



Всемирная Организация  
Здравоохранения



ВСЕМИРНЫЙ БАНК

unicef 



**ЮНЭЙДС**

ЮНЭЙДС - СПИД - ПРОСВЕЩЕНИЕ - ЮНКИМ - СПИД  
МОТ - СПИД - ВОЗ - ВСЕМИРНЫЙ БАНК



**Глобальный фонд**  
для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

---

# МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ ВИЧ/СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗ И МАЛЯРИЯ

Июнь 2004 г.



# ОГЛАВЛЕНИЕ

Почему именно такое руководство? .....	5
Для кого оно предназначено? .....	5
Что включает такое руководство? .....	5
Как выбирались показатели? .....	6
Как использовать данное методологическое руководство? .....	6
Основные элементы МиО .....	6
Создание и укрепление программы по МиО .....	6
Рамка 1. Основные качества надлежащей системы МиО .....	8
Общие концепции МиО .....	9
Таблица 1. Структура МиО с примерами областей, основных вопросов и показателей .....	10
Уровни мониторинга и оценки .....	12
Таблица 2а. Обзор областей оказания помощи и общих видов деятельности, осуществляемых в них в отношении ВИЧ/СПИДа .....	13
Таблица 2б. Обзор областей оказания помощи и общих видов деятельности, осуществляемых в них в отношении туберкулеза .....	13
Таблица 2с. Обзор областей оказания помощи и общих видов деятельности, осуществляемых в них в отношении ТБ/ВИЧ .....	14
Таблица 2д. Обзор областей оказания помощи и общих видов деятельности, осуществляемых в них в отношении малярии .....	14
Таблица 3. Обзор общих показателей конечного результата и воздействия в отношении ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии .....	15
Часто задаваемые вопросы .....	15
Технические вопросы .....	15
Практические вопросы .....	20
Вопросы, относящиеся к Глобальному фонду .....	32
Краткая таблица по всеобщим показателям по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии .....	22
ВИЧ/СПИД .....	24
Общие ресурсы .....	24
Техническая помощь .....	25
Краткая таблица по ВИЧ/СПИДу .....	26
Программное обеспечение .....	27
Руководства и основные ссылки на мониторинг и оценку .....	28
ТУБЕРКУЛЕЗ .....	30
Краткая таблица по туберкулезу .....	30
Общие ресурсы .....	30
Техническая помощь .....	31
Программное обеспечение .....	31
Руководства .....	31
ТБ/ВИЧ .....	32
Краткая таблица по ТБ/ВИЧ .....	32
Общие ресурсы .....	32
Техническая помощь .....	32
Руководства .....	33
МАЛЯРИЯ .....	34
Краткая таблица по малярии .....	34
Общие ресурсы .....	35
Техническая помощь и программное обеспечение .....	35
Руководства .....	35



## Почему именно такое руководство?

С учетом того, что настало время в глобальном масштабе расширить ответные меры в отношении трех основных инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИДа, туберкулеза (ТБ) и малярии, работникам общественного здравоохранения необходимо обеспечить различную степень отчетности в отношении проводимых ими мероприятий или политики для тех, перед кем они обязаны отчитываться. Все большее значение для стран приобретает возможность представлять точные, своевременные и поддающиеся сопоставлению данные национальным органам и донорам, с тем чтобы обеспечить непрерывность финансирования для расширения программ здравоохранения, и, что также чрезвычайно важно, для использования этой информации на местах с целью укрепления создаваемых программ. Это методологическое руководство имеет цель предоставить странам возможности проводить необходимые измерения, обеспечивать уведомление и использование качественной информации по вопросам здравоохранения и связанным с ним областям таким образом, чтобы учитывались потребности как доноров, так и стран. Чрезвычайно важным для тех, кто осуществляет национальные программы, и для их руководителей является обеспечение доступа к качественной информации, которая необходима им для корректировки и для принятия решений, касающихся программной и технической стороны.

Существующие руководства и материалы МиО были созданы на основе совместной работы многих партнерских организаций, таких как ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, двусторонние агентства и НПО, а также глобальных партнерств по болезням, таких как Инициатива по ВИЧ/СПИДу «3 к 5», «Остановить ТБ» и «Обратить вспять малярию». Разработанное при поддержке международных органов по финансированию и экспертов в вопросах МиО настоящее методологическое руководство имеет цель представить набор стандартных показателей и элементы наилучшей практики в области МиО при использовании общей структуры МиО в отношении трех заболеваний и предоставлении пользователям ссылок на основополагающие материалы и источники. Будучи определенным как методологическое руководство по «мониторингу и оценке», настоящий документ обращает основное внимание на компонент мониторинга и высокий уровень регистрации ограниченного набора мер для определения прогресса. В попытке рассмотреть каждую болезнь по показателю в отношении «благоприятствующей среды» представлены в более широком контексте. Однако большинство показателей сосредоточены на секторе здравоохранения.

Настоящее методологическое руководство ставит своей целью оказание странам содействия по следующим направлениям:

- определение с участием пользователей национальной стратегии МиО посредством обеспечения обзора основных подлежащих рассмотрению вопросов;
- разработка стабильных систем МиО, которые могут использоваться для уведомления о результатах и воздействии при осуществлении различных этапов расширенных программ;
- осуществление и контроль качества систем МиО и уведомление о ходе работы; и
- оценка, обзор и улучшение систем МиО на протяжении определенного времени по мере расширения видов вмешательства по сокращению заболеваемости и смертности, которые ассоциируются с ВИЧ/СПИДом, ТБ и малярией.

Данное методологическое руководство является результатом совместной деятельности международных партнеров, включая ВОЗ, ЮНЭЙДС, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, ЮСАИД, ЦББ, Министерство здравоохранения и гуманитарных услуг (США), ЮНИСЕФ и Всемирный банк. Это обязывало рабочие группы координировать показатели по этим трем заболеваниям, проводить регулярное обновление по мере развития системы измерений и программ по оценке и мониторингу, а также проводить обзор соответствующими техническими отделами в отношении каждой болезни. Согласование и более широкое участие партнеров рассматривается в качестве важного элемента координации передачи данных от международного уровня национальному и местному уровням, особенно с учетом того, что ресурсы для этих видов деятельности часто ограничены.

## Для кого оно предназначено?

Данное руководство, содержащее информационные материалы, предназначено для тех, кто работает на уровне стран над системами МиО для расширенных программ по ВИЧ/СПИДу, ТБ и/или малярии, при обеспечении незамедлительного доступа к основным ресурсам и стандартным руководствам. В число пользователей входят руководители национальных программ по борьбе с болезнями и руководители проектов, донорские агентства и агентства, обеспечивающие техническую помощь и осуществление, а также НПО для обеспечения лучшей гармонизации требований в отношении информации. Хотя настоящее руководство составлено с учетом этих конкретных пользователей, в нем не ставится цель исключить более широкий круг отдельных лиц и групп, работающих в областях этих заболеваний, включающий среди прочих, например, специалистов, работающих в области образования, занимающихся гендерными проблемами и вопросами реформы «правовой системы».

## Что включает такое руководство?

Данное руководство включает стандартную структуру для разработки ряда руководств и методик МиО, резюме согласованных иллюстративных основных показателей в отношении трех заболеваний и ссылки на

более подробные руководства в отношении показателей по конкретным программным областям. Кроме того, в этом методологическом руководстве рассматриваются наиболее часто задаваемые вопросы, связанные с осуществлением МиО для программ по ВИЧ/СПИДу, ТБ и малярии.

Показатели, представленные здесь, были разработаны для пользователей на национальном уровне, хотя многие из них могут использоваться на различных уровнях. Пользователи в странах должны разрабатывать и модифицировать свою систему сбора (медицинской) информации с учетом различных ее видов, которые необходимы для использования на различных уровнях, с тем чтобы обеспечить всеобъемлющую «широкую картину», которую должны представлять эти показатели. Кроме того, новые технологии и разработки приводят к необходимости проводить периодический обзор и обновление иллюстративных показателей, которые здесь представлены. Впервые за все время такие показатели в отношении этих заболеваний объединены в одном руководстве. Поэтому оно рассматривается в качестве продолжающейся работы, а в целях удовлетворения потребностей пользователей в него будут периодически включаться какие-то изменения. Нами будут определены направления, которые потребуют уточнения в дальнейших публикациях по мере необходимости. Настоящий документ может быть получен в электронной форме: <http://www.theglobalfund.org/en/apply/call/>.

**Примечание:** Данное методологическое руководство не ставит своей целью предоставить исчерпывающий обзор всех основных и дополнительных показателей, разработанных для каждой области этих трех болезней. Его цель скорее заключается в том, чтобы предоставить пользователям набор наиболее распространенных показателей, используемых в конкретных областях деятельности. Для получения полного перечня всех существующих показателей читатели могут обратиться в раздел руководства по каждому заболеванию: ВИЧ/СПИД, ТБ и малярия. В этих разделах перечислены все имеющиеся руководства по МиО, включая показатели программ.

## Как выбирались показатели?

Представленные здесь показатели были выбраны после консультаций с техническими экспертами в области МиО в отношении каждого из трех заболеваний, а также с сотрудниками Глобального фонда. Были проведены консультации с работниками отделов ВОЗ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, ТБ и малярией. Кроме того, были затребованы данные из других учреждений ООН, а именно из ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ, в также из Всемирного банка, ЮСАИД и ЦББ, с тем чтобы обеспечить соответствие между рекомендуемыми показателями и показателями, используемыми в этих организациях. **Важно отметить, что для настоящего методологического руководства не разрабатывались новые показатели, а в нем представлены существующие показатели или показатели, которые будут скоро широко использоваться. Поэтому настоящее методологическое руководство основано на уже существующих и принятых показателях, используемых в большом числе программ.** Единственным исключением из этого являются несколько всеобщих показателей, представленных под заголовком «Благоприятствующая среда», которые специфичны для Глобального фонда и представлены в отдельной таблице; эти показатели могут использоваться в отношении всех трех болезней.

## Как использовать данное методологическое руководство?

Данное методологическое руководство имеет цель представить набор стандартных показателей в областях ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии. Общие концепции МиО изложены в первой части документа. В разделах по конкретным заболеваниям представлена техническая информация по каждому показателю. В приложениях представлен обзор определений показателей, измерения и отчетности.

В данном методологическом руководстве не ставится цель включить исчерпывающий перечень показателей (например, не освещается вопрос о совместном применении ДОТС общественным/частным секторами, но может быть подход, осуществляемый в различных ситуациях). Он ограничен набором стандартных показателей, которые вероятнее всего являются частью регулярного сбора данных в программах по болезням и удобны для международных отчетов, предоставляемых, например, ГФСТМ среди прочих других организаций. Как указано выше, настоящее методологическое руководство рассматривается в качестве продолжающейся работы, а в целях удовлетворения потребностей пользователей в него будут периодически включаться какие-то изменения.

Для представления конкретных предложений, касающихся внесения улучшений в данное методологическое руководство, пользователям предлагается сообщать по адресу: [toolkit@who.int](mailto:toolkit@who.int).

## Основные элементы МиО

### Создание и укрепление программы по МиО

Несмотря на значительные достижения, которые были сделаны в странах в отношении МиО, многие из касающихся отдельных заболеваний аспектов МиО были подготовлены как вертикальные параметры, изолированно и зачастую не связаны и не взаимосвязаны с другими источниками. Расширенная оценка поддерживаемого донорами проекта может быть осуществлена в отношении важной области составления программ, но результаты этого могли не стать достоянием других областей. Короче говоря, ценность проведенного исследования в отношении определенного заболевания в стране может быть утрачена в

связи с тем, что часто отсутствует последовательная система МиО, которая должна использоваться для сбора информации в отношении многих заболеваний для пользователей на различных уровнях. Кроме того, многие страны полагаются на обследования, такие как Демографические и медико-санитарные обследования (ДМСО) или Обследования для определения показателей СПИДа (ООПС), Обследования поведенческих навыков (ОПН) и Обследования по определению групп множественных показателей (ООГМП), которые финансируются внешними донорами для сбора информации в отношении эффективности как их собственных, так и поддерживаемых донорами программ. Это обеспечивает данные, которые могут быть ценными в более широком контексте МиО, но могут быть в недостаточной мере взаимосвязаны с традиционными источниками информации здравоохранения, такими как национальная медико-санитарная информация и системы эпиднадзора.

Общая, комплексная и последовательная система МиО имеет ряд преимуществ. Она способствует более эффективному использованию данных и ресурсов за счет обеспечения, например, сопоставимости показателей и методологий выборки, которые поддаются сопоставлению на протяжении определенного времени и за счет уменьшения вероятности дублирования усилий. В случае недостаточных ресурсов это особенно важно. Данные, которые получены с помощью комплексной системы МиО, должны соответствовать потребностям многих пользователей, включая руководителей программы или проекта, научных работников и доноров, исключая при этом необходимость для каждого из них проводить основополагающие обзоры или оценочные исследования с учетом того, что они могут использовать уже имеющиеся данные.

### **Три основные принципа**

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

- единые согласованные рамки действий в отношении ВИЧ/СПИДа, которые обеспечивают основу для координации работы всех партнеров;
- единый национальный координационный орган по борьбе со СПИДом с широким основополагающим многосекторальным мандатом; и
- единая согласованная на уровне стран система мониторинга и оценки.

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

С точки зрения национальной программы последовательная система МиО содействует обеспечению такого положения, когда финансируемые донорами действия в отношении МиО лучше всего соответствуют национальным потребностям. Эти потребности выходят за пределы ориентированных на болезни МиО, а не только обеспечивают потребность в отчетных данных для отдельных международных доноров или организаций. Еще одно преимущество заключается в том, что это содействует также координации и взаимосвязи между различными группами, которые принимают участие в борьбе с ВИЧ/СПИДОМ, ТБ и малярией на национальном уровне. Согласие между основными донорами, техническими агентствами и органами, отвечающими за осуществление, в отношении основной структуры МиО сократит число заявок на получение данных со стороны различных агентств. Совместное планирование, осуществление, анализ или распространение собранных данных могут содействовать сокращению дублирования усилий при составлении программ и расширению сотрудничества между различными группами, многие из которых совместно выполняют эту работу более эффективно, чем по отдельности.

Страны имеют различные потребности в области МиО, которые определяются частично уровнем заболеваемости в отношении ВИЧ, ТБ и малярии. Вместе с тем, успешные системы МиО имеют и общие элементы, как это было продемонстрировано в успешно осуществляемых программах в нескольких странах. Перечень некоторых из этих элементов приводится в Рамке 1.

