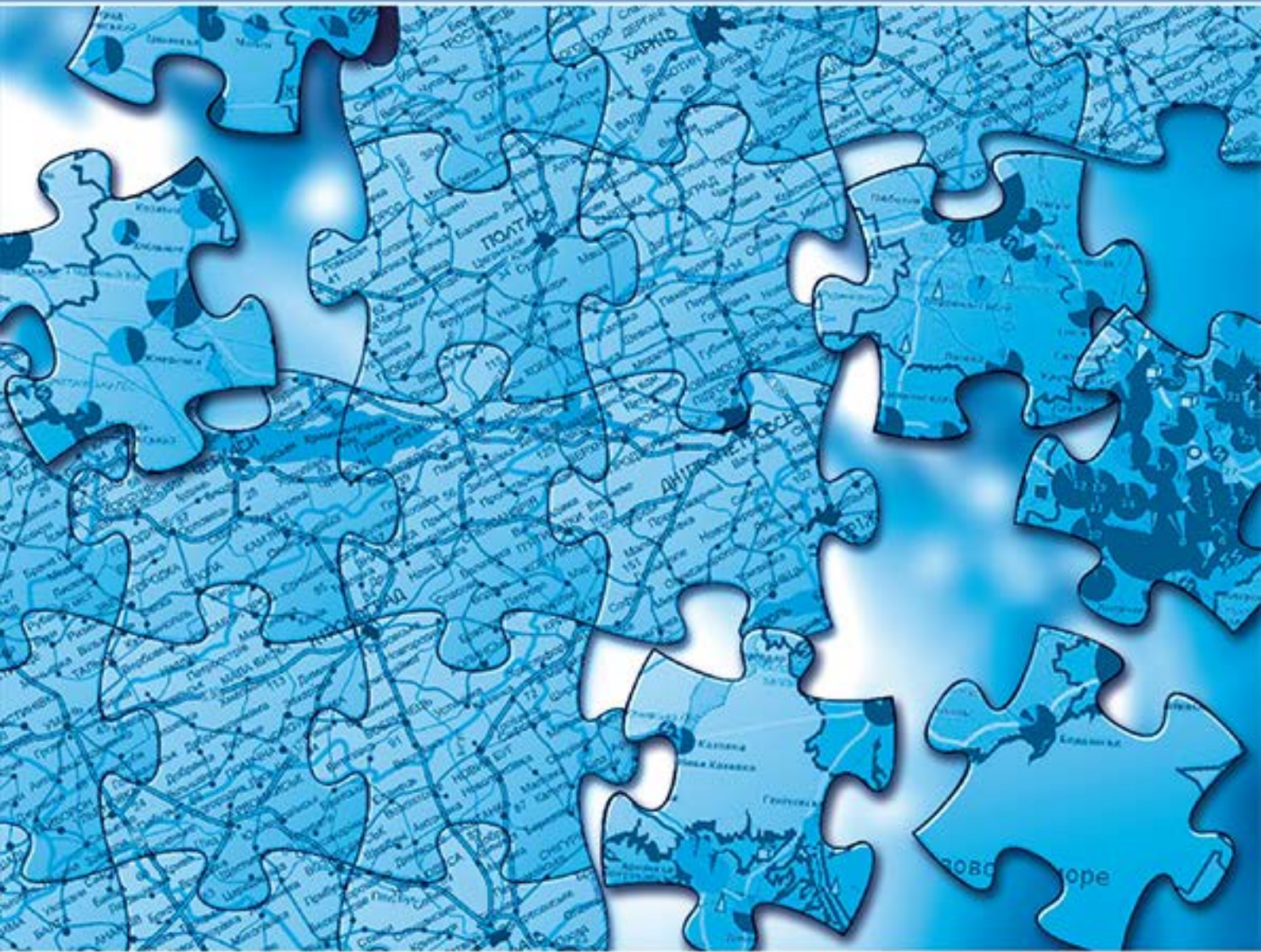




UN  
DP

Empowered lives.  
Resilient nations.



ПОСІБНИК

**ОРГАНІЗАЦІЯ ВІДПОВІДІ  
НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ  
НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**



# **ОРГАНІЗАЦІЯ ВІДПОВІДІ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ**

**ПОСІБНИК**

**Київ – 2012**



Даний посібник розроблено з метою надання інформаційної та методичної допомоги з питань формування та реалізації комплексу ефективних програмних заходів з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за рахунок максимального використання наявного ресурсного, виробничо-технологічного та кадрового потенціалу регіонів України. Він стане у нагоді представникам місцевих органів влади, самоврядування, членам місцевих координаційних структур, керівникам та фахівцям профільних відомств та неурядових організацій тощо. Посібник призначений для спеціалістів, які формують регіональні та місцеві програми з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу із застосуванням сучасних підходів до стратегічного планування та відповідно до визначених пріоритетів соціально-економічної політики. Він містить роз'яснення та детальне викладення порядку та основних методичних засад розроблення регіональних цільових програм протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Наведений порядок та засади є типовими, проте вони можуть уточнюватися залежно від специфіки регіону.

