА АНАЛІЗ ДАНИХ, ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ДАНИХ

#### ■ Що означає цей крок? Для чого він призначений?

Процес збору та аналізу даних, а також перевірка якості цих даних є частиною рутинних процедур моніторингу, так само як і програмний моніторинг якісних та кількісних показників, описаний у попередній главі. В той час, як *організації, що надають послуги*, відповідають за дотримання процедур рутинного обліку, детально описаних у попередній главі, на цьому етапі саме *організації, що надають фінансування*, повинні збирати та аналізувати дані, отримані від *організацій, що надають послуги* з певною періодичністю (як правило – щоквартально або раз на півроку). Процес розробки формату та вимог до програмної звітності уже було детально розглянуто в *Главі V*, тому на цьому етапі *організації, що надають фінансування*, уже мають можливість збирати дані відповідно до єдиного уніфікованого формату. Дані, отримані від *партнерів, що надають послуги*, виконують цілий ряд функцій, наприклад, слугують для підготовки подальшої звітності перед донорськими організаціями; є основою для процесу вироблення внутрішніх управлінських рішень як стосовно загальної продуктивності програми, так і стосовно діяльності кожного партнера; ці дані також використовують для адвокації та зв'язків з громадськістю тощо.

Вимірювання успіху та вдосконалення менеджменту ВІП-сервісної організації ґрунтується на ефективних системах моніторингу, які генерують якісні дані. Дані, що їх збирають та надають ОНП, і які акумулюються в рамках будь-якої інформаційної системи (або вручну), повинні перевірятися на повноту, точність та послідовність. Якщо не забезпечувати якість даних, то вони не будуть вважатися надійними і, як наслідок, не будуть використовуватися для планування та вироблення рішень. Процес забезпечення якості даних – це також можливість для визначення напрямків розвитку потенціалу ОНП. Таким чином, після отримання звітів дуже важливо вжити заходів для того, щоб надані дані відповідали діяльності у звітному періоді. Хоча усі попередні кроки, насамперед, оцінка потенціалу ОНП, ведення програмного обліку, регулярна звітність тощо – сприяють збору якісних даних, необхідно вжити заходів для перевірки послідовності та точності даних, що надаються. За це повинні відповідати як *організації, що надають фінансування*, так і *організації, що надають послуги* – вони повинні підтримувати систему забезпечення якості даних; однак очевидно, що відповідальність за їх збір – це, врешті-решт, відповідальність *організацій, що надають фінансування*.

Таким чином, те, про що йтиметься у цій главі, призначено, насамперед, для *організацій, що надають фінансування* (як і *Глава V*), однак ця інформація буде корисною і для *організацій, що надають послуги*.

#### ■ Як і коли його здійснювати?

Збір даних, аналіз та перевірка якості здійснюється з певною регулярністю (як правило, раз на квартал чи раз на півроку), у плановому порядку протягом усього періоду реалізації програми чи проекту. *Організації, що надають фінансування*, повинні розробити алгоритм забезпечення якості даних, який, разом з іншими компонентами, регулюватиме часові рамки та систематичність здійснення контролю якості інформації.

Як уже зазначалося, *організації, що надають послуги*, подають свої звіти, використовуючи єдиний формат, що його розробили і поширили серед них ще на етапі планування. Усі звіти, що їх надають *організації-виконавці місцевого рівня*, повинні

пройти перевірку з боку відповідальних працівників *організацій, що надають фінансування*: які затверджують звіти; після цього їх аналізують та узагальнюють для підготовки подальших звітів (для донорів та усіх зацікавлених сторін). Кількість працівників, задіяних у процесі перевірки та аналізу звітів, залежить від масштабів програми та кількості партнерів, що надають послуги. Однак, ми рекомендуємо організаціям, що надають фінансування, мати принаймні одного фахівця, який буде повністю відповідати за узагальнення даних, підготовку підсумкових аналізів та подальших звітів. Узагальнені дані порівнюються з національними або програмними цілями для перевірки того, чи знаходиться програма на правильному шляху.

Персонал програм, що працює у сфері МіО на національному чи субнаціональному рівні, повинен відповідати за узагальнення даних щодо охоплення певними видами послуг в рамках проектів, спрямованих на групи найвищого ризику з тим, щоб оцінити загальне охоплення послугами. Проблеми, пов'язані з подвійним підрахунком, а також деякі шляхи вирішення цих проблем на момент узагальнення даних щодо охоплення, описані в *Главі VI*. Саме на цьому рівні також необхідно здійснювати моніторинг географічного охоплення з тим, щоб виявити пробіли в розробці програм та розподіляти ресурси стратегічно. Для того, щоб збирати та аналізувати такі дані, щоб представити чітку картину про наявність та корисність втручань, описані вище заходи потребують потенціалу національного чи субнаціонального рівня.

Аналіз та перевірка звітних даних кожної *організації, що надає послуги*, може виконуватися тим же співробітником, хто відповідає за узагальнення та аналіз даних, або іншим працівником чи групою фахівців, в залежності від масштабів програми, що реалізується. На цьому етапі звіти перевіряються на відповідність цим та іншим параметрам:

- цілі;
- попередні звітні дані;
- звіт про використання бюджету;
- реалізовані заходи;
- додаткова підтверджуюча документація;
- здоровий глузд (наприклад, кількість постійних клієнтів повинна бути меншою (чи дорівнювати) кількості поточних клієнтів, охоплених у той же період, оскільки постійні клієнти – це лише частина усіх охоплених осіб).

Окрім перевірки якості даних, яка проводиться під час перегляду звітів, важливим компонентом процесу забезпечення якості даних є **моніторингові візити в організації, що надають послуги**; які слід регулярно здійснювати працівникам *організацій, що надають фінансування*.

### **Моніторингові візити**

Моніторингові візити – це базовий інструмент забезпечення якості даних, що їх надають ОНП. Моніторингові візити можуть проводити працівники *організацій, що надають фінансування*, та/або спеціалісти спеціально запрошених для цієї мети організацій. Частота таких візитів залежить від специфіки реципієнтів гранту, їхніх послуг, а також складу груп, що відвідують різні ОНП. Звичайно, складніші гранти з великим фінансуванням потребують частіших моніторингових візитів, на відміну від малих проектів з незначним фінансуванням. Водночас, моніторингові візити є інструментом надання технічної підтримки та визначення напрямків для вдосконалення; таким чином, менш досвідчені, нові організації можуть вимагати більшої уваги та частіших візитів. Склад груп, що відвідують організацію, також залежить від вищезазначених критеріїв, а також від проблем, з якими стикається організація: якщо проблема пов'язана з базами даних, веденням обліку чи підготовки звітності, то на місце варто відправити спеціаліста з МіО. Якщо ж питання стосуються надання послуг, то організацію частіше відвідуватиме

представник програмного відділу.

Результатом моніторингового візиту має стати заповнена Звітна форма моніторингового візиту (див. приклад Форми в *Додатку Б*), яка виконує кілька функцій:

- містить підсумкову інформацію про діяльність організації;
- допомагає перевірити наявність та функціонування належних процедур та систем збору даних;
- допомагає перевірити досягнення організації (задекларовані в звітах) на основі перегляду первинної проектної документації, а також шляхом безпосереднього спостереження;
- допомагає оцінити якість послуг, що надають клієнтам (див. попередню главу);
- допомагає відстежити виконання рекомендацій, отриманих організацією під час попередніх візитів.

Дані, отримані за допомогою звітної форми моніторингового візиту, можуть використовуватися для:

- надання ОНП зворотного зв'язку та інформації щодо загальної результативності та відповідності встановленим цілям;
- надання ОНП рекомендації щодо необхідних заходів для покращання надання послуг (якщо це необхідно);
- надання допомоги в ухваленні управлінських рішень *організації, що надає фінансування*, відносно того чи іншого гранту/ОНП;
- забезпечення подальшого супроводу реалізації виправних дій ОНП відповідно до рекомендацій, підготовлених під час попередніх візитів;
- надання допомоги ОНП з питань вдосконалення її практик з моніторингу та звітування з метою отримання більш точних та повних даних.

Контроль якості під час моніторингового візиту здійснюється в чотири послідовні етапи:

**Етап 1:** Перший етап контролю якості даних відбувається до проведення моніторингового візиту (це підкреслює циклічність та послідовність процесу моніторингових візитів). На цьому етапі моніторингова група відбирає показники, заходи та період часу, які будуть перевірятися; крім того, група переглядає останній програмний звіт та останню звітну форму моніторингового візиту (щоб перевірити попередні зауваження і рекомендації).

**Етап 2:** Другий етап відбувається в офісі ОНП, яка проходить перевірку. Під час цього етапу моніторингова група оцінює реєстрацію даних, системи і процедури збору та аналізу інформації в організації (з тим, щоб виявити потенційні ризики для якості даних, що можуть виникнути внаслідок відсутності єдиних процедур та недотримання правил). Крім того, група аналізує паперову та електронну реєстраційну документацію (включаючи інформаційні системи). На цій стадії необхідно дати відповідь на наступні контрольні запитання:

- Чи працює в організації працівник, який відповідає саме за МiO?
- Наскільки чітко документує організація свою діяльність, які звіти і кому подаються, з якою регулярністю?
- Чи існують в організації чітко визначені положення і процедури, що регулюють внутрішні потоки даних (збір та узагальнення), включно з інструкціями для персоналу з питань заповнення первинної реєстраційної документації?
- Чи усі співробітники, задіяні у процесі збору даних, повністю розуміють свої ролі та обов'язки?

- Чи існують стандартні форми й засоби реєстрації та збору даних (включаючи інформаційні системи), які систематично використовуються та підтримуються?

- Чи існують будь-які відмінності між первинною та узагальненою документацію, що виникають у зв'язку з порушеннями процедур внутрішніх потоків даних?

Перед відвідуванням пунктів надання послуг, моніторингова група повинна відібрати та вивчити первинну документацію з цих пунктів за останній період часу (зазвичай, це місяць або два тижні).

На цьому етапі моніторингова група також аналізує виконання рекомендацій за результатами попереднього моніторингового візиту.

**Етап 3:** Третій етап цього процесу здійснюється на вибраних пунктах надання послуг. На цій стадії моніторингова група оцінює системи й практики реєстрації даних на пунктах, а також відстежує та перевіряє надані цифри з першоджерел стосовно вибраних показників. Метою цього компонента процесу забезпечення якості даних є оцінка своєчасності й точності збору даних на ПНП. Для цього моніторингова група визначає, наскільки ретельно працівники пункту реєструють дані відповідно до вибраних показників, і наскільки дані, отримані в день проведення моніторингу, відповідають середнім даним за попередній період. На цьому етапі моніторингова група:

- відстежує відповідність між наданням послуг/матеріалів та заповненням первинних документів (щоденна відомість), де реєструється надання послуг;

- порівнює кількість охоплених людей, розповсюджених матеріалів тощо (за спостереженням) з попередніми звітними даними (для конкретного пункту надання послуг);

- перевіряє дотримання раніше визначених критеріїв якості та охоплення;

- перевіряє, чи охоплює організація відповідну цільову групу;

- проводить інтерв'ю з клієнтами та працівниками ПНП для визначення реальної якості послуг, що надаються.

Однак, зважаючи на значні відмінності між різними видами сфер надання послуг (інформація та освіта «аутріч», мобільні клініки, догляд вдома тощо), забезпечення якості даних повинно передбачати ведення спеціальних протоколів для стандартної перевірки даних відповідно до кожної сфери надання послуг.

**Етап 4:** Останній етап процесу забезпечення якості здійснюється вже в *організації, що надає фінансування*. Для того, щоб задокументувати процес забезпечення якості даних, моніторингова група збирає та фіксує: 1) дані та свідчення, пов'язані з аналізом систем потоків даних; 2) факти, пов'язані з перевіркою даних. На цьому етапі моніторингова група заповнює звітну форму моніторингового візиту (її приклад міститься в *Додатку Б*) та ініціює процедури подальшого супроводу з тим, щоб організація почала виконувати затверджені рекомендації. Результати візитів на місця, а також квартальні звіти ОНП та/або спеціальні запити від організацій є базисом для надання ОНП відповідної технічної допомоги та ухвалення інших управлінських рішень.

Таким чином, моніторингові візити в організації, що надають послуги – це засіб перевірки даних, що їх надають ОНП у своїх звітах, а також інструмент перевірки впровадження рекомендацій для ОНП у випадках, коли організація не досягає запланованих цілей.

Що стосується кількох рівнів узагальнення даних (наприклад, якщо послуги надають кілька проміжних організацій-партнерів), то контроль якості систем збору та узагальнення даних повинен здійснюватися на кожному з цих рівнів. За таких умов кількість етапів збільшиться.

### ■ Очікувані виклики та можливі рішення

Головна проблема в процесі збору та аналізу даних, що їх здійснює *організація, що надає фінансування* – це забезпечення своєчасного та ретельного збору звітів. На перший погляд, це може виглядати доволі простим завданням, однак насправді зібрати та перевірити всі звіти в обмежений термін, не порушуючи при цьому якості даних, дуже складно. Таким чином, необхідно чітко визначити та максимально спростити всі процедури, що їх мають виконувати відповідальні працівники.

Описана вище процедура проведення моніторингових візитів на практиці виявляється доволі складною та такою, що вимагає значних людських ресурсів і часу для забезпечення регулярності та точності усього процесу. Більше того, однією з найважливіших особливостей цього процесу є його циклічність, коли зауваження та рекомендації за результатами попередніх візитів є підґрунтям для наступних відвідувань. Усе це потребує особливої уваги та дотримання послідовності. Без цього покращити роботу організації, що надає послуги, буде вкрай складно.

Візит має проводитися в доброзичливій, позитивній атмосфері – моніторингова група повинна демонструвати свою підтримку організації, що надає послуги, пам'ятаючи про те, що іншою метою моніторингового візиту є надання технічної допомоги працівникам ОНП. Часто дуже складно знайти баланс між атмосферою підтримки та необхідністю об'єктивного документування усіх даних та фактів, виявлених під час візиту.

Етап процесу, який відбувається на базі пунктів надання послуг – це найскладніший етап для моніторингової групи. По-перше, оскільки проекти з профілактики, догляду та підтримки працюють з найбільш маргіналізованими та дискримінованими групами населення, деякі пункти надання послуг можуть виявитися закритими для «зовнішніх відвідувачів». Наприклад, якщо послугу надають вдома, то проводити такі «вибіркові перевірки» просто неетично. Як уже зазначалося, процедура перевірки на пунктах надання послуг передбачає проведення інтерв'ю з клієнтами, що також може виявитися проблематичним, якщо клієнти не бажатимуть спілкуватися з незнайомцями або просто відмовляються відповідати на запитання. У такому випадку моніторинговій групі слід спробувати зібрати та задокументувати максимально можливі обсяги інформації, додаючи відповідні коментарі про проблеми/обмеження, що виникли.

Говорячи про кількість клієнтів, які отримали послуги в ПНП, слід пам'ятати про ще один аспект. Оскільки діяльність, що її ведуть проекти з профілактики, догляду та підтримки, пов'язана з певними делікатними питаннями, існує ціла низка чинників, які можуть вплинути на показники охоплення на день моніторингового візиту: пора року, погодні умови, активність правоохоронних органів тощо. Таким чином, менша кількість клієнтів у порівнянні з середньостатистичним числом, може пояснюватися і маніпуляціями з даними, і об'єктивними чинниками. В такому випадку, під час наступних візитів необхідно зібрати додаткові дані, що підтвердять ту чи іншу гіпотезу.

### Практичний приклад

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні використовує описані вище процедури для проведення моніторингових візитів до проектів з профілактики. Звітна форма моніторингового візиту, яка наразі використовується Альянсом, міститься в *Додатку Б*. Зокрема, процес моніторингового візиту включає в себе такі основні компоненти (перевірка виконання рекомендацій попереднього візиту здійснюється під час наступного візиту):

- Перегляд останнього квартального звіту й останньої заповненої звітної форми моніторингового візиту;
- В офісі ОНП:
  - Перевірка процедур збору даних (наявність положень щодо потоків даних, стандартні реєстраційні форми; АІС "SygEx", наявність спеціально призначеного спеціаліста з МІО тощо);
  - Наявність усієї первинної документації;
  - Відповідність між даними у звітах за ключовими показниками та даними, що їх генерує АІС «SygEx»;
  - Відповідність між первинною реєстраційною документацією та даними АІС «SygEx» (з папки з первинною документацією в друкованому вигляді випадково відбирається кілька щоденних відомостей, які порівнюються з відповідними електронними відомостями «SygEx» на предмет повного співпадіння);
  - Середня кількість клієнтів, які отримали послуги протягом минулого місяця в пункті надання послуг, підраховується на основі первинної реєстраційної документації.
- На пунктах надання послуг:
  - Перевірка процедури дійсної реєстрації даних соціальними працівниками;
  - Перевірка пакету послуг/матеріалів, наданих клієнтові (чи відповідає критеріям охоплення);
  - Документування кількості клієнтів, які отримали послуги в даному пункті в день візиту (ця кількість не повинна значно відрізнятись від середнього показника, підрахованого на основі попередніх записів);
  - Інтерв'ювання клієнтів та працівників пункту.
- Інші візити на місця:
  - Інтерв'ю з місцевими партнерами (місцеві органи влади, інші ВІЛ-сервісні організації);
  - Інтерв'ю з представниками центрів СНІДу;
  - Інтерв'ю з представниками правоохоронних органів тощо.
- Процедура подальшого супроводу:
  - Заповнення звітної форми моніторингового візиту;
  - Надсилання відповідних рекомендацій в ОНП;
  - У партнерстві з ОНП – розробка плану дій, що описує наступні кроки та необхідну технічну допомогу;
  - Подальший контроль за виконанням рекомендацій здійснюється під час наступного візиту.

# Глава VIII

## КРОК ШОСТИЙ:

### ОЦІНКА ПРОЕКТІВ ТА ВТРУЧАНЬ<sup>25</sup>

#### ■ Що означає цей крок? Для чого він призначений?

Заходи, що провадяться на цьому етапі, покликані надати повну та комплексну картину проекту чи втручання, що вивчається. Ці заходи являють собою останні етапи системи МіО, описаної в *Главі II*: з одного боку, вони є частиною програмного МіО, спрямованого на оцінку ефективності певного проекту чи втручання, а з іншого боку вони є компонентом загального процесу оцінки, який, загалом, не вважається елементом програмного МіО.

Така оцінка може проводитися або з метою оцінювання роботи кожного окремого проекту для проведення порівняльного аналізу аналогічних проектів (що дозволить визначити чинники успіху та перешкоди, з якими стикається даний проект у виконанні своїх завдань), або здійснюватися як оцінка наслідків, необхідна для загальної оцінки ефективності втручання (яке можуть реалізувати кілька проектів) у порівнянні з запланованими результатами.

Як уже зазначалося в *Главі II*, на відміну від моніторингу, що проводиться регулярно, оцінка – це *епізодичне* оцінювання змін у цільових результатах та наслідках, пов'язаних з проектом чи втручанням. Іншими словами, оцінка намагається пов'язати конкретний результат чи наслідок безпосередньо з втручанням через деякий період часу. Оцінка на рівні проекту чи втручання відрізняється від загальнонаціональних оцінок своїми цілями та інтерпретацією результатів. Оцінки на рівні проекту призначені для оцінювання ефекту та цінності конкретного проекту, не враховуючи, якщо це можливо, впливу інших факторів. Оцінки загальнонаціонального рівня дозволяють отримати дані про масштабні тенденції в поведінці, знаннях та епідемічних показниках, де проекти чи програми є лише одним з компонентів спільних зусиль. Загальнонаціональні оцінки, зазвичай, не намагаються виділити чи визначити вплив окремих чинників.

Оцінка проектів чи втручань визначає, чи досягають реалізовані заходи бажаного ефекту для цільових груп населення, і якщо так, то якою мірою. Оцінка допоможе дати відповідь на такі запитання:

- Чи можна спостерігати бажані наслідки серед цільових груп?
- Чи є ці зміни результатом певного втручання або проекту?

Відповідь на перше запитання передбачає збір даних за вибраними показниками наслідків (наприклад, знання та поведінка в зв'язку з ВІЛ) впродовж певного часу. Друге запитання вимагає застосування методів, які допоможуть отримати достатню кількість фактів, що доводитимуть взаємозв'язок між змінами, що відбуваються, та втручаннями. Потенційними користувачами даних такої оцінки є, наприклад, розробники програм, які повинні визначити масштаби бажаного ефекту та рівень фактичної інформації, яка дозволить стверджувати, що втручання виявилось дійсно ефективним. Ці чинники впливатимуть на рішення стосовно програми, наприклад, чи варто продовжувати її фінансування, чи потрібно розширити або продовжити реалізацію втручання.