## Рамка 1. Основные качества надлежащей системы МиО

<p><b>ОТДЕЛ МиО</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Созданный отдел МиО в рамках министерства здравоохранения, располагающий необходимым техническим оснащением и занимающимся обработкой данных персоналом. Этот отдел должен среди прочего координировать усилия в области МиО в отношении этих трех заболеваний независимо от места осуществления отдельных мероприятий МиО, ориентированных на конкретные заболевания</li> <li>Бюджет для МиО должен составлять от 5% до 10% от совместного национального бюджета по ВИЧ/СПИДу, ТБ и малярии из всех источников. В среднем, в качестве образца следует использовать 7%</li> <li>Значительный национальный взнос в национальный бюджет по МиО (исключающий полную зависимость от внешнего источника финансирования)</li> <li>Формальная связь МиО с соответствующими министерствами, НПО и донорами, а также национальными исследовательскими учреждениями, призванными содействовать расширению практической научно-исследовательской работы</li> <li>Наличие многосекторальной рабочей группы, обеспечивающей содействие и консенсус в отношении выбора показателей и различных аспектов структуры и осуществления МиО</li> <li>Наличие опыта в области эпидемиологии в отделе МиО или в связанном с ним подразделении.</li> <li>Наличие опыта по бихевиоральным/социальным аспектам в отделе МиО или в связанном с ним подразделении</li> <li>Обработка данных и наличие статистического опыта в отделе МиО или в связанном с ним подразделении</li> <li>Наличие опыта по распространению данных в отделе МиО или в связанном с ним подразделении</li> <li>Наличие опыта в отслеживании ресурсов, как финансовых, так и материальных</li> </ul>
<p><b>ЧЕТКИЕ ЦЕЛИ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Четко определенная национальная программа или планы проекта с четким определением задач, целей и оперативных планов</li> <li>Национальные планы в области МиО должны пересматриваться каждые 3-5 лет, а оперативные планы ежегодно</li> <li>Регулярные обзоры/оценки хода работы по осуществлению национальной программы или планов проекта</li> <li>Руководства и указания для районов, регионов или провинций в отношении МиО</li> <li>Руководства по взаимосвязи МиО с другими секторами, такими как образование, труд и военная область</li> <li>Координация национальных и донорских потребностей в отношении МиО</li> </ul>
<p><b>ПОКАЗАТЕЛИ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Набор приоритетных и дополнительных показателей на различных уровнях МиО</li> <li>Показатели, которые поддаются сопоставлению с течением времени</li> <li>Ряд основных показателей, которые поддаются сопоставлению с данными из других стран</li> </ul>
<p><b>СБОР ДАННЫХ И АНАЛИЗ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Общий национальный план сбора и анализа данных, включая обеспечение их качества</li> <li>План по сбору данных и периодическому анализу показателей и связанных с ними наборов данных на различных уровнях юрисдикции МиО (включая географические)</li> <li>Данные надзора «второго поколения», в которых поведенческие данные взаимосвязаны с данными эпиднадзора за ВИЧ/ИППП</li> </ul>
<p><b>РАСПРОСТРАНЕНИЕ ДАННЫХ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Общий план распространения данных на национальном уровне</li> <li>Широко распространяемый информационный ежегодный отчет отдела МиО</li> <li>Ежегодные совещания для распространения и обсуждения аспектов МиО и результатов научных исследований с теми, кто определяет политику, занимается вопросами планирования и практическим осуществлением</li> <li>Центр анализа и синтеза информации для подготовки и распространения данных</li> <li>Централизованная база данных или библиотека всех данных, касающихся ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии, включая осуществляемые исследования</li> <li>Координация национальных и донорских потребностей в отношении распространения данных по МиО</li> </ul>

## Общие концепции МиО

Существуют переменные структуры, применимые для выбора показателей МиО. Показатели используются на различных уровнях для определения того, что вкладывается в программу или проект и что получается в результате этого вклада/затрат. В течение нескольких последних лет сформировалась одна широко согласованная структура затрат-процесса-промежуточного-конечного результата-воздействия, которая показана ниже. Для того, чтобы программа или проект достигли поставленных целей, **затраты**, исчисляемые в денежном выражении или в затраченном времени персонала, должны привести к **промежуточному результату**, который выражается в запасах или системах поставки лекарственных препаратов и других основных видов помощи, оказания новых или улучшенных видов обслуживания, подготовленного персонала, информационных материалов и так далее. Эти промежуточные итоги зачастую являются результатом специфических процессов, таких как обучающие сессии для персонала, которые должны включаться в качестве основных мероприятий для получения необходимого результата. Если такой результат спроектирован «должным образом» и им охватывается население, для которого он был предназначен, то программа или проект, по всей вероятности, будет иметь положительный краткосрочный **эффект** или **конечные результаты**, такие, например, как расширенное использование презервативов в случае секса со случайными партнерами, более широкое использование надкроватных сеток, обработанных инсектицидом (СОИ), соблюдение схемы приема противотуберкулезных препаратов или более зрелый возраст для первых половых контактов среди молодежи. Эти позитивные краткосрочные результаты должны приводить к изменениям в долгосрочном **воздействии** программ по отношению к новым случаям ВИЧ, ТБ или малярии. В случае с ВИЧ желаемый результат среди инфицированных лиц включает качество жизни и ожидаемую продолжительность жизни. За дополнительной информацией в отношении структур по МиО читателям может быть интересно обратиться на следующие сайты оценки ПРООН и «MEASURE»:

<http://cfapp1.undp.org/undpweb/oe/evalnet/docstore3/yellowbook/>  
<http://www.cpc.edu/measure/publications/evalman/>

Измерение уровня воздействия предполагает значительные инвестиции в оценку, и зачастую весьма трудно определить степень, в которой отдельные программы или отдельные компоненты программы содействуют общему снижению числа случаев заболевания и увеличению выживаемости. С тем чтобы установить причинно-следственную взаимосвязь в отношении определенного вида вмешательства, возможно, необходимо проведение исследований на экспериментальной или полужэкспериментальной основе для демонстрации такого воздействия. Однако для определения такой взаимосвязи в некоторой степени можно также использовать показатели промежуточного и конечного результата, которые могут в общих чертах указывать на процесс осуществления программ в соответствии с согласованными целями и задачами.

Поэтому, которые зачастую поддаются установлению гораздо проще, чем показатели воздействия, и используются в краткосрочной и среднесрочной перспективе для укрепления программ и представления отчетных данных. **Следует отметить, что некоторые из представленных здесь показателей конечного результата фактически традиционно рассматриваются как показатели воздействия.** Аналогичным образом, некоторые показатели, которые традиционно рассматриваются в качестве показателей промежуточного результата, стали показателями конечного результата. Например, знания часто рассматриваются в качестве промежуточного результата, а здесь они приведены в качестве конечного результата программы. Эти изменения связаны с периодом существования программ, которые считают, что существующие показатели могут быть размещены в различных разделах структуры МиО, с тем чтобы выявлять изменения, происходящие в течение коротких периодов времени. Поскольку со временем программа развивается, о показателях следует сообщать на самый высокий уровень. Например, показатели промежуточного и конечного результата, представленные здесь, часто относятся к охвату, который можно содержательно измерить после двух лет существования программы. По мере того как программа или вмешательство становятся более определенными, пользователи могут рассмотреть вопрос об оценке воздействия на основе использования информации, которая была получена по результатам работы программы и/или за счет осуществления специальных исследований по оценке. Поскольку оценка воздействия не является главной целью настоящего документа, осуществление таких исследований здесь не рассматривается.

Большая часть информации, содержащейся в настоящем методологическом руководстве, в основном касается сбора количественных данных, однако важно подчеркнуть ценность и использование качественных данных при дополнении, подтверждении и обеспечении лучшего понимания количественных результатов. Хотя не ставится цель распространения количественных подходов на более широкие слои населения, такие данные создают контекст для количественных данных и позволяют провести более широкое толкование количественных показателей. Качественные данные также полезны при рассмотрении ситуационных ответных мер на изменение поведения, информации, которая может оказаться ценной в организации более эффективных кампаний по обеспечению связей с предоставлением голоса бедным и уязвимым группам населения и при предоставлении более качественных услуг целевым группам. При сборе качественных данных используются различные методологии, включая среди прочего изучение степени удовлетворенности больных, предварительные обзоры, наблюдение за больными/сотрудниками, составление комплексов упражнений, интервью с основными носителями информации, целевые группы, оценки сельских групп населения при их участии и оперативные этнографические исследования. За дополнительной информацией по этим методологиям обращаться по адресу:

<http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publications/Archive/evalchap/index.htm>

В идеальном случае при сборе и анализе информации следует использовать комплексный качественный и количественный подход. Комплексный методологический подход будет способствовать более содержательному пониманию прогресса, достигнутого программами, обеспечивать взаимосвязь источников данных и уменьшать погрешности в данных.

В Таблице 1, ниже, представлена обобщенная структура МиО для СПИДа, ТБ и малярии. Приводятся общие примеры исследованных областей на каждом уровне, основные вопросы, на которые надлежит получить ответы, и показатели. Цель Таблицы 1 заключается в ознакомлении пользователей с этой структурой, с тем чтобы содействовать использованию данного методологического руководства. Она особенно важна для пользователей, которые знакомы с иной интерпретацией в зависимости от уровня. Так, например, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, ТБ и малярией (ГФСТМ) обычно дает определение этому процессу как взаимодействию определенных затрат и результатов и определяет сам охват в качестве сочетания промежуточных и конечных результатов. В зависимости от уровня развития программы может быть некоторое дублирование показателей для определения затрат, процессов и результатов. Так, например, в тех случаях, когда в программе имеется подготовленный персонал, это представляет собой определенные затраты на такую программу. Вместе с тем, в тех случаях, когда кадровые ресурсы являются недостаточными, сам подготовленный персонал может стать промежуточным итогом для программы. Просьба отметить, что не все представленные здесь примеры показателей имеются в приложениях.

*Примечание в отношении целевых групп населения и знаменателей:* Во многих случаях бывает сложно определить знаменатель или группу населения при оценке, например, степени охвата. Поэтому мы обратили основное внимание на цифровые показатели и подгруппы населения, которые страдают от определенного состояния или получают необходимую помощь. В данном методологическом руководстве, тем не менее, знаменатели также должны быть включены там, где это возможно (если указываются проценты, то числитель должен быть также указан для того, чтобы можно было провести оценку охвата). Публикации *Estimating the Size of Populations at Risk for HIV (Определение размера групп населения, которым угрожает ВИЧ)* (UNAIDS/IMPACT/FHI, 2002) и *Guidelines for sampling orphans and other vulnerable children (Руководство по выборочному обследованию сирот и других уязвимых детей)* (UNICEF, 2003) могут помочь читателю в оценке проблем, связанных с определением знаменателя, при работе со скрытым контингентом.

**Таблица 1. Структура МиО с примерами областей, основных вопросов и показателей**

Уровень	Область	Основные вопросы	Примеры показателей
<b>ЗАТРАТЫ</b> (стратегии, политика, руководства, финансирование)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Политика</li> <li>• Расходы</li> <li>• Инфраструктура</li> <li>• Координация</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Национальные стратегические планы в отношении каждого заболевания и связанных с ним областей (например, СУД), включая МиО и наличие оперативных исследовательских планов</li> <li>• Наличие политики и руководств</li> <li>• Обеспечение координации</li> <li>• Наличие инфраструктуры и оборудования</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие соответствующей политики и руководства на национальном уровне</li> <li>• Выбранная точка распределения</li> <li>• Выбранная точка наблюдения</li> <li>• Выбранные поставщики</li> <li>• Наличие координационного механизма для технических и практических вопросов</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кадровые ресурсы</li> <li>• Лекарственные средства, основные потребности и материалы</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие кадровых ресурсов для оказания услуг и руководства, обеспечение необходимой мотивации, подготовка и размещение</li> <li>• Лекарственные средства регулярно предоставляются потребителям в нужное время и в нужном месте</li> <li>• Все, что связано с основными потребностями (продукты питания, одежда и т.д.), регулярно предоставляются уязвимым группам населения в нужное время и в нужном месте</li> <li>• Стандартные руководства по лечению и указания по использованию были разработаны и представлены</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Число работников, подготовленных в соответствии с национальными стандартами для осуществления вмешательств</li> <li>• % пунктов по распределению лекарственных средств, ведущих учет запасов (пополнение, нехватка, потребление, вопросы качества, потери) на помесечной основе</li> <li>• Число организованных мероприятий, направленных на удовлетворение основных потребностей уязвимых групп населения</li> <li>• Руководства по лечению и указания по использованию разработаны и имеются в местах предоставления услуг</li> </ul>
<b>ПРОЦЕСС</b> (кадровые ресурсы, подготовка, материалы)			

Уровень	Область	Основные вопросы	Примеры показателей
<b>ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ</b> (услуги, охваченные группы населения, степень охвата)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Предоставление услуг, технологии</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Помощь доступна в большом числе или в большинстве районов или других административных подразделений</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Число или % районов или других административных подразделений, имеющих по крайней мере один центр по распределению лекарственных средств</li> <li>Число или % районов или других административных подразделений с необходимым количеством сотрудников, оказывающих помощь</li> <li>% пунктов/учреждений по распределению лекарственных средств, регистрирующих отсутствие проблемы нехватки лекарственных средств</li> <li>% выбранных поставщиков, готовых для оказания помощи (лаборатории, сестринские службы, психологическая помощь, другие виды услуг)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Знания, навыки и практика</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Целевые группы населения знают о преимуществах соответствующих вмешательств</li> <li>Целевые группы населения улучшили знания и отношение к болезням</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Число или % районов или других административных единиц с назначенным наблюдателем/провайдером, действующим в соответствии с руководством по вмешательствам</li> </ul>
<b>КОНЕЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ</b> (изменение форм поведения, охват)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Люди, проходящие курс лечения, люди, пользующиеся преимуществами оказываемой помощи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Большая часть целевой группы населения охватывается соответствующими видами вмешательства</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Число или % целевых групп населения, охваченных определенным вмешательством</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Изменение поведения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Увеличение числа или части целевых групп населения, которые следуют формам поведения, уменьшающим их уязвимость в отношении инфекции, заболеваемости и/или смертности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Число или % групп населения с предпочтительными формами поведения в интересах здоровья (сокращение риска, обращение за медицинской помощью)</li> </ul>
<b>ВОЗДЕЙСТВИЕ</b> (биология и качество жизни)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Заболеваемость, смертность, социально-экономическое благосостояние</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Большая часть целевой группы населения характеризуется лучшим состоянием здоровья и благополучием в результате осуществленных вмешательств</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Число целевых групп населения с клиническими (и поддающимися измерению) признаками выздоровления после 6, 12 месяцев</li> <li>% людей с клиническими (и поддающимися измерению) признаками выздоровления после 6, 12 месяцев</li> <li>Распространенность заболевания на региональном или национальном уровнях</li> </ul>

В данном методологическом руководстве термин *целевая группа населения* относится к группе людей, которые получают пользу в результате вмешательства. В качестве целевой группы населения может выступать все население или меньшая по численности группа, например молодежь. При определении видов вмешательства следует приложить все усилия, для того чтобы четко определить целевую группу. Определение таких групп обычно основано на данных о том, кто в большей степени страдает от заболеваний, как прямо, так и косвенно. Так, например, при определении целевой группы населения для оказания помощи при ВИЧ/СПИДе зачастую следует исходить из данных эпидемиологического состояния. При генерализованных эпидемиях, когда распространенность ВИЧ-инфекции постоянно превышает показатель в 1% для беременных женщин, в качестве целевой группы населения можно рассматривать все население в целом. Вместе с тем в очаговых эпидемиях и эпидемиях низкого уровня, где распространенность ВИЧ-инфекции ограничивается определенными группами с конкретными факторами поведенческого риска, целевая группа может определяться как подгруппа общего населения, для которой характерны одинаковые привычки поведения.