Посібник розроблено групою авторів, які є визнаними експертами з відповідних питань. Він підготовлений у рамках виконання проекту «Врядування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу», що впроваджується Програмою розвитку ООН в Україні (ПРООН) за фінансової підтримки Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) у співпраці з іншими агенціями Організації Об'єднаних Націй (ООН), за участі представників державних інституцій, донорських структур та організацій громадського суспільства.

Упорядники та редактори цього видання намагались зберегти стиль авторів та їх позицію і донести їх до читача. Разом з тим, висновки та рекомендації належать авторам, які несуть відповідальність за наведену інформацію, і не обов'язково відображають погляди ПРООН.

**Авторський колектив:** Ігор Агібалов, Тетяна Безулік, Тетяна Бордуніс, Марина Варбан, Олена Єщенко, Марина Зеленська, Марина Мурашова, Олена Нечосіна, Лілі Ойоренуан, Павло Онищенко, Катерина Шарапка, Ірина Щербина, Олексій Яременко.

Програма розвитку ООН в Україні висловлює щире подяку всім спеціалістам, які брали участь у підготовці цього посібника: Анні Шакарішвілі, координатору ЮНЕЙДС в Україні; Юрію Кобищі, спеціалісту з питань ІПСШ/ВІЛ/СНІД Бюро ВООЗ в Україні; Мірзахіду Султанову, регіональному раднику в галузі ВІЛ/СНІД в Україні та Молдові Управління ООН з наркотиків та злочинності; Лідії Андрущак, раднику з питань соціальної мобілізації та партнерства ЮНЕЙДС в Україні; а також всім тим фахівцям, які своїми знаннями, працею та енергією зробили вагомий внесок у підготовку публікації.

Відповідальний редактор: Володимир Гордейко

Упорядник: Марина Мурашова

Науковий редактор: Олена Кожушко

Дизайн: Ольга Кох

Видання здійснено в рамках проекту ПРООН «Врядування з питань ВІЛ/СНІДу».

Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй є глобальною мережею ООН у галузі розвитку. ПРООН тісно співпрацює з усіма верствами суспільства, допомагаючи розбудові країн, спроможних протистояти кризам, розвивати та підтримувати економічне зростання, націлене на покращення життя кожної людини. Працюючи у 177 країнах світу ми пропонуємо глобальне бачення з урахуванням специфіки місцевого розвитку, задля розширення прав та можливостей людей та підвищення життєздатності держав.

В Україні три головні сфери нашої діяльності в галузі розвитку: демократичне врядування та місцевий розвиток; подолання бідності, досягнення процвітання та українських Цілей розвитку тисячоліття; енергетика та навколишнє середовище. ПРООН працює в Україні з 1993 р.

**Допомагаємо розробити українські рішення задля досягнення українських цілей розвитку.**

Більше інформації про діяльність ПРООН в Україні: [www.undp.org.ua](http://www.undp.org.ua), [www.facebook.com/UNDPUkraine](http://www.facebook.com/UNDPUkraine), e-mail: [communications@undp.org.ua](mailto:communications@undp.org.ua)

© ПРООН в Україні, 2012 р.



## ПЕРЕЛІК АБРЕВІАТУР ТА СКОРОЧЕНЬ

<b>АРТ</b>	Антиретровірусна терапія
<b>АР Крим</b>	Автономна Республіка Крим
<b>БОР</b>	Бюджетування, орієнтоване на результат
<b>ВБО</b>	Всеукраїнська благодійна організація
<b>ВІЛ</b>	Вірус імунодефіциту людини
<b>Глобальний фонд</b>	Глобальний фонд по боротьбі з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією
<b>Група ЗПТ</b>	Робоча група з питань замісної підтримуючої терапії
<b>Група МіО</b>	Група моніторингу та оцінки
<b>ДКТ</b>	Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію
<b>Держслужба України соцзахворювань</b>	Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням
<b>Закон</b>	Закон «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»
<b>ЗМІ</b>	Засоби масової інформації
<b>ІПСШ</b>	Інфекції, що передаються статевим шляхом
<b>ЗПТ</b>	Замісна підтримуюча терапія
<b>КМДА</b>	Київська міська державна адміністрація
<b>КМК</b>	Координаційний механізм країни
<b>КМУ</b>	Кабінет Міністрів України
<b>Комітет</b>	Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам
<b>ЛГБТ</b>	Спільнота лесбійок, геїв, бісексуалів та трансгендерів
<b>ЛЖВ</b>	Люди, які живуть з ВІЛ-інфекцією
<b>МБФ</b>	Міжнародний благодійний фонд
<b>МіО</b>	Моніторинг і оцінка
<b>МОЗ</b>	Міністерство охорони здоров'я України
<b>МОР</b>	Менеджмент, орієнтований на результат