<sup>25</sup> – Розроблено на основі документу «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007 р. Розділ 7



Якісна оцінка наслідків розглядає їх на кількох рівнях:

- а) індивідуальні наслідки для клієнта (наприклад, з точки зору змін у середовищі, статусі, якості життя, знаннях, ставленнях і поведінці клієнта);
- б) наслідки на рівні програми чи системи (наприклад, покращення доступу до індивідуального ведення клієнта, розширення можливостей для працевлаштування, зміцнення партнерських зв'язків проекту);
- в) наслідки на рівні родин та громад (наприклад, активізація участі громадянського суспільства, зниження рівнів насильства).

Однією з типових помилок у проведенні оцінки наслідків є поспішність в оцінюванні наслідків – ще до того, як втручання дійсно може вплинути на ситуацію. Для того, щоб поведінкові втручання в зв'язку з ВІЛ вплинули на особисту поведінку, соціальні норми суспільства та рівні захворюваності на ВІЛ, має пройти досить багато часу. Передчасна оцінка наслідків програми може або не показати жодних змін, або відобразити лише короткострокові, нестійкі покращення.

Оцінку може здійснювати або персонал проекту (внутрішня оцінка), або зовнішня організація, спеціально запрошена для виконання такого завдання (зовнішня оцінка). У випадку проведення «самооцінки», рекомендуємо *організаціям, що надають фінансування, забезпечити організації, що надають послуги, відповідними методиками та протоколами оцінки, адже індивідуальний дизайн оцінки для кожного окремого проекту є просто непрактичним витрачанням ресурсів. Тому ми рекомендуємо, щоб зовнішні дослідницькі організації розробляли протоколи оцінки й самі проводили дослідження, оскільки якісна оцінка вимагає залучення кваліфікованих кадрів, які виконуватимуть конкретне завдання.*

Можливо, найважливішим кроком у процесі оцінки наслідків є ефективне використання та розповсюдження даних. Оскільки оцінки наслідків дозволяють отримувати інформацію про ефективність втручань, ці дані є надзвичайно важливими для розробників програм як на місцевому рівні, так і "вище". Серед розмаїття способів застосування результатів оцінки найважливішим є вдосконалення та покращення втручань у зв'язку з ВІЛ. Оцінки наслідків можуть допомогти розробникам програм покращити їхній дизайн з тим, щоб задовольняти особливі потреби цільових груп населення. Крім того, структура та зміст програми може бути відтворена (з відповідними коригуваннями) для надання послуг іншим цільовим групам чи застосована в інших географічних регіонах. Результати оцінки можуть слугувати обґрунтуванням для розподілу ресурсів між різними програмами, а також стати джерелом необхідної інформації для того, щоб переконати політиків в необхідності розширення програм з профілактики ВІЛ, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ чи постраждали від цієї інфекції.

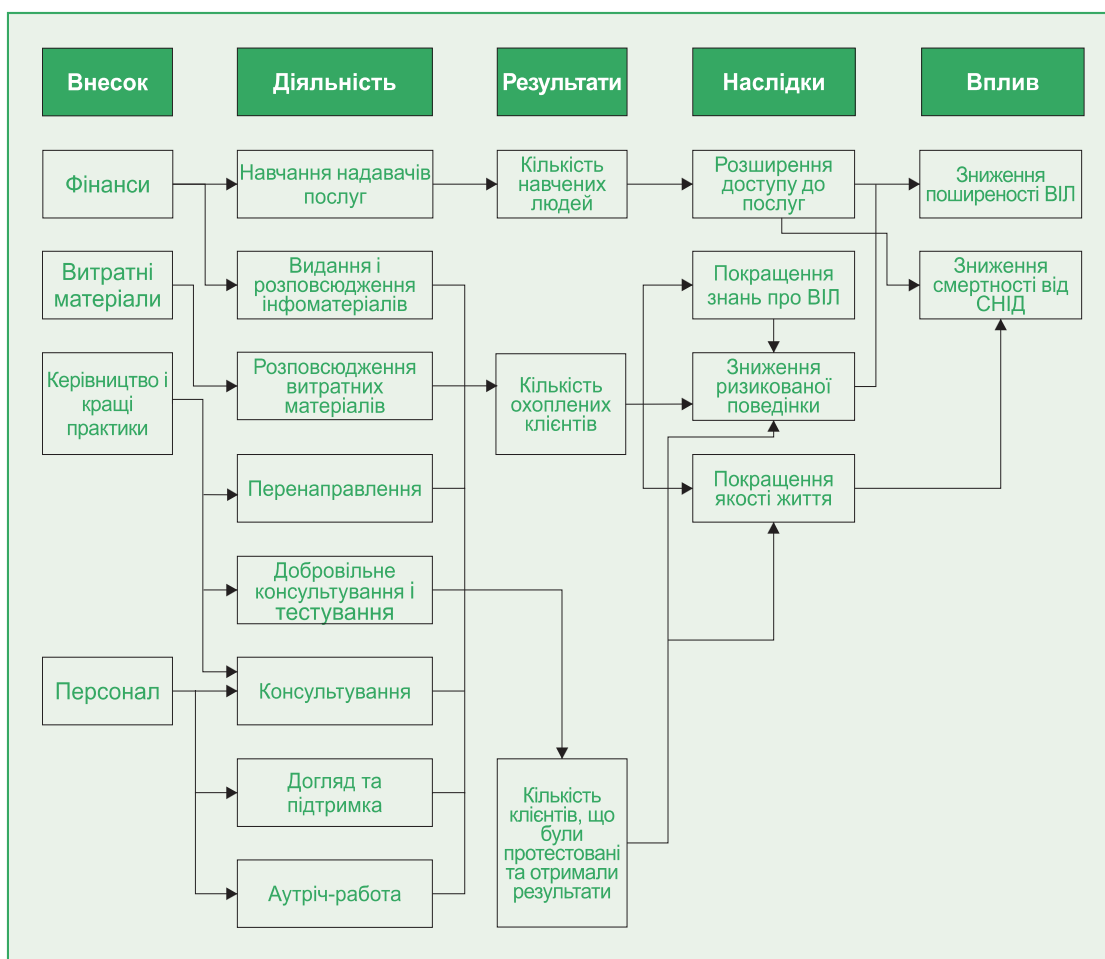
### ■ Як і коли його здійснювати?

Обґрунтованість оцінки наслідків та використання тієї чи іншої методології залежать від втручань та умов цих втручань. Масштаби та вартість заходів з моніторингу та оцінки повинні відповідати масштабам, охопленню та вартості самих програм. Крім того, не всі види діяльності з МіО відповідають певній програмі чи поточному етапу її розвитку. Загалом, цей крок не є обов'язковим для виконання в усіх без винятку випадках. Можливо, оцінку наслідків варто провести після реалізації нового втручання, або, якщо ефективність конкретного втручання невідома, – після визначення його дієвості. Як уже зазначалося, ще одним завданням оцінки наслідків може стати проведення порівняльного аналізу аналогічних проектів з метою виявлення напрямків, що потребують вдосконалення. Оцінка *ефективності*, зазвичай, означає встановлення того, чи було б втручання ефективним за найбільш оптимальних умов (це вимагає проведення додаткових досліджень із застосуванням найточніших методів). Натомість оцінка *дієвості* намагається визначити, чи працює втручання у ході його впровадження, зазвичай, в неоптимальних або реальних умовах (застосовується прагматичний програмних підхід).

Планування проведення оцінки наслідків починається на ранніх етапах формулювання програми. Одним з ефективних методів планування оцінки є розробка логічної моделі (див. *Діаграму 4* з прикладом логічної моделі. Зверніть увагу: у Діаграмі вказані лише деякі логічні зв'язки між елементами програми). Логічна модель – це своєрідна «дорожня карта» програми, що вказує на послідовність виконання різних заходів, а також на шляхи досягнення бажаних результатів і наслідків. Вказуючи точні і відкриті зв'язки між коротко-, середньо- та довгостроковими наслідками, персонал програми зможе краще оцінити прогрес та успіхи програми, а також виявити недоліки в її функціонуванні. Логічну модель можна також використовувати для визначення тих елементів програми, що потребують систематичного вивчення з тим, щоб зрозуміти: чи були вихідні програмні припущення правильними, і де модель не працює так, як планувалось. Іншими словами, вона допомагає зв'язати діяльність з бажаними наслідками, а також зосередити оцінку на ключових заходах. Це дозволить побачити, що саме відбувається, що є ефективним, неефективним, і для кого.

Перед фактичним проведенням оцінки наслідків, важливо визначити, чи реалізується діяльність згідно з планом і чи охоплюють заходи цільові групи (це можна зробити за допомогою рутинного моніторингу кількісних та якісних показників). Крім того, щойно створений проект повинен оцінити, чи зможе він обслуговувати достатньо велику кількість клієнтів з необхідною інтенсивністю. Якщо програма не готова до проведення оцінки, то її доволі обмежені кошти, час та інші ресурси можуть бути витрачені дарма. Відтак, це може демотивувати персонал програми щодо проведення таких оцінок у майбутньому або сприяти у їх здійсненні.

*Діаграма 4. Приклад логічної моделі проекту зниження шкоди для СІН*



Проведення оцінки наслідків вимагає застосування систематичних та обґрунтованих методів. Деякі методи, описані в *Додатку 1*, широко використовуються для проведення оцінки проектів та втручань. Зокрема, це різні методи якісного аналізу, описані в *Главі VI*; операційні дослідження (як правило, спрямовані на оцінку наявності змін у конкретних параметрах. Якщо такі є, то аналізується зв'язок таких змін з певною діяльністю); когортні дослідження (з контрольною групою та без неї) тощо. У більшості випадків, модель оцінки із застосуванням будь-якого з цих методів вимагає залучення дослідницьких центрів, окремих експертів чи консультантів з питань оцінки. Докладну інформацію про методології оцінки проекту чи втручання можна знайти в переліку рекомендованих матеріалів у кінці цього посібника.

Відповідну модель дослідження слід вибирати на початкових етапах реалізації проекту, а ще краще – на стадії планування, оскільки це вимагає збору даних базового рівня з тим, щоб проводити порівняльний аналіз у майбутньому. При плануванні оцінки наслідків, для отримання найповнішої картини ефективності втручання можна використовувати як кількісні дані, так і комбінацію кількісних і якісних даних.

**Кількісні методи** використовуються переважно для оцінювання наслідків з метою вимірювання масштабів виконання завдань програми. Ці методи аналізують взаємозв'язок між такими змінними величинами, як особиста історія, характеристики людини та модулі поведінки, пов'язані з ризиком інфікування ВІЛ. Інструменти включають в себе опитування та анкетування для систематичного збору й порівняння інформації за обраною вибіркою (когортні дослідження).

**Якісні методи** є важливими для повнішого розуміння поведінки груп населення найвищого ризику, факторів, що впливають на успіх втручання щодо ВІЛ, а також для інтерпретації кількісних результатів. Прикладами якісних методів можуть слугувати інтерв'ю, фокус-групи та пряме спостереження.

Одним з основних методів оцінювання ефективності є опитування для оцінки сприйняття, поведінки, знань та ставлення представників груп найвищого ризику, що були охоплені проектом чи втручанням з профілактики ВІЛ та догляду. Якісні опитування використовують надійні та перевірені засоби (зазвичай – анкети), що поширюються серед репрезентативної вибірки населення, на яке спрямовано втручання.

Якщо оцінка здійснюється зовнішньою організацією, то персонал проекту і надавачі послуг повинні буди задіяні у цьому процесі, при цьому чітко усвідомлюючи важливість такої оцінки для покращення проекту, його сталого розвитку та відтворення. А особи, які безпосередньо здійснюють оцінку, повинні розуміти, що більшість організацій потребують інформації для задоволення потреб у сфері профілактики ВІЛ. Тісна співпраця між персоналом програми та експертами, що здійснюють оцінку, покращить якість та надійність оцінки наслідків.

## ■ Очікувані виклики та можливі рішення

По суті, проведення ефективної оцінки наслідків втручань, пов'язаних з ВІЛ – уже саме по собі є викликом, що вимагає значних навичок і ресурсів. А дослідження серед груп найвищого ризику ще більше ускладнює цю задачу. Тут важливо звернути особливу увагу на перешкоди, властиві процесу планування оцінки. Подолання дискримінації та маргіналізації це перша проблема в проведенні оцінок наслідків у зв'язку з роботою з ГНР з питань ВІЛ. Деякі особи, що визначають політику, і навіть керівники програм та експерти з оцінки вважають людей з груп найвищого ризику недостойними ресурсів, необхідних для впровадження та оцінки втручань. І тому маргіналізованим групам приділяється менше уваги, незважаючи на те, що саме вони наражаються на найвищий ризик інфікування. Розробники програм, особи, що здійснюють оцінку, та ті, хто займається адвокацією в сфері ВІЛ повинні переконати решту учасників щодо необхідності продовження втручань і оцінки з питань профілактики ВІЛ та догляду.

Ще одна проблема пов'язана з визначенням структури опитування та його

проведенням. Групи найвищого ризику, як правило, є мобільними й важкодоступними, що створює додаткові труднощі при проведенні повторних замірів показників (відслідковування динаміки). Таким чином, для отримання найбільш надійних оцінок поведінки після втручання, необхідно застосовувати особливу вибірку та методи опитування. Це може вимагати додаткового часу, зусиль та ресурсів, однак корисність отриманих результатів, зазвичай, перевищує всі витрати.

Забезпечення та підтримка поведінкових змін – це ще один серйозний виклик. Розробити ефективні програми зміни поведінки для ГНР дуже складно, тому більшості програм не вдається вплинути на поведінку. Це не означає, що втручання слід припинити. Натомість оцінка наслідків може вказати на сфери втручань, що потребують вдосконалення.

Одна з найсерйозніших проблем в проведенні оцінки втручань чи проекту полягає у тому, що в реальному житті практично неможливо або надзвичайно складно відділити ефект конкретного проекту чи втручання від інших сприятливих чинників. Для того, щоб дати відповідь на питання щодо ефекту тієї чи іншої діяльності, необхідно застосувати надзвичайно складну методологію в рамках дослідження. Досить часто користувачів інформації задовольняють «досить якісні» факти, тобто дані, які підтверджують зовні цілком переконливий взаємозв'язок між програмними заходами та бажаними наслідками. Хоча для оцінки поведінкових наслідків достатньо регулярно використовувати неекспериментальні методи, вони не завжди можуть надати інформацію, необхідну для прийняття обґрунтованих рішень. В ситуаціях з високим рівнем невизначеності чи при ухваленні дуже важливого рішення необхідно застосовувати більш точні, досконалі методи, що дозволять отримати надійні підтвердження того, що певне втручання, незважаючи на інші фактори, призвело до наслідків, що наразі спостерігаються. Однак при цьому необхідно забезпечити баланс між необхідністю в проведенні точного і ретельного дослідження, і між його вартістю та реалістичністю. Також слід зазначити, що експериментальні дослідження, здатні визначити дієвість втручання в контрольованих умовах, неспроможні в більшості випадків виявити дієвість цього втручання після його введення в повсякденну практику.

Дуже важливо ефективно використовувати та поширювати результати оцінки. Виходячи з того, що процес оцінки – це вельми дорога діяльність, необхідно забезпечити максимальне використання її результатів.

#### **Можливі варіанти використання результатів оцінки наслідків:**

- допомога в стратегічному плануванні програм на майбутнє;
- обґрунтування для планів та заходів з розвитку потенціалу;
- формулювання планів та рішень щодо кадрового забезпечення програми;
- вплив на діяльність та рішення у сфері фінансування;
- вплив на розробку та зміни в політиці організації;
- надання цінної інформації про отриманий досвід агенціям, що планують впроваджувати аналогічні програми;
- вплив на державну політику та процедури.

## Глава VIII

Важливо, щоб дані, отримані в результаті оцінок наслідків, були інтерпретовані та інтегровані в інформацію й досвід інших заходів у сфері МіО, особливо що стосується рутинного збору даних. Дані про процес та результати допоможуть краще зрозуміти, чому і як реалізовані втручання призвели (чи не призвели) до тих чи інших результатів, а також покажуть, що насправді викликає зміни у поведінці. Використання даних з МіО докладно розглядатиметься у наступній главі.

Для того, щоб підвищити вірогідність використання даних, особи, що здійснюють оцінку та розробники програм, повинні застосовувати компонент планування використання даних до і під час проведення оцінки втручання. Перед затвердженням остаточного плану оцінки необхідно скласти список усіх зацікавлених учасників, як-от політики, донорські організації, персонал програм тощо, і вирішити, хто з них буде дійсно використовувати дані, зібрані в результаті оцінки наслідків, і як саме. На цьому етапі

також необхідно визначити усі можливі перешкоди для використання даних і обговорити стратегії їх подолання. Наприклад, такою стратегією може бути формування особистої зацікавленості учасників в такій інформації, або включення до процесу оцінювання питань, що матимуть особливе значення та інтерес для кінцевих користувачів.

Результати оцінки мають бути доступними для представників цільових груп, а ті, в свою чергу, повинні брати активну участь в подальшому поширенні цієї інформації. Висновки та результати оцінювання слід поширювати своєчасно та в зручному для користувача вигляді за допомогою:

- формальних та неформальних мереж всередині спільнот ГНР під час зустрічей, через поширення інформаційних бюлетенів тощо.;
- професійних конференцій на теми ВІЛ та МіО, через публікації матеріалів для обговорення та у вигляді плакатів;
- журналів (спеціалізованих чи популярних видань);
- електронних засобів масової інформації, наприклад, веб-сторінок, електронних газет та пошти.

Оприлюднюючи результати оцінки, особливо серед груп найвищого ризику, важливо адаптувати цю інформацію для аудиторії. Необхідно уникати надмірного вжитку технічно-наукової лексики, а важливі концепції слід перефразувати і презентувати їх у максимально практичний спосіб. Під час презентацій необхідно пояснювати аудиторії, чому ці результати важливі для них, як вони можуть вплинути на людей та на спільноти.

### Практичний приклад

У 2006–2007 роках Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні ініціював проведення опитування серед клієнтів проектів профілактики ВІЛ серед груп ризику. Для збору інформації про знання та поведінку представників ГНР у зв'язку з ВІЛ була розроблена проста анкета. Для оцінки таких знань і поведінки використовувалася єдина методологія ЮНЕЙДС (див. «Керівні принципи розробки ключових показників», ЮНЕЙДС, березень 2007 р.).

Та сама анкета була запропонована групі «старих» клієнтів проектів (тобто тих, хто користувався послугами впродовж певного часу) та «нових» клієнтів, які були опитані під час першого контакту з працівниками проекту. Дослідження ґрунтувалося на припущенні про те, що «старі» клієнти мають кращі знання й дотримуються безпечніших моделей поведінки, ніж «нові» клієнти.

У більшості випадків це припущення підтвердилося, хоча в деяких випадках відмінності між знаннями й поведінкою «старих» і «нових» клієнтів виявилися незначними. Наприклад, опитування СН показало таке: незважаючи на зусилля проекту, респонденти, які були клієнтами програм з профілактики, й далі практикують небезпечну поведінку, наражаючись на ризик ВІЛ-інфікування. Загалом, близько 18% респондентів продовжують користуватися вживаними шприцями. Що стосується «нових» клієнтів, то 23% з них користувалися чужими шприцями і голками під час останньої ін'єкції (серед «старих» клієнтів цей показник склав 16%). Дослідження також показало, що значний відсоток респондентів (38%) обізнані про моделі безпечної поведінки, але не використовують свої знання на практиці.

Це дослідження мало кілька обмежень. По-перше, воно проводилося працівниками проекту, які не є професійними соціологами. Як наслідок, вони не завжди дотримувалися методології; дані різних організацій неможливо зіставити чи порівняти. Крім того, в багатьох випадках «дослідники» намагалися «схитрувати», аби покращити показники свого проекту. І, як уже згадувалося вище, отримані результати не можна пояснити виключно проектною діяльністю, оскільки існує ціла низка супутніх чинників, на які слід зважати при проведенні складнішого аналізу.

Для ознайомлення з коротким описом одного з варіантів проведення операційного дослідження, див. *Додаток 10*.

# Глава ІХ

## КРОК СЬОМИЙ:

### ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ МІО В УПРАВЛІНСЬКІ РІШЕННЯ, ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ

#### ■ Що означає цей крок? Для чого він призначений?

Кінцевою метою збору даних є забезпечення використання цієї інформації у процесі ухвалення рішень. Дані – це потужний засіб для ведення адвокаційної діяльності, генерування та розподілу ресурсів, забезпечення звітності, розробки та вдосконалення програм, а також для внесення змін в окремі втручання та програми (або для переорієнтації програм). Це завдання повинні виконувати й *організації, що надають фінансування, й організації, що надають послуги*; хоча масштаби такого аналізу в обох випадках різнитимуться.