## Уровни мониторинга и оценки

В данном разделе представлены иллюстративные основные показатели промежуточных и конечных результатов, а также показатели воздействия в отношении ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии. Пользующиеся данными материалами должны знать о том, что эти показатели были разработаны, рассмотрены и согласованы с привлечением широкого круга международных и национальных экспертов и доноров. Они были подготовлены, исходя из особой установки по сведению до минимума требований к информации в отношении стран и при одновременном учете того, что эти показатели помогают решать конкретные международные проблемы. Однако странам предлагается использовать другие показатели, которые помогут получить более полное понимание своих национальных программ. Процесс разработки показателей определялся шестью основными принципами:

- использование уже имеющихся показателей;
- сведение к минимуму числа показателей, которые подлежат сбору;
- решение связанных с программами потребностей в странах;
- координация национальных и донорских потребностей в МиО
- обеспечение согласования с другими международными структурами, например такими, как Цели тысячелетия в области развития (ЦТР); и
- охват широкого перечня программных областей и секторов, связанных с ВИЧ/СПИДом, ТБ и малярией.

Показатели процесса являются обычно общими в медицинской/здравоохранительной перспективе для всех трех заболеваний и поэтому не получают конкретного определения в каждом случае. Несмотря на наличие определенных различий в отношении указанных трех заболеваний эти показатели обычно принимают следующие формы:

**Общий показатель затрат:** Наличие национальной политики, руководств или стратегий. Это вопрос, требующий ответа «да»/«нет». Сообщение об общих бюджетных ассигнованиях также рассматривается как затраты.

**Общий показатель процесса:** Число подготовленных сотрудников, количество лекарственных средств, которые были отправлены/заказаны и так далее.

В отношении каждого заболевания были определены общие программные области. В случае с ВИЧ/СПИДом, например, они включают профилактику, лечение, оказание помощи и поддержку, а также благоприятствующую политику/среду для проведения лечения. Краткие таблицы, показывающие различные программные области, а также показатели, представляются для ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии. При изучении кратких таблиц следует учитывать, что субпрограммы зачастую способствуют различным конечным результатам и воздействию. Хотя таблица дает представление о линейной прогрессии, любые предположения в отношении общих конечных результатов и воздействия каждой из субпрограмм должны делаться с осторожностью.

За исключением некоторых параметров, касающихся промежуточных и конечных результатов (определяемых как «баллы», см. ниже), предоставляется конкретная информация в отношении каждого из показателей, включенных в краткие таблицы. Эта информация может быть также получена при ознакомлении с более подробными объяснениями для каждого показателя. Информация для каждого из показателей включает:

- Обоснование использования
- Определение, включая числитель и знаменатель
- Измерение – то есть подробности в отношении используемой методики и процесса
- Платформу сбора данных, источники – то есть обследования, демографическую регистрацию, регистры стационарных/амбулаторных больных, обследования лечебных учреждений, данные переписи, эпиднадзор и сообщения наблюдателей
- Рекомендуемую периодичность сбора данных
- Ресурсы – то есть справочные группы, источники технической помощи, руководства.

Промежуточные и конечные результаты также должны подвергаться мониторингу и учитываться как «баллы» увеличения потенциала в сопоставлении с определенной потребностью, которая была определена как исходное условие для изменений; количественное определение последних может быть дано на основе непосредственных наблюдений или аннотированного инвентаризационного перечня. Так, например, может оказаться, что гораздо легче обеспечить сбор данных о числе работников медико-санитарной помощи, подготовленных в определенном районе, на основе обзора регистрационных данных. Для этих «баллов» данное методологическое руководство не дает подробного описания, и определение соответствующих терминов в тех случаях, когда оно необходимо, дается в подробном описании показателей конечных результатов, представленных в приложениях.

Таблицы 2a-2d представляют собой обзор областей оказания помощи и общих видов деятельности, осуществляемых в них в отношении ВИЧ/СПИДа, ТБ, ТБ/ВИЧ и малярии.

**Таблица 2а. Обзор областей оказания помощи и общих видов деятельности, осуществляемых в них в отношении ВИЧ/СПИДа**

	Профилактика	Лечение	Помощь и поддержка	Благоприятствующая среда
<b>ВИЧ/СПИД</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Изменение поведения, связь (ИПС) - средства массовой информации; изменение поведения, связь (ИПС) - охват населения периферийными программами</li> <li>Просвещение молодежи и профилактика</li> <li>Распределение презервативов</li> <li>Программы профилактики для конкретных групп, включая программы по уменьшению вреда для ПИН</li> <li>Консультирование и тестирование</li> <li>Предупреждение передачи от матери ребенку (ППОМР)</li> <li>Диагностика и лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)</li> <li>Профилактика после контакта (ППК)</li> <li>Безопасность крови и всеобщие меры предосторожности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Антиретровирусное лечение и мониторинг</li> <li>Профилактика и лечение условно-патогенных инфекций</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оказание помощи и поддержки сиротам и другим детям, ставшим уязвимыми в результате ВИЧ/СПИДа</li> <li>Оказание помощи и поддержки хроническим больным и семьям, пострадавшим от ВИЧ/СПИДа</li> <li>Оказание помощи и поддержки семьям и общинам, пострадавшим от ВИЧ/СПИДа</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Укрепление гражданского общества</li> <li>Уменьшение клеймения и соблюдение конфиденциальности</li> <li>Политика и программы борьбы с ВИЧ/СПИДом на рабочих местах</li> </ul>

**Таблица 2б. Обзор областей оказания помощи и общих видов деятельности, осуществляемых в них в отношении туберкулеза**

	Профилактика	Лечение	Помощь и поддержка	Благоприятствующая среда
<b>Туберкулез</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Изменение поведения, связь (ИПС) - средства массовой информации; изменение поведения, связь (ИПС) - охват населения периферийными программами</li> <li>Профилактика инфекции туберкулеза на основе выявления и лечения инфекционных случаев заболевания</li> <li>Борьба с инфекцией при оказании медико-санитарной помощи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Своевременное выявление и качественное лечение случаев заболевания</li> <li>Борьба с резистентностью к лекарственным препаратам</li> <li>Систематический мониторинг эффективности ведения случаев заболевания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оказание поддержки больным на основе непосредственного наблюдения за лечением</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Достаточные и качественные лекарственные средства и их поставки</li> <li>Создание и сохранение потенциала кадровых ресурсов</li> <li>План оперативных исследований, направленный на устранение препятствий для ДOTS</li> <li>Пропаганда и усиление политической приверженности в отношении ДOTS</li> <li>Надежное адекватное финансирование устойчивой программы по ДOTS</li> </ul>

**Таблица 2с. Обзор областей оказания помощи и общих видов деятельности, осуществляемых в них в отношении ТБ/ВИЧ**

	Профилактика	Лечение	Помощь и поддержка	Благоприятствующая среда
<b>ТБ /ВИЧ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Профилактика заболевания ТБ среди людей с ВИЧ/СПИДом (ЛСВС)</li> <li>Профилактика условно-патогенных инфекций с применением котримоксазола у ЛСВС, больных ТБ</li> <li>Профилактика ВИЧ у больных ТБ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Лечение общей инфекции ТБ/ВИЧ</li> <li>АРЛ для больных ТБ</li> <li>Оказание помощи и поддержки для ВИЧ-позитивных больных ТБ</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Воспитание и поддержание в активном состоянии кадровых ресурсов.</li> <li>Программа оперативных исследований факторов, препятствующих ДOTS.</li> <li>Усиленное и постоянное политическое содействие ДOTS.</li> <li>Достаточное и гарантированное финансирование устойчивой программы ДOTS.</li> </ul>

**Таблица 2d. Обзор областей оказания помощи и общих видов деятельности, осуществляемых в них в отношении малярии**

	Профилактика	Лечение	Помощь и поддержка	Благоприятствующая среда
<b>Малярия</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Изменение поведения, связь (ИПС) - средства массовой информации</li> <li>Изменение поведения, связь (ИПС) - охват населения периферийными программами</li> <li>Расширение применения надкроватных сеток, обработанных инсектицидом (СОИ)</li> <li>Профилактика малярии при беременности</li> <li>Распыление инсектицидов внутри помещений/борьба с переносчиками</li> <li>Прогнозирование и сдерживание эпидемий</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Безотлагательное и эффективное лечение малярии</li> <li>Мониторинг резистентности к лекарственным средствам</li> <li>Ведение малярии в домашних условиях</li> </ul>		

Существует много национальных и международных согласованных в отношении уровня воздействия показателей, которые приняты для этих трех болезней. Хотя они не являются целью настоящего руководства, они заслуживают упоминания, поскольку цели долгосрочных программ должны быть ориентированы на них. Показатели, представленные ниже, сформулированы в общих терминах, а ссылки на документы и людей, которые могут предоставить их точную формулировку, и методы измерения можно найти в разделе «Ресурсы», расположенном в конце каждого раздела по конкретной болезни в методологическом руководстве.

**Таблица 3. Обзор общих показателей конечного результата и воздействия в отношении ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии**

ВИЧ/СПИД	ТБ	Малярия
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Процент молодых людей, имевших половые связи до 15 лет</li> <li>• Процент молодых людей, имевших половые связи более чем с одним партнером в прошлом году</li> <li>• Процент групп высокого риска, которые приняли формы поведения, сокращающие вероятность передачи ВИЧ</li> <li>• Процент молодых людей в возрасте 15-24 лет, которые сообщили об использовании презервативов во время полового акта с нерегулярным партнером по сексу</li> <li>• Уменьшение числа мужчин, сообщивших о том, что у них была половая связь с работником секс-индустрии за последние 12 месяцев</li> <li>• Увеличение числа порций крови, перелитой в течение последних 12 месяцев, которые были соответствующим образом обследованы на ВИЧ согласно национальному руководству или руководству ВОЗ</li> <li>• Процент людей, находящихся на лечении в течение 6, 12 и 24 месяцев</li> <li>• Процент людей, оставшихся живыми после 6, 12 и 24 месяцев после начала АРЛ</li> <li>• Процент взрослых, находящихся на антиретровирусном лечении (АРЛ), которые прибавили в весе по крайней мере на 10% спустя 6 месяцев после начала лечения</li> <li>• Сокращение процента групп высокого риска (работников секс-индустрии, их клиентов, мужчин, вступающих в половые связи с мужчинами, потребителей инъектируемых наркотиков), которые являются ВИЧ-инфицированными</li> <li>• Уменьшение процента молодых людей в возрасте 15-24 лет, которые являются ВИЧ-инфицированными</li> <li>• Уменьшение процента ВИЧ-инфицированных младенцев, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей</li> <li>• Сокращение распространенности ВИЧ среди взрослых (в возрасте 15-49 лет)</li> <li>• Увеличение показателей выживаемости среди людей с ВИЧ/СПИДом (ЛСВС)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшение распространенности ТБ</li> <li>• Увеличение числа выявленных случаев ТБ, которые успешно лечатся</li> <li>• Сокращение смертности от ТБ</li> <li>• Увеличение (предположительного) числа характерных случаев ТБ, выявленных в результате ДОТС</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сокращение заболеваемости малярией</li> <li>• Сокращение смертности от малярии</li> <li>• Сокращение смертности по всем показателям до 5 лет (эндемичные районы)</li> </ul>

## Часто задаваемые вопросы

### Технические вопросы

#### 1. В чем различие между мониторингом и оценкой?

Мониторинг - это *регулярное* слежение за ключевыми элементами эффективности программы/проекта, обычно затрат и результатов, посредством регистрации данных, систем регулярной отчетности и эпиднадзора, а также наблюдения в учреждениях здравоохранения и обследований больных. Мониторинг помогает руководителям программы или проекта определить, какие области требуют больших усилий и выявить области, которые могут способствовать улучшению реагирования. В хорошо построенных системах мониторинга и оценки мониторинг значительно содействует оценке. Показатели, отобранные для мониторинга, будут отличаться в зависимости от уровня отчетности в системе здравоохранения. Очень важно выбрать ограниченное число показателей, которые будут действительно использоваться руководителями программ и теми, кто их осуществляет. Существует тенденция к тому, чтобы собирать информацию по многим показателям и сообщать эту информацию уровням, на которых она не будет и не может использоваться для принятия решений.

В отличие от этого, оценка представляет собой *эпизодическую* оценку изменения целевых результатов, которые могут быть достигнуты за счет мероприятий программы или проекта. Другими словами, оценка пытается *увязать* конкретный промежуточный или конечный результат непосредственно с конкретным мероприятием по истечении определенного периода времени. Оценка помогает руководителям программ или проектов определить ценность или целесообразность конкретной программы или проекта. При

определении дополнительной ценности конкретной программы или проекта полезно проводить оценки эффективности и преимущества с точки зрения расходов.

## **2. В чем различие между национальными и субнациональными системами МиО?**

Учитывая незначительные ресурсы МиО на субнациональном уровне, особое внимание обращается на мониторинг затрат и результатов программы и на оценку соответствия хода работы субнациональному плану. Оценка небольшого учреждения в рамках регулярного контроля может служить для предоставления информации о качестве помощи или о наличии и использовании услуг. На всех уровнях необходимы как мониторинг, так и оценка.

Субнациональные данные чрезвычайно полезны для МиО на национальном уровне при условии соблюдения национальных руководящих принципов, что даст возможность получения совокупности данных. Информация, полученная на субнациональном уровне, полезна при определении направлений политических дискуссий и подтверждении результатов на более высоких уровнях. В некоторых случаях данные, полученные на субнациональном уровне, лучше обеспечивают выявление тенденций. Например, если страна имеет фактические данные о распределении презервативов по районам (или эквивалентным территориальным единицам) вместо одной национальной общей цифры, мониторинг тенденций в использовании презервативов может стать более значимым и более точным.

## **3. В чем различие между программой и проектом МиО?**

*Программа* относится к самым общим национальным или субнациональным действиям в ответ на заболевание. В рамках национальной программы обычно имеется ряд различных областей программирования. Например, программа по ВИЧ/СПИДу имеет несколько “подпрограмм или проектов”, таких как безопасность крови, борьба с ИППП или профилактика ВИЧ среди молодежи. *Проект* относится к сочетанию мероприятий, осуществляемых при поддержке ресурсов и направленных на конкретную группу населения, определяемую по географическому или иному признаку. Следует отметить, что проекты и программы могут также определяться временными рамками – проекты по своим масштабам обычно являются краткосрочными, в то время как программы обычно являются долгосрочными.