<b>МПР</b>	Модель для розрахунку потреб у ресурсах
<b>МРГ</b>	Міжсекторальна робоча група
<b>Національна рада</b>	Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу
<b>НРС</b>	Національні рахунки з ВІЛ-інфекції/СНІДу
<b>НУО</b>	Неурядова організація
<b>ОНВС</b>	Система оцінки національних витрат на ВІЛ-інфекцію/СНІД
<b>ООН</b>	Організація Об'єднаних Націй
<b>ПРООН</b>	Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй
<b>ПЦМ</b>	Програмно-цільовий метод планування
<b>Рада з ТБ/ВІЛ</b>	Регіональна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу
<b>РКС</b>	Робітники комерційного сексу
<b>РЦП</b>	Регіональна цільова програма
<b>ССГАООН</b>	Спеціальна сесія Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй
<b>СІН</b>	Споживачі ін'єкційних наркотиків
<b>СНД</b>	Співдружність Незалежних Держав
<b>СНІД</b>	Синдром набутого імунodefіциту
<b>СРОЗ</b>	Система Рахунків Охорони Здоров'я
<b>ТБ</b>	Туберкульоз
<b>ЦРТ</b>	Цілі Розвитку Тисячоліття
<b>ЧСЧ</b>	Чоловіки, які мають секс з чоловіками
<b>ЮНЕЙДС</b>	Об'єднана програма ООН з ВІЛ-інфекції/СНІДу
<b>USAID</b>	Агенція США з міжнародного розвитку
<b>ЮНІСЕФ</b>	Дитячий фонд ООН

# ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	<b>7</b>
<b>РОЗДІЛ I. ЕПІДЕМІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ВІДПОВІДІ НА ЕПІДЕМІЮ В УКРАЇНІ</b>	<b>9</b>
1.1 Загальна інформація про епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ та існуючі підходи до профілактики, лікування, догляду та підтримки в Україні (Варбан М.)	9
1.2 Відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Україні на національному та регіональному рівнях: структура та ключові партнери (Єщенко О., Зеленська М.)	14
1.3 Україна в контексті глобальної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ (Мурашова М., Нечосіна О.)	16
1.4 Діяльність регіональних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДУ (Безулік Т.)	21
1.5 Законодавчі аспекти захисту прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДОМ (Бордуніс Т.)	28
<b>РОЗДІЛ II. ЗАСТОСУВАННЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПІДХОДУ ТА ПРИНЦИПІВ МЕНЕДЖМЕНТУ, ОРІЄНТОВАНОГО НА РЕЗУЛЬТАТ, У ПІДГОТОВЦІ РЕГІОНАЛЬНОЇ ЦІЛЬОВОЇ ПРОГРАМИ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ</b>	<b>34</b>
2.1 Стратегічний підхід у підготовці та реалізації регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДУ (Онищенко П., Агібалов І., Варбан М.)	34
2.2 Менеджмент, орієнтований на результат (Ойоренуан Л.)	43
<b>РОЗДІЛ III. РОЗРОБКА ТА РЕАЛІЗАЦІЯ РЕГІОНАЛЬНОЇ ЦІЛЬОВОЇ ПРОГРАМИ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ</b>	<b>52</b>
3.1 Фази розробки регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДУ (Онищенко П., Агібалов І., Варбан М.)	52
3.2 Реалізація регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДУ (Онищенко П., Агібалов І., Варбан М.)	70
<b>РОЗДІЛ IV. ФІНАНСУВАННЯ ПРОГРАМ З ПОДОЛАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ</b>	<b>77</b>
4.1 Законодавчі основи здійснення бюджетних витрат, спрямованих на подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ (Щербина І., Шарапка К.)	77
4.2 Джерела фінансування цільових програм з подолання ВІЛ-інфекції/СНІДУ (Щербина І., Шарапка К.)	80
4.3 Бюджетування цільових програм (Щербина І., Шарапка К.)	81
4.4 Організація роботи з бюджетним запитом (Щербина І., Шарапка К.)	95
4.5 Залучення ресурсів міжнародної технічної допомоги та донорських програм (Нечосіна О.)	98
<b>РОЗДІЛ V. МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА ВІДПОВІДІ РЕГІОНУ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ (Яременко О.)</b>	<b>106</b>
<b>ДОДАТКИ</b>	<b>112</b>
Додаток А. Перелік рекомендованої літератури	112
Додаток Б. Перелік інтернет-ресурсів, присвячених проблемам ВІЛ-інфекції/СНІДУ	113
Додаток В. Перелік рекомендованих нормативно-правових актів з питань ВІЛ-інфекції/СНІДУ	115





## ВСТУП

Поширення ВІЛ-інфекції залишається вкрай серйозною проблемою в Україні. Навіть за умови вжиття попереджувальних заходів, спрямованих на обмеження поширення інфекції, епідеміологічна ситуація в країні за останні роки погіршилася.