У цій главі ми розглянемо два рівні аналізу та використання даних. Перший рівень стосується аналізу та використання даних програмного моніторингу та оцінки окремо, а другий – проведення більш масштабного аналізу даних МіО з використанням різних джерел інформації, в якому дані програмного МіО є лише одним з компонентів.

Програмний моніторинг дозволяє отримувати кількісні та якісні дані щодо прогресу та діяльності програми, а саме:

- Чи відповідають отримані результати цілям, встановленим на етапі планування?
- Чи достатньою є якість реалізації програми та надання послуг?
- Чи перебуває програма на правильному шляху до досягнення своїх цілей і завдань?

Керівникам слід регулярно використовувати цю інформацію для ухвалення операційних рішень, визначення необхідних коригувальних заходів та розподілу ресурсів. Це один з найважливіших кроків усього процесу МіО, оскільки він встановлює зв'язок з реалізацією програми і гарантує використання моніторингу задля покращення діяльності програми.

Корисність даних програмного моніторингу та оцінки тільки зростатиме, якщо їх інтегрувати в повсякденне управління програмою, а ключові висновки та інформацію регулярно поширювати серед усіх зацікавлених сторін. В свою чергу, це сприятиме проведенню своєчасного коригування програм у відповідь на зміни в динаміці епідемії та пріоритетних завданнях. Це вимагає розробки стратегій поширення інформації, що дозволятимуть надавати її всім учасникам у легкій для сприйняття та зрозумілій формі, й котрі сприятимуть використанню даних для вдосконалення програми.

В багатьох країнах сьогодні відбувається, у зв'язку з ВІЛ, розширення втручань, спрямованих на групи найвищого ризику інфікування. Моніторинг таких зусиль сприятиме охопленню цільових груп такими комплексними втручаннями, а їхні обсяги відповідатимуть потребам. Отримавши доступ до додаткових ресурсів, програми несуть відповідальність за ефективне надання цих послуг; вони повинні звітувати перед національними урядами, донорськими організаціями та міжнародним співтовариством щодо кількості охоплених клієнтів у рамках процесу вироблення оцінок охоплення. Аналіз прогресу в забезпеченні охоплення може стати корисним інструментом для демонстрації результатів і отримання додаткових ресурсів.

Окрім «окремого» використання даних програмного МіО, їх також використовують для проведення широкого аналізу, де програмні дані є лише одним із джерел інформації. Для того, щоб підвищити надійність та обґрунтованість аналізу даних, кількісні та якісні програмні дані необхідно аналізувати разом з відповідною поведінковою, біологічною та



епідеміологічною інформацією (яку отримують шляхом проведення рутинного або дозорного епіднагляду) з тим, щоб отримати комплексну картину середовища, де проявляється ризикована поведінка, а також показати, чи реалізуються колективні зусилля в масштабах, достатніх для того, щоб вплинути на епідемію. Такий цілісний аналіз називається «триангуляцією», оскільки в ньому використовуються різні підходи до визначення масивів даних або методи для інтерпретації тієї чи іншої інформації. Без застосування жорстких, контрольованих досліджень триангуляція даних в деяких випадках може використовуватися для встановлення взаємозв'язку між втручанням, що оцінюється, та дійсними поведінковими або епідеміологічними змінами.

Ціль триангуляції – підвищити надійність та обґрунтованість програмної оцінки шляхом використання та аналізу даних з кількох джерел, які часто отримують за допомогою різних методів. У такий спосіб, при оцінці ефективності програми (окремо чи при узагальненні), дані можна підсилити або збагатити, а переваги одного методу збору чи джерела даних здатні компенсувати недоліки (чи суб'єктивність) іншого. Відповідно до структури МіО (див. *Главу II*), метод триангуляції можна використовувати для отримання відповідей на запитання, що стосуються ефективності на рівні наслідків та впливу:

- Чи є втручання ефективними, і чи призводять вони до змін?
- Які зміни в показниках наслідків та впливу можна спостерігати на рівні населення, і що вони означають?
- Чи реалізуються колективні зусилля в обсягах, достатніх для того, щоб вплинути на хід епідемії?

У більшості рутинних програмних втручань у сфері ВІЛ дані надходять з різних джерел. Як уже описувалося в організації структури, комплексний підхід до МіО включає в себе послідовний та циклічний процес, де для відповідей на різні запитання використовують різні методи. В той час, як кожен метод збору даних характеризується певними обмеженнями, їхнє спільне, взаємодоповнююче використання дозволяє долати будь-які недоліки. З цієї точки зору єдиної ієрархії дослідницьких методів не існує, а знання здобувають завдяки послідовному використанню методів дослідження, що взаємно доповнюють один одного<sup>26</sup>.

### ■ Як і коли його здійснювати?

**Аналіз програмних даних** з метою вироблення рішень можна здійснювати на будь-якому етапі, що є важливим для ухвалення операційних управлінських рішень. Однак, аналіз програмних даних, як правило, інтегрують в звичайний проектний цикл *організації, що надають фінансування*, і тому такий аналіз здійснюється відповідно до правил один раз на рік (що відповідає звичайному проектному циклу) для обґрунтування рішень щодо планування та фінансування окремих *організацій, що надають послуги*, на наступний програмний рік.

*Організації, що надають фінансування*, застосовують дані програмного моніторингу для оцінки та управління діяльністю на двох різних рівнях:

- на рівні окремих організацій, що надають послуги;
- на рівні загальної програми.

Спеціалісти *організації, що надає фінансування*, вивчають рутинні звіти та інші моніторингові дані **кожної окремої ОНП** для оцінки її діяльності та визначення необхідності надання підтримки чи коригування. Такий аналіз є підставою для затвердження/ухвалення рішення щодо майбутніх проектів та планів технічної допомоги.

<sup>26</sup> – «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007 р. Розділ 9



Рутинні звіти, що їх надсилають *організації, що надають послуги, до організації, що надає фінансування*, містять ключові дані з програмного МіО, котрі регулярно переглядаються та аналізуються керівниками. Нижче пропонуємо низку базових варіантів ухвалення рішень у відповідь на такі моніторингові дані:

- Якщо між цілями та отриманими результатами існує відповідність, а якість надання послуг перебуває на належному рівні, то заходи в наступному кварталі виконуються згідно з планом, лише з невеликими коригуваннями (якщо це необхідно).
- Якщо результативність набагато перевищує очікування, то керівники в першу чергу повинні перевірити точність даних (див. *Главу VII*). Якщо програма (чи один з пунктів або компонентів надання послуг) дійсно перевищує цілі, то причини цього необхідно ретельно задокументувати з тим, щоб інші компоненти чи організації змогли скористатися уроками такого успіху. Успішна організація може також підтримувати інших або використати історію успіху для залучення додаткового фінансування.
- Якщо дані моніторингу свідчать про можливе невиконання певних завдань (особливо що стосується цілей охоплення) або якщо якість програми викликає певне занепокоєння, то у відповідь на ці проблеми протягом наступного періоду втілюються необхідні покращення або зміни. Окрім особливої уваги керівників щодо проблем, що виникли, також може виникнути потреба в перерозподілі ресурсів для посилення слабких ділянок, а також в наданні додаткової технічної допомоги або навчання.
- Якщо дані свідчать про серйозні відхилення від встановлених цілей та/або виникнення серйозних проблем щодо якості, коригувальні заходи здійснюються негайно, до продовження реалізації програми. Такі коригувальні заходи можуть включати в себе спеціальні дії з розвитку потенціалу чи навичок працівників в певних галузях, перерозподіл фінансових ресурсів, відкриття нових пунктів надання послуг на інших територіях для залучення нових клієнтів тощо.

*Організації, що надають фінансування*, також синтезують та зіставляють моніторингові дані усіх організацій та проектів, що надають послуги, для того, щоб оцінити результативність **усієї програми** та її тематичних компонентів. Грунтуючись на цих даних, вони можуть оцінити загальний прогрес за цілями, завданнями та стандартами якості, а також визначити напрямки покращення, коригування та пріоритети розподілу ресурсів для програми в цілому. Документування найкращих практик є невід'ємною і надзвичайно важливою частиною цього процесу, оскільки така інформація створює основу для відтворення найуспішніших заходів, втручань та підходів.

На цьому рівні, за допомогою даних моніторингу, внутрішньої та зовнішньої оцінки також важливо визначити, чи знаходиться програма на правильному шляху до досягнення своїх цілей і завдань на рівні наслідків та впливу (див. *Главу VIII*). Разом з постійними коригувальними заходами необхідно також передбачити можливість для того, щоб час від часу переглядати загальну стратегію програми (наприклад, перерозподіл ресурсів між проектами, спрямованими на різні уразливі групи, якщо факти свідчать про те, що рушійною силою епідемії є СІН (а не РКС), або навпаки).

Стратегічні рішення, які приймають не на підставі рутинних звітів (щомісячних чи кварталних), а ухвалюються раз на рік, коли організація готує свій річний план (див. *Глави III–V*):

- Розглядають тенденції результативності в часі. Наприклад, який стан поточного охоплення? Воно зростає, залишається на тому ж рівні або знижується? Навіть якщо організація досягає поставлених цілей, проблема не зникне, якщо показники поточного охоплення знижуються. Так само, організація може стикнутися з проблемами щодо досягнення цілей, однак постійно збільшувати своє охоплення. Це може означати, що її цілі занадто завищені, а реальна результативність знаходиться на відмінному рівні, або організація має можливість для подальшого збільшення охоплення.

- Вивчають ширший контекст та аналізують вірогідність того, чи стануть заходи реальним внеском на рівні наслідків або впливу. Наприклад, організація досягає своєї запланованої мети – охопити 100 СІН, однак якщо в регіоні мешкає 1000 СІН, то ця ціль, можливо, є заниженою, аби мати реальний вплив на поведінку та показники інфекції.

*Організації, що надають послуги*, повинні використовувати дані програмного моніторингу для щоквартального оцінювання власної діяльності, а також перевіряти, чи знаходяться вони на правильному шляху і чи потрібна їм додаткова підтримка для покращення результативності. Менеджерам проектів *організацій, що надають послуги*, також рекомендується кожного року проводити глибинний аналіз програмних даних перед поданням проектною заявкою з переліком заходів, цілей і бюджетом на наступний рік. Це найкраща можливість для вироблення програмних рішень на основі даних результатів проекту. Заявка на наступний рік повинна враховувати досягнуті у попередньому році результати і давати відповіді на запитання щодо тенденцій та контексту, описаного вище. Такий аналіз може включати в себе показники діяльності кожного пункту надання послуг/соціальних працівників, відгуки клієнтів, аналіз ситуації, дані про середнє споживання роздаткових матеріалів та послуг, оцінку потреб тощо.

**Тріангуляційний аналіз** для оцінки ефективності повинен провадитися тільки в особливих випадках. Нижче пропонуємо список критеріїв для визначення доцільності проведення тріангуляційного аналізу:

- Коли втручання реалізовувалися впродовж доволі тривалого проміжку часу з тим, щоб зміни, що відбуваються на рівні населення, можна було б пояснити програмними втручаннями. Що стосується поведінкових змін, то цей період становить від 2 до 3 років.

Що стосується поширеності ВІЛ, то в ідеалі має пройти від 5 до 7 років, перш ніж можна буде пов'язати діяльність програми профілактики зі змінами в показниках поширеності ВІЛ.

- Коли втручання реалізовувалися з достатньою інтенсивністю та доволі високим охопленням, достатнім для того, щоб очікувати проявів програми у цільових групах.

- Коли дані програмного рівня, включаючи результати програми, рівень охоплення та якість програмних втручань є в наявності, коли вони є повними, якісними та доступними для аналізу.

- Якщо результати оцінок програми вказують на те, що програмні заходи впроваджувалися відповідно до плану. Якщо це не так, то немає сенсу проводити тріангуляційну оцінку ефективності.

Перехресні дані щодо поведінкових та біологічних наслідків і впливу, є, зазвичай, первинним і найголовнішим джерелом інформації для проведення тріангуляційного аналізу. Такі джерела даних зручні тим, що їх можна узагальнювати за групами населення, охопленими програмою з профілактики, що дозволить робити висновки за результатами цих опитувань. У поєднанні з даними програмного рівня, отриманими від програм, спрямованих на одні і ті ж групи населення, можна встановити зв'язок між змінами на рівні населення та програмними заходами. Крім таких кількісних даних, введення у цей аналіз якісних даних дозволить отримати контекстну інформацію і допоможе інтерпретувати висновки і факти.

#### **Стандартні джерела даних тріангуляції для оцінки програми:**

- повторні поведінкові дослідження та дослідження поширеності ВІЛ;
- результати рутинного процесу надання послуг програмами;
- оцінки забезпечення якості послуг та покращення якості;
- якісні дослідження, наприклад, глибинні інтерв'ю, фокус-групи, інтерв'ю з представниками ключових громад, експрес-оцінки.

Методи та засоби збору даних щодо рівня знань, поведінки, поширеності ВІЛ та інших ключових показників, що використовуються в тріангуляційному аналізі, не є об'єктами дослідження цього посібника. Однак існує велика кількість інших посібників та інструкцій, присвячених цим питанням (див. рекомендовані джерела в кінці цього посібника).

Зазвичай, тріангуляцію використовують для визначення ефективності конкретної програми або загальної ефективності кількох програм. Однак тріангуляція не дозволить отримати точні кількісні оцінки ефекту програми, оскільки це вимагає більш ретельних, контрольованих експериментальних підходів. Але за відсутності таких підходів, що є доволі поширеним у повсякденній діяльності в сфері ВІЛ, тріангуляція – це корисний підхід для застосування наявних даних з метою проведення максимально глибокої оцінки ефективності програми.

Стандартизованої методології тріангуляції, яку можна було б застосувати для інтегрованого тріангуляційного аналізу, не існує й не може існувати. Конкретні методологічні підходи слід адаптувати до умов реалізації програми, а також до джерел і якості даних, що є в наявності<sup>27</sup>.

### ■ Очікувані виклики та можливі рішення

Процес аналізу даних для вироблення рішень визначається, насамперед, наявністю якісних даних, тому цей процес залежить від загального функціонування системи МіО, описаного у кожному з попередніх кроків. Наступні прості рекомендації допоможуть оптимізувати використання даних:

- Генеруйте дані високої якості. Це вимагає серйозних внесків протягом усього процесу збору даних.
- Оцінюйте способи використання даних у майбутньому, намагайтеся зробити дані максимально прозорими й доступними.
- Визначайте різних кінцевих користувачів даних, надавайте та формуйте пакети даних відповідно до їхніх потреб, використовуючи при цьому мінімальну кількість показників на кожному рівні.
- Запровадьте механізми для ефективної системи використання даних, включаючи можливості для зворотного зв'язку шляхом спостереження на всіх рівнях та гарантування відповідності й дієвості даних на кожному рівні.
- Забезпечуйте залучення всіх учасників на етапі збору даних, що передбачає зміцнення потенціалу національної та місцевих систем МіО з тим, щоб гарантувати уніфікованість та якість даних в межах стабільної системи.
- Вживайте заходів для того, щоб створити групу підтримки МіО з активним залученням ключових учасників, в тому числі – представників органів влади, донорських організацій, НУО, громадянського суспільства та академічних кіл з тим, щоб допомогти урядові розробити і запровадити національні стратегії у сфері МіО.
- Розподіляйте достатньо ресурсів для розробки та впровадження плану використання даних.
- Заплануйте максимально широке застосування даних, гарантуючи їхню прозорість та доступність для громадськості.

<sup>27</sup> – Див. документ «Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування», квітень 2007 р. Розділ 9 для отримання докладнішої інформації

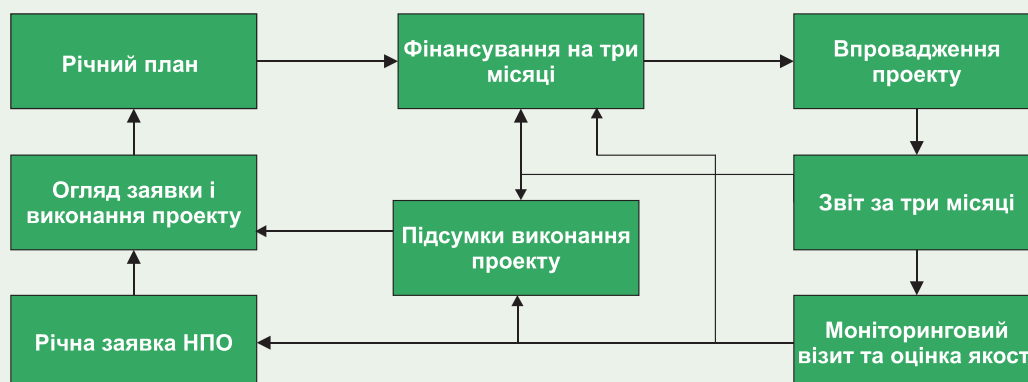
Зважаючи на розмаїття методів та джерел даних, що використовуються в триангуляційному аналізі, ми настійно рекомендуємо застосовувати командний підхід із залученням до участі. Однією з переваг триангуляції є використання численних досліджень, що дозволить мінімізувати суб'єктивність, пов'язану з технічним та емпіричним досвідом кожного окремого дослідника. У процес оцінки доступності та якості даних, а також методів і підходів до інтеграції та синтезу даних необхідно залучати дослідників з багатим досвідом проведення якісних та кількісних досліджень. Керівники програм, відповідні учасники та представники груп найвищого ризику повинні брати активну участь у формуванні та визначенні питань і масштабів оцінки ефективності з тим, щоб її результати мали найвищу цінність. Для того, щоб максимально знизити будь-яку суб'єктивність у формуванні «бажаних» результатів, рекомендується не залучати основних дослідників безпосередньо до процесу розробки та реалізації програми. Хоча це не завжди можливо, та це дійсно допомагає зберегти об'єктивність.

Дуже важливо, щоб представники груп найвищого ризику також брали участь у процесі оцінки, що гарантуватиме отримання їхніми громадами належного зворотного зв'язку про результати, а також інформації про поведінку, що змінилася, і про типи поведінки, що не змінилися. Крім того, їхня участь дозволить уникнути негативних рефлексій і наслідків для тих груп населення, на які були спрямовані втручання. Результати необхідно використовувати конструктивно, щоб найкращим чином вплинути на розробку й впровадження майбутніх втручань, спрямованих на ГНР. На рівні колективних зусиль, визначення ефективності національних заходів з протидії епідемії є дуже важливим для політики, адвокаційної діяльності, програмного планування і МіО.

### Практичний приклад

Оскільки організації, що надають фінансування, працюють з великими програмами і великою кількістю організацій, що надають послуги, їм потрібна більш узагальнена інформація про діяльність ОНП. Наприклад, Альянс в Україні використовує Підсумкову форму результатів діяльності для кожного партнера, що надає послуги. Така форма містить ключові кількісні показники діяльності, а також оцінку якості на основі квартальних звітів та моніторингових візитів. Така підсумкова форма використовується для ухвалення рішень щодо фінансування проектних пропозицій НУО на наступний рік.

#### **Приклад: Річний цикл планування, реалізації та моніторингу діяльності НУО – Альянс в Україні**



Див. також Додаток В – приклад Підсумкової форми результатів діяльності проекту.

# Глава X

## ЦИКЛ МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ

Як зазначалося в *Главі II*, програмний моніторинг є частиною більш широких, загальних процесів в рамках національної системи МіО. В різних країнах існують різні потреби у сфері МіО, частково продиктовані станом поширеності ВІЛ/СНІД, а також структурою системи охорони здоров'я. Однак, усі успішні системи МіО містять низку спільних компонентів, що було доведено успішними програмами, реалізованими у ряді країн. Перелік деяких з цих елементів наведено у *Таблиці 5*.