Учитывая более широкий охват (тематический, географический, целевых групп населения), мониторинг программы, как правило, является более сложным, чем мониторинг проекта, и требует четкой координации между всеми учреждениями-исполнителями. Оценка программы является еще более трудной, особенно для некоторых видов оценок (оценок конечных результатов и воздействия). Для проведения таких оценок структура программы/проекта должна включать свою собственную базу, а последующие оценки должны измерять не только конкретные результаты, но также уровень воздействия программы/проекта и их деятельности. (Более подробно об оценках см. в вопросе 4.)

## **4. Какие сроки являются подходящими для оценки?**

Сроки для конкретного *вида* оценки зависят от состояния осуществления программы или проекта. Существует четыре вида оценок программы или проекта:

- Формирующая оценка
- Оценка процесса
- Оценка конечного результата
- Оценка воздействия

*Формирующая оценка* проводится на стадии планирования программы профилактики и оказания помощи для выявления и решения проблем, связанных с осуществлением и оценкой до широкого осуществления программы. Формирующая оценка выявляет динамику передачи инфекции, помогает определить эффективные мероприятия и реалистичные цели.

*Оценка процесса* предполагает оценку содержания программы или проекта, масштабы или охват, а также качество осуществления. Если в ходе оценки процесса будет обнаружено, что программа/проект не осуществляется или не достигает своей целевой аудитории, то нет смысла делать оценку конечного результата. Однако если оценка процесса показывает прогресс в осуществлении программы/проекта в соответствии с планом, то целесообразно провести такую оценку.

*Оценка конечного результата* специально предназначена для получения возможности связать изменения с самим мероприятием. По крайней мере, структура оценки должна дать возможность наиболее вероятным образом увязать наблюдаемые результаты с четко определенной программой или проектом и продемонстрировать, что изменения не являются результатом воздействия не связанных с проектом или программой факторов.

Если оценка показывает изменения в конечных результатах, то настало время для проведения *оценки воздействия*. Действительная оценка воздействия, способная соотнести долгосрочные изменения с конкретной программой или проектом, является очень редкой и довольно дорогостоящей. Обычно для указания общего воздействия считается достаточным, скорее, рассмотрение показателей мониторинга воздействия совместно с оценками процесса и конечного результата.

## 5. Требуется ли оценка большего, чем мониторинг?

Как показано в ответах на вопросы 1-4, цели и методологии, используемые при мониторинге и оценке, являются различными. Как правило, оценки являются более трудными, учитывая необходимую методологическую строгость; иначе могут быть сделаны неправильные выводы о ценности программы или проекта. Они также являются более дорогостоящими, особенно оценки конечных результатов и воздействия, которые требуют проведения обследований населения.

## 6. Что собой представляют оперативные исследования?

Оперативные исследования (ОИ) - это точный вид оценки, который дополняет системы МиО. Главная цель ОИ заключается в предоставлении руководителям программ и политикам необходимой информации для разработки, улучшения или расширения программ. Их можно представить как практический систематический процесс выявления и решения проблем, связанных с программой. Этот процесс имеет пять основных этапов:

1. Выявление проблемы и диагностика
2. Выбор программной стратегии
3. Испытание и оценка стратегии
4. Распространение информации
5. Использование информации и увеличение масштабов.

Как только оперативные исследования показывают, что определенное мероприятие может быть эффективным, необходимо следить за более обобщенным осуществлением с помощью надежной национальной системы МиО. Например, если ОИ показывают, что половое просвещение в отдельных высших школах может уменьшить число случаев поведения риска, то потребуются проведение повторных поведенческих исследований среди национальной выборки учащихся школ, с тем чтобы отразить изменения в поведении риска после включения полового просвещения в общенациональную программу.

## 7. Все ли показатели являются равными по значению?

Концептуальные рамки МиО, обсужденные ранее, показывают, что различные виды показателей являются неравнозначными и *связанными* друг с другом для достижения поставленных целей и задач конкретной программы. Затраты в виде денег и рабочего времени приводят к таким результатам, как системы поставок лекарственных препаратов или других основных материалов, предоставления новых или улучшенных услуг, подготовленного персонала, информационных материалов и т.п. Если эти результаты хорошо спланированы и охватывают население, для которого они предназначены, то программа, очевидно, получила положительные результаты (в зависимости от контекста, в котором она функционирует). Эти положительные результаты должны привести к изменениям в долгосрочном воздействии программ на целевое население или системы.

## 8. Как часто измеряются различные показатели?

Частота отчетности будет зависеть от места показателей в концептуальных рамках МиО, учитывая разумные сроки в отношении ожидаемых изменений и возможностей программы для проведения МиО. Предлагается следующий график отчетности:

Вид показателя	Частота измерения
Затраты	постоянно
Процесс	Ежеквартально или раз в полгода
Промежуточный результат	Ежеквартально или раз в полгода
Конечный результат	каждые 2-3 года
Воздействие	каждые 3-5 лет

## 9. Для чего нам необходимы стандартизированные показатели?

Использование стандартизированных показателей обеспечивает национальную программу ценными мерами измерения одного и того же показателя в различных группах населения, предоставляя возможность триангуляции результатов, а также регистрации и рассмотрения региональных или местных несоответствий и различий. Это помогает направлять ресурсы в регионы или подгруппы населения с наибольшими потребностями и выявлять области активизации или уменьшения усилий на национальном уровне, что, в конечном счете, повышает общую эффективность национальных ответных действий. Использование стандартных показателей обеспечивает также сопоставимость информации по всей стране и во времени.

При планировании своей деятельности по оценке *проекты* должны также учитывать национальные стандарты для показателей в данной области. Проекты могут иметь свои собственные информационные потребности, соответствующие строгому плану оценки. Тем не менее, они должны, по возможности, выбирать показатели со стандартным справочным материалом, например, справочными периодами,

числителями, знаменателями, которые постоянно собираются в течение различных периодов времени, что позволит собранные данные легко ввести в национальную систему МиО и сопоставить по времени.

## **10. Каким образом МиО ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии включаются в национальные системы медико-санитарной информации?**

Создание или укрепление национальных систем медико-санитарной информации (НСМСИ) является необходимым предварительным условием для надлежащего мониторинга этих трех болезней и реагирования на них. Увеличение финансирования в области этих трех болезней создает возможности для укрепления не только специфической медико-санитарной информации программы или проекта, но также всех систем медико-санитарной информации и эпиднадзора. ВИЧ/СПИД, ТБ и малярия имеют различные сильные стороны в отношении сбора, распространения и использования информации; для этих трех болезней существуют возможности укрепления сильных сторон каждой из них.

Эффективные НСМСИ обеспечивают прочную основу для оценки крупномасштабных программ, приводя, в конечном счете, к улучшению процесса планирования и принятия решений. Неотложные решения, например, в отношении порядка распределения новых ресурсов для достижения наилучшего общего результата можно будет легче принимать.

## **Практические вопросы**

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

При принятии решения относительно набора показателей страны *не* ограничены основным списком, содержащимся в настоящем руководстве, и необязательно должны выбирать все из них. Выбор показателей должен определяться целями национальной программы или проекта. Нет смысла собирать данные по областям, которые *не относятся* к местным условиям, учитывая, что сбор и анализ данных для таких показателей требует времени и денег. Однако если основные показатели, предложенные в руководстве, соответствуют потребностям национальных программ, то целесообразно их использовать, чтобы обеспечить стандартизацию информации по странам и во времени.

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

1. Используйте концептуальные рамки МиО для правильной интерпретации результатов (предложенную схему см. выше);
2. Обеспечьте, чтобы показатели были связаны с целями программы или проекта и могли измерять изменение;
3. Обеспечьте, чтобы, по возможности, использовались стандартные показатели для сопоставимости во времени и между странами или группами населения;
4. Рассмотрите вопросы о стоимости и осуществимости сбора и анализа данных;
5. В отношении ВИЧ/СПИДа примите во внимание стадию эпидемии; и
6. Сведите количество показателей до необходимого минимума, с особым учетом уровня системы, который потребует использования и будет использовать различные показатели, чтобы принять программные и управленческие решения. Позднее всегда можно определить дополнительные показатели.

### **2. Требуется ли планирование сбора данных по отобранным показателям различных стратегий?**

Стоимость, трудность и потенциал, связанные со сбором информации, увеличиваются по мере перемещения показателей от затрат к промежуточным результатам и от конечных результатов к воздействию. Верно и обратное при оценке воздействия связанных с программой мероприятий, которая уменьшается по мере перемещения показателей от затрат к воздействию.

Данные о затратах и промежуточных результатах зачастую собирать легче и дешевле. Как правило, данные по показателям затрат и промежуточных результатов можно получить централизованно из систем регулярного мониторинга здравоохранения, при условии, что такие системы являются функциональными. Лицам, занимающимся планированием программ, следует извлечь преимущества стратегического характера из повышенного внимания к программам по ВИЧ/СПИДу, ТБ, малярии, чтобы потребовать финансирования для укрепления национальных систем медико-санитарной информации и эпиднадзора, которые могут быть использованы для регистрации данных по этим, а также другим программам по конкретным болезням.

Данные по многим показателям конечных результатов и воздействия собираются с помощью более дорогостоящих и более трудных обследований населения или учреждений здравоохранения, которые требуют определенного опыта в применении исследовательских методов. Измерение конечных результатов обычно проводить труднее, учитывая чувствительность и специфичность каждого показателя.

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

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

- сроки дорогостоящих обследований населения, таких как ДМСО, в которые могут быть включены модули для получения данных по ряду показателей, относящихся к этим трем заболеваниям;
- наличие данных, уже собранных учреждениями, которые прямо не занимаются одной из этих трех болезней, но могут помочь в мониторинге.

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

Обеспечение правильного использования ресурсов требует последовательной системы МиО. Поэтому рекомендуется, чтобы для МиО использовалось приблизительно 5-10% национального программного бюджета, обычно принимаются 7%. Этот процент должен быть рассчитан с учетом всех внешних донорских и национальных ресурсов. Кроме того, от 3 до 5 процентов региональных и районных (в соответствующих случаях) финансовых ресурсов должно быть выделено на деятельность, связанную с МиО на этих уровнях.

Финансовые органы все больше осознают, что средства проектов должны выделяться на развитие систем МиО для обеспечения сбора, регистрации и использования информации, связанной с проектом. В результате этого дополнительные ресурсы стали предоставляться в качестве части более крупных грантов. Это дает возможность развивать скорее гармоничные системы, чем отдельные усилия.

### **5. Как оптимизировать использование средств, выделенных на МиО?**

Следующие рекомендации помогут обеспечить правильное инвестирование средств МиО:

- разрабатывайте лучше системы, а не предпринимайте специальных усилий по сбору данных. Первоначальные расходы по инвестициям должны рассматриваться с учетом возрастающих преимуществ более регулярного или более масштабного сбора данных, в конечном счете приводящего к менее дорогостоящим мероприятиям;
- рассмотрите как краткосрочные, так и долгосрочные потребности для обеспечения непрерывности осуществления национальных программ;
- мобилизуйте основных участников МиО в стране с помощью групп поддержки МиО, чтобы избежать дублирования усилий;
- используйте совместно согласованные в отношении МиО рамки в целях обеспечения сопоставимости.

### **6. Как оптимизировать использование данных?**

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

- составляйте качественные данные, требующие значительных инвестиций в весь процесс сбора данных;
- определите различных конечных пользователей, представьте и сгруппируйте данные в соответствии с их потребностями, сосредоточившись на минимальном количестве показателей на каждом уровне;
- создайте механизмы для эффективной системы использования данных, включая обратную связь посредством контроля на всех уровнях, а также обеспечьте, чтобы данные на определенном уровне были соответствующими и полезными на этом уровне.
  - Обеспечьте, чтобы государство отвечало за все мероприятия, связанные со сбором данных, что означает необходимость укрепления национального потенциала в области МиО для гарантии единообразных и качественных данных в стабильных рамках;
  - обеспечьте создание группы поддержки МиО при активном участии правительственных, донорских и академических учреждений для оказания содействия правительству во всем процессе разработки и осуществления национальных стратегий МиО. Это повысит доверие к данным, составляемым правительством; и
  - выделите достаточно ресурсов для разработки и осуществления плана использования данных.

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

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

- под руководством страны создайте платформу с активным донорским участием;

- пропагандируйте создание системы медико-санитарной информации, которая обеспечит качественную и своевременную информацию;
- по возможности используйте совместно согласованные рамки и стандартные показатели МиО. Такие рамки содержатся в глобальных руководящих принципах по МиО, разработанных в ходе процесса с широким участием заинтересованных в МиО лиц из основных донорских учреждений;
- в случае, если два или более доноров имеют многочисленные требования, ссылайтесь на глобальные принципы для согласования требований.

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

1. Все партнеры по осуществлению МиО должны собирать полные данные о затратах и результатах. Многие из них должны собирать данные о процессе. Гораздо меньшее их число должны проводить оценку конечных результатов, и еще меньшее число будут оценивать воздействие.
2. Надлежащая система МиО требует как внутренней самооценки, так и внешней проверки. Так, хотя партнеры по осуществлению МиО должны собирать и проверять свои собственные внутренние данные, внешнее учреждение должно проверять полноту и точность данных, собранных этими партнерами по осуществлению. Контрольные посещения должны основываться на анализе данных внутренней самооценки и проверенных внешним учреждением первичных данных.
3. Системы МиО должны быть как можно более простыми. Большинство программ и проектов собирают гораздо больше данных, чем они используют. Чем более сложной является система МиО, тем больше вероятность нарушения ее работы.
4. Системы МиО должны иметь стандартизованную основу. Если каждый участвующий партнер использует различные системы или инструменты, невозможно эффективно проанализировать или суммировать данные. Необходимость в стандартизованной основе не исключает возможности для отдельных партнеров собирать дополнительные данные МиО, относящиеся к конкретной ситуации.
5. Необходимо, чтобы специализированное подразделение занималось сбором, проверкой, вводом и анализом первичных данных МиО от каждого партнера. Без такого подразделения вряд ли можно будет осуществлять сбор, проверку и анализ данных. Министерства и другие государственные учреждения редко имеют возможность управлять этим процессом. Увеличение ресурсов, выделяемых на ВИЧ/СПИД, ТБ и малярию, следует использовать для создания местного потенциала в рамках такого национального подразделения.
6. Система МиО должна быть встроена в структуру программы и быть оперативной к моменту начала использования гранта, а не добавляться позднее. Гораздо труднее и менее эффективно включать МиО, когда осуществление гранта уже началось.
7. Субнациональные данные имеют большое значение для сбора данных на национальном уровне, так как их можно агрегировать до этого уровня. Однако субнациональные данные являются более подходящими для руководителей программ при принятии повседневных решений.