Згідно з висновками комплексної зовнішньої оцінки національних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, *«незважаючи на суттєві досягнення в окремих питаннях і напрямках, національна протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу потребує значного посилення, аби реально вплинути на епідемію. Уряду України необхідно відновити своє лідерство з тим, щоб здійснити широкомасштабні зміни у національних системах планування, фінансування, менеджменту та координації з метою забезпечення сталого прогресу та реалізації національних заходів з протидії СНІД».*

Це свідчить про нагальну потребу в значному посиленні відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції, передумовою якої є забезпечення стратегічного, координованого, інтегрованого впливу на існуючі процеси на всіх рівнях для отримання позитивних зрушень. За даними досліджень, суттєвою проблемою є зростання диспропорцій та низька активність у відповіді на епідемію в окремих адміністративно-територіальних одиницях. Викликом сьогодення є спрямування державної регіональної політики, крім іншого, на посилення спроможності регіонів долати епідемію, тобто включення як органічну компоненту політику комплексних заходів з профілактики, лікування, догляду та підтримки у сфері ВІЛ-інфекції.

Ключова роль у процесах посилення відповіді на епідемію належить місцевим органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування. Проте дефіцит знань та обмеженість інформації з питань організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу представників органів влади на регіональному та місцевому рівнях стає на заваді прийняттю ефективних та адекватних управлінських рішень у цій сфері.

Для розв'язання зазначеної проблеми необхідним є посилення міжвідомчої взаємодії, використання сучасних методів врядування, управління, планування, моніторингу і оцінки, застосування нових підходів до протидії епідемії на регіональному та місцевому рівнях. Доцільним є також вивчення та запровадження в Україні кращого світового досвіду з питань стратегічного планування, менеджменту, орієнтованого на результат, та застосування програмно-цільового підходу до розробки регіональних програм з ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Одним з ключових факторів посилення відповіді на епідемію є інформаційно-методична підтримка на регіональному рівні. Для розроблення ефективних регіональних програм з протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу необхідно підвищувати рівень поінформованості членів місцевих координаційних структур та інших представників органів влади, керівників та фахівців профільних організацій з питань організації ефективної протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Також ці питання доцільно включити до учбових програм вищих навчальних закладів з підготовки та підвищення кваліфікації кадрів у кожному регіоні України, що дозволить протидіяти епідемії та покращити процес розроблення ефективних регіональних програм.

На думку авторів, цей посібник є важливим інструментом для всіх учасників процесу розроблення регіональних цільових програм з ВІЛ-інфекції/СНІДу, насамперед, представників органів виконавчої влади, місцевого самоуправління, членів місцевих рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, представників громадських організацій тощо. Посібник може бути використаний у практичній роботі урядовців, науковців, спеціалістів з питань стратегічного планування, бюджетування цільових програм, менеджменту, орієнтованого на результат, моніторингу та оцінки та інших. Посібник містить детальний опис циклу та основних етапів підготовки, розробки та виконання регіональної цільової програми, а також надає конкретний алгоритм стратегічного підходу до планування відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, саме тому він є певним довідником з питань стратегічного планування та програмування і його використання надає можливість формувати програмні дії відповідно до загальноприйнятих практик та світового досвіду. Наведений порядок та засади є типовими, проте вони можуть уточнюватися залежно від специфіки регіону.

Інформаційні матеріали щодо стратегічного планування, менеджменту, орієнтованого на результат, сучасних підходів до програмування, управління, моніторингу і оцінки для розробки програм на регіональному рівні можуть бути також використані у процесі розроблення регіональних програм розвитку.

Посібник розроблено відповідно до вимог та норм Закону України «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного та соціального розвитку України»<sup>1</sup>, постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) «Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм»<sup>2</sup>, наказу Міністерства економіки України «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо порядку розроблення регіональних цільових програм, моніторингу та звітності про їх виконання»<sup>3</sup>, ключових цілей та завдань щодо розширення універсального доступу, які описані у «Дорожній карті»<sup>4</sup>. Крім того, він базується на рамкових міжнародних документах щодо стратегічного планування, менеджменту, орієнтованого на результат, які розроблені ЮНЕЙДС<sup>5</sup>, ПРООН<sup>6</sup> у результаті консультацій з іншими агенціями ООН, донорами, керівниками урядів, представниками громадського суспільства та іншими експертами.

1 Закон України «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного та соціального розвитку України» від 23 березня 2000, №1602-III.

2 Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм» від 31 січня 2007, №106.

3 Наказ Міністерства економіки України «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо порядку розроблення регіональних цільових програм, моніторингу та звітності про їх виконання» від 04 грудня 2006, №367.

4 Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р.: квітень 2006 р., Міністерство охорони здоров'я України, ЮНЕЙДС.