*Таблиця 5: Ознаки ефективної системи МіО<sup>28</sup>*

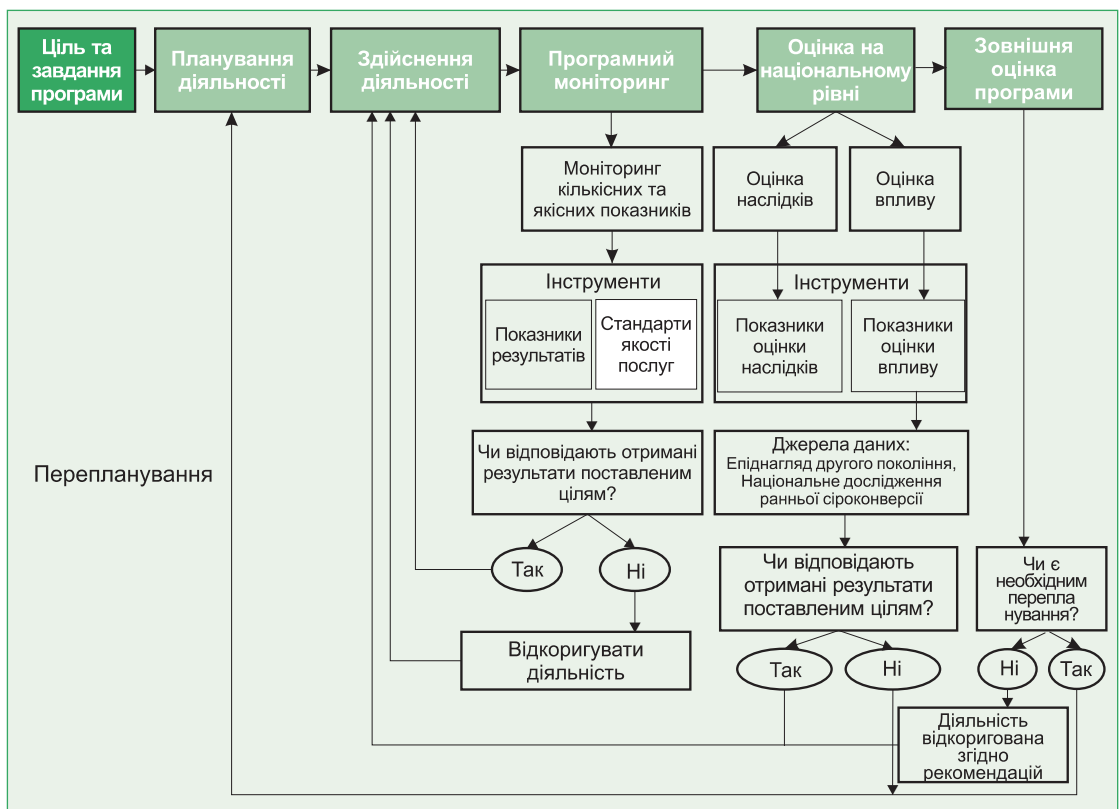
<b>ВІДДІЛ МіО</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Створено відділ МіО в рамках Міністерства охорони здоров'я, що має необхідний технічний персонал та персонал, відповідальний за обробку даних. Цей відділ повинен, окрім іншого, координувати заходи з МіО по всій країні і має бути інтегрований у більш широку систему забезпечення потреб країни у якісних даних.</li><li>■ Відділ розробляє нормативні документи та інструкції в сфері МіО для районів, провінцій та областей.</li><li>■ Бюджет для МіО повинен становити від 5% до 10% від загального національного бюджету на протидію ВІЛ/СНІД з усіх джерел. В середньому, як зразок, варто орієнтуватися на 7%.</li><li>■ Значний національний внесок у національний бюджет МіО (тобто, система МіО не повинна залежати від зовнішніх джерел фінансування).</li><li>■ Офіційний зв'язок МіО з відповідними міністерствами, НУО та донорами, а також національними дослідницькими установами, що сприяє поліпшенню роботи з проведення операційних досліджень.</li><li>■ Наявність багатосекторної робочої групи, яка робить внесок у спільну роботу та забезпечує консенсус відносно вибору показників і різних аспектів розробки структури й реалізації МіО.</li><li>■ Наявність кваліфікованих працівників у центрі МіО або в пов'язаному з ним підрозділі для роботи в таких галузях: епідеміологія, поведінкова наука/соціологія, обробка інформації та статистика, розповсюдження інформації, відстеження ресурсів (як фінансових, так і матеріальних).</li></ul>
<b>ЧІТКІ ЦІЛІ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Чітко визначена національна програма або плани проекту з конкретним визначенням цілей, планових показників та операційних планів. Національні плани МіО слід переглядати кожні 3–5 років, а операційні плани – щорічно.</li><li>■ Регулярні огляди/оцінка ходу робіт щодо впровадження національної програми або планів проекту в порівнянні із цілями.</li><li>■ Координація національних і донорських потреб щодо МіО.</li></ul>
<b>ПОКАЗНИКИ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Набір пріоритетних і додаткових показників на різних рівнях МіО.</li><li>■ Погоджені показники, які піддаються зіставленню в часі та мають чіткі цілі.</li><li>■ Відбір низки ключових показників, які піддаються зіставленню з даними з інших країн.</li></ul>
<b>ЗБІР ТА АНАЛІЗ ДАНИХ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Загальний національний план збору та аналізу даних, включно із забезпеченням їхньої якості.</li><li>■ План збору даних і періодичного аналізу показників та пов'язаних з ними наборів даних на різних рівнях МіО (включаючи географічні).</li><li>■ Епідгляд другого покоління, при якому поведінкові дані пов'язані з даними епідгляду за захворюваннями.</li></ul>

<sup>28</sup> – Витяги з документа «Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», січень 2006 р. (друге видання), ст. 9–10

<b>РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ДАНИХ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Загальний план розповсюдження даних на національному рівні з наявністю доступних, прозорих та своєчасних даних.</li> <li>■ Щорічні наради для розповсюдження та обговорення результатів МіО та наукових досліджень із особами, які визначають політику, працюють над питаннями планування та практичною реалізацією.</li> <li>■ Центр аналізу інформації для підготовки та розповсюдження даних.</li> <li>■ Прозора та доступна для громадськості централізована база даних або бібліотека всіх даних, що стосуються ВІЛ/СНІДу, включаючи поточні дослідження.</li> <li>■ Координація національних і донорських потреб відносно поширення даних МіО.</li> </ul>
<b>СПЕЦІАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Обрані пріоритетні дослідження наслідків / оцінки.</li> <li>■ У разі необхідності включають якісні дослідження.</li> <li>■ Включають операційні дослідження</li> </ul>

Після створення системи МіО, весь процес МіО починає функціонувати як замкнений цикл, який поєднує загальні програмні цілі, планування, реалізацію, програмний моніторинг, внутрішню та зовнішню оцінку програм. На *Діаграмі 5* зображено **Цикл моніторингу та оцінки**.

Діаграма 5. **Цикл моніторингу та оцінки**



Вище ми детально описали усі процеси програмного МіО (і тепер ви можете побачити місце програмного моніторингу у повному циклі національної системи МіО). Пропонуємо короткий опис оцінки на національному рівні та зовнішньої оцінки.

### ■ Оцінка на національному рівні

Оцінка на національному рівні (*Діаграма 5*) складається з оцінки наслідків та впливу. Як уже зазначалося, засобами, що використовують для її вимірювання, є, відповідно, показники рівня наслідків та впливу. Дані щодо цих показників збирають через проведення поведінкових та епідеміологічних компонентів дозорного епіднагляду другого покоління (що поєднує епідеміологічні та поведінкові дослідження), а також шляхом проведення національних поведінкових дозорних досліджень ранньої сероконверсії (див. *Додаток 9* з описом цього дослідження, що проводилося в Україні).

Соціологічні дослідження для збору даних на національному рівні розділяють на три види:

- 1** — Дослідження поведінкового моніторингу серед груп населення найвищого ризику (СІН, РКС, в'язні, ЧСЧ, молодь, військовослужбовці). Ці дослідження проводять із застосуванням уніфікованої методології та анкет відповідно до міжнародних керівних принципів.
- 2** — Спеціальні дослідження охоплення цільових груп різними втручаннями з профілактики (охоплення школярів, політика на робочих місцях, охоплення хворих з ІПСШ тощо). Для регулярного збору даних за національними показниками використовується стандартизована методологія, а що стосується разових опитувань, то тут методологію розробляють відповідно до завдань дослідження.
- 3** — Інші спеціальні дослідження, необхідні для оцінки конкретних ініціатив чи програм. Вони повинні визначатися у співпраці з Технічною робочою групою ООН з ССГАООН.

Дозорний епідеміологічний нагляд є базовим джерелом даних про рівні поширеності ВІЛ серед груп найвищого ризику в Україні. Таким чином, говорячи про профілактичні втручання, підсумкова ефективність проектів вимірюється за допомогою даних дозорного епідеміологічного нагляду.

Якщо реальні результати відповідають встановленим цілям, то послуги будуть і надалі надаватися відповідно до плану, або після незначного коригування. У протилежному випадку відбувається перепланування. Цей процес може складатися з перегляду кількісних/якісних аспектів надання послуг (коригування з метою забезпечення бажаного впливу), або зміни загальної стратегії програми (наприклад, перерозподіл ресурсів між проектами, спрямованими на охоплення різних уразливих груп, якщо факти свідчать, що рушійною силою епідемії є СІН, а не РКС, і навпаки) в рамках робочого плану.

### ■ Зовнішні оцінки програми

Зовнішні оцінки проводяться у великих програмах; вони розглядають дієвість та ефективність їхніх ключових компонентів, а також оцінюють їхній загальний вплив на національні заходи з протидії ВІЛ/СНІДу. Це досягається шляхом використання зовнішніх оцінок ключових компонентів програми й систематичного виконання рекомендацій оцінок у процесі перепрограмування та вдосконалення діяльності програми та якості її послуг. Зазвичай, оцінку розділяють на дві основні категорії: а. проміжна оцінка та б. кінцева оцінка програми. Кожна з цих оцінок має власні цілі та результати.

#### ■ Проміжна оцінка

Завдання проміжної оцінки полягає у тому, щоб проаналізувати сильні та слабкі сторони окремих компонентів програми; надати оцінку проблем/покращень програми, на які



слід звернути увагу для вдосконалення наслідків, охоплення та якості послуг; розробити рекомендації щодо шляхів посилення програмної діяльності на період реалізації, що залишається.

#### ■ **Кінцева оцінка програми**

Кінцева оцінка програми виконується на завершальному етапі програми. Особливі завдання кінцевої оцінки включають в себе: аналіз загального внеску програми в національні заходи з протидії ВІЛ/СНІД; чітке фіксування досягнень програми, а також оцінку сталості та безперервності послуг, що надаються програмою, після її завершення.

Результати оцінки необхідно оприлюднювати, обговорювати з усіма учасниками і використовувати в процесі перепрограмування. І, як бачимо на *Діаграмі 5*, заходи змінюють чи переплановують на основі рекомендацій, отриманих в результаті зовнішніх оцінок.

## **ВИСНОВКИ**

Ми спробували підготувати цей посібник у такий спосіб, щоб він допоміг окремим організаціям, а також великим національним/субнаціональним програмам та проектам, що працюють у сфері профілактики ВІЛ серед уразливих груп населення, а також надають послуги з догляду та підтримки ЛЖВС, у розробці системи програмного моніторингу та оцінки, а також у забезпеченні її функціонування. Автори переконані, що якісна й надійна система моніторингу та оцінки є необхідною для ефективного впровадження втручань, спрямованих на боротьбу з епідемією ВІЛ/СНІД. Система допоможе окремим програмам та проектам залишатися на правильному шляху і робити важливий внесок на рівні впливу.

На завершення, ми хотіли б підкреслити, що системи моніторингу та оцінки повинні бути максимально простими. Зазвичай, люди штучно ускладнюють цей процес, хоча насправді для розробки та реалізації якісної системи моніторингу та оцінки потрібен лише здоровий глузд і хороший менеджмент.

# Додатки

## ДОДАТОК 1<sup>1</sup>

### ІНСТРУМЕНТИ ТА МЕТОДИ ВИМІРЮВАННЯ ДАНИХ

Засоби вимірювання	Основні характеристики	Приклади використання методів вимірювання
<b>Статистика щодо послуг у сфері охорони здоров'я</b>	Регулярний збір інформації в закладах охорони здоров'я. Моніторинг програм.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Реєстраційні дані різних медичних закладів</li> </ul>
<b>Дослідження серед медичних закладів</b>	Дослідження, спрямоване на медичні заклади з метою збору інформації про наявність людських ресурсів, обладнання, матеріалів першої необхідності, ліків і видів послуг, що надаються.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дослідження медичних закладів на місцях (наприклад, оцінка послуг у сфері ВІЛ/СНІД)</li> <li>■ SAMS (Дослідження для складання карти доступності послуг)</li> </ul>
<b>Якісні методи</b>	Спрямовані на визначення того, «що існує» і «чому існує», а не «скільки цього». Дозволяючи людям висловлювати свої думки, погляди і досвід у довільній формі. Якісні методи спрямовані на таке розуміння реальності, яке було сформоване досліджуваною групою, без нав'язування заздалегідь розроблених опитувальників чи структур (що їх завжди розробляють дослідники) <i>(Maier B. Gorgen, R et al 1995).</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Глибинні інтерв'ю (індивідуальні, фокус-групи)</li> <li>■ Пряме спостереження</li> <li>■ Інтерактивна чи проекційна техніка (коментарі на плакатах, незакінчені історії/коментарі, рольові ігри)</li> </ul>
<b>Операційні дослідження</b>	Операційні дослідження (ОД), які також називаються цільовою оцінкою, доповнюють системи МіО. Головне завдання ОД полягає у тому, щоб надати керівникам програм інформацію, необхідну для розробки, вдосконалення чи розширення програм. Якщо оцінка спрямована на визначення взаємозв'язку між результатом та діяльністю програми, то ОД визначають, чи є програма правильною, або найкращою для досягнення бажаних результатів. Такі дослідження можна сприймати як практичний, систематичний процес, спрямований на визначення та вирішення проблем, пов'язаних з програмою.	<p>Приклади ОД:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дотримання прихильності</li> <li>■ Рівний доступ</li> <li>■ Витрати</li> <li>■ Зв'язок профілактики з лікуванням</li> <li>■ Різні моделі втручання</li> </ul>
<b>Дослідження дозорних дільниць</b>	Збір даних щодо поширеності захворювання в групах, які так чи інакше представляють загальне населення (наприклад, вагітні жінки) та/або в групах, що наражаються на підвищений ризик інфікування або передачі інфекції. Можуть проводитися у вигляді пов'язаного з хворобою або незалежного анонімного тестування, з або без поінформованої згоди.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Нагляд за поширеністю ВІЛ серед вагітних жінок або у вказаних групах підвищеного ризику.</li> </ul>

<sup>1</sup> – Витяги з документа «Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», січень 2006 р. (друге видання)

Засоби вимірювання	Основні характеристики	Приклади використання методів вимірювання
<p align="center"><b>Обстеження/ опитування населення</b></p>	<p>Опитування ґрунтується на вибірці цільового або загального населення; як правило, спрямоване на дослідження характеристик поведінки та звичок населення. Таке дослідження вимагає вибірки достатнього розміру, аби вона репрезентувала все населення. Вибірка аналізується за підгрупами, віком, статтю, регіоном та за цільовими групами. Зазвичай проводиться спеціальними дослідницькими агенціями.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ MICS (кластерні дослідження набору показників), DHS (обстеження в області демографії та охорони здоров'я) та DHS+, AIS (дослідження показників щодо СНІД), BSS (дозорне поведінкове дослідження), тощо.</li> </ul>

### Приклади застосування засобів і методів вимірювання даних

Сфера застосування	Засоби і методи вимірювання даних	Обмеження	Рекомендації
<p align="center"><b>Вплив, пов'язаний з поширеністю ВІЛ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Місцевий дозорний епідагляд за ВІЛ</li> <li>■ Опитування населення з відбором представників для тестування на ВІЛ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Складнощі з точним вимірюванням чи оцінкою чисельності груп населення, що наражаються на ризик</li> <li>■ Суб'єктивність вибірки в обох підходах</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Оцінки поширеності мають бути представлені діапазоном</li> <li>■ Використовувати керівництва ВООЗ/ЮНЕЙДС для проведення дозорних досліджень щодо ВІЛ та для вимірювання поширеності ВІЛ в країні при опитуваннях населення</li> </ul>
<p align="center"><b>Знання та поведінка загального населення</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дослідження населення (BSS – дозорні поведінкові дослідження, КАР – дослідження знань, ставлень та поведінки, DHS – обстеження в області демографії та охорони здоров'я, MICS – кластерні дослідження набору показників)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Суб'єктивність особистих повідомлень</li> <li>■ Дослідження домогосподарств часто ґрунтуються на недостатній вибірці ГНР</li> <li>■ Проводяться раз на кілька років</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Переглянути час, на який заплановано проведення DHS (обстеження в області демографії та охорони здоров'я) та MICS (кластерні дослідження набору показників)</li> </ul>
<p align="center"><b>Знання та поведінка груп найвищого ризику</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Спеціальні дослідження ГНР в країні</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Складнощі з пошуком репрезентативної вибірки</li> <li>■ Суб'єктивність відповідей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Заздалегідь планувати дослідження ГНР, особливо в умовах концентрованої епідемії</li> <li>■ Використовувати найкращий міжнародний досвід з проведення опитувань ГНР для мінімізації суб'єктивності вибірки та відповідей</li> </ul>
<p align="center"><b>Особи, які пройшли навчання з різних тем щодо профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Записи про навчання</li> <li>■ Записи про сертифікацію</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Тренінги не завжди стандартизовані</li> <li>■ Ті, хто бере участь у тренінгах, можуть не надавати послуг</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Країни можуть запровадити процеси сертифікації для забезпечення відповідності рівня навчених осіб мінімальним національним стандартам щодо тематики навчання</li> <li>■ Необхідно виробити рішення щодо підрахунку осіб, які пройшли навчання за кількома темами</li> </ul>

Сфера застосування	Засоби і методи вимірювання даних	Обмеження	Рекомендації
<p><b>Доступ до надання різних послуг (наприклад, райони, де їх надають, заклади, що їх надають)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Звіти міністерства охорони здоров'я</li> <li>■ Звіти програм</li> <li>■ Дослідження серед медичних закладів</li> <li>■ Записи про акредитацію закладів</li> <li>■ Записи НУО</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Різний рівень якості послуг, що надаються – деякі можуть не відповідати стандартам</li> <li>■ Можуть виникнути складнощі з визначенням надання послуг за межами державного сектору</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Прийняти стандартизоване визначення показників з переліком критеріїв, згідно з якими медичні та громадські заклади вважатимуться придатними для надання певної послуги</li> <li>■ Створити систему для відстеження різних надавачів послуг в регіоні чи країні</li> </ul>
<p><b>Показники охоплення (кількість осіб, охоплених послугами)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Система рутинного збору інформації у сфері охорони здоров'я</li> <li>■ Журнали/реєстри клієнтів</li> <li>■ Записи НУО</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Можуть виникнути складнощі з визначенням надання послуг за межами державного сектору</li> <li>■ Повинні існувати журнали реєстрації клієнтів чи системи ведення обліку</li> <li>■ В місцях, де працює кілька організацій, можуть існувати кілька різних систем ведення обліку</li> <li>■ Складнощі з точним вимірюванням чисельності ГНР</li> <li>■ Необхідно зважати на мобільність ГНР для уникнення подвійного підрахунку</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Необхідно спробувати стандартизувати збір даних щодо різних послуг на національному рівні задля полегшення співставлення даних</li> </ul>

## ДОДАТОК 2

### СФЕРИ НАДАННЯ ПОСЛУГ І ПРИКЛАДИ ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ РЕЗУЛЬТАТІВ<sup>2</sup>

Завдання	Сфера надання послуг	Приклади показників рівня результатів
<b>Профілактика</b>	<b>Інформаційна робота, спрямована на зміну поведінки – засоби масової інформації</b>	Інформація, освіта та комунікація щодо ВІЛ/СНІД (ІОК) – розповсюдження чи трансляція (радіо/телевізійні програми, газети) (кількість)
	<b>Інформаційна робота, спрямована на зміну поведінки – діяльність «аутріч» в громадах</b>	Охоплення молодих людей у школах програмами з питань засвоєння життєвих навичок щодо того, як убезпечити себе від ВІЛ/СНІД (кількість та відсоток)
		Кількість навчених людей (наприклад, інструкторів за принципом «рівний рівному»), (вказати, чи навчалися вони роботі з конкретними підгрупами ГНР) (кількість)
		СІН, охоплені програмами з профілактики ВІЛ/СНІД* (кількість та відсоток)
		ЧСЧ, охоплені програмами з профілактики ВІЛ/СНІД* (кількість та відсоток)
	<b>Розповсюдження презервативів</b>	Секс-робітники та їхні клієнти, охоплені програмами з профілактики ВІЛ/СНІД* (кількість та відсоток)
		Презервативи, розповсюджені безкоштовно (кількість)
	<b>Тестування та консультування</b>	Презервативи, продані через приватний сектор (кількість)
		Особи, які отримали консультування та тестування з ВІЛ (включаючи отримання результатів аналізу) (кількість)
		ГНР, які пройшли тестування на ВІЛ впродовж останніх 12 місяців і які знають його результати (кількість та відсоток)
<b>ППМД (профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини)</b>	ЛЖВС з позитивним результатом тестування, які отримали консультування щодо позитивної профілактики (кількість та відсоток)	
	Медичні заклади, що надають мінімальний пакет послуг з ППМД (кількість та відсоток)	
<b>Пост-контактна профілактика</b>	ВІЛ-інфіковані вагітні жінки, які отримують повний курс антиретровірусної профілактики для зниження ризику передачі інфекції від матері до дитини (кількість та відсоток)	
<b>Діагностика та лікування ІПСШ</b>	Особи, які отримали пост-контактну профілактику (кількість)	
<b>Безпека крові та універсальні застережні заходи</b>	Пацієнти з ІПСШ в медичних закладах, які отримали належну діагностику, лікування та консультування (може застосовуватися до ГНР чи до підгруп населення) (кількість та відсоток)	
		Одиниці перелитої крові, які пройшли скрінінг на ВІЛ відповідно до національних протоколів (кількість та відсоток)

<sup>2</sup> – Адаптовано з документу «Методологічне керівництво з моніторингу та оцінки: ВІЛ/СНІД, туберкульоз та малярія», січень 2006 р. (друге видання). Див. Методологічне керівництво для ознайомлення з повним списком показників.