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

## Общие вопросы, относящиеся к настоящему методологическому руководству и к Глобальному фонду по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией

### 1. Каким образом соотносится настоящее методологическое руководство с Глобальным фондом?

Глобальному фонду необходимо заниматься сбором денежных средств, выделять средства на проекты и показывать, что эти средства помогают вести борьбу с ВИЧ/СПИДом, ТБ и малярией. Другими словами, он стремится «**собрать средства, тратить их и способствовать доказательству их вклада**» в партнерство с другими международными и национальными организациями и главным образом в проекты, которые исполняют предоставленные гранты.

Глобальный фонд стремится охватить большее количество людей качественными услугами. Центральная цель заключается в том, чтобы **увеличить охват** профилактикой, лечением и медицинской помощью в отношении ВИЧ/СПИДа, ТБ и малярии и измерить его. Поэтому в отношении каждой услуги важно сообщить данные о:

- (1) числе подготовленных сотрудников для предоставления услуги
- (2) числе созданных пунктов оказания услуг и самое важное
- (3) количестве людей, охваченных этими услугами.

Минимальная степень охвата требует дополнения большего числа традиционных показателей (которые могут показывать полную последовательность от затрат, процесса, промежуточных результатов к конечному результату). Кроме того, в сотрудничестве с партнерами в странах на протяжении определенного времени предоставляются данные об изменениях в поведении населения и о воздействии болезней.

**Оценка эффективности** проектов занимает центральное место в механизме Глобального фонда по обеспечению тесной взаимосвязи между сбором, расходованием и доказательством вклада средств. Средства предоставляются в том случае, когда достигается прогресс в отношении согласованных целей, включенных в гранты. Это требует четкого указания общих целей, выбора показателей и регистрации прогресса. Эффективность будет построена на том, в какой степени можно будет измерить, оформить документально и проверить различные показатели уровня охвата при сопоставлении их с согласованными задачами. Следует также сообщать о более широких мерах определения прогресса, но основная эффективность будет зависеть от четких задач областей оказания услуг. Оценка эффективности помогает проверить правильно ли расходуются денежные средства на цели, связанные с проектами, и в конечном счете предоставляются ли услуги лицам, пострадавшим от болезни. Она также способствует разработке базы фактических данных и платформы для пропаганды устойчивого и надежного финансирования.

Глобальный фонд является механизмом финансирования, а не техническим учреждением. Поэтому он объединяет технические учреждения для согласования основного набора показателей по всем трем болезням в настоящем методологическом руководстве. Стандартизация имеет важное значение для упрощения усилий по мониторингу и оценке. Кроме того, она позволяет Глобальному фонду предоставлять описание хода работы и охвата в рамках самых разнообразных проектов и условий.

Данный раздел представляет описание того, как Глобальный фонд использует информацию о мониторинге и оценке, и содержит замечания в отношении показателей охвата и всеобщих показателей.

## 2. Как Глобальным фондом используется информация?

План мониторинга и оценки является центральной частью заявок на получение грантов, соглашения по грантам, подписываемое обеими сторонами, и основы осуществляемой «оценки эффективности». В Глобальный фонд предоставляются данные лишь о минимальном наборе показателей вместе с отчетами по оценкам, которые способствуют прогрессу в существующих условиях. Поэтому показатели, представленные в настоящем методологическом руководстве, являются лишь «вершиной айсберга» полного плана мониторинга и оценки. Их необходимо толковать в более широком контексте.

Наряду с традиционными стадиями МиО особое внимание уделяется вопросу увеличения конечного охвата (системой подготовки персонала, пунктами предоставления услуг и числом охваченных людей) для оценки того, охватывается ли большее количество людей более качественными услугами. Цель заключается в том, чтобы опустить оценку эффективности до самого низкого уровня с предоставлением данных о минимальном наборе общих показателей по проектам. Собранные информация используется на трех основных стадиях оценки эффективности:

- Соглашение в отношении небольшого числа показателей прогресса используется для составления **Регулярного финансового документа**. Эти показатели обычно построены на основе средств, затраченных согласованным образом, и прогресса в осуществлении деятельности. Как только создана программа, функция отчетности передается показателям более высокого уровня с увеличением числа людей, прошедших тестирование или лечение, и с расширением охвата.
- **Ежегодные отчеты** по проектам предоставляют обновленные данные о прогрессе, препятствиях, успехах и неудачах. Предоставляются также данные по основным показателям для каждой области категории услуг и повышенного уровня охвата. Глобальный фонд использует эти обновленные данные для представления в своих документах отчетов о прогрессе в области охвата, увеличения количества подготовленных сотрудников, пунктов предоставления услуг и людей, которым предоставляются услуги в области профилактики, помощи и лечения.
- Основным этапом оценки эффективности является **Обзор второго года деятельности**. Он используется для оценки того, продолжается ли финансирование в соответствии с первоначально принятым пятилетним планом. Он содержит всесторонний отчет о ходе работы, где используются показатели.

Поскольку большие суммы средств распределяются с помощью Глобального фонда, оценка эффективности помогает обеспечить их правильное распределение в финансовом отношении и в отношении предоставления более качественных услуг большему количеству людей. В большинстве проектов это также создает платформу для распространения фактических данных о достигнутых успехах внутри проектов и за их пределами, а также дает основание для устойчивого финансирования.

## 3. Охват и всеобщие показатели

Глобальный фонд не создает новые показатели, а использует уже разработанные и согласованные с техническими партнерами показатели. Однако поскольку он является Фондом, ему необходимо предоставлять данные об уровне охвата по своим проектам, которые не всегда охвачены показателями национального уровня.

Фонду необходимо показывать, что его деятельность повышает уровень **охвата** в области профилактики, лечения и оказания помощи. Охват включает **количество подготовленных сотрудников, увеличение числа пунктов предоставления услуг и числа людей, охваченных профилактикой, медицинской помощью и лечением**. Некоторые из этих показателей являются мерами процесса, промежуточных или конечных результатов. Их следует, по возможности, включать в отчеты, предоставляемые Глобальному фонду даже в тех случаях, когда они не всегда полностью соответствуют традиционной структуре МиО.

Охват	
3	Число людей, охваченных услугами
2	Число пунктов предоставления услуг, получающих поддержку посредством финансирования
1	Число подготовленных сотрудников для оказания услуг

Программы должны избегать двойного подсчета одного и того же лица в рамках одной области программы/службы в течение каждого отчетного периода. Однако можно учитывать одного и того же человека в области программы/службы, предоставляющей услуги во многих направлениях (например, АРЛ и паллиативное лечение). Подготовка персонала относится к подготовке новых кадров или переподготовке кадров и подразумевается, что подготовка осуществляется в соответствии с национальными или международными стандартами, если таковые существуют. Сюда следует включать службы, которые получают ресурсы от Глобального фонда.

Проектом должен проводиться мониторинг вида услуг и людей, проходящих курс подготовки или получающих услуги по полу, возрасту, сельскому/городскому месту проживания, государственному, негосударственному, частному сектору, персоналу здравоохранения, сотрудникам, не являющимся персоналом здравоохранения и т.д. Эти данные не всегда регулярно сообщаются Фонду.

Подобным образом для всех этих трех болезней были определены несколько всеобщих показателей, имеющих важное значение для отслеживания. В краткой таблице ниже представлены эти показатели. В отличие от показателей, связанных с конкретными болезнями и представленных здесь в отношении ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, эти показатели глубоко не обсуждаются в имеющихся приложениях к данному методологическому руководству, хотя их следует рассматривать в качестве части любого проекта Глобального фонда. Они обычно включены в рамки показателя, касающегося «благоприятствующей среды» в форме предложения и программного обеспечения:

### Краткая таблица по всеобщим показателям по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии

Область	Показатель
<b>Укрепление систем здравоохранения</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Число подготовленного персонала для проекта</li> <li>• % бюджета проекта, затраченного на инфраструктуру здравоохранения</li> <li>• % лиц, получивших пользу от проекта (больных), которых регулярно направляют к специалистам</li> </ul>
<b>Координация и развитие партнерств</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Число сетей/партнерств, участвующих в проекте</li> </ul>
<b>Мониторинг и оценка</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Число подготовленных в области МиО сотрудников проекта, оказывающих услуги</li> <li>• % общего бюджета проекта, затраченного на МиО</li> </ul>
<b>Создание потенциала в области управления снабжением и поставками</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Число сотрудников проекта, оказывающих услуги, которые подготовлены в области управления снабжением и поставками</li> <li>• % пунктов проекта для оказания услуг с достаточными поставками лекарственных средств</li> <li>• Стоимость единицы лекарственных средств и материалов проекта</li> </ul>

#### 4. Как использовать настоящее методологическое руководство для получения гранта Глобального фонда?

Данное руководство помогает направить заявку с предложением, согласованный окончательный план мониторинга и оценки в качестве составной части гранта и организовать последующее представление отчета. Данное руководство следует использовать вместе с **формой предложения и/или программным обеспечением** для разработки электронных версий предложений. Программное обеспечение поможет разобраться в форме предложения, а также обеспечить сокращение перечней выбора основных показателей, представленных в данном руководстве. При заполнении формы вам следует сделать распечатку данного руководства для получения более подробной информации в отношении выбора показателей.

План МиО должен быть основан на существующем проекте и национальных видах деятельности. Таким образом, на каждой стадии можно использовать «*другую категорию*» для включения других показателей помимо тех, которые рекомендованы в данном руководстве, и представить их описание.

Предложение должно содержать более четко определенные цели и задачи. Определяются связанные с ними области категорий услуг, которые будут оказываться, с выбранными показателями, с помощью которых можно измерять и представлять данные о достигнутом прогрессе.

## **а. Определение общих целей и задач**

Первым важным элементом является четкое определение целей и задач для проекта и выбор показателей для их измерения.

**Общие цели** носят широкий и всеобъемлющий характер, например «*уменьшение смертности, связанной с ВИЧ*», «*уменьшение бремени туберкулеза*», «*сокращение передачи малярии*». Для каждой цели выбираются **показатели воздействия** (из сокращенных перечней в программном обеспечении с использованием, в случае необходимости, другой категории). Эти задачи обычно являются целями различных видов деятельности, причем национальные программы и сотрудники работают вместе, а не просто в качестве отдельного проекта.

**Задачи** должны иметь четкое описание для каждой цели. Они содержат описание цели программы, для которой изыскивается финансирование, и предоставляют рамки, в пределах которых оказываются услуги. Примеры, связанные с перечисленными выше целями, включают «*повысить показатели выживаемости у людей на поздней стадии развития ВИЧ-инфекции в четырех провинциях*», «*сократить передачу туберкулеза среди заключенных в десяти крупнейших тюрьмах*» или «*уменьшить связанную с малярией заболеваемость среди беременных женщин в семи сельских районах*».

## **б. Выбор категорий услуг и показателей охвата**

Основным компонентом оценки эффективности является выявление основных **услуг, которые будут оказываться**, и постановка задач, которые можно измерить и показать улучшение охвата в отношении каждой услуги. В настоящем руководстве представлены области категории услуг, например оказание поддержки сиротам, борьба с резистентностью к туберкулезным препаратам, опыление пестицидами внутри помещений.

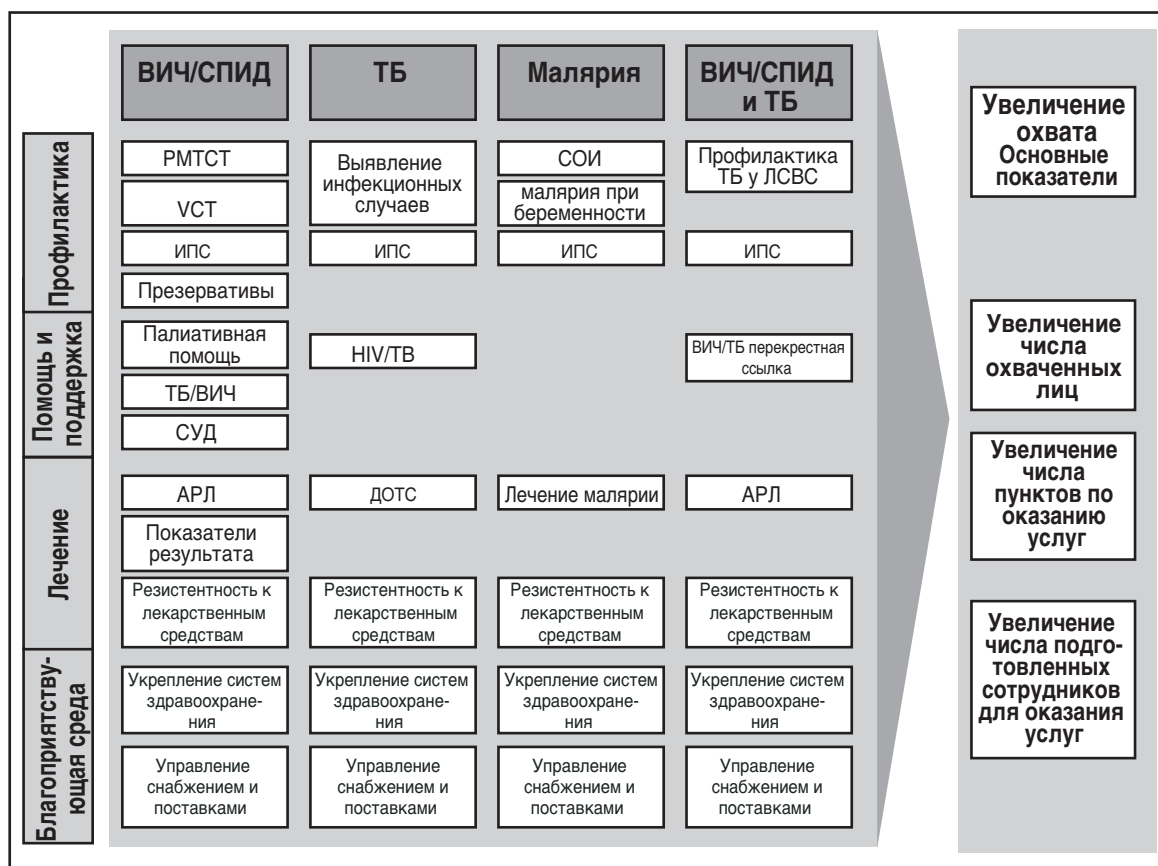
Для каждой области услуг выбираются **показатели** для представления данных о достигнутом прогрессе в Глобальный фонд. Они должны быть измеримыми и отражать прогресс, достигнутый проектом. Ставятся **задачи** по базовому и последовательному измерению в течение пяти лет. Выбор времени измерения этих регулярных задач должен быть, по возможности, согласован с существующими системами сбора и предоставления данных.

На начальном этапе показатели, о которых информация поступает в Глобальный фонд, могут быть показателями низкого уровня, такими как количество подготовленного персонала, включение партнеров, утверждение планов и другие отдельные **виды деятельности**. Как только определены области услуг, представление информации должно перейти на более высокий уровень показателей промежуточного и конечного результата, количества охваченных людей, которым предоставляется лечение. Они должны быть направлены на предоставление данных по последовательным уровням охвата: (1) число подготовленного персонала для оказания услуг, (2) число созданных пунктов предоставления услуг и самое важное (3) число людей, охваченных этими услугами.