5 Адаптовано з публікації «Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ. На пути к обеспечению всеобщего доступа», ЮНЕЙДС, 2007 г. – 61 с.

6 Руководство по планированию, мониторингу и оценке результатов развития. – Программа развития ООН, 2009. – 220 с.



## РОЗДІЛ І. ЕПІДЕМІЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ВІДПОВІДІ НА ЕПІДЕМІЮ В УКРАЇНІ

### 1.1. Загальна інформація про епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ та існуючі підходи до профілактики, лікування, догляду та підтримки в Україні (Варбан М.)

#### Стадії епідемії ВІЛ-інфекції

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДУ стала поширюватись у світі починаючи з 80-х рр. ХХ століття. Наразі ВІЛ-інфекція є однією з найбільш досліджених та вивчених, проте хвороби, зумовлені ВІЛ, щорічно забирають надзвичайно велику кількість людських життів на планеті. ЮНЕЙДС та ВООЗ класифікують епідемію ВІЛ-інфекції за наступними категоріями<sup>7</sup>:

- низького або початкового рівня;
- концентрована;
- генералізована;
- гіперендемична.

Епідемії низького або початкового рівня характеризуються показником поширеності ВІЛ-інфекції нижче 1% у будь-яких групах населення. При цьому рівень ВІЛ-інфікування в групах ризику не перевищує 5%. Така епідемія спостерігається, наприклад, на Фіджі (показник поширеності ВІЛ-інфекції 0–0,4%) та у Туреччині (показник поширеності ВІЛ <0,2%).

Концентрована епідемія має високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції в одній або в кількох підгрупах населення, таких як споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), або робітники комерційного сексу (РКС). Вірус може виходити за межі груп ризику в популяцію загального населення. Рівень інфікування серед загального населення складає менше 1%. Прикладом такої епідемії є Аргентина, де показник поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ перевищує 15%, серед РКС – >5%, водночас національний показник поширеності ВІЛ-інфекції серед дорослого населення віком 15–49 років залишається на низькому рівні 0,6% (0,3–1,9%). Україну також відносять до країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції.

Генералізована епідемія починається, коли рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок, які відвідують допологові клініки, складає 1–15%. Такі цифри вказують на те, що показник поширеності ВІЛ-інфекції серед населення в цілому знаходиться на такому високому рівні, що епідемія починає розповсюджуватися через сексуальні контакти. Серед країн, де показник поширеності перевищує 5%, виокремлюються країни Африки – Камерун (5,4%), Уганда (6,7%).

Гіперендемична епідемія характерна для тих країн, де ВІЛ-інфекція розповсюджена в широких масах населення та показник її поширеності серед дорослого населення перевищує 15%. Такий сценарій розвитку епідемії обумовлений домінуванням гетеросексуального шляху передачі інфекції. Найбільш високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції спостерігається в таких країнах Африки як Свaziленд (33,4%), Ботсвана (24,1%), Зімбабве (20,1%) та у Південній Африці (18,1%).

Варто зауважити, що рівень поширеності епідемії в конкретній країні або її регіонах може варіюватися залежно від груп населення або географії. Так, наприклад, у Молдові, Китаї та Україні показник поширеності ВІЛ-інфекції в групах, найбільш уразливих до ВІЛ-інфекції (СІН, РКС), складає понад 5%, а показник серед вагітних жінок коливається в різних регіонах країн у межах 1–5%. Тобто значна частка нових випадків інфікування припадає на найбільш уразливі групи (місця концентрації епідемії), проте одночасно відмічаються досить високі рівні поширеності ВІЛ-інфекції серед широких мас населення в окремих регіонах країн – таким чином, епідемія набуває генералізованого характеру. Крім того, епідемії можуть

<sup>7</sup> Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ. На пути к обеспечению всеобщего доступа, ЮНЕЙДС, 2007 г. – С. 13–16.

розвиватися та видозмінюватися – від епідемії низького рівня до концентрованих та від змішаних до генералізованих та гіперендемичних епідемії. Залежно від заходів профілактики та дій країни у відповідь на епідемію, темпи її розвитку можуть знижуватись або залишатися на стабільному рівні.

### **Обличчя епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні**

В Україні можна виокремити такі групи, уразливі до ВІЛ-інфікування:

- споживачі ін'єкційних наркотиків;
- робітники комерційного сексу (як жінки, так і чоловіки);
- чоловіки, які мають секс із чоловіками;
- засуджені;
- діти вулиці (від 10 до 18 років).

Споживачі ін'єкційних наркотиків є домінуючою групою ризику в Україні та головними розповсюджувачами епідемії. Згідно з оціночними даними, 332 575 СН в Україні<sup>8</sup>.