Завдання	Сфера надання послуг	Приклади показників рівня результатів
<b>Лікування</b>	<b>Антиретровірусне лікування та моніторинг</b>	Особи з розвинутою ВІЛ-інфекцією, які отримують антиретровірусну комбіновану терапію (кількість та відсоток) Медичні заклади, що мають можливості та умови для надання вдосконаленого клінічного догляду та психологічної підтримки при ВІЛ/СНІД, в тому числі – забезпечення та моніторинг АРТ
	<b>Профілактика та лікування опортуністичних інфекцій</b>	ЛЖВС, які отримали діагностику та лікування опортуністичних інфекцій (кількість та відсоток)
<b>Догляд та підтримка</b>	<b>Догляд та підтримка хронічно хворих людей</b>	Дорослі віком 18–59 років, які були хронічно хворими впродовж 3 і більше місяців протягом останніх 12 місяців у зв'язку з ВІЛ/СНІД, і чий домогосподарства отримали базову зовнішню підтримку для догляду за хронічно хворими (кількість та відсоток) Громадські організації, що отримали підтримку для надання допомоги ЛЖВС (кількість)
	<b>Підтримка дітей-сиріт та вразливих дітей</b>	Сироти та інші діти, які стали вразливими через ВІЛ/СНІД (СУД), чий домогосподарства отримали базову зовнішню безкоштовну підтримку для догляду за дитиною (кількість та відсоток). Громадські організації, що отримали підтримку для надання допомоги СУД (кількість)
<b>Спільна діяльність з ТБ/ВІЛ</b>	<b>Інтенсивне виявлення ТБ серед ЛЖВС</b>	ЛЛЖВС, які отримали тестування та консультування щодо ВІЛ або послуги з лікування та догляду при ВІЛ, які пройшли скрінінг на симптоми туберкульозу
	<b>Профілактика ТБ серед ЛЖВС</b>	Пацієнти з нещодавно виявленою ВІЛ-інфекцією, які проходять лікування латентного ТБ (кількість та відсоток)
	<b>Профілактика ВІЛ серед хворих на туберкульоз</b>	Зареєстровані хворі на ТБ, які отримали тестування та консультування щодо ВІЛ (кількість та відсоток)
	<b>ДПрофілактика опортуністичних інфекцій серед ЛЖВС, хворих на ТБ</b>	ВІЛ-інфіковані хворі на ТБ, які проходять профілактичне лікування котримоксазолом (кількість та відсоток)
	<b>Догляд та підтримка у зв'язку з ВІЛ серед ВІЛ-інфікованих, хворих на туберкульоз</b>	ВІЛ-інфіковані хворі на ТБ, направлені на отримання послуг з догляду та підтримки в зв'язку з ВІЛ під час лікування туберкульозу (кількість та відсоток)
	<b>Надання антиретровірусного лікування хворим на туберкульоз під час лікування ТБ</b>	Зареєстровані ВІЛ-інфіковані хворі на ТБ, які розпочали чи продовжують АРТ під час або після завершення лікування туберкульозу (кількість та відсоток)
<b>Середовище підтримки</b>	<b>Розробка стратегії, в тому числі – стратегії профілактики на робочих місцях</b>	Великі підприємства/компанії, які мають стратегії та програми з профілактики ВІЛ/СНІД на робочих місцях (кількість та відсоток). Місцеві організації, що отримують технічну допомогу для розробки стратегій щодо ВІЛ (кількість)
	<b>Посилення громадянського суспільства та розвиток інституційного потенціалу</b>	НУО, що надають послуги з профілактики ВІЛ/СНІД, догляду та підтримки відповідно до національних протоколів (кількість)
	<b>Зниження стигми в усіх інституціях</b>	Особи, що визначають політику, які відвідали інформаційні семінари з питань ВІЛ/СНІДу та ВІЛ/ТБ (кількість)

\* Для кожної з цих підгруп необхідно чітко визначити пакет з профілактики: діяльність "аутріч" та освіта за методом "рівний рівному", висвітлення в цільових ЗМІ, скрінінг та/або лікування IPTCL, консультування та тестування щодо ВІЛ, замісна терапія та безпечніші ін'єкційні практики серед СІН тощо.

## ДОДАТОК 3

### ПЕРЕЛІК НАЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ З МОНІТОРИНГУ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАХОДІВ З КОНТРОЛЮ НАД ВІЛ/СНІД

**Примітка:** див. Керівні принципи розробки ключових показників (ЮНЕЙДС, 2007р.)

№	Показники	Відповідальні центральні органи виконавчої влади	Методи збору даних
<b>Відданість та дії на національному рівні</b>			
<b>Витрати</b>			
1.	Обсяг та структура державних і міжнародних витрат на заходи, що спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД	Міністерство фінансів України та інші центральні органи виконавчої влади	Оцінка національних витрат у зв'язку зі СНІД чи аналіз потоків фінансових ресурсів
<b>Розробка політики</b>			
2.	Національний комбінований індекс у сфері політики (включає напрямки: гендер, програми на робочих місцях, стигма та дискримінація, профілактика, догляд та підтримка, права людини, участь громадянського суспільства, моніторинг та оцінка)	Частина А. Міністерство охорони здоров'я Частина Б. Неурядові організації	Кабінетний аналіз та інтерв'ю з ключовими інформантами
<b>Національні програми:</b> безпека крові, охоплення антиретровірусною терапією, профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини, догляд за хворими на туберкульоз та ВІЛ, тестування на ВІЛ, програми з профілактики, послуги для сиріт та вразливих дітей, освіта			
3.	Відсоток одиниць донорської крові, перевіреної на ВІЛ з гарантуванням якості	Міністерство охорони здоров'я	Моніторинг програм
4.	Відсоток дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримують антиретровірусну терапію	Міністерство охорони здоров'я	Моніторинг і оцінка програм
5.	Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	Міністерство охорони здоров'я	Моніторинг і оцінка програм
6.	Відсоток від оцінкової кількості ВІЛ-інфікованих хворих на ТБ, які отримали лікування ТБ та ВІЛ	Міністерство охорони здоров'я	Моніторинг програм
7.	Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту	Дослідження серед всього населення
8.	Відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати: <b>a.</b> серед споживачів ін'єкційних наркотиків; <b>b.</b> серед робітників комерційного сексу; <b>c.</b> серед чоловіків, які мають секс з чоловіками; <b>d.</b> серед ув'язнених; <b>e.</b> серед молоді віком 15–24 років	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний департамент з питань виконання покарань	Поведінкове дослідження



№	Показники	Відповідальні центральні органи виконавчої влади	Методи збору даних
9.	Відсоток осіб, охоплених програмами з профілактики ВІЛ: <b>a.</b> серед споживачів ін'єкційних наркотиків; <b>b.</b> серед робітників комерційного сексу; <b>c.</b> серед чоловіків, які мають секс з чоловіками; <b>d.</b> серед ув'язнених; <b>e.</b> серед молоді віком 15–24 років	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний департамент з питань виконання покарань	Поведінкове дослідження
10.	Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ	Міністерство освіти та науки	Дослідження в школах
<b>Показники знань та поведінки</b>			
11.	Відсоток молодих людей віком 15–24 років, які правильно визначають шляхи запобігання статевої передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту	Дослідження серед населення
12.	Відсоток представників груп найвищого ризику, які правильно визначають шляхи запобігання передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається: <b>a.</b> серед споживачів ін'єкційних наркотиків; <b>b.</b> серед робітників комерційного сексу; <b>c.</b> серед чоловіків, які мають секс з чоловіками; <b>d.</b> серед засуджених ув'язнених; <b>e.</b> серед військовослужбовців	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний департамент з питань виконання покарань, Міністерство оборони	Поведінкове дослідження
13.	Відсоток молодих людей віком 15–24 років, які повідомили про використання презерватива під час статевого контакту з нерегулярним статевим партнером	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту	Дослідження серед населення
14.	Відсоток військовослужбовців, які повідомили про використання презерватива під час статевого контакту з нерегулярним статевим партнером	Міністерство оборони	Поведінкове дослідження
15.	Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців, і які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту	Дослідження серед населення
16.	Відсоток жінок та чоловіків серед робітників секс-бізнесу, які повідомили про використання презерватива під час статевого контакту з останнім клієнтом	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту	Поведінкове дослідження
17.	Відсоток чоловіків, які використовували презерватив під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту	Поведінкове дослідження

№	Показники	Відповідальні центральні органи виконавчої влади	Методи збору даних
18.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту	Поведінкове дослідження
19.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту	Поведінкове дослідження
<b>Показники впливу</b>			
20.	Відсоток ВІЛ-інфікованих молодих жінок та чоловіків віком від 15 до 24 років	Міністерство охорони здоров'я	Дозорний епіднадгляд за ВІЛ та обстеження населення
21.	Відсоток представників груп населення найвищого ризику, інфікованих ВІЛ, серед: <b>а.</b> серед споживачів ін'єкційних наркотиків; <b>б.</b> серед робітників комерційного сексу; <b>в.</b> серед чоловіків, які мають секс з чоловіками.	Міністерство охорони здоров'я	Дозорний епіднадгляд за ВІЛ
22.	Відсоток ВІЛ-інфікованих дорослих та дітей, які, як відомо, продовжують отримувати антиретровірусну терапію через 12 місяців після її початку	Міністерство охорони здоров'я	Моніторинг програм
23.	Відсоток ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями	Міністерство охорони здоров'я	Протоколи лікування та аналіз ефективності; моніторинг програм

## ДОДАТОК 4

### ПРИКЛАД ФОРМАТУ ПРОГРАМНОЇ ЗВІТНОСТІ (ПРОЕКТ ФОКУСНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЕД ГРУП РИЗИКУ)

**Примітка:** Звітна форма використовується у форматі таблиці Excel, де кожний наступний розділ розміщують на окремому робочому листі.

Код показника	Показник	Кумулятивно за всі попередні періоди	План, квартал	Фактичний результат, квартал	Кумулятивно на кінець кварталу
1.12	Кількість осіб, які отримали послуги з профілактики ВІЛ протягом звітного періоду *	Н/Д			Н/Д
11.02	З них – кількість нових клієнтів, які отримали послуги з профілактики ВІЛ протягом звітного періоду*	0			0
11.06	Кількість постійних клієнтів проекту протягом звітного періоду *	Н/Д			Н/Д
1.13	Кількість презервативів, розповсюджених протягом звітного періоду	0			0
11.24	Кількість шприців, розповсюджених протягом звітного періоду	0			0
11.35	Кількість використаних шприців, зібраних протягом звітного періоду	0			0
11.07	Кількість розроблених інформаційних матеріалів (одиниць)	0			0
11.08	Кількість розповсюджених інформаційних матеріалів (копій)	0			0
11.26	Кількість тренінгів, проведених для надавачів послуг з профілактики протягом звітного періоду	0			0
1.11	Кількість надавачів послуг, які пройшли навчання з питань профілактики ВІЛ протягом звітного періоду	0			0
11.68	Кількість тренінгів, проведених для клієнтів проекту протягом звітного періоду	0			0
11.69	Кількість клієнтів, які пройшли навчання протягом звітного періоду	0			0
11.28	Кількість випадків надання ДКТ із застосуванням швидкого тесту, проведених протягом звітного періоду	0			0
11.36	З них – кількість позитивних результатів швидкого тестування на ВІЛ	0			0
11.33	Кількість консультацій, наданих протягом звітного періоду (деталізація за спеціалістами)	0			0
11.42	Кількість чинних пунктів надання послуг (деталізація за типом)	Н/Д			Н/Д

\* Деталізація за ГНР (СІН, РКС, ЧСЧ, в'язні)

№	Заходи, проведені протягом звітнього періоду (відповідно до робочого плану)	Результат **
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

\*\* Використовується таке кодування: «П» – повністю виконано; «Ч» – частково виконано; «Н» – не виконано

### Описова частина

<b>Опишіть ваші досягнення</b>
<b>Опишіть відповідні проблеми</b>
<b>Які заходи ви збираєтеся реалізувати для покращення впровадження проекту?</b>
<b>Яку допомогу вам може надати Альянс?</b>
<b>Коментарі співробітників Альянсу</b>
<b>Додаткові коментарі щодо виконання поточної діяльності</b>

Як супроводжувальну документацію до цього звіту необхідно додати детальну інформацію про проведені тренінги та розповсюджені інформаційні матеріали.

# ДОДАТОК 5

## ПРИКЛАД ПЕРВИННИХ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ФОРМ

Журнал реєстрації клієнтів							
Пункт надання послуг							
Соціальний працівник							
№	Дата	Код клієнта	Стать	Дата народження	Уразлива група	Чи отримував послуги раніше (в іншій організації)?	Інші коментарі
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

Щоденна відомість надання послуг для проектів з профілактики ВІЛ серед ГНР (приклад)															
Організація															
Пункт надання послуг															
Соціальні працівники															
Інформація про клієнта			Надання послуг та матеріалів												
№	№ картки (код)	Новий клієнт (Так/Ні) Для нових клієнтів – номер посилення на журнал реєстрації	Повернені шприци	Видані шприци			Видані презервативи	Видані інформаційні матеріали			ККонсультації та інші послуги			Направлення	Інші коментарі
				1 ml	2 ml	5 ml		№1 (Безпечні і Н'екції)	№2 (Безпечний секс)	№3 (АРВ-терапія)	№1 (Догляд за дитиною)	№2 (Швидкий тест)	№3 (Супровід до центру СНІДу)		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
Всього															
Загальна кількість осіб, які отримали послуги						Дата									

Додаток 5

## ДОДАТОК 6

### ПРИКЛАД ЗВІТНОЇ ФОРМИ МОНІТОРИНГОВОГО ВІЗИТУ, ЩО ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ МІЖНАРОДНИМ АЛЬЯНСОМ З ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ ДЛЯ МОНІТОРИНГУ ПРОЕКТІВ З ПРОФІЛАКТИКИ

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

Форма звіту за результатами моніторингового візиту – проекти профілактики	
Дата	
Назва НУО	
Адреса НУО	
Телефон	
Факс	
E-mail	
Номер гранту	
Назва проекту	
Форма заповнена співробітником(ами):	

Кожна графа цієї форми повинна бути заповненою. У випадку відсутності певної інформації, надайте пояснення. В графі «Коментарі» вкажіть, на основі чого було зроблено такі висновки.

I. Виконання проекту(ів) (виконання робочого плану)				
Види діяльності (заплановані на період проведення моніторингу)	Стан виконання			Коментарі
	Так	Ні	Частково	
II. Персонал проекту(ів)				
Персонал проекту відповідає зазначеному (в грантовій угоді та в інших узгоджених документах) (Так/Ні)				
Коментарі:				
III. Успіхи проекту (надайте короткий опис головних успіхів)				

IV. Проблеми проекту та можливі шляхи їх вирішення			
V. Потреба у фінансовій та технічній допомозі з боку Альянсу (включаючи FSF, M&E, HR&Admin)			
VI. Моніторинг			
Чи існують чинні процедури внутрішнього моніторингу (облік, потоки даних, звітність) (Так/Ні)			
Коментарі:			
Наявність співробітника, відповідального за склад	Так	Ні	Коментарі (ПІБ та посада):
Наявність співробітника, відповідального за моніторинг та оцінку	Так	Ні	Коментарі (ПІБ та посада):
VII. Виконання зауважень, зроблених під час попереднього моніторингового візиту			
Зауваження з попереднього візиту		Стан виконання	
VIII. Зауваження, коментарі та подальший план дій			
Зауваження		Рекомендації	
IX. Технічна допомога, надана предстаником(ами) Альянсу під час моніторингового візиту			
Підпис співробітника, який проводив моніторинговий візит			



## Цільові групи проекту

**З якими цільовими групами працює проект?**

## Ведення проектної документації /AIC

**Чи використовується база даних «Sugex»? (Так/Ні)**

**Якщо «Так»: Чи відповідають дані первинних документів даним бази «Sugex»?**

(перевірка щонайменше 5 випадково відібраних відомостей – різні дні/ПНП)

У базі даних «SugEx» випадково відбирається щонайменше 5 записів у розділі «Цоденний облік» (бажано використовувати дані за різні дні, отримані з різних пунктів надання послуг). Перевіряється повна відповідність первинної відомості та закладки «Інформація про візити клієнта» у відповідних записах розділу «Цоденний облік» **(Так/Ні)**

**Коментарі:**

**Якщо база даних «SugEx» використовується – перевірити відповідність даних останнього квартального звіту та даних «SugEx» (де це необхідно), якщо ні, то перевірити відповідність даних останнього квартального звіту і даних первинної документації:**

	Дані бази «SugEx» та/або первинних документів	Дані останнього квартального звіту	Коментарі
1. Кумулятивна кількість осіб, охоплених послугами проекту; з них – кількість нових охоплених осіб (окремо за цільовими групами)			
2. Кількість осіб, охоплених послугами проекту протягом останнього кварталу (окремо за цільовими групами)			
3. Кількість постійних клієнтів (окремо за цільовими групами)			
4. Кількість розповсюджених презервативів протягом останнього кварталу			
5. Кількість розповсюджених шприців протягом останнього кварталу			
6. Кількість екземплярів розповсюджених інформаційних матеріалів протягом останнього кварталу			
7. Кількість тренінгів, проведених протягом останнього кварталу (в тому числі – для клієнтів проекту)			
8. Кількість осіб, які пройшли навчання (учасників тренінгів) протягом останнього кварталу (в тому числі – клієнтів проекту)			
9. Кількість чинних пунктів надання послуг (за типами)			

<b>Наявність первинної документації</b>			
<b>Перелік первинних документів</b>	<b>Так</b>	<b>Ні</b>	<b>Коментарі</b>
1. Розклад роботи ПНП /консультантів/ громадського центру			
2. Щоденні відомості соціальних працівників			
3. Журнал реєстрації клієнтів проекту (первинна анкета /картки клієнтів проекту)			
4. Журнали обліку інформаційних та інших витратних матеріалів			
5. Звіти про проведення тренінгів, «круглих столів», робочих зустрічей тощо (списки учасників та програми заходів)			
6. Договір про утилізацію шприців			
7. Акти списання витратних матеріалів			
8. Відомості (копії) роботи консультантів			
9. Журнал реєстрації проведення ДКТ та/або діагностики/лікування ІПСЦШ			
10. Інше (вказати назву документу)			
<b>Робота на місцях</b>			
<b>Адреса/місцезнаходження/назва пункту надання послуг</b>	<b>Кількість клієнтів на ПНП в день візиту</b>	<b>Середня кількість клієнтів на ПНП за останній тиждень/місяць (дані з відомостей соціальних працівників)</b>	<b>Коментарі</b>
<b>Наявність витратних матеріалів на складі та їхня якість</b>			
<b>Назва витратного матеріалу</b>	<b>Є на складі (Так/Ні)</b>	<b>Коментарі (назва/марка), термін придатності, достатня кількість тощо)</b>	
<b>Підпис особи (осіб), яка(і) проводила(и) моніторинговий візит</b>			

## Моніторинг якості послуг

<b>Безпосереднє спостереження (загальний результат спостережень впродовж усього часу перебування на одному чи кількох пунктах надання послуг)</b>				
<b>* У відповідних колонках поставте «Так» або «Ні», залежно від того, чи справедливе твердження (сума в рядку = 1)</b>				
<b>Комплексність послуг</b>		<b>ТАК (0-1)</b>	<b>НІ (0-1)</b>	<b>Коментарі</b>
1,1	Клієнти отримують шприци, презервативи та інші товари, що надаються проектом, відповідно до запити			
1,2	Клієнти отримують інформаційні матеріали			
1,3	Клієнти отримують консультації щодо безпечної поведінки та інших питань			
1,4	Клієнтам пропонують пройти ДКТ в проекті (швидкий тест) або дають направлення у центри СНІДу для проходження ДКТ (в коментарях вкажіть спосіб проходження ДКТ)			
1,5	Клієнтам пропонують консультації різних спеціалістів або в проекті, або їм дають направлення в інші клініки чи організації (вказіть відповідних спеціалістів у коментарях)			
1,6	Клієнти можуть отримати консультації спеціалістів (психолог/юрист/лікар тощо) безпосередньо на ПНП (вказіть деталі в коментарях)			
		<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Конфіденційність, повага та безпека</b>		<b>ТАК (0-1)</b>	<b>НІ (0-1)</b>	<b>Коментарі</b>
2,1	Соціальні працівники не надають консультацій конфіденційного характеру, у такий спосіб, що їх можуть почути треті особи			
2,2	Манера спілкування соціальних працівників є коректною та ввічливою			
2,3	Стосунки між клієнтами та соціальними працівниками можна класифікувати як довірливі (наприклад, соціальні працівники знають імена клієнтів, клієнти є відкритими для спілкування тощо)			
2,4	Соціальні працівники не говорять відкрито про ВІЛ-статус та особисте життя їхніх клієнтів			
		<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Професіоналізм персоналу</b>		<b>ТАК (0-1)</b>	<b>НІ (0-1)</b>	<b>Коментарі</b>
4,6	Соціальні працівники демонструють навички ефективної комунікації (наприклад, уважно слухають, дають чіткі відповіді на запитання тощо)			
		<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>Відгуки клієнтів (відповіді щонайменше 5 клієнтів)</b>				
<b>РЕКОМЕНДУЄТЬСЯ ОПИТУВАТИ КЛІЄНТІВ ЗА ВІДСУТНОСТІ ПЕРСОНАЛУ</b>				
<b>Коментарі (вказіть кількість клієнтів, опитаних на кожному ПНП)</b>				
<b>Кількість опитаних клієнтів</b>		<b>5</b>		
<b>* У відповідних колонках вкажіть кількість осіб, які відповіли Так/Ні, або А/В/С/D у блоці «Задоволення клієнта» (сума в рядку = кількість опитаних клієнтів)</b>				
<b>Комплексність послуг/задоволення клієнта</b>		<b># «ТАК»</b>	<b># «НІ»</b>	<b>Коментарі</b>
1,7	Чи отримуєте ви достатню кількість матеріалів (шприци, презервативи тощо)?			
1,8*	Чи задоволені ви якістю матеріалів, які ви отримуєте?			
1,9	Чи читаєте ви інформаційні матеріали, які вам надають у проекті?			