Основная эффективность будет основана на том, в какой степени можно измерить, документально оформить и проверить различные показатели уровня охвата в сопоставлении с согласованными задачами для каждой области оказания услуг. Указанный ниже иллюстративный обзор показывает, что эффективность основана на выборе нескольких показателей для каждой области услуг, которые способствуют измерению общего охвата в сравнении с поставленными задачами (кроме того, более широкие показатели, используемые для изображения более значительного прогресса).

**Примечание в отношении того, как представлены показатели:** В кратких таблицах по каждой болезни: ВИЧ/СПИДу, ТБ и малярии, представлен обзор показателей, включенных в данное методологическое руководство. Имеются также приложения и обеспечено их подробное описание. Для облегчения соотнесения показателей из кратких таблиц с соответствующими приложениями показатели были названы в соответствии с их областью деятельности (т.е. профилактика, помощь и поддержка и лечение) и номером (т.е. 1, 2, 3,...). Поэтому первый показатель профилактики назван Р1 (показатель профилактики) 1 и так далее.

Эти ссылки не связаны с каким-либо распределением по категориям тех же самых показателей в других публикациях.



## ВИЧ/СПИД

В данном разделе методологического руководства дается конкретный обзор показателей на уровнях промежуточных и конечных результатов и общих ресурсов по МиО для ВИЧ/СПИДа (в дополнение к тем, которые представляются для каждого из показателей). Каждый из основных показателей ВИЧ/СПИДа используется для всех расчетов, за исключением показателей, относящихся к потребителям инъектируемых наркотиков (ПИН) и распространенности ВИЧ-инфекции. Показатель ПИН должен применяться по отношению к странам, где использование инъектируемых наркотиков является установленным важным способом передачи ВИЧ-инфекции. Аналогичным образом, показатель в отношении сирот и уязвимых детей (СУД) будет иметь меньшую значимость при низком уровне или очагах эпидемий. Страны с низкими показателями распространенности ВИЧ-инфекции или с очагами эпидемий должны представлять данные по альтернативным показателям распространенности ВИЧ-инфекции среди групп с поведением повышенного риска в противовес распространенности среди молодежи, которые получены из данных наблюдения в родовых клиниках. Дополнительные альтернативные показатели имеются также в материалах Специальной сессии Организации Объединенных Наций по СПИДу, в документе, озаглавленном *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on the construction of core indicators* (Мониторинг осуществления Декларации о приверженности борьбе с ВИЧ/СПИДом: Руководство по разработке основных показателей) (ЮНЭЙДС, 2002 г.), а также в других документах, упомянутых в разделе «Ресурсы».

Подробные данные о самых последних показателях для различных программ или инициатив можно найти в оригиналах источников, на которые даны ссылки в конце данного раздела. Эта область быстро развивается, но основные партнеры пришли к консенсусу в отношении ряда основных и дополнительных показателей для различных программ или инициатив. Недавно осуществленное расширение масштабов АРЛ в соответствии с Инициативой ВОЗ и ее партнеров «3 к 5» привело к созданию ряда руководств по МиО с учетом Инициативы «3 к 5» и национальных руководящих принципов, регулирующих профилактику, медицинскую помощь и лечение.

### Общие ресурсы

В ВОЗ Отдел по ВИЧ (<http://www.who.int/hiv/en>) может оказывать широкий диапазон помощи, включая последние публикации, связанные с МиО, в секторе здравоохранения. В частности, для читателей будет представлять интерес подразделение по стратегической информации и научным исследованиям (SIR).

Кроме руководства и общих ресурсов в этой области, на веб-сайте Отдела по ВИЧ представлена самая последняя информация об инициативе ВОЗ «3 к 5», включая последние факты и цифры.

С момента создания ЮНЭЙДС был учрежден ряд групп по МиО, занимающихся ресурсами в основном на глобальном уровне, для улучшения координации среди основных участников процесса МиО. В настоящее время имеются всего пять таких групп:

- Справочная группа ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке (СГМО), которая включает коспонсоров/секретариат координационных центров по МиО, двусторонние агентства, научные институты и отдельных экспертов, которые содействуют согласованию подходов по МиО и улучшению методик.
- Справочная группа ЮНЭЙДС по оценкам, моделированию и прогнозам, а также рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по эпиднадзору и оценкам в отношении передачи ВИЧ-инфекции и смертности от нее.
- Межучрежденческая координационная рабочая группа по МиО, в состав которой входят основные соучредители ЮНЭЙДС, Секретариат и Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, ТБ и малярией, справочные центры по МиО, которые оказывают содействие в улучшении координации между глобальными участниками процесса МиО.
- Отдел по оценке ЮНЭЙДС, включающий сотрудников Секретариата ЮНЭЙДС, которые оказывают содействие в разработке общих систем МиО для обмена стратегической информацией.
- Группа поддержки по Глобальному мониторингу и оценке (ГМиО), в которую входят сотрудники Всемирного банка и сотрудники, командированные из технических учреждений, которая занимается вопросами национальной поддержки МиО в странах, получающих поддержку от Всемирного банка.

Названные группы по ресурсам содействовали разработке иллюстративных показателей, которые здесь представлены.

ЮНЭЙДС и ее партнеры оказывали содействие правительствам в учреждении национальных справочных групп/групп поддержки по МиО для предоставления консультаций в отношении национальных стратегий по МиО и для оказания помощи в мобилизации ресурсов для МиО и оптимизации использования данных. В тех случаях, когда такие группы были созданы, в значительной мере улучшилась координация среди партнеров.

### **Техническая помощь**

Хотя техническая поддержка правительствам оказывается посредством подразделения по стратегической информации и научным исследованиям (SIR) Отдела ВОЗ по ВИЧ/СПИДу (<http://www.who.int/hiv/en/>) и групп технической поддержки по МиО в некоторых странах, дополнительная помощь может быть получена из Отдела по оценке в Секретариате ЮНЭЙДС по адресу: [UNGASSindicators@unaids.org](mailto:UNGASSindicators@unaids.org) по особым вопросам, касающимся показателей в Декларации ЮНГАСС о приверженности (UNGASS DoC), или по адресу: [M-E@unaids.org](mailto:M-E@unaids.org) по общим вопросам в отношении МиО. Другими источниками для получения поддержки по всем заболеваниям является: ЦББ, Measure Evaluation, Partners for Health Reform Plus (США), Институт по развитию систем здравоохранения (Соединенное Королевство). Дополнительная поддержка по ВИЧ/СПИДу может быть получена от Measure Evaluation and Measure ДМСО, FHI, The Synergy Project.

По конкретным вопросам, связанным с МиО ВИЧ/СПИДа, в частности по вопросу расширения масштабов АРЛ, помощь можно получить по адресу: [sutherlandd@who.int](mailto:sutherlandd@who.int)

## Краткая таблица по ВИЧ/СПИДу

	Область оказания услуг	Промежуточные результаты	Конечные результаты
Профилактика	<ul style="list-style-type: none"> <li>Изменение поведения, связь (ИПС) - средства массовой информации</li> <li>Изменение поведения, связь (ИПС) - охват населения периферийными программами</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Подготовка и распространение радио/телевизионных программ и газетных материалов по ВИЧ/СПИДу*; число людей, активно участвующих в просвещении окружающих людей/населения*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Знания молодежи о профилактике ВИЧ (количество* и процент) (ВИЧ-Р11)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Просвещение молодежи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Основанное на жизненных навыках просвещение по вопросам ВИЧ/СПИДа в школах (ВИЧ-Р12)</li> <li>Молодежь, имеющая доступ к просвещению по вопросам ВИЧ/СПИДа в школе* (в процессе создания)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Позднее начало половой жизни, уменьшение числа партнеров по сексу***</li> <li>Позднее начало половой жизни, уменьшение числа партнеров по сексу***</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>распределение презервативов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пункты сбыта и пункты оказания помощи, где имеются запасы презервативов (ВИЧ-Р13)</li> <li>Реализация презервативов через общественный сектор*</li> <li>Реализация презервативов через частные пункты сбыта*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Использование молодежью презервативов при контактах со случайными партнерами (количество и процент) (ВИЧ - Р6).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Программы для конкретных групп</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Работники секс-индустрии и их клиенты, которые охватываются периферийными программами* (количество и процент**)</li> <li>Мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами (МСМ), охватываемые периферийными программами* (количество и процент**)</li> <li>Группы населения без постоянного места жительства, охватываемые периферийными программами* (количество и процент**)</li> <li>ПИН, охватываемые службами профилактики (количество* и процент) (ВИЧ-Р14)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ПИН: безопасное инъекционное и сексуальная практика (количество* и процент) (ВИЧ-Р15)</li> <li>Использование молодежью презервативов с нерегулярными партнерами (количество* и процент) (ВИЧ-Р16)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Консультирование и тестирование</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Службы здравоохранения, предлагающие минимум услуг по ППОМР* (ВИЧ-Р19)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Люди, обращающиеся за консультациями и тестированием и получающие их (ВИЧ-Р18)*</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ППОМР</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Службы здравоохранения, предлагающие минимум услуг по ППОМР* (ВИЧ-Р19)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ВИЧ-инфицированные беременные женщины, проходящие полный курс антиретровирусной профилактики для сокращения риска ППОМР (количество* и процент) (ВИЧ-Р110)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Диагностика и лечение ИППП</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Комплексное ведение случаев ИППП (ВИЧ-Р111)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Профилактика после контакта (ППК)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Число людей, прошедших профилактику после контакта*</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Безопасность крови и всеобщие меры предосторожности</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Районы, имеющие доступ к набору доноров и переливанию крови (ВИЧ-Р112)</li> <li>Порции перелитой крови, обследованные на ВИЧ-инфекцию (ВИЧ-Р113)</li> </ul>

	Область оказания услуг	Промежуточные результаты	Конечные результаты
Лечение	• Антиретровирусное лечение (АРЛ) и мониторинг	• Учреждения здравоохранения, которые могут предоставлять усовершенствованные курсы лечения для профилактики и медицинского лечения ВИЧ-инфицированных людей (ВИЧ-T12)	• Люди с тяжелой формой ВИЧ-инфекции, получающие комплексную антиретровирусную терапию (количество* и процент) (ВИЧ-T11)
	• Профилактика и лечение условно-патогенных инфекций (УПИ)	• Учреждения здравоохранения, располагающие возможностями для проведения основного консультирования и оказания медицинской помощи при ВИЧ/СПИДе (количество* и процент) (ВИЧ-T13)	
Помощь и поддержка	• Поддержка сиротам	• Семьи, охваченные последовательными программами планирования (количество и процент*) • Число родителей, проконсультированных по вопросам ВИЧ* • Число раз предоставления питания в школах* • Число организаций в общине, получающих поддержку для оказания помощи СУД*	• Сироты и другие дети, ставшие уязвимыми в результате ВИЧ/СПИДа, семьи которых бесплатно получают основную поддержку извне (количество* и процент) (ВИЧ-CS1) • СУД, получающие питание (количество и процент**) • Посещение школы сиротами (ВИЧ-CS2)
	• Помощь хроническим больным	• Число организаций в общине, получающих поддержку для оказания помощи ЛСВС	• Взрослые с хроническими формами заболевания, чьи семьи бесплатно получают основную поддержку извне (количество* и процент)

Благоприятствующая среда	• Рабочие места	• Крупные предприятия/компании, имеющие политику и программы в области ВИЧ/СПИДа на рабочих местах (количество* и процент) (ВИЧ-SE1)	
	• Укрепление гражданского общества	• Число НПО, которые занимаются службами ВИЧ/СПИДа*	
	• Поддержка взрослыми просвещения молодежи по вопросам использования презервативов	• Помощь взрослых в приучении молодежи пользоваться презервативами.	
	• Клеймение	• Количество групп поддержки ЛСВС, которые ведут борьбу против дискриминации*	

\* Промежуточные и конечные результаты здесь измеряются также с помощью «баллов», количественные параметры которых могут быть определены на основе прямых наблюдений или аннотированного инвентаризационного перечня. Для этих «баллов» методологическое руководство не дает подробного описания в приложениях.

\*\* Необходимо указание как процентной доли, так и количества («баллов»). Вместе с тем, в тех случаях, когда невозможно получить знаменатель, акцент должен быть сделан на подсчете «баллов».

\*\*\* Подробное описание этого показателя не представлено в приложениях.

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

### Программное обеспечение

ЮНЭЙДС предоставила в распоряжение стран полезную методику – Информационную систему для запроса данных из стран (Country Response Information System) (CRIS), которая располагает возможностью для хранения всех национальных данных по основным и дополнительным показателям и готовит сообщения по указанным показателям. CRIS выполняет также две дополнительные функции: отслеживание ресурсов и представление инвентаризационного перечня научных исследований.

Для получения дополнительной информации в отношении процесса разработки показателей и предлагаемых действий для осуществления структуры DoC МиО читатели могут обращаться к Руководству по разработке

основных показателей, которое имеется на четырех языках (английском, французском, испанском и русском) и которое можно получить на веб-сайте ЮНЭЙДС. Для получения дополнительной информации по CRIS посетите веб-сайт ЮНЭЙДС.

## **Руководства и основные ссылки на мониторинг и оценку**

Основными источниками для руководств, которые названы ниже, являются ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮСАИД, ЦББ, MEASURE и FHI и некоторые из их партнеров.

В выходящем в ближайшее время Руководстве по МиО (2004 г.), подготовленном ВОЗ и партнерами, помимо указанных ниже руководств будут рассматриваться вопросы тестирования и консультирования, а также комплексной профилактики и медицинской помощи.