Кількість РКС в Україні, так само як і в країнах Східної Європи та СНД, зростає внаслідок соціальних, економічних та політичних змін. Негативні наслідки перехідного періоду впливали на те, що певні жінки (а також чоловіки) ставали комерційними секс-робітниками, для того щоб заробляти собі на життя<sup>9</sup>. За оцінками національних експертів, кількість жінок, які займаються секс-бізнесом в Україні, складає 67 400<sup>10</sup>. Кількість чоловіків, які надають сексуальні послуги за плату, залишається невідомою.

Група ЧСЧ охоплює як чоловіків, які ототожнюють себе з гомосексуалами, так і тих, хто вважає себе бі- та гетеросексуалами, але мають сексуальні контакти з іншими чоловіками. За даними експертів, в останні роки з'являється все більше підтвердження прихованої епідемії серед ЧСЧ у Східній Європі та СНД, що посилюється стигмою, дискримінацією та навіть переслідуванням представників цієї групи<sup>11</sup>. Оціночні дані свідчать про те, що наразі в Україні налічується близько 224 400 ЧСЧ<sup>12</sup>.

Висока поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених пов'язана з впливом двох факторів ризику – вживання ін'єкційних наркотиків та незахищений секс у цій групі. Крім того, проблемним для багатьох засуджених залишається доступ до якісної діагностики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та опортуністичних захворювань.

Сьогодні в Україні досить гостро стоїть проблема дітей вулиці, які мають ризик ВІЛ-інфікування через незахищену сексуальну поведінку, вживання наркотиків, велику ймовірність насильства, а також недоступність профілактики, тестування та лікування. Проблема загострюється відсутністю даних щодо чисельності цієї групи та поширеності ВІЛ-інфекції серед її представників. За різними оцінками експертів, в Україні кількість дітей вулиці коливається в інтервалі від 30 до 100 тисяч осіб. За розрахунками Міністерства охорони здоров'я України, кількість дітей вулиці віком від 10 до 18 років, які мають високий ризик інфікування ВІЛ-інфекцією та потребують негайного охоплення профілактичними та соціально-медичними послугами, становить 115 000 осіб<sup>13</sup>.

8 Оцінка чисельності груп високого ризику в Україні. Оціночні дані щодо ВІЛ/СНІДу в Україні станом на 2012 рік, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012 р.

9 Жизнь с ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ. Последствия социальной изоляции. Региональный доклад о человеческом развитии, посвященный проблеме ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и СНГ. – Региональный центр ПРООН в Братиславе, декабрь 2008 г. – С. 11.

10 Оцінка чисельності груп високого ризику в Україні. Оціночні дані щодо ВІЛ/СНІДу в Україні станом на 2012 рік, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012 р.

11 Жизнь с ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ. Последствия социальной изоляции. Региональный доклад о человеческом развитии, посвященный проблеме ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и СНГ. – Региональный центр ПРООН в Братиславе, декабрь 2008 г. – С. 11.

12 Оцінка чисельності груп високого ризику в Україні. Оціночні дані щодо ВІЛ/СНІДу в Україні станом на 2012 рік. – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012 р.

13 Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні. – ПРООН в Україні, Проект «Врядування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу», травень 2008 р. – С. 70.

**Таблиця 1. Групи населення, найбільш уразливі до інфікування ВІЛ-інфекцією, та основні фактори ризику (1)**

Групи, найбільш уразливі до інфікування ВІЛ	Основні фактори ризику
Споживачі ін'єкційних наркотиків	<ul style="list-style-type: none"> <li>• використання інфікованих голків та шприців</li> <li>• багаторазове використання нестерильного (брудного) інструментарію для ін'єкцій, залучення до секс-бізнесу або небезпечна сексуальна поведінка, можливість ув'язнення за вживання наркотиків</li> <li>• високий рівень нетолерантного ставлення, стигми та дискримінації з боку населення, що перешкоджає профілактичній роботі</li> </ul>
Робітники комерційного сексу	<ul style="list-style-type: none"> <li>• велика кількість сексуальних партнерів</li> <li>• незахищені сексуальні контакти з великою кількістю клієнтів</li> <li>• вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом</li> <li>• вживання алкоголю, що в кілька разів збільшує ймовірність незахищених сексуальних контактів з клієнтами</li> <li>• наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом</li> <li>• висока мобільність у межах країни та за кордоном</li> </ul>
Чоловіки, які мають секс з чоловіками	<ul style="list-style-type: none"> <li>• поширеність незахищеного анального сексу</li> <li>• вживання наркотичних речовин</li> <li>• вживання алкоголю, що в кілька разів збільшує ймовірність незахищених сексуальних контактів</li> <li>• залучення до секс-бізнесу</li> <li>• високий рівень нетолерантного ставлення та стигми з боку населення, що перешкоджає профілактичній роботі з цією групою</li> </ul>
Засуджені	<ul style="list-style-type: none"> <li>• поширеність незахищених сексуальних зносин</li> <li>• вживання наркотичних речовин</li> <li>• ймовірність сексуального насильства</li> <li>• недоступність послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки</li> </ul>
Діти вулиці від 10 до 18 років	<ul style="list-style-type: none"> <li>• бідність</li> <li>• незахищені сексуальні контакти з великою кількістю клієнтів</li> <li>• вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом</li> <li>• вживання алкоголю, що в кілька разів збільшує ймовірність незахищених сексуальних контактів</li> <li>• наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом</li> <li>• велика ймовірність насильства, включаючи сексуальне</li> <li>• висока мобільність та можливість міграції в межах країни</li> <li>• недоступність послуг з профілактики, тестування на ВІЛ-інфекцію, лікування, догляду та підтримки</li> </ul>