<b>Комплексність послуг/задоволення клієнта</b>		# «ТАК»	# «НІ»	Коментарі		
1,10*	Чи задовольняє вас тематичний спектр цих інформаційних матеріалів? (Яких саме? Вкажіть в коментарях)					
1,11	Чи пропонували вам послуги інших спеціалістів?					
1,12	Чи надавали вам послуги соціального супроводу?					
1,13	Чи пропонували вам останнім часом послуги з ДКТ?					
1,14	Чи надавали вам інформацію про програми ЗТ/реабілітації/громадських центрів або будь-яку іншу інформацію щодо ВІЛ-сервісних послуг (на вибір інтерв'юера – вказати в коментарях, яку саме інформацію було запропоновано клієнтові)					
		<b>0</b>	<b>0</b>			
<b>Конфіденційність, повага та безпека</b>		# «ТАК»	# «НІ»	Коментарі		
2,5	Чи відчуваєте ви себе безпечно у місці отримання послуг проекту?					
2,6	Чи траплялися з вами випадки порушення вимог конфіденційності в зв'язку з отриманням послуг проекту?					
2,7	Чи ви завжди відчуваєте повагу персоналу до себе?					
		<b>0</b>	<b>0</b>			
<b>Задоволення клієнта</b>		# «А»	# «В»	# «С»	# «D»	Коментарі
3,1	Наскільки ви задоволені послугами проекту? (Відмінно (А)/Добре(В)/задовільно (С)/Погано (D))					
3,2	Наскільки гнучко організація реагує на ваші потреби? (Відмінно (А)/Добре(В)/задовільно (С)/Погано (D))					
		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
* – відповіді враховуються для підрахунку компонента «Задоволення клієнта»						
<b>Опитування персоналу (щонайменше дві особи)</b>						
<b>*У відповідних колонках вкажіть кількість співробітників, які надали відповіді «Правильно»/«Не правильно» та «Немає відповіді» (сума в рядку = кількість опитаних співробітників)</b>						
<b>Кількість опитаних осіб (персонал, що безпосередньо працює з клієнтами)</b>			<b>2</b>			
<b>Професіоналізм персоналу</b>		<b>Кількість «Правильно»</b>	<b>Кількість «Не правильно»</b>	<b>Кількість «Немає відповіді»</b>	<b>Коментарі</b>	
4,1	Запитання про передачу ВІЛ					
4,2	Запитання про безпечну поведінку					
4,3	Запитання про потреби клієнтів					
4,4	Запитання про направлення клієнтів до інших медичних закладів (наприклад, адреси, назви тощо)					
4,5	Запитання про направлення до інших ВІЛ-сервісних організацій (наприклад, громадські центри, послуги з догляду та підтримки тощо)					
		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		

Рейтинг					
1	<b>Комплексність послуг</b>		<b>0</b>	+2 – +1.75 – «А»	
				+1.74 – +0.5 – «В»	
				+0.49 – -0.74 – «С»	
				-0.75 і нижче – «D»	
2	<b>Конфіденційність, повага та безпека</b>		<b>0</b>	+2 – +1.75 – «А»	
				+1.74 – +0.5 – «В»	
				+0.49 – -0.74 – «С»	
				-0.75 і нижче – «D»	
3	<b>Задоволення клієнта</b>		<b>0</b>	7.01–8 – «А»	
				+1.74 – +0.5 – «В»	
				3.01–5 – «С»	
				2–3 – «D»	
4	<b>Професіоналізм персоналу</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	+ – 6 – 5.5 правильних – «А»
					- – 5.49 – 4 правильних – «В»
					- – 3.99 – 2.5 правильних – «С»
					- – 2.49 і менше правильних – «D»

## ДОДАТОК 7

### ПРИКЛАД СИСТЕМИ ПОКАЗНИКІВ

# Додаток 7

Приклад системи показників							
№	Опис показника	Рівень показника	Опис	Інструмент збору даних	Регулярність збору даних	Відповідальні за збір даних	Механізми забезпечення якості
1	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які дали отримують АРТ через 12 місяців після її початку	Вплив	Зміни в тенденціях епідемії / рівнях смертності у зв'язку зі СНІД / економічний вплив	Когортне дослідження	Щороку	Національний центр СНІДу	Ретельне ведення обліку, внутрішні перевірки, моніторингові візити співробітників Альянсу до Національного центру СНІДу, і спеціалістів центру СНІДу – у регіони
2	Відсоток ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями			Статистика		Міністерство охорони здоров'я	Ретельне ведення обліку, внутрішні перевірки
3	Поширеність ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків			Епідеміологічний компонент ЕДП		Національний центр СНІДу	Моніторингові візити в регіони епідеміологів центру СНІДу та порівняння даних за різні роки
4	Поширеність ВІЛ серед робітниць комерційного сексу			Епідеміологічний компонент ЕДП		Національний центр СНІДу	
5	Безпечні ін'єкційні та сексуальні практики серед СІН	Наслідки	Зміни в знаннях та поведінці	Поведінковий компонент ЕДП	Щороку	Відповідне міністерство (та дослідницька інституція, відібрана на конкурсній основі для проведення певного дослідження)	Використання міжнародних методологічних керівних принципів щодо збору даних; визначення та формування вибірки необхідного розміру
6	Відсоток РКС, які користуються презервативами						
7	Відсоток ув'язнених, які правильно визначають шляхи запобігання передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається						
8	Використання молодими людьми презервативів з нерегулярними партнерами						
9	Кількість та відсоток осіб, які отримують АРТ	Результат	Охоплення програм та доступ до послуг	Програмні записи (отримані на основі звітів реципієнтів гранту)	Щоквартальні програмні звіти	Національний центр СНІДу	Ретельне ведення обліку, внутрішні перевірки, моніторингові візити співробітників Альянсу
10	Кількість надавачів послуг, які пройшли навчання з проведення діагностики та лікування ВІЛ-інфікованих, у складі інфекціоністів, наркологів та пульмонологів					Ресурсно-інформаційний центр з ВІЛ/СНІДу в Україні	Аналіз документації та моніторингові візити співробітників Альянсу
11	ВІЛ-інфіковані вагітні жінки, які отримали повний курс АРВ-профілактики для попередження передачі ВІЛ від матері до дитини					Національний центр СНІДу	Ретельне ведення обліку, внутрішні перевірки, моніторингові візити співробітників Альянсу до Національного центру СНІДу, і спеціалістів центру СНІДу – у регіони
12	Кількість пацієнтів венерологічних та туберкульозних диспансерів, які отримали консультування та тестування на ВІЛ					Національний центр СНІДу	
13	Кількість та відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли скрінінг на ТБ					Національний центр СНІДу	

14	Кількість та відсоток СІН, охоплених послугами з профілактики	Результат	Охоплення програм та доступ до послуг	Програмні записи (отримані на основі звітів реципієнтів гранту)	Щоквартальні програмні звіти	Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні; НУО, що працюють у сфері профілактики – на місцевому рівні	Моніторингові візити у місцеві НУО, що надають послуги з профілактики для СІН, РКС, ЧСЧ, в'язнів
15	Кількість та відсоток секс-робітників та їхніх клієнтів, охоплених програмами «аутріч»					Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні; НУО, що працюють у сфері профілактики – на місцевому рівні	Моніторингові візити в області співробітників Інституту дослідження політики щодо громадського здоров'я спільно з державною наркологічною службою
16	ЧСЧ, охоплені програмами «аутріч»					Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні	Моніторингові візити у місцеві НУО, що надають послуги з профілактики для СІН, РКС, ЧСЧ, в'язнів
17	Кількість та відсоток ув'язнених в закладах середнього режиму, охоплених послугами з профілактики					Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні	Моніторингові візити у місцеві НУО, що надають послуги з профілактики для СІН, РКС, ЧСЧ, в'язнів
18	Кількість та відсоток СІН, які отримують комбіновану АРВ-терапію і охоплені послугами замісної терапії					Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні	Моніторингові візити у місцеві НУО, що надають послуги з профілактики для СІН, РКС, ЧСЧ, в'язнів
19	Кількість та відсоток СІН, які отримують замісну терапію					Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні	Моніторингові візити у місцеві НУО, що надають послуги з профілактики для СІН, РКС, ЧСЧ, в'язнів
20	Кількість розповсюджених презервативів					Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні	Моніторингові візити у місцеві НУО, що надають послуги з профілактики для СІН, РКС, ЧСЧ, в'язнів
21	Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ					Міністерство освіти та науки (та дослідницька інституція, відібрана на конкурсній основі для проведення певного дослідження)	Використання міжнародних методологічних керівних принципів щодо збору даних; визначення та формування вибірки необхідного розміру
22	Кількість та відсоток школярів, охоплених освітою з питань ВІЛ/СНІД на основі життєвих навичок у школах					Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні; НУО, що працюють у сфері профілактики – на місцевому рівні	Моніторингові візити у місцеві НУО, що надають послуги з догляду та підтримки ЛЖВС
23	Кількість ЛЖВС, охоплених комплексними послугами з догляду та підтримки					Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні; НУО, що працюють у сфері профілактики – на місцевому рівні	Моніторингові візити у місцеві НУО, що надають послуги з догляду та підтримки ЛЖВС
24	Кількість дітей, які живуть з або постраждали через ВІЛ/СНІД, охоплених послугами з догляду та підтримки					Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні; НУО, що працюють у сфері профілактики – на місцевому рівні	Моніторингові візити у місцеві НУО, що надають послуги з догляду та підтримки ЛЖВС
25	Кількість хоспісів, створених для надання послуг з догляду та підтримки хронічно хворих ЛЖВС					Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні; НУО, що працюють у сфері профілактики – на місцевому рівні	Ретельне ведення обліку, внутрішні перевірки, моніторингові візити співробітників Альянсу та Національного центру СНІДу
26	Кількість осіб, що пройшли навчання у сфері профілактики ВІЛ/СНІД			Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні; НУО, що працюють у сфері профілактики – на місцевому рівні	Ретельне ведення обліку, моніторингові візити у місцеві НУО		
27	Кількість інформаційних матеріалів, спрямованих на зміну			Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні; НУО, що працюють у сфері профілактики – на місцевому рівні	Ретельне ведення обліку, моніторингові візити у місцеві НУО		
28	Кількість видів розповсюджених інформаційних матеріалів, спрямованих на зміну поведінки			Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні; НУО, що працюють у сфері профілактики – на місцевому рівні	Ретельне ведення обліку, моніторингові візити у місцеві НУО		



# Додаток 7

29	Кількість осіб, що отримують послуги з ДКТ у центрах проекту	Результат	Охоплення програм та доступ до послуг	Програмні записи (отримані на основі звітів реципієнтів гранту)	Щоквартальні програмні звіти	РАТН (Програма оптимізаційних технологій у сфері здоров'я)	Моніторингові візити та аналіз документації співробітниками РАТН
30	Кількість пунктів ДКТ, підтриманих проектом					Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні – на національному рівні; НУО – на місцевому рівні	Моніторингові візити та аналіз документації співробітниками Альянсу
31	Кількість осіб, що отримали навчання з питань ДКТ						
32	Кількість представників ключових груп населення, що беруть участь в регіональній оцінці із залученням до участі (РОЗУ)						
33	Кількість осіб, що отримали навчання у сфері розвитку потенціалу/ організаційного розвитку						

## ДОДАТОК 8

### ПІДСУМКОВА ФОРМА РЕЗУЛЬТАТІВ ДІЯЛЬНОСТІ ПРОЕКТУ (ПРИКЛАД)

#### 1. Загальний рейтинг організації:

**A/B/C/D**

Залежить від використання стандартного інструменту оцінки організаційного потенціалу

#### 2. Дані охоплення: оновлюються щороку

Ключові групи населення	Досягнуте охоплення (протягом останніх 12 місяців)	Цільове охоплення	Охоплення, % від цілі	Охоплення, % від оцінкової кількості групи
<b>СІН</b>			%	%
<b>РКС</b>			%	%
<b>Загальна кількість клієнтів, охоплених за рік</b>				
Кількість підтверджена під час моніторингових візитів		<b>Так/Частково/Ні</b>	<b>Коментарі:</b>	

Інформація про охоплення отримана з програмних звітів та бази даних «SysEx»; оцінка груп населення, отримана з національної оцінки та щорічних проектних пропозицій

#### 3. Фінансові дані: оновлюються щороку

	Річні витрати	Річний бюджет	Витрати, % бюджету
Загальні витрати	\$	\$	%
Програмні витрати	\$	\$	%

Програмні витрати на одного охопленого клієнта:

**\$...**

Витрати на клієнта відповідно до орієнтирів Альянсу в Україні:  
(Верхній показник: \$... / Нижній показник: \$...)

**Перевищує/Відповідає/Нижче**

Інформацію отримано з фінансових звітів та нової Системи управління грантами

#### 4. Надані послуги: оновлюється щороку

<b>Громадський центр</b>	<b>Так/Ні</b>	<b>Мобільні клініки</b>	<b>Так/Ні</b>
<b>ДКТ з використанням швидкого тесту</b>	<b>Так/Ні</b>	...	<b>Так/Ні</b>
<b>Скрінінг на ІПСШ</b>	<b>Так/Ні</b>	<b>Інше (вказати): ...</b>	<b>Так/Ні</b>

Інформацію отримано з грантових угод та/або на основі знань співробітників програми про діяльність організації

## 5. Якісні дані: оновлюється двічі на рік

Компонент якості	Рейтинг 1	Рейтинг 2	Коментарі
Комплексні послуги (в тому числі – інформація та направлення)	A/B/C/D	A/B/C/D	
Конфіденційність, безпека та повага	A/B/C/D	A/B/C/D	
Професійний рівень працівників, що безпосередньо працюють з клієнтами	A/B/C/D	A/B/C/D	
Задоволення клієнта	A/B/C/D	A/B/C/D	

Рейтинги надаються співробітниками програми на основі оцінки якості під час моніторингових візитів, з використанням затверджених стандартів та протоколів, а також безпосереднього спостереження та опитування персоналу і клієнтів.

**A:** відмінно, перевищує стандарти;

**B:** добре, відповідає стандартам;

**C:** задовільно, частково відповідає стандартам;

**D:** незадовільно, не відповідає стандартам/серйозні порушення

## 6. Управлінський потенціал: оновлюється щороку

- Фінансові системи та діяльність (використання бюджету, якість фінансових звітів)
- Фінансування (джерела фінансування, відсоток від загального фінансування, що надається Альянсом)
- Системи моніторингу та оцінки і їх результативність (своєчасність та якість звітів)
- Системи роботи з персоналом
- Адміністративні системи
- Партнерства з іншими організаціями і короткий опис регіональних учасників

Стандартного інструменту немає – описове резюме з ключовими системами управління, сильними та слабкими сторонами.

## ДОДАТОК 9

### НАЦІОНАЛЬНІ ПОВЕДІНКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РАНЬОЇ СЕРОКОНВЕРСІЇ

Незважаючи на значну кількість дозорних досліджень поведінки, що уже проводилися в Україні в рамках збору даних для ССГАООН, цю інформацію збирають періодично – або раз на рік, або раз на два роки. Однак при цьому існує нагальна потреба в доповненні програм з профілактики та підтримки постійними національними дозорними дослідженнями поведінки, які вивчають поточну поведінку осіб з сероконверсією (людей, нещодавно інфікованих ВІЛ). Мета такого дослідження – оцінити, чому, попри профілактичні втручання, люди продовжують інфікуватися ВІЛ, а також як наявні послуги задовольняють потреби осіб, нещодавно інфікованих ВІЛ, в лікуванні, догляді та підтримці. Національне дозорне дослідження поведінки осіб з ранньою сероконверсією дозволить отримати дані в реальному часі про тенденції в сфері знань та поведінки щодо ВІЛ, а також забезпечить програми постійним зворотним зв'язком з клієнтами, нещодавно інфікованими ВІЛ, стосовно переваг та недоліків діяльності та послуг програми. Це дослідження стане постійним джерелом кількісної інформації, яка допоможе програмам відстежувати конкретні наслідки в сфері задоволення потреб клієнтів, а також перетвориться на інструмент оцінки якості, здатний генерувати постійні рекомендації щодо вдосконалення якості та дієвості програм і послуг.

Національне дозорне дослідження поведінки осіб з ранньою сероконверсією ґрунтується на аналогічних дослідженнях, які називаються «Поляріс» (<http://www.hivpolaris.org>), що були розроблені в Канаді та Російській Федерації професором Лівіаною Кальзавара, кафедра досліджень ВІЛ в Університеті м. Торонто. Концепція реалізації цього дослідження в Україні була обговорена з пані Кальзавара, яка погодилася наглядати за ходом дослідження в Україні за умов забезпечення адекватних ресурсів та підтримки в країні. Професор Кальзавара також погодилася контролювати процес розробки/адаптації дослідження для його проведення в Україні, а також наглядати за підготовкою персоналу проекту щодо збору та аналізу даних і брати участь в поточному аналізі та інтерпретації проектних даних.

Дослідження передбачає пошук відповідних учасників шляхом використання високочутливого аналізу на антитіла до ВІЛ (detuned assay) серед раніше негативних результатів тестування для підтвердження нещодавнього факту сероконверсії. Відібраним кандидатам запропонують добровільно взяти участь в дослідженні, за номінальну фінансову винагороду. Відбір кандидатів відбуватиметься на базі мережі обласних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом; інтерв'ю та введення даних здійснюватимуть відділи епідеміології центрів СНІДу, які братимуть участь в дослідженні. Для проведення такого дослідження необхідна додаткова підтримка з боку українського дослідницького інституту чи аналогічного закладу, спеціалісти якого аналізуватимуть поточні дані.

Керувати дослідженням буде організаційний комітет в Україні, до складу якого увійдуть менеджери відповідних компонентів програм, та інші партнери. Організаційний комітет регулярно переглядатиме та аналізуватиме результати дослідження, та візьме на себе керівну роль у прийнятті проектом ключових рішень. Організаційний комітет повинен аналізувати результати щоквартально; комплексний аналіз відбуватиметься один раз на рік. Дослідження дозволить генерувати специфічні, спрямовані на клієнта рекомендації щодо переваг та недоліків наявних послуг за кожним компонентом програми. Особливої уваги буде надано рекомендаціям для компонентів профілактики, лікування, догляду та підтримки. Саме організаційний комітет буде вирішувати, які з рекомендацій дослідження необхідно впроваджувати, а також відстежувати їх реалізацію після консультацій з фахівцями Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією.

## ДОДАТОК 10

### КОРОТКИЙ ОПИС МОЖЛИВОГО ВАРІАНТУ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

#### Порівняння ефективності різних підходів до програм профілактики

*Концепція:* Використовуючи загальне поняття «зниження шкоди», різні НУО працюють по-різному, надаючи різні послуги. Наприклад, деякі організації пропонують лише матеріали, а інші надають послуги з консультування, видають направлення до медичних, соціальних чи юридичних служб, тестування тощо. Так само, є НУО, які діють централізовано (є «статичними»), натомість інші активно працюють у сфері «аутріч» і надають послуги мобільно.