Самые последние варианты различных руководств могут быть получены через Интернет в библиотеке материалов по МиО в ЮНЭЙДС по адресу:  
[http://www.unaids.org/EN/in+focus/monitoringevaluation/m\\_e+library.asp](http://www.unaids.org/EN/in+focus/monitoringevaluation/m_e+library.asp)

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

<http://www.who.int>

<http://www.unicef.org>

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

<http://www.fhi.org>

<http://www.cdc.gov>

<http://www.usaid.gov>

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

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

Family Health International (2000 г.). *Behavioural Surveillance Surveys (BSS) : Guidelines for Repeated Behavioural Surveys in Populations at Risk for HIV* (Обследование поведенческих навыков (ОПН): Руководство для повторных поведенческих обследований в группах населения, подвергающихся угрозе ВИЧ-инфицирования). Family Health International, Арлингтон.  
(<http://www.fhi.org/en/aids/wwwdo/wwwd12a.html#anchor545312>)

ЮНЭЙДС (2002). *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on the construction of core indicators* (Мониторинг осуществления Декларации о приверженности борьбе с ВИЧ/СПИДом: Руководство по разработке основных показателей)  
([http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub02/JC894-CoreIndicators\\_en\\_pdf.pdf](http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub02/JC894-CoreIndicators_en_pdf.pdf))

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

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

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

ЮНЭЙДС/Всемирный банк (2002 г.). *National AIDS Councils (NACs): Monitoring and Evaluation Operations Manual* (Национальные советы по СПИДу: Практическое руководство по мониторингу и оценке). ЮНЭЙДС/Всемирный банк, Женева.  
([http://www1.worldbank.org/hiv\\_aids/docs/M&E%20Manual.pdf](http://www1.worldbank.org/hiv_aids/docs/M&E%20Manual.pdf))

ВОЗ (2003 г.). *The Monitoring and Evaluation (M&E) of 3 by 5 Initiative* (Мониторинг и оценка (МиО) Инициативы «3 к 5»). ВОЗ, Женева  
(<http://www.who.int/3by5/publications/documents/briefs/monitoring/en/>)

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

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

ВОЗ (2003 г.). *Monitoring and Evaluation of national ART programmes in the rapid scale – up to 3 by 5* (Мониторинг и оценка национальных программ по АРЛ в оперативной системе «3 к 5»), ВОЗ, Женева. (<http://www.who.int/3by5/publications/documents/artindicators/en/>)

ВОЗ/ЮНЭЙДС (2004 г.). *National AIDS Programmes : A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support* (Национальные программы по СПИДу: Руководство по мониторингу и оценке помощи и поддержки при ВИЧ/СПИДе.) ВОЗ, Женева. (<http://www.int/hiv/pub/epidemiology/pubnapcs/en>)

ВОЗ/ЮНЭЙДС (2000 г.). *Second Generation Surveillance for HIV : The Next Decade* (Эпиднадзор «второго поколения» за ВИЧ-инфекцией: Следующее десятилетие). ЮНЭЙДС, Женева. ([http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/cds\\_edc\\_2000\\_5.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/en/cds_edc_2000_5.pdf))

ВОЗ/ЮНЭЙДС/Measure ДМСО/Всемирный банк/ЮНИСЕФ/ЮНЕСКО/FHI/ ЮСАИД (2004 г.) *Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programmes for Young People (10 to 24 years old)* (Руководство по мониторингу и оценке национальных программ по профилактике ВИЧ/СПИДа для молодежи (10-24 года)). ВОЗ, Женева. ([http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/me\\_prev\\_yr/en/](http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/me_prev_yr/en/))

ВОЗ/ЮНЭЙДС/ЮСАИД /ЮНИСЕФ/ЦББ/ЮНФПА/ (2004 г.) *National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the Prevention of HIV in Infants and Young Children* (Национальное руководство по мониторингу и оценке программ по профилактике ВИЧ среди детей грудного и раннего возраста). ВОЗ, Женева. ([http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/youngchildren/en/](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/youngchildren/en/))

# ТУБЕРКУЛЕЗ

Данный раздел содержит обзор основных показателей для борьбы с ТБ и предоставляет ресурсы для более глубокого рассмотрения мониторинга и оценки ТБ. Показатели являются общими по характеру и подходят для мониторинга борьбы с ТБ, особенно посредством национальных программ борьбы с ТБ. Эти показатели конкретно не рассматривают дополнительные связанные с мониторингом потребности в инновациях в области оказания услуг, таких как помощь в общине или привлечение частного сектора. Сборник показателей для мониторинга деятельности по борьбе с ТБ подготавливается Рабочей группой по показателям, партнеры которой перечислены в общих ресурсах. Многие определения показателей, содержащиеся в настоящем методологическом руководстве, взяты из проекта этого сборника и проверяются в некоторых условиях.

## Краткая таблица по туберкулезу

	Область оказания услуг	Промежуточные результаты	Конечные результаты
<b>Профилактика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Выявление случаев инфекции</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Новые случаи ТБ с положительной реакцией мазка, выявленные в рамках ДOTS (количество* и процент) (ТБ-PI 1)</li> </ul>
<b>Лечение</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Своевременное выявление и качественное лечение случаев заболевания</li> <li>Борьба с резистентностью к лекарственным средствам</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Население, охваченное ДOTS (количество* и процент) (ТБ-TI 1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>зарегистрированные в рамках ДOTS и успешно излеченные (ТБ-TI 2) (количество* и процент)</li> <li>Новые случаи заболевания с положительной реакцией мазка, зарегистрированные в рамках ДOTS, лечение которых не завершилось (количество* и процент) (ТБ-TI 3)</li> </ul>
<b>Благоприятствующая среда</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Достаточные поставки лекарственных средств и лабораторные поставки</li> <li>Создание потенциала</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Число медицинских учреждений, применяющих ДOTS, с достаточными поставками лекарственных средств и лабораторными поставками</li> <li>Число медицинских учреждений и лабораторий, применяющих ДOTS с достаточным потенциалом в отношении ДOTS</li> </ul>	
<p>* Промежуточные и конечные результаты здесь также измеряются с помощью «баллов», подсчитанных в отношении взрослых возможностей по сравнению с потребностями, определенными в качестве предварительного условия для изменения, количественные параметры которых могут быть определены на основе прямых наблюдений или аннотированного инвентаризационного перечня. Для этих «баллов» методологическое руководство <b>не дает</b> подробного описания в приложениях.</p> <p>** Необходимо указание как процентной доли, так и количества («баллов»). Вместе с тем, в тех случаях, когда невозможно получить знаменатель, акцент должен быть сделан на подсчете «баллов».</p>			

Подробное описание каждого из перечисленных выше показателей содержится в Приложении В. Следует отметить, что показатели, представленные выше и в приложении, не являются исчерпывающими, а читателям следует обращаться к отдельным руководствам для получения более полного перечня всех основных и дополнительных показателей в данной области.

## Общие ресурсы

- Подразделение по мониторингу и оценке туберкулеза Отдела «Остановить туберкулез» Всемирной организации здравоохранения: создание потенциала на уровне стран для мониторинга, оценки и основанного на фактических данных планирования, проведения глобального надзора за эпидемиологическими и финансовыми тенденциями в борьбе с ТБ.
- Рабочие группы Партнерства «Остановить туберкулез»: три оперативные рабочие группы обеспечивают целенаправленность скоординированных действий, а также мониторинг поддержки и оценку деятельности на уровне стран, связанной с:
  - распространением ДOTS, включая подгруппы по лабораториям и сочетанию государственного и частного секторов
  - ТБ/ВИЧ
  - МЛР-ТБ
- Глобальная рабочая группа по показателям - партнерство между Всемирной организацией здравоохранения, Всемирным банком, Центрами США по борьбе с болезнями и профилактике, Международным союзом

борьбы с туберкулезом и болезнями легких (IUATLD), Королевской голландской ассоциацией борьбы с туберкулезом (KNCV), Агентством США по международному развитию (ЮСАИД) и "Measure".

Адрес для контакта: [cvincent@usaid.gov](mailto:cvincent@usaid.gov)

### **Техническая помощь**

- Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких (IUATLD): [www.iuatld.org](http://www.iuatld.org)
- Королевская голландская ассоциация борьбы с туберкулезом (KNCV): [www.tuberculose.nl](http://www.tuberculose.nl)
- Центры США по борьбе с болезнями: [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) ([mqualls@cdc.gov](mailto:mqualls@cdc.gov))
- Всемирная организация здравоохранения: [www.who.int](http://www.who.int) ([dyec@who.int](mailto:dyec@who.int))
- Всемирный банк: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org) ([dweil@worldbank.org](mailto:dweil@worldbank.org))

### **Программное обеспечение**

- Программа WHO EpiCentre для ведения ежеквартальных регистрационных данных.  
Адрес для контакта: WHO SEARO (Nani Nair, [nairn@whosea.org](mailto:nairn@whosea.org))
- Электронный регистр ТБ (ETR): компьютеризованный регистр по ТБ, содержащий индивидуальные данные о пациентах, полученные из осуществляемого в Африке Центрами США по борьбе с болезнями проекта "Botusa".  
Адрес для контакта: Peter Vranken ([pbv7@botusa.org](mailto:pbv7@botusa.org)).

### **Руководства**

- Всемирная организация здравоохранения (2002 г.). An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control (Расширенные рамки ДОТС для эффективной борьбы с туберкулезом). <http://www.who.int/gtb/publications/dots/pdf/TB.2002.297.pdf>
- Всемирная организация здравоохранения (1998 г.). Tuberculosis handbook (Руководство по туберкулезу). <http://www.who.int/gtb/publications/tbhandbook/index.htm>
- Всемирная организация здравоохранения (2004 г.). Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2004 (Борьба с туберкулезом в мире: Доклад ВОЗ, 2004 г.). <http://www.who.int/gtb/publications/globrep/index.html>
- Всемирная организация здравоохранения (2003 г.). Management of Tuberculosis Training for health facility staff (Организация подготовки по вопросам туберкулеза для сотрудников медицинских учреждений). [http://www.who.int/gtb/publications/training/management\\_of\\_tb/pdf/who\\_cds\\_tb\\_2003\\_314i.pdf](http://www.who.int/gtb/publications/training/management_of_tb/pdf/who_cds_tb_2003_314i.pdf)
- Всемирная организация здравоохранения (1998 г.). Laboratory services in tuberculosis control (Лабораторные службы по борьбе с туберкулезом). [http://www.who.int/gtb/publications/whodoc/who\\_tb-98-258/en/98.258\\_org\\_management-.pdf](http://www.who.int/gtb/publications/whodoc/who_tb-98-258/en/98.258_org_management-.pdf)
- Всемирная организация здравоохранения (2001 г.). The Use of Indicators for communicable disease control at district level (Использование показателей для борьбы с инфекционными болезнями на районном уровне). [http://www.who.int/gtb/publications/indicators/tb\\_2001\\_289.pdf](http://www.who.int/gtb/publications/indicators/tb_2001_289.pdf)
- Всемирная организация здравоохранения (2001 г.). Good practice in legislation and regulations for TB control: An indicator of political will (Надлежащая практика в областях законодательства и регулирования для борьбы с ТБ: Показатель политической воли). [http://www.who.int/gtb/publications/General/TB\\_2001\\_290legisl.pdf](http://www.who.int/gtb/publications/General/TB_2001_290legisl.pdf)
- Всемирная организация здравоохранения (2000 г.). Guidelines for establishing DOTS-PLUS pilot projects for the management of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) (Руководящие принципы создания экспериментальных проектов ДОТС-ПЛЮС для ведения случаев туберкулеза со множественной лекарственной резистентностью (МЛР-ТБ)). <http://www.who.int/gtb/publications/dotsplus/dotspluspilot-2000-279/english/index.htm>
- Всемирная организация здравоохранения (1998 г.). Guidelines for conducting a review of a national tuberculosis programme (Руководящие принципы проведения обзора национальной программы по туберкулезу). [http://www.who.int/gtb/publications/whodoc/who\\_tb\\_98.240.pdf](http://www.who.int/gtb/publications/whodoc/who_tb_98.240.pdf)

## ТБ/ВИЧ

Во многих случаях туберкулез является общей инфекцией среди ЛСВС. Поэтому важно проводить мониторинг и оценку усилий по лечению этих двух болезней. В данном разделе методологического руководства кратко изложены используемые общие показатели и даны ссылки на существующие документы

### Краткая таблица по ТБ/ВИЧ

	Промежуточные результаты	Промежуточные результаты
<b>Профилактика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Распространенность серопозитивности ВИЧ среди больных ТБ (ТБ/ВИЧ-Р1 1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Лечение латентной инфекции ТБ у ЛСВС (количество* и процент) (ТБ/ВИЧ-Р1 2)</li> </ul>
<b>Лечение</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Интенсивное выявление случаев ТБ среди ЛСВС (ТБ/ВИЧ-Т1 1)</li> <li>Консультирование и тестирование больных ТБ (ТБ/ВИЧ-Т1 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обеспечение больных ТБ профилактической терапией с использованием котримоксазола (ПЛК) (ТБ/ВИЧ-Т1 3)</li> <li>Предоставление АРЛ для больных ТБ во время лечения ТБ (ТБ/ВИЧ-Т1 4)</li> </ul>
<b>Благоприятствующая среда</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Достаточные поставки лекарственных средств и лабораторные поставки</li> <li>Создание потенциала</li> <li>Координационный орган по ТБ/ВИЧ на национальном уровне и на всех субнациональных уровнях, на которых распространены как ВИЧ, так и ТБ</li> <li>Совместное планирование работы служб по борьбе с ВИЧ и служб по борьбе с ТБ</li> <li>Политика в области ВИЧ, касающаяся ТБ</li> <li>Политика в области ТБ, касающаяся ВИЧ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Число медицинских учреждений, занимающихся ДОТС с достаточными поставками лекарственных средств и лабораторными поставками</li> <li>Число медицинских учреждений и лабораторий, занимающихся ДОТС, с достаточным потенциалом для осуществления этой методики лечения</li> <li>Число медицинских учреждений, предоставляющих услуги как в области ТБ, так и в области ВАЧ</li> </ul>
<p>* Промежуточные и конечные результаты здесь также измеряются с помощью «баллов», подсчитанных в отношении возросших возможностей по сравнению с потребностями, определенными в качестве предварительного условия для изменения, количественные параметры которых могут быть определены на основе прямых наблюдений или аннотированного инвентаризационного перечня. Для этих «баллов» методологическое руководство <b>не дает</b> подробного описания в приложениях.</p> <p>** Необходимо указание как процентной доли, так и количества («баллов»). Вместе с тем, в тех случаях, когда невозможно получить знаменатель, акцент должен быть сделан на подсчете «баллов».</p>		

Подробное описание каждого из перечисленных выше показателей содержится в Приложении С. Следует отметить, что показатели, представленные выше и в приложении, не являются исчерпывающими, а читателям следует обращаться к отдельным руководствам для получения более полного перечня всех основных и дополнительных показателей в данной области.

### Общие ресурсы

- Рабочие группы Партнерства «Остановить туберкулез»: три оперативные рабочие группы обеспечивают целенаправленность скоординированных действий, а также мониторинг поддержки и оценку деятельности на уровне стран, связанной с:
  - расширением ДОТС, включая подгруппы по лабораториям и сочетанию государственного и частного секторов
  - ТБ/ВИЧ
  - МЛР-ТБ
- Глобальная рабочая группа по показателям - партнерство между Всемирной организацией здравоохранения, Всемирным банком, Центрами США по борьбе с болезнями и профилактике, Международным союзом борьбы с туберкулезом и болезнями легких (IUATLD), Королевской голландской ассоциацией борьбы с туберкулезом (KNCV), Агентством США по международному развитию (ЮСАИД) и «Measure».