Крім вищезазначених груп, фахівці виокремлюють низку груп, представники якої також мають досить значну ймовірність інфікування ВІЛ-інфекцією. До цих груп відносять:

- молодь, особливо сексуально активну, віком 15–24 роки;
- жінок та молодих дівчат;
- водіїв-далекобійників, мігрантів та інші мобільні групи населення;
- клієнтів робітників секс-бізнесу, клієнтів чоловіків, які мають секс з чоловіками, сексуальних партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків, партнерів чоловіків, які мають секс з чоловіками;
- «людей в уніформі» (військовослужбовців, співробітників силових структур тощо).

Уразливість до ВІЛ-інфекції представників цих груп пов'язана, у першу чергу, з їх мобільністю, умовами праці або з їх сексуальними партнерами.



Таблиця 2. Групи населення, найбільш уразливі до інфікування ВІЛ-інфекцією, та основні фактори ризику (2)

Групи, уразливі до інфікування ВІЛ	Основні фактори ризику
Молодь	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ймовірність незахищених сексуальних контактів</li> <li>• вживання алкоголю, що в кілька разів збільшує ймовірність незахищених сексуальних контактів</li> <li>• відсутність культури використання презервативу</li> <li>• недоступність презервативів</li> <li>• недоступність послуг з профілактики, діагностики, тестування на ВІЛ-інфекцію для молоді з малих міст та сільської місцевості</li> </ul>
Жінки та молоді дівчата	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ймовірність інфікування ВІЛ-інфекцією для жінок у 3–4 рази вище порівняно з чоловіками через особливості фізіології</li> <li>• ймовірність сексуального насильства та примусу</li> <li>• наявність ґендерних стереотипів щодо ролі жінки та використання презервативу</li> </ul>
Водії-далекобійники, мігранти та інші мобільні групи населення	<ul style="list-style-type: none"> <li>• висока мобільність у межах країни та за кордоном</li> <li>• ймовірність сексуальних контактів з робітниками комерційного сексу без використання презервативу</li> </ul>
Клієнти робітників секс-бізнесу, клієнти чоловіків, які мають секс з чоловіками, сексуальні партнери споживачів ін'єкційних наркотиків, партнери чоловіків, які мають секс з чоловіками	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ймовірність сексуальних контактів без використання презервативу</li> <li>• вживання алкоголю, що в кілька разів збільшує ймовірність незахищених сексуальних контактів з клієнтами</li> <li>• наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом</li> </ul>
«Люди в уніформі» (військовослужбовці, співробітники силових структур тощо)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ймовірність сексуальних контактів без використання презервативу з представниками комерційного сексу</li> <li>• ймовірність інфікування під час виконання службових обов'язків з порушенням правил особистої безпеки (наприклад, обшук затриманих або засуджених без використання спеціальних рукавичок)</li> </ul>

Оціночна кількість людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні, складає 332 500<sup>14</sup> чоловік, експерти також виокремлюють цю групу як уразливу. Проте така уразливість має свої особливості<sup>15</sup>. За даними дослідження<sup>16</sup>, люди, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, відчувають свою уразливість не тільки у зв'язку з багатьма фізіологічними проблемами, пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, але і з соціальною ізоляцією внаслідок стигми та дискримінації, а також труднощами, пов'язаними з реалізацією основних прав на здоров'я, освіту та зайнятість.

### **Існуючі підходи до профілактики, лікування, догляду та підтримки**

Україна приєдналася до ініціативи наближення до Універсального доступу до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки відповідно до зобов'язань, взятих на себе у 2005 р. на Світовому саміті. Головною метою було визначено максимальне наближення до універсального доступу для всіх, хто цього потребував до 2010 р. У 2006–2007 рр. в Україні було вперше розроблено «Дорожню карту» цілей Універсального доступу<sup>17</sup>, в якій викладено ключові цілі та завдання щодо розширення універсального доступу та визначено поняття «мінімальний пакет послуг» та показники охоплення цими послугами.

Згідно з «Дорожньою картою» універсальний доступ до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу означає безперервну систему послуг, яка заснована на потребах клієнта, що можуть змінюватися, а також

14 Оцінка чисельності груп високого ризику в Україні. Оціночні дані щодо ВІЛ/СНІДу в Україні станом на 2012 рік – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012 р.