Це дослідження спробує порівняти різні підходи/комбінації послуг з точки зору:

- Охоплення і витрат на одного клієнта;
- Задоволення клієнта та його утримання в проекті;
- Фактів ризикованої поведінки серед постійних клієнтів порівняно з новими клієнтами.

*Питання, відповіді на які має надати дослідження:*

- Яких результатів досягають різні «програмні варіанти» з точки зору охоплення, економічної ефективності, задоволення/утримання клієнта та змін у поведінці?
- Які варіанти пропонують найкращий баланс між цими вимірами?

*Підхід/методологія:*

Передусім слід визначити різні програмні підходи, які необхідно порівняти, а потім відібрати НУО, що являють собою найкращі приклади використання таких варіантів. Цей вибір залежатиме від міркувань та зацікавленості персоналу. Зважаючи на особливу увагу, що приділяється втручанням, які реалізуються за методом «рівний рівному», необхідно обов'язково включити до аналізу приклади таких втручань.

Після визначення відповідних НУО, підхід полягатиме в поєднанні таких дій:

- Перегляд документації (реєстри клієнтів, «SygEx», фінансові записи тощо) та аналіз охоплення, витрат на одного клієнта й утримання та регулярності надання послуг клієнтам;
- Інтерв'ю /фокус-групи з клієнтами щодо якості послуг та рівня задоволення клієнтів;
- Інтерв'ю /фокус-групи з постійними та новими клієнтами стосовно ризикованої поведінки;
- Перегляд даних центру профілактики та боротьби зі СНІДом щодо направлень та показників виживання (це – відмінні зовнішні показники ефективності послуг: кількість направлень; рання ініціація АРТ).

Кожну програмну опцію необхідно ретельно задокументувати; це робитимуть співробітники групи Розвитку програми та ресурсів на основі інтерв'ю з клієнтами та персоналом НУО, спостережень і аналізу документів.

*Основні кроки:*

- Визначити програмні підходи та відповідні НУО;
- Розробити ТЗ і засоби дослідження за підтримки експерта з досліджень;
- Підготувати асистентів з питань дослідження та відповідний інструментарій для тестування;
- Відвідати НУО (опитування клієнтів та перегляд програмної документації);
- Увести кількісні та якісні дані;
- Проаналізувати дані (експерт з досліджень), в тому числі – програмну документацію;
- Підготувати звіт про дослідження та оновити програмну документацію.

*Результат:*

Звіт про дослідження міститиме:

- Порівняння успіхів, досягнутих в рамках кожного програмного підходу, з точки зору кількості охоплених нових та постійних клієнтів, витрат на одного клієнта, рівня задоволення клієнта та ризикованої поведінки;
- Висновки щодо того, який підхід пропонує найкращий баланс, а також який підхід, очевидно, є найменш успішним.

Звіт також міститиме «Практичну примітку» або аналогічні коментарі щодо кожного підходу з тим, щоб інші НУО могли відтворити такий підхід (якщо це рекомендовано дослідженням).

*Потенційний супровід:*

Аналогічне дослідження можна провести наступного року, звертаючи особливу увагу на рекомендовані програмні варіанти (їхні деталі) та/або вивчаючи нові підходи.

**Рекомендовані показники  
результатів та процесу**

**для проектів з профілактики серед  
СІН, РКС, ЧСЧ, в'язнів,**

**а також проектів з догляду та  
підтримки ЛЖВС**



## **1. РЕКОМЕНДОВАНІ ПОКАЗНИКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ПРОЦЕСУ ДЛЯ ПРОЕКТІВ З ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЕД СІН, РКС, ЧСЧ, В'ЯЗНІВ**

**1.1 СІН, охоплені послугами з профілактики протягом останніх 12 місяців  
(кількість та відсоток)**

**1.2 РКС, охоплені послугами з профілактики протягом останніх 12 місяців  
(кількість та відсоток)**

**1.3 ЧСЧ, охоплені послугами з профілактики протягом останніх 12 місяців  
(кількість та відсоток)**

**1.4 Ув'язнені особи, охоплені послугами з профілактики протягом останніх 12  
місяців (кількість та відсоток)**

**1.5 Кількість презервативів, розповсюджених безкоштовно**

**1.6 Кількість розповсюджених шприців**

**1.7 Кількість інформаційних матеріалів, розповсюджених серед ГНР**

**1.8 Кількість надавачів послуг, які пройшли навчання з питань профілактики  
ВІЛ протягом останніх 12 місяців**

**1.9 Кількість створених та чинних пунктів надання послуг**

## 1.1 СІН, охоплені послугами з профілактики протягом останніх 12 місяців (кількість та відсоток)

<p><b>Що він вимірює?</b></p>	<p>Показник вимірює кількість (та відсоток) СІН, які користувалися (щонайменше, один раз) послугами з профілактики ВІЛ протягом останніх 12 місяців.</p> <p>СІН вважається «охопленим послугами з профілактики», якщо він чи вона є клієнтом проекту, тобто, отримав <b>базовий пакет послуг</b>. Рекомендується, щоб базовий пакет послуг для СІН містив зокрема:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Інформаційні матеріали, спрямовані на формування навичок;</li> <li>■ Витратні матеріали (шприци, презервативи);</li> <li>■ Консультування в соціального працівника чи відповідного спеціаліста;</li> <li>■ Направлення до іншого спеціаліста чи в службу відповідно до індивідуальних потреб клієнта.</li> </ul> <p>Цей перелік визначає мінімальний набір послуг, який має отримати особа для того, щоб вважатися «охопленою», однак це жодним чином не знижує важливості інших послуг, що їх надають в пунктах надання послуг.</p>
<p><b>Як він вимірюється?</b></p>	<p><b>Чисельник</b> Чисельник цього показника – це кількість СІН (окремих клієнтів, незалежно від кількості повторів надання послуг), які отримали базовий пакет послуг щонайменше один раз протягом останніх 12 місяців.</p> <p><b>Знаменник</b> Знаменник цього показника – це оцінювана чисельність СІН на території дії охоплення програми або проекту.</p>
<p><b>Які засоби використовуються?</b></p>	<p>Дані для <b>чисельника</b> цього показника можна отримати з АІС реєстрації та обліку клієнтів. Реєстраційні записи оновлюються після кожного надання послуг (як правило – щодня). Узагальнення даних відбувається на «центральному рівні» (регіональному чи національному). Рекомендується докласти максимум зусиль для уникнення подвійного підрахунку.</p>
<p><b>Частота надання звітності</b></p>	<p>Щороку</p>
<p><b>Можлива деталізація</b></p>	<p>Стать, вік, основний наркотик, РКС/не-РКС, ЧСЧ/не-ЧСЧ (для чоловіків).</p>
<p><b>Відповідальність та джерело даних</b></p>	<p>Дані отримують від усіх організацій, що надають послуги з профілактики ВІЛ в регіоні/країні. Це можуть бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Міністерстві у справах сім'ї, молоді та спорту;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> <p>Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.</p>

## 1.2 РКС, охоплені послугами з профілактики протягом останніх 12 місяців (кількість та відсоток)

<p><b>Що він вимірює?</b></p>	<p>Показник вимірює кількість (та відсоток) РКС, які користувалися (щонайменше, один раз) послугами з профілактики ВІЛ протягом останніх 12 місяців.</p> <p>РКС вважається «охопленим послугами з профілактики», якщо він чи вона є клієнтом проекту, тобто, отримав <b>базовий пакет послуг</b>. Рекомендується, щоб базовий пакет послуг для РКС містив:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Інформаційні матеріали, спрямовані на формування навичок безпечної поведінки;</li> <li>■ Витратні матеріали (шприци, якщо клієнт є СІН, презервативи);</li> <li>■ Консультування в соціального працівника чи відповідного спеціаліста;</li> <li>■ Направлення до іншого спеціаліста чи в службу відповідно до індивідуальних потреб клієнта.</li> </ul> <p>Цей перелік визначає мінімальний набір послуг, який має отримати особа для того, щоб вважатися «охопленою», однак це жодним чином не знижує важливості інших послуг, що їх надають в пунктах надання послуг.</p>
<p><b>Як він вимірюється?</b></p>	<p><b>Чисельник</b> Чисельник цього показника – це кількість РКС (окремих клієнтів, незалежно від кількості повторів надання послуг), які отримали базовий пакет послуг щонайменше один раз протягом останніх 12 місяців.</p> <p><b>Знаменник</b> Знаменник цього показника – це оцінкова чисельність РКС на території дії охоплення програми або проекту.</p>
<p><b>Які засоби використовуються?</b></p>	<p>Дані для <b>чисельника</b> цього показника можна отримати з АІС реєстрації та обліку клієнтів. Реєстраційні записи оновлюються після кожного надання послуг (як правило – щодня). Узагальнення даних відбувається на «центральному рівні» (регіональному чи національному). Рекомендується докласти максимум зусиль для уникнення подвійного підрахунку.</p>
<p><b>Частота надання звітності</b></p>	<p>Щороку</p>
<p><b>Можлива деталізація</b></p>	<p>Стать, вік, СІН/не-СІН, ЧСЧ/не-ЧСЧ (для чоловіків).</p>
<p><b>Відповідальність та джерело даних</b></p>	<p>Дані отримують від усіх організацій, що надають послуги з профілактики ВІЛ в регіоні/країні. Це можуть бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Міністерстві у справах сім'ї, молоді та спорту;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> <p>Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.</p>

### 1.3 ЧСЧ, охоплені послугами з профілактики протягом останніх 12 місяців (кількість та відсоток)

<p><b>Що він вимірює?</b></p>	<p>Показник вимірює кількість (та відсоток) ЧСЧ, які користувалися (щонайменше, один раз) послугами з профілактики ВІЛ протягом останніх 12 місяців.</p> <p>ЧСЧ вважається «охопленим послугами з профілактики», якщо він є клієнтом проекту, тобто, отримав <b>базовий пакет послуг</b>. Рекомендується, щоб базовий пакет послуг для ЧСЧ містив:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Інформаційні матеріали, спрямовані на формування навичок безпечної поведінки;</li> <li>■ Витратні матеріали (шприци, якщо клієнт є СІН, презервативи);</li> <li>■ Консультування в соціального працівника чи відповідного спеціаліста</li> <li>■ Направлення до іншого спеціаліста чи в службу відповідно до індивідуальних потреб клієнта.</li> </ul> <p>Цей перелік визначає мінімальний набір послуг, який має отримати особа для того, щоб вважатися «охопленою», однак це жодним чином не знижує важливості інших послуг, що їх надають в пунктах надання послуг.</p>
<p><b>Як він вимірюється?</b></p>	<p><b>Чисельник</b> Чисельник цього показника – це кількість ЧСЧ (окремих клієнтів, незалежно від кількості повторів надання послуг), які отримали базовий пакет послуг щонайменше один раз протягом останніх 12 місяців.</p> <p><b>Знаменник</b> Знаменник цього показника – це оцінкова чисельність ЧСЧ на території дії охоплення програми або проекту.</p>
<p><b>Які засоби використуються?</b></p>	<p>Дані для <b>чисельника</b> цього показника можна отримати з АІС реєстрації та обліку клієнтів. Реєстраційні записи оновлюються після кожного надання послуг (як правило – щодня). Узагальнення даних відбувається на «центральному рівні» (регіональному чи національному). Рекомендується докласти максимум зусиль для уникнення подвійного підрахунку.</p>
<p><b>Частота надання звітності</b></p>	<p>Щороку</p>
<p><b>Можлива деталізація</b></p>	<p>Вік, СІН/не-СІН, РКС/не-РКС.</p>
<p><b>Відповідальність та джерело даних</b></p>	<p>Дані отримують від усіх організацій, що надають послуги з профілактики ВІЛ в регіоні/країні. Це можуть бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Міністерстві у справах сім'ї, молоді та спорту;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> <p>Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.</p>

## 1.4 Ув'язнені особи, охоплені послугами з профілактики протягом останніх 12 місяців (кількість та відсоток)

<p><b>Що він вимірює?</b></p>	<p>Показник вимірює кількість (та відсоток) в'язнів, які користувалися (щонайменше, один раз) послугами з профілактики ВІЛ протягом останніх 12 місяців.</p> <p>Ув'язнена особа вважається «охопленою послугами з профілактики», якщо він чи вона є клієнтом проекту, тобто, отримав <b>базовий пакет послуг</b>. Рекомендується, щоб базовий пакет послуг для в'язнів містив:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Інформаційні матеріали, спрямовані на формування навичок безпечної поведінки;</li> <li>■ Консультування в соціального працівника чи відповідного спеціаліста</li> <li>■ Витратні матеріали (шприци, презервативи – доступні, але не обов'язкові);</li> </ul> <p>Цей перелік визначає мінімальний набір послуг, який повинен отримати особа для того, щоб вважатися «охопленою», однак це жодним чином не знижує важливості інших послуг, що їх надають в закладах пенітенціарної системи.</p>
<p><b>Як він вимірюється?</b></p>	<p><b>Чисельник</b> Чисельник цього показника – це кількість в'язнів (окремих клієнтів, незалежно від кількості повторів надання послуг), які отримали базовий пакет послуг щонайменше один раз протягом останніх 12 місяців.</p> <p><b>Знаменник</b> Знаменник цього показника – це загальна кількість осіб, які перебували в ув'язненні протягом 12 місяців (включаючи тих, хто перебував у місцях позбавлення волі менше 12 місяців) в усіх пенітенціарних закладах на території дії охоплення програми або проекту, якщо надання таких послуг дозволене чинним національним законодавством.</p>
<p><b>Які засоби використовуються?</b></p>	<p>Дані для <b>чисельника</b> цього показника можна отримати з АІС реєстрації та обліку клієнтів. Реєстраційні записи оновлюються після кожного надання послуг (як правило – щодня). Узагальнення даних відбувається на «центральному рівні» (регіональному чи національному). Рекомендується докласти максимум зусиль для уникнення подвійного підрахунку.</p>
<p><b>Частота надання звітності</b></p>	<p>Щороку</p>
<p><b>Можлива деталізація</b></p>	<p>Стать, вік, СІН/не-СІН, ЧСЧ/не-ЧСЧ (для чоловіків).</p>
<p><b>Відповідальність та джерело даних</b></p>	<p>Дані отримують від усіх організацій, що надають послуги з профілактики ВІЛ в регіоні/країні. Це можуть бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Департаменті з питань виконання покарань;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> <p>Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.</p>

## 1.5 Кількість презервативів, розповсюджених безкоштовно

<b>Що він вимірює?</b>	<p>Цей показник вимірює загальну кількість презервативів, розповсюджених через цільові програми й проекти з профілактики серед представників ГНР, наприклад, СІН, РКС, ЧСЧ та ув'язнених.</p> <p>Кількість розповсюджених презервативів повинна враховувати як чоловічі, так і жіночі презервативи.</p>
<b>Як він вимірюється?</b>	<p>Кожний окремо виданий презерватив підраховується як один. Наприклад, якщо стрічка чи пачка містить 3 презервативи, то їх підраховують як 3.</p>
<b>Які засоби використовуються?</b>	<p>Дані для цього показника можна отримати з АІС реєстрації та обліку клієнтів, яка також відстежує всі витратні матеріали й послуги, надані кожному клієнтові.</p> <p>Дані також можна отримати з документів складського обліку.</p>
<b>Частота надання звітності</b>	<p>Щоквартально/ раз на півроку / щорічно</p>
<b>Можлива деталізація</b>	<p>Чоловічі/жіночі презервативи, кількість презервативів, виданих представникам кожної групи найвищого ризику (наприклад, СІН, РКС, ЧСЧ, в'язні)</p>
<b>Відповідальність та джерело даних</b>	<p>Дані отримують від усіх організацій, що надають послуги з профілактики ВІЛ в регіоні/країні. Це можуть бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Міністерстві у справах сім'ї, молоді та спорту, при Департаменті з питань виконання покарань;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> <p>Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.</p>

## 1.6 Кількість розповсюджених шприців

<b>Що він вимірює?</b>	Цей показник вимірює загальну кількість шприців, розповсюджених через цільові програми і проекти з профілактики серед СІН.
<b>Як він вимірюється?</b>	Кожний окремо виданий шприц підраховується як один. Наприклад, якщо стрічка чи пачка містить 3 шприци, то їх підраховують як 3.
<b>Які засоби використовуються?</b>	Дані для цього показника можна отримати з АІС реєстрації та обліку клієнтів, яка також відстежує всі витратні матеріали і послуги, надані кожному клієнтові. Дані також можна отримати з документів складського обліку.
<b>Частота надання звітності</b>	Щоквартально/ раз на півроку / щорічно
<b>Можлива деталізація</b>	Тип шприца (об'єм), видані/обмінені шприци
<b>Відповідальність та джерело даних</b>	Дані отримують від усіх організацій, що надають послуги з профілактики ВІЛ в регіоні/країні. Це можуть бути: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Міністерстві у справах сім'ї, молоді та спорту, при Департаменті з питань виконання покарань;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.



## 1.7 Кількість інформаційних матеріалів, розповсюджених серед ГНР

<b>Що він вимірює?</b>	Цей показник вимірює загальну кількість інформаційних матеріалів, розповсюджених через цільові програми й проекти з профілактики серед представників ГНР, наприклад, СІН, РКС, ЧСЧ та ув'язнених.
<b>Як він вимірюється?</b>	Необхідно підраховувати кожну видану копію інформаційного матеріалу. До таких матеріалів належать буклети, листівки, брошури, бюлетені, періодичні видання, довідники тощо, спрямовані на пропаганду безпечної поведінки. Зазвичай, до таких матеріалів не відносять плакати та візитні картки.
<b>Які засоби використуються?</b>	Дані для цього показника можна отримати з АІС реєстрації та обліку клієнтів, яка також відстежує всі витратні матеріали та послуги, надані кожному клієнтові. Дані також можна отримати з документів складського обліку.
<b>Частота надання звітності</b>	Щоквартально/ раз на півроку / щорічно
<b>Можлива деталізація</b>	Тип інформаційного матеріалу, кількість матеріалів, виданих кожній групі найвищого ризику (наприклад, СІН, РКС, ЧСЧ, в'язні)
<b>Відповідальність та джерело даних</b>	Дані отримують від усіх організацій, що надають послуги з профілактики ВІЛ в регіоні/ країні. Це можуть бути: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Міністерстві у справах сім'ї, молоді та спорту, при Департаменті з питань виконання покарань;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.