Адрес для контакта: [cvincent@usaid.gov](mailto:cvincent@usaid.gov)

### Техническая помощь

- Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких (IUATLD): [www.iuatld.org](http://www.iuatld.org)
- Королевская голландская ассоциация борьбы с туберкулезом (KNCV): [www.tuberculose.nl](http://www.tuberculose.nl)
- Центры США по борьбе с болезнями: [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) ([mqualls@cdc.gov](mailto:mqualls@cdc.gov))
- Всемирная организация здравоохранения: [www.who.int](http://www.who.int) ([dyec@who.int](mailto:dyec@who.int))

- Всемирный банк: [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org) ([dweil@worldbank.org](mailto:dweil@worldbank.org))

### **Руководства**

- Всемирная организация здравоохранения (2003 г.). Guidelines for Implementing collaborative TB and HIV programme activities (Руководящие принципы осуществления совместной деятельности программ по ТБ и ВИЧ). [http://www.who.int/gtb/publications/tb\\_hiv/2003\\_319/tbhiv\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/gtb/publications/tb_hiv/2003_319/tbhiv_guidelines.pdf)
- Всемирная организация здравоохранения (2004 г.). Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities (Руководство по мониторингу и оценке совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ). (WHO/HTM/TB/2004.342)

# МАЛЯРИЯ

Настоящий раздел методологического руководства содержит общие основные положения для мониторинга и оценки конкретных мероприятий или областей оказания услуг в рамках программ борьбы с малярией. Представлен обзор показателей для МиО во всех мероприятиях, а также общие ресурсы, которые имеются или подготавливаются. Каждый из показателей применим ко всем районам, эндемичным по малярии, за исключением показателей, охватывающих воздействие и эпидемии. Показатель для прогнозирования эпидемий должен использоваться только для стран с предрасположенными к эпидемиям районами. В отношении мониторинга воздействия первичным показателем, подлежащим мониторингу всеми странами Африки и высокоэндемичными районами, является смертность в возрасте до пяти лет от всех причин, измеряемая в ходе репрезентативных для всей страны обследований домашних хозяйств. Специфическую смертность от малярии невозможно регулярно измерять, так как в странах Африки, эндемичных по малярии, такие измерения проводить очень трудно. Симптомы и признаки (такие как анемия) не являются специфическими и чувствительными, в результате чего аутопсия и вербальная аутопсия являются неточными; кроме того, многие случаи смерти, особенно среди детей раннего возраста, могут быть скорее связанными с малярией, чем непосредственно вызванными только малярией без сопутствующих инфекций. К тому же большинство случаев смерти происходят не в больницах и регулярно не регистрируются в Системе информации по управлению здравоохранением (СИУЗ), и они вряд ли будут зарегистрированы в системах регистрации актов гражданского состояния, данные которых часто являются неполными.

## Краткая таблица по малярии

	Область оказания услуг	Промежуточные результаты	Конечные результаты
Профилактика	<ul style="list-style-type: none"> <li>Сетки, обработанные инсектицидом (СОИ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Количество распределенных сеток, LLNs, предварительно обработанных сеток или комплектов для повторной обработки*</li> <li>Количество повторно обработанных сеток*</li> <li>Количество контрольных пунктов, созданных для мониторинга резистентности к инсектициду*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Наличие СОИ в домашних хозяйствах (Малярия-PI 1)</li> <li>Использование СОИ для детей в возрасте до 5 лет (Малярия-PI 2)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Малярия при беременности</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Количество распределенных сеток, LLNs, предварительно обработанных сеток или комплектов для повторной обработки*</li> <li>Количество повторно обработанных сеток*</li> <li>Количество беременных женщин, получающих правильно организованный курс ППЛ*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Использование СОИ беременными женщинами (Малярия-PI 3)</li> <li>Беременные женщины, проходящие курс периодической профилактической терапии (ППЛ) в качестве (Малярия-PI 4)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Прогнозирование и сдерживание эпидемий</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Выявление эпидемий малярии и надлежащий контроль за ними (Малярия-PI 5)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Распыление инсектицидов внутри помещений</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Количество домов и районов, обработанных инсектицидами*</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Изменение поведения, связь (ИПС)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Количество целевых районов со службами ИПС*</li> </ul>	
Лечение	<ul style="list-style-type: none"> <li>Безотлагательное и эффективное лечение малярии</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Безотлагательное и эффективное лечение малярии</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дети в возрасте до 5 лет, имеющие доступ к безотлагательному и эффективному лечению (Малярия-TI 1)</li> <li>Пациенты с тяжелой формой малярии, проходящие надлежащий курс лечения (Малярия-TI 3)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Мониторинг резистентности к лекарственным средствам</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Количество контрольных пунктов, созданных для мониторинга резистентности к противомалярийным препаратам*</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ведение малярии в домашних условиях</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Количество лиц, оказывающих помощь, которые могут распознавать признаки и симптомы малярии*</li> </ul>	
<p>* Промежуточные и конечные результаты здесь также измеряются с помощью «баллов», подсчитанных в отношении возросших возможностей по сравнению с потребностями, определенными в качестве предварительного условия для изменения, количественные параметры которых могут быть определены на основе прямых наблюдений или аннотированного инвентаризационного перечня. Для этих «баллов» методологическое руководство <b>не дает</b> подробного описания в приложениях.</p> <p>** Необходимо указание как процентной доли, так и количества («баллов»). Вместе с тем, в тех случаях, когда невозможно получить знаменатель, акцент должен быть сделан на подсчете «баллов».</p>			

Подробное описание каждого из перечисленных выше показателей содержится в Приложении D. Следует отметить, что показатели, представленные выше и в приложении, не являются исчерпывающими, а читателям следует обращаться к отдельным руководствам для получения более полного перечня всех основных и дополнительных показателей в данной области.

## Общие ресурсы

После создания программы по Обращению вспять малярии (ОВМ) была учреждена Справочная группа по мониторингу и оценке (СГМО) для улучшения координации между основными участниками МиО. Основная функция СГМО заключается в том, чтобы выступать в качестве органа, консультирующего Секретариат ОВМ и, следовательно, обеспечивать техническое руководство в отношении мониторинга прогресса в борьбе с малярией. Фактическая работа в области МиО проводится национальными программами по борьбе с малярией при поддержке со стороны межстрановых групп и партнеров ОВМ. Общую информацию о деятельности и подготовленных материалах СГМО можно найти по следующему адресу: [http://mosquito.who.int/partnership/wg/wg\\_monitoring/summary.htm](http://mosquito.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/summary.htm).

## Техническая помощь и программное обеспечение

Техническая поддержка правительствам предоставляется из разнообразных источников, главным образом, через Справочную группу ОВМ по мониторингу и оценке (СГМО), штаб-квартиру ВОЗ и ее региональные бюро, а также через межстрановые бюро ОВМ. Кроме того, посредством более широкого партнерства ОВМ в некоторых странах были созданы группы технической поддержки МиО.

## Руководства

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

### Общая информация

- Обращение вспять малярии. *Framework for Monitoring Progress and Evaluating Outcomes and Impact (Схема мониторинга прогресса и оценки результатов и воздействия)*, 2000 г., Женева. Имеется по адресу: [http://rbm.who.int/cmc\\_upload/0/000/012/168/m\\_e\\_en.pdf](http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/012/168/m_e_en.pdf).
- Обращение вспять малярии /MEASURE. *Guidelines for core indicators for assessing malaria intervention coverage from household surveys (Руководство по разработке основных показателей для оценки охвата мероприятиями против малярии на основе обследований домашних хозяйств)*. 2004 г. (на стадии подготовки).
- Обращение вспять малярии. Справочная группа по мониторингу и оценке, Целевая группа по показателям смертности. *Meeting Minutes (Протоколы заседаний)*, 16 июля 2003 г. Имеются по адресу: [http://mosquito.who.int/partnership/wg/wg\\_monitoring/summary.htm](http://mosquito.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/summary.htm)
- Обращение вспять малярии. Обследование по определению показателей по малярии (ОПМ) (на стадии подготовки).
- ВОЗ/ЮНИСЕФ. *Africa Malaria Report 2003 (Доклад о малярии в Африке, 2003 г.)*. Имеется по адресу: [http://mosquito.who.int/partnership/wg/wg\\_monitoring/summary.htm](http://mosquito.who.int/partnership/wg/wg_monitoring/summary.htm)

### Политика и руководящие принципы

- ВОЗ. *Management of Severe Malaria: A practical handbook. (Ведение тяжелых случаев малярии: практическое руководство)*, 2nd Edition, Женева, 2000 г. Имеется по адресу: <http://rbm.who.int/docs/hbsm.pdf>.
- ВОЗ. *The Use of Antimalarial Drugs: Report of an Informal Consultation (Использование противомаларийных препаратов: Доклад неофициального консультативного совещания)*, Женева, 13-17 ноября 2000 г. Имеется по адресу: [http://rbm.who.int/cmc\\_upload/0/000/014/923/use\\_of\\_antimalarials.pdf](http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/014/923/use_of_antimalarials.pdf).
- ВОЗ. *Antimalarial Drug Combination Therapy: Report of a WHO Technical Consultation (Противомаларийная лекарственная комплексная терапия: Доклад технического консультативного совещания ВОЗ)*, Женева, 4-5 апреля 2001 г. Имеется по адресу: [http://www.doh.gov.za/issues/malaria/red\\_reference/case\\_managment/cm29.pdf](http://www.doh.gov.za/issues/malaria/red_reference/case_managment/cm29.pdf).
- Региональное бюро ВОЗ для стран Западной части Тихого океана. *Malaria Rapid Diagnosis: Making it work (Практическое руководство по быстрой диагностике малярии)*. Доклад совещания 20-23 января 2003 г., Манила. Имеется по адресу: [http://rbm.who.int/cmc\\_upload/0/000/016/750/rdt2.pdf](http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/016/750/rdt2.pdf).

### Руководство снабжением лекарственными средствами

- Методы управления в целях здоровья. *Drug Management for Malaria (Рациональное использование лекарственных средств против малярии)*, июнь 2000 г., пересмотрено в июле 2002 г. Программа по рациональному использованию фармацевтических препаратов.
- John Snow International. *Logistics Indicators and Monitoring and Evaluation Tools. (Показатели снабжения, а также средства мониторинга и оценки)*. Проект «DELIVER». Имеется по адресу: [http://deliver.jsi.com/2002/Pubs/Pubs\\_Guidelines/index.cfm](http://deliver.jsi.com/2002/Pubs/Pubs_Guidelines/index.cfm).

### Резистентность к лекарственным средствам

- ВОЗ. *Monitoring Antimalarial Drug Resistance (Мониторинг резистентности к противомаларийным препаратам)*, 2002 г. Доклад консультативного совещания ВОЗ, Женева, Швейцария, 3–5 декабря 2001 г. Имеется по адресу: [http://rbm.who.int/cmc\\_upload/0/000/015/800/200239.pdf](http://rbm.who.int/cmc_upload/0/000/015/800/200239.pdf).

### **Ведение случаев заболевания в домашних условиях**

- Обращение вспять малярии (Специальная программа ПРООН/Всемирного банка /ВОЗ по научным исследованиям и подготовке специалистов по тропическим болезням). *Scaling up home-based management of malaria: from research to implementation (Расширение практики ведения случаев малярии в домашних условиях: от научных исследований к осуществлению)*, 2003 г., Женева (на стадии подготовки).
- Carol Baume. *A Guide to Research on Care-seeking for Childhood Malaria (Руководство по исследованию обращений за помощью при малярии у детей)*. Опубликовано проектом по поддержке анализа и исследований в Африке (SARA) и проектом оказания базисной поддержки институционализации деятельности по обеспечению выживания ребенка (BASICS II) для Агентства Соединенных Штатов Америки по международному развитию, Арлингтон, Виргиния, апрель 2002 г. Имеется по адресу: <http://www.aed.org/publications/GuideResearch.pdf>.

### **Борьба с переносчиками, включая использование сеток, обработанных инсектицидом (СОИ)**

- Обращение вспять малярии. *Scaling-Up Insecticide-Treated Netting Programmes in Africa: A Strategic Framework for Coordinated National Action (Программы расширения использования обработанных инсектицидом сеток в Африке: Стратегические рамки для скоординированных национальных действий)*, 2002 г., Женева. Имеется по адресу: [http://rbm.who.int/cmhc\\_upload/0/000/015/845/COI\\_programmes.pdf](http://rbm.who.int/cmhc_upload/0/000/015/845/COI_programmes.pdf).
- Обращение вспять малярии. *Insecticide-Treated Mosquito Net Interventions: A Manual for National Control Programme Managers (Использование обработанных инсектицидом противомоскитных сеток: Руководство для руководителей национальных программ борьбы)*, 2003 г. Имеется по адресу: [http://rbm.who.int/cmhc\\_upload/0/000/016/211/ITNinterventions\\_en.pdf](http://rbm.who.int/cmhc_upload/0/000/016/211/ITNinterventions_en.pdf).
- ВОЗ. *Space spray application of insecticides for vector and public health pest control: A practitioner's guide (Распыление инсектицидов для борьбы с переносчиками и паразитами: Практическое руководство)*, Женева, 2003 г. (документ ВОЗ WHO/CDS/WHOPES/GCDPP/2003.5). Имеется по адресу: [http://www.who.int/ctd/whopes/docs/Brochure\\_Space.pdf](http://www.who.int/ctd/whopes/docs/Brochure_Space.pdf).

### **Малярия при беременности**

- Обращение вспять малярии. *Strategic framework for malaria control during pregnancy (Стратегические рамки для борьбы с малярией при беременности)*. 1 ноября 2002 г.

### **Эпидемии малярии**

- Hook C. *Field Guide for Malaria Epidemic Assessment and Reporting. DRAFT for Field Testing (Полевое руководство для оценки и отчетности в случае эпидемии малярии. Проект для полевых испытаний)*, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. Имеется по адресу: [http://rbm.who.int/cmhc\\_upload/0/000/016/569/FTest.pdf](http://rbm.who.int/cmhc_upload/0/000/016/569/FTest.pdf).
- Обращение вспять малярии. *Prevention and Control of Malaria Epidemics: 3rd Meeting of the TSN (Предупреждение эпидемий малярии и борьба с ними: Третье совещание TSN)*, Женева, 10-11 декабря 2001 г., 2002 г. Имеется по адресу: [http://rbm.who.int/cmhc\\_upload/0/000/015/827/3epidemics\\_report.pdf](http://rbm.who.int/cmhc_upload/0/000/015/827/3epidemics_report.pdf).
- Обращение вспять малярии. *Malaria Early Warning Systems: A Framework for Field Research in Africa (Системы раннего предупреждения о малярии: Рамки для полевых исследований в Африке)*. Имеется по адресу: [http://rbm.who.int/cmhc\\_upload/0/000/014/807/mews2.pdf](http://rbm.who.int/cmhc_upload/0/000/014/807/mews2.pdf).

### **Подготовка и развитие кадровых ресурсов**

- Обращение вспять малярии. *RBM Human Resource Needs Assessment & Planning Tool (Средство оценки и планирования потребностей в кадровых ресурсах для ОБМ)*, 2003 г. (на стадии подготовки).