## 1.8 Кількість надавачів послуг, які пройшли навчання з питань профілактики ВІЛ протягом останніх 12 місяців

<p><b>Що він вимірює?</b></p>	<p>Цей показник вимірює кількість осіб, які протягом останніх 12 місяців пройшли навчання в сфері стратегій профілактики ВІЛ для безпосереднього виконання такої роботи. Надавачами послуг можуть бути інструктори за методом «рівний рівному», працівники «аутріч», соціальні/громадські працівники, медичні працівники тощо. Такі тренінги можуть стосуватися діяльності «аутріч» за методом «рівний рівному», профілактики із залученням до участі, інтерактивної просвіти з питань статевих та життєвих навичок, консультування та інших профілактичних заходів на рівні громади.</p> <p>Якщо тренінг є компонентом іншого навчального курсу, який стосується не тільки питань профілактики ВІЛ, тоді організація повинна кваліфікувати такий курс як навчання, достатньою мірою спрямоване на профілактику. Організація, що готує звіт, бере на себе відповідальність за перевірку відповідності такого курсу належним стандартам. Завдяки такому тренінгу учасники повинні оволодіти навичками, достатніми для безпосереднього впровадження заходів з профілактики у громаді.</p> <p><b>Прикладами</b> таких навичок можуть бути: освіта/міжособистісні комунікації /комунікації у малій групі /стратегії із залученням до участі для профілактики ВІЛ, сексуальне та репродуктивне здоров'я, формування навичок звернення до лікаря у випадку ІПСШ, пропаганда використання презервативів, розвиток вміння домовлятися про безпечний секс.</p>
<p><b>Як він вимірюється?</b></p>	<p>Підраховується кількість надавачів послуг, які пройшли навчання в сфері профілактики ВІЛ протягом останніх 12 місяців. Кожний учасник тренінгів підраховується як один, навіть якщо він чи вона відвідали кілька навчальних курсів з профілактики ВІЛ протягом звітного періоду (12 місяців).</p>
<p><b>Які засоби використовуються?</b></p>	<p>Дані для цього показника можна отримати з АІС реєстрації та обліку тренінгів (цю функцію можна або включити до АІС реєстрації клієнтів, або розробити для цього окрему АІС).</p>
<p><b>Частота надання звітності</b></p>	<p>Щороку</p>
<p><b>Можлива деталізація</b></p>	<p>Стать, тема тренінгу</p>
<p><b>Відповідальність та джерело даних</b></p>	<p>Дані отримують від усіх організацій, що проводять тренінги з питань профілактики ВІЛ для надавачів послуг в регіоні/країні. Це можуть бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Міністерстві у справах сім'ї, молоді та спорту, при Департаменті з питань виконання покарань;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> <p>Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МІО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.</p>

## 1.9 Кількість створених та чинних пунктів надання послуг

<b>Що він вимірює?</b>	Цей показник вимірює кількість створених та чинних пунктів надання послуг, тобто тих, що надають принаймні базовий пакет послуг з профілактики для груп найвищого ризику в певний момент часу.
<b>Як він вимірюється?</b>	Підраховується кожний створений і чинний пункт надання послуг один раз. Зазвичай, кількість функціонуючих пунктів надання послуг вимірюється на певний момент часу (наприклад, в кінці кварталу чи року), з виключенням тих пунктів, які працювали раніше, але завершили свою діяльність на даному етапі.
<b>Які засоби використовуються?</b>	Програмні записи усіх організацій, що надають послуги з профілактики ВІЛ.
<b>Частота надання звітності</b>	Щороку
<b>Можлива деталізація</b>	Цей показник можна деталізувати за типом пункту надання послуг (наприклад, стаціонарний, мобільний «аутріч», вуличний тощо), або за регіоном.
<b>Відповідальність та джерело даних</b>	<p>Дані отримують від усіх організацій, що надають послуги з профілактики ВІЛ в регіоні/країні. Це можуть бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Міністерстві у справах сім'ї, молоді та спорту, при Департаменті з питань виконання покарань;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> <p>Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.</p>

## **2. РЕКОМЕНДОВАНІ ПОКАЗНИКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ПРОЦЕСУ ДЛЯ ПРОЕКТІВ З ДОГЛЯДУ ТА ПІДТРИМКИ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ/СНІД**

**2.1 Дорослі, які живуть з ВІЛ/СНІД (ЛЖВС), охоплені послугами з догляду та підтримки протягом останніх 12 місяців (кількість та відсоток)**

**2.2 Діти, які живуть з\чи постраждали через ВІЛ/СНІД, охоплені послугами з догляду та підтримки протягом останніх 12 місяців (кількість та відсоток)**

**2.3 Хронічно хворі люди, які живуть з ВІЛ/СНІД (ЛЖВС), що отримували паліативний догляд протягом останніх 12 місяців**

**2.4 Кількість створених та чинних центрів комплексного догляду та підтримки для ЛЖВС**

## 2.1 Дорослі, які живуть з ВІЛ/СНІД (ЛЖВС), охоплені послугами з догляду та підтримки протягом останніх 12 місяців (кількість та відсоток)

<p><b>Що він вимірює?</b></p>	<p>Показник вимірює кількість (та відсоток) дорослих ЛЖВС (16 років і старше), які щонайменше один раз скористалися послугами з догляду та підтримки протягом останніх 12 місяців.</p> <p>ЛЖВС вважається «охопленим послугами з догляду та підтримки», якщо він чи вона є клієнтом проекту, тобто, отримав <b>базовий пакет послуг</b>. Рекомендується, щоб базовий пакет послуг для ЛЖВС містив принаймні один з вказаних нижче компонентів:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Психологічна підтримка (консультування за методом «рівний рівному» та/або участь у групі самопомоги та/або консультування щодо дотримання режиму АРТ тощо);</li> <li>■ Соціально-економічна підтримка (гуманітарна допомога, догляд вдома, соціальний патронаж тощо).</li> </ul> <p>У ширшому сенсі програми з догляду та підтримки можуть також передбачати зовнішню підтримку, включаючи консультування, надання медичної допомоги, допомогу в хатній роботі, супровід, фінансову підтримку, юридичні послуги, догляд, допомогу в отриманні шкільної освіти, доступ до притулків та інші медично-соціальні послуги. Деякі з них надають на рівні домогосподарств, а деякі – на рівні громад. Цей показник враховує обидва рівні.</p>
<p><b>Як він вимірюється?</b></p>	<p><b>Чисельник</b> Чисельник цього показника – це кількість ЛЖВС (окремих клієнтів, незалежно від кількості повторів надання послуг), які отримали базовий пакет послуг щонайменше один раз протягом останніх 12 місяців.</p> <p><b>Знаменник</b> Знаменник цього показника – це оцінкова чисельність ЛЖВС на території дії охоплення програми або проекту (якщо таких оцінкових даних немає, то для знаменника можна використати кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб, які мешкають на території).</p>
<p><b>Які засоби використуються?</b></p>	<p>Дані для <b>чисельника</b> цього показника можна отримати з АІС реєстрації та обліку клієнтів. Реєстраційні записи оновлюються після кожного надання послуг (як правило – щодня). Узагальнення даних відбувається на «центральному рівні» (регіональному чи національному). Рекомендується докласти максимум зусиль для уникнення подвійного підрахунку.</p>
<p><b>Частота надання звітності</b></p>	<p>Щороку</p>
<p><b>Можлива деталізація</b></p>	<p>Стать, вік, СІН/не-СІН, РКС/не-РКС, ЧСЧ/не-ЧСЧ.</p>
<p><b>Відповідальність та джерело даних</b></p>	<p>Дані отримують від усіх організацій, що надають послуги з догляду та підтримки в зв'язку з ВІЛ у регіоні/країні. Це можуть бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Міністерстві у справах сім'ї, молоді і спорту, при Міністерстві охорони здоров'я;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> <p>Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.</p>

## 2.2 Діти, які живуть з\чи постраждали через ВІЛ/СНІД, охоплені послугами з догляду та підтримки протягом останніх 12 місяців (кількість та відсоток)

<p><b>Що він вимірює?</b></p>	<p>Показник вимірює кількість (та відсоток) дітей (до 16 років), які живуть з або постраждали через ВІЛ/СНІД і які щонайменше один раз скористалися послугами з догляду та підтримки протягом останніх 12 місяців.</p> <p>Дитина вважається «охопленою послугами з догляду та підтримки», якщо вона є клієнтом проекту, тобто отримала <b>базовий пакет послуг</b>. Рекомендується, щоб базовий пакет послуг для дітей містив принаймні один з вказаних нижче компонентів:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Для немовлят (до 18 місяців): медичний та соціальний патронаж, догляд, гігієна, харчування та сприятливе середовище підтримки, медична реабілітація, надання гуманітарної допомоги (харчування – молочні суміші, вітаміни, основні медикаменти, гігієнічні засоби, іграшки тощо);</li> <li>■ Для дітей віком від 18 місяців до 15 років: медична та психосоціальна підтримка, освіта та розвиток, соціальна та правова підтримка, допомога в отриманні пенсії та допомоги з інвалідності, медична реабілітація, підтримка родини, дотримання режимів лікування й позитивна профілактика, професійна орієнтація тощо.</li> </ul> <p>Деякі з цих послуг надаються на рівні домогосподарств, а деякі – на рівні громад. Цей показник враховує обидва рівні.</p>
<p><b>Як він вимірюється?</b></p>	<p><b>Чисельник</b> Чисельник цього показника – це кількість дітей віком до 16 років, які живуть з ВІЛ/СНІД або постраждали від цієї хвороби (окремих клієнтів, незалежно від кількості повторів надання послуг), які отримали базовий пакет послуг щонайменше один раз протягом останніх 12 місяців. Діти, які постраждали через ВІЛ/СНІД – це діти, які втратили одного чи обох батьків через СНІД, або діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями.</p> <p><b>Знаменник</b> Знаменник цього показника – це оцінкова чисельність дітей, які живуть з або постраждали через ВІЛ/СНІД на території дії охоплення програми або проекту (якщо такі оцінкові дані відсутні, то для знаменника можна використати кількість офіційно зареєстрованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які мешкають на території).</p>
<p><b>Які засоби використовуються?</b></p>	<p>Дані для <b>чисельника</b> цього показника можна отримати з АІС реєстрації та обліку клієнтів. Реєстраційні записи оновлюються після кожного надання послуг (як правило – щодня). Узагальнення даних відбувається на «центральному рівні» (регіональному чи національному). Рекомендується докласти максимум зусиль для уникнення подвійного підрахунку.</p>
<p><b>Частота надання звітності</b></p>	<p>Щороку</p>
<p><b>Можлива деталізація</b></p>	<p>Стать, вік, ВІЛ-статус (позитивний, негативний).</p>
<p><b>Відповідальність та джерело даних</b></p>	<p>Дані отримують від усіх організацій, що надають послуги з догляду та підтримки дітям у зв'язку з ВІЛ в регіоні/країні. Це можуть бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Міністерстві у справах сім'ї, молоді і спорту, при Міністерстві охорони здоров'я;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> <p>Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.</p>

### 2.3 Хронічно хворі люди, які живуть з ВІЛ/СНІД (ЛЖВС), що отримували паліативний догляд протягом останніх 12 місяців

<b>Що він вимірює?</b>	Показник вимірює кількість хронічно хворих ЛЖВС, які отримували паліативний догляд в хоспісах/амбулаторних відділеннях (клініках) протягом останніх 12 місяців.
<b>Як він вимірюється?</b>	Показник вимірює кількість ЛЖВС (окремих клієнтів, незалежно від кількості повторів надання послуг), які отримували паліативний догляд протягом 12 місяців.
<b>Які засоби використовуються?</b>	Дані для цього показника можна отримати з бази реєстрації та обліку клієнтів АІС хоспісів та/або амбулаторних відділень (клінік). Узагальнення даних відбувається на «центральному рівні» (регіональному чи національному). Рекомендується докласти максимум зусиль для уникнення подвійного підрахунку.
<b>Частота надання звітності</b>	Щороку
<b>Можлива деталізація</b>	Стать, вік
<b>Відповідальність та джерело даних</b>	Дані отримують з усіх хоспісів/клінік, що надають послуги з паліативного догляду хронічно хворим ЛЖВС в регіоні/країні. Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.



## 2.4 Кількість створених та чинних центрів комплексного догляду та підтримки для ЛЖВС

<p><b>Що він вимірює?</b></p>	<p>Цей показник вимірює кількість створених та чинних центрів комплексного догляду та підтримки ЛЖВС, тобто тих, що надають комплексні послуги з догляду та підтримки ЛЖВС (в тому числі – дітям, які живуть з чи постраждали через ВІЛ/СНІД) станом на певний момент часу.</p> <p>Центр комплексного догляду та підтримки, зазвичай, включає в себе громадський центр, що надає різноманітні послуги, має кімнату денного догляду за дітьми, видає направлення, забезпечує послуги соціального патронажу тощо. Однак критерії для визначення центру комплексного догляду та підтримки (перелік пропонованих послуг) слід розробляти на національному рівні; їх мають дотримуватися усі постачальники послуг в країні.</p>
<p><b>Як він вимірюється?</b></p>	<p>Підраховувати кожний створений і чинний центр один раз.</p> <p>Зазвичай, кількість функціонуючих центрів вимірюється на певний момент часу (наприклад, в кінці кварталу чи року), з виключенням тих центрів, які працювали раніше, але завершили свою діяльність на даному етапі.</p>
<p><b>Які засоби використовуються?</b></p>	<p>Програмні записи всіх організацій, що надають послуги з догляду та підтримки ЛЖВС.</p>
<p><b>Частота надання звітності</b></p>	<p>Щороку</p>
<p><b>Можлива деталізація</b></p>	<p>Цей показник можна деталізувати за регіонами.</p>
<p><b>Відповідальність та джерело даних</b></p>	<p>Дані отримують від усіх організацій, що надають послуги з догляду та підтримки ЛЖВС в регіоні/країні. Це можуть бути:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Окремі НУО;</li> <li>■ Окремі державні структури, наприклад, соціальні служби при Міністерстві у справах сім'ї, молоді та спорту, при міністерстві охорони здоров'я;</li> <li>■ Окремі приватні організації</li> </ul> <p>Повинен існувати окремий орган (зазвичай, це національна структура з МіО), що відповідатиме за збір, узагальнення, аналіз та розповсюдження даних.</p>

## Перелік використаних і рекомендованих джерел:

1. GFATM, *Monitoring and Evaluation Toolkit. HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria*, second edition (Geneva, 2006).  
[http://www.theglobalfund.org/en/about/policies\\_guidelines/](http://www.theglobalfund.org/en/about/policies_guidelines/)
2. UNAIDS, *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-at-Risk Populations* (Geneva, 2007).  
[http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070420\\_me\\_of\\_prevention\\_in\\_most\\_at\\_risk\\_populations\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070420_me_of_prevention_in_most_at_risk_populations_en.pdf)
3. UNAIDS, *Мониторинг выполнения «Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом». Руководящие принципы разработки ключевых показателей (Geneva, 2007)*.  
[http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070411\\_ungass\\_core\\_indicators\\_manual\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070411_ungass_core_indicators_manual_en.pdf) – Англійською  
[http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1318-coreindicators08\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1318-coreindicators08_ru.pdf) – Російською
4. Sharma, M et al., "Coverage of HIV Prevention Programmes for Injection Drug Users: Confusions, Aspirations, Definitions and Ways Forward", *International Journal of Drug Policy* (issue 18, 2007, p. 92–98).
5. Burrows D., *Участки с высоким уровнем охвата. Профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков в странах с переходной экономикой и развивающихся странах. Тематические исследования (UNAIDS, Geneva, 2006)*.  
[http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1254-HighCoverageIDU\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1254-HighCoverageIDU_en.pdf) – Англійською  
[http://data.unaids.org/Pub/report/2006/JC1254-HighCoverageIDU\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/Pub/report/2006/JC1254-HighCoverageIDU_ru.pdf) – Російською
6. UNAIDS, FHI, *Estimating the Size of Populations at Risk for HIV* (2003).  
[http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/EstimatingPopSizes\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/EstimatingPopSizes_en.pdf)
7. FHI, *Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries*  
<http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/Archive/evalchap/index.htm>
8. FHI, *Исследования особенностей поведения: Руководство по проведению периодических исследований в рамках изучения поведения групп населения, подверженных риску инфицирования ВИЧ*  
<http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/bssguidelines.htm> – Англійською  
<http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/bssrussian.htm> – Російською
9. USAID, MEASURE Evaluation, *Data Quality Assurance Tool for Program-Level Indicators* (2007).  
<http://www.pepfar.gov/documents/organization/79628.pdf>
10. AOSI, APMG, USAID, *Уникальный идентификационный код. Программа USAID по снижению спроса на наркотики в Узбекистане, Таджикистане и регионе Ферганской долины Кыргызстана. Сборник примеров передового опыта DDRP* (2007).  
[http://www.aidsprojects.com/uploads/File/UIC\\_Eng\(1\).pdf](http://www.aidsprojects.com/uploads/File/UIC_Eng(1).pdf) – Англійською  
<http://www.ddrprogram.org/download.php?id=172> – Російською

11. MEASURE Evaluation, *Data Demand and Information Use in the Health Sector. Strategies and Tools*

[http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/DDIU/DDIU\\_Strategies\\_and\\_Tools\(intro\).pdf](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/DDIU/DDIU_Strategies_and_Tools(intro).pdf)

12. Rugg D., Carael M., Boerma J. and Novak J., "Global Advances in Monitoring and Evaluation of HIV/AIDS: From AIDS Case Reporting to Programme Improvement", Rugg D., Peersman G. and Carael M. (eds.), *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation. New Directions for Evaluation* (2004).

13. Балакіре́ва та ін., *Аналітичний звіт за результатами дослідження. Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні* (Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Київ, 2006).

[http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/our/monitoring\\_reports/pdf/size\\_en.pdf](http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/size_en.pdf)

– Англійською

[http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/our/monitoring\\_reports/pdf/size\\_ua.pdf](http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/our/monitoring_reports/pdf/size_ua.pdf)

– Українською

14. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, *Руководство по оценке с привлечением к участию* (Київ, 2001).

<http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/our/assessment/pdf/mg.pdf>

15. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, *Мониторинги оценка: методические рекомендации* (Київ, 2004).

<http://www.aidsalliance.kiev.ua/ru/library/our/monitoring/pdf/mg4.pdf>

16. International HIV/AIDS Alliance, *Developing HIV/AIDS Work with Drug Users: a Guide to Participatory Assessment and Response* (2003).

[http://www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/idu0803\\_idu\\_guide.pdf](http://www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/idu0803_idu_guide.pdf)

17. International HIV/AIDS Alliance, *Participatory Site Assessments: Cambodia, Ecuador and Andhra Pradesh State in India* (2003).

[http://www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/psa0803\\_participatory\\_site\\_assessment.pdf](http://www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/psa0803_participatory_site_assessment.pdf)

18. Keith Mackay, *How to Build M&E Systems to Support Better Government* (IEG, World Bank, 2007).

[http://www.worldbank.org/ieg/ecd/docs/How\\_to\\_build\\_ME\\_gov.pdf](http://www.worldbank.org/ieg/ecd/docs/How_to_build_ME_gov.pdf)

19. UNAIDS, World Bank, *National AIDS Councils Monitoring and Evaluation Operations Manual* (2002).

[http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/jc808-moneval\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/jc808-moneval_en.pdf)

20. UNAIDS "Three Ones" Principles

[http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/three\\_ones.asp](http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/three_ones.asp)

21. PEPI for Windows (WinPepi) software

<http://www.healthcarefreeware.com/calc.htm>

22. UNAIDS, WHO, *Использование метода «Рабочего журнала» для проведения оценки распространённости ВИЧ/СПИДа в странах с концентрированными эпидемиями и эпидемиями низкого уровня. Руководство* (Geneva, 2007).

[http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/workbook\\_manual\\_2007\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/workbook_manual_2007_en.pdf)

– Англійською

[http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/workbook\\_manual\\_2007\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/workbook_manual_2007_ru.pdf)

– Російською

23. UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections  
**[www.epidem.org](http://www.epidem.org)**
24. Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries, *Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries: An Assessment of Evidence* (2006).  
**[http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=11731](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11731)**
25. Quality in Alcohol and Drug Services (QUADS), *Organisational Standards for Alcohol and Drug Treatment Services* (Alcohol Concern, SCODA, London, 1999).  
**[http://www.alcoholconcern.org.uk/files/20040818\\_141945\\_quads%20organisational%20standards.pdf](http://www.alcoholconcern.org.uk/files/20040818_141945_quads%20organisational%20standards.pdf)**
26. National Treatment Agency for Substance Misuse, *Service Specification Tier 2: Needle Exchange and Harm Reduction* (NHS, 2003).  
**[http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta\\_needle\\_x\\_harm\\_reduction\\_section3.2.pdf](http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_needle_x_harm_reduction_section3.2.pdf)**
27. U.S. Agency for International Development Office of HIV/AIDS, *Expanded Response Guide to Core Indicators for Monitoring and Reporting on HIV/AIDS Programs* (2003).  
**[http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/aids/TechAreas/monitoreval/expandresponse.pdf](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/TechAreas/monitoreval/expandresponse.pdf)**
28. UNAIDS, WHO, UNICEF, USAID, FHI, MEASURE Evaluation, *National AIDS Programmes. A Guide to Monitoring and Evaluating HIV/AIDS Care and Support* (WHO, Geneva, 2004).  
**[http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1013-CareSupport\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/JC1013-CareSupport_en.pdf)**
29. UNAIDS, WHO, *Evaluation of a National AIDS Programme: A Methods Package. Prevention of HIV Infection* (2001).
30. UNAIDS, *Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ. На пути к обеспечению всеобщего доступа* (Geneva, 2007).  
**[http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306\\_Prevention\\_Guidelines\\_Towards\\_Universal\\_Access\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf)** – Англійською  
**[http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274\\_practguidelines\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1274_practguidelines_ru.pdf)** – Російською
31. SyrEX MIS, user manual  
**<http://www.vasbor.com/pages/syrex.html>**
32. ICF "International HIV/AIDS Alliance in Ukraine"  
**<http://www.aidsalliance.kiev.ua/>**  
**<http://www.aidsfiles.net.ua>**
33. Global HIV Evaluation  
**<http://www.globalhiveevaluation.org/HighlightedTools.aspx>**
34. UNAIDS publications catalogue  
**<http://www.unaids.org/DocOrder/OrderForm.aspx>**
35. International Journal of Drug Policy  
**<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/drupol/>**
36. MEASURE Evaluation  
**<http://www.cpc.unc.edu/measure>**

**МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні"**  
**вул. Димитрова, 5, корпус 10 А**  
**03680, Київ, Україна**

**Тел: (+380 44) 490 5485**

**(+380 44) 490 5486**

**(+380 44) 490 5487**

**(+380 44) 490 5488**

**Факс: (+380 44) 490 5489**

**E-mail: [office@aid alliance.org.ua](mailto:office@aid alliance.org.ua)**

**<http://www.aid alliance.org.ua>**



9 789668 754197