15 Жизнь с ВИЧ в странах Восточной Европы и СНГ. Последствия социальной изоляции. Региональный доклад о человеческом развитии, посвященный проблеме ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и СНГ. – Региональный центр ПРООН в Братиславе, декабрь 2008 г. – 86 с.

16 Оцінка вразливості людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні. Результати соціологічного дослідження. – Проект «Врядування з питань ВІЛ/СНІД» ПРООН в Україні, травень 2008 р. – 104 с.

17 Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р.: квітень 2006 р., Міністерство охорони здоров'я України, ЮНЕЙДС.

індивідуальному підході, зорієнтованому на клієнта. Для забезпечення універсального доступу профілактичні програми мають бути доступними, гарантувати рівність у доступі до послуг, забезпечувати якість надання послуг тощо. Догляд визначається в «Дорожній карті» як комплекс послуг, спрямованих на покращення фізичного стану та якості життя людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, що передбачає безперервність, інтенсивність, індивідуальність надання допомоги (патронаж, медична допомога тощо). Підтримка трактується як комплекс послуг, спрямованих на покращання психоемоційного, соціального, матеріального стану ЛЖВ та їх близького оточення, що передбачає надання послуг відповідно до потреб та запитів клієнта з метою формування соціально-економічної та психологічної незалежності (консультації, психотерапія, групи самопомоги, супровід тощо).

Комплексний пакет послуг – це система послуг, яка охоплює можливі потреби клієнта (представника уразливої до ВІЛ-інфекції групи, ЛЖВ тощо) – медичні, соціальні, психологічні, побутові, з метою покращання якості життя, збереження здоров'я, подальшої реабілітації та ресоціалізації клієнта<sup>18</sup>.

Необхідною умовою досягнення універсального доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки є міжвідомче співробітництво та спільна робота. Стабільність у протидії епідемії неможливо забезпечити за рахунок реалізації одного втручання або заходу в рамках одного відомства або сектора. Щоб розширити охоплення послугами та зробити їх комплексними, послуги з профілактики необхідно інтегрувати з лікуванням, доглядом та підтримкою. Вони мають доповнювати один одного з метою задоволення різних потреб клієнтів.

### **Моделі надання послуг та пакети послуг**

Експерти виокремлюють кілька моделей надання комплексного пакету послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки, які відповідають міжнародним рекомендаціям та вважаються ефективними: моделі організації надання послуг з діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, представникам уразливих груп населення<sup>19</sup>, моделі надання послуг з добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію (ДКТ)<sup>20</sup>, моделі організації комплексу послуг для уразливих груп населення<sup>21</sup>, комплексна модель лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, на основі мультидисциплінарного підходу<sup>22</sup> тощо.

Усі моделі надання комплексного пакету послуг створені на основі мультидисциплінарного підходу. Типовими моделями є так звані «кіоск» та «супермаркет».

Модель «кіоск» найбільш широко розповсюджена в Україні як серед державних, так і недержавних організацій, які надають послуги у сфері профілактики, догляду та підтримки. Ця модель передбачає, що послуги надаються на базі організацій, тобто використовуються їх можливості і приміщення. Там, де є громадські центри, послуги надаються в їх приміщенні. Наприклад, у сфері профілактики ВІЛ-інфекції серед уразливих груп у визначеному приміщенні надається, як правило, базовий (мінімальний) пакет послуг, який включає розповсюдження витратних матеріалів (інформаційних матеріалів, шприців, презервативів, дезінфікуючих засобів, ліків тощо), консультування різних фахівців (юристів, психологів, медичних фахівців вузького профілю), проводяться групи взаємодопомоги тощо. Інші базові послуги надаються через налагоджену систему переадресації клієнтів до партнерських організацій та установ – лікувально-профілактичних закладів, соціальних служб, НУО тощо. Як правило, це послуги, пов'язані з доглядом та підтримкою, замісною підтримувальною терапією, реабілітацією, антиретровірусною терапією тощо. Крім базового пакету згідно з потребами клієнтів можуть надаватися додаткові послуги – прання, пошив або ремонт одягу, дитяча кімната тощо.

18 Адаптовано з публікації: Общественные центры снижения вреда для уязвимых к ВИЧ групп населения: опыт, практика, перспективы. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2009. – С. 6.

19 Моделі організації надання послуг з діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, представникам уразливих груп населення. Методичний посібник. – К.: МОЗ України, Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2009. – 45 с.

20 Модели предоставления услуг по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ (ДКТ): <http://www.fhi.org/ru/aidsr/impactr/briefsr/vctmodelsota.html>.

21 Общественные центры снижения вреда для уязвимых к ВИЧ групп населения: опыт, практика, перспективы. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2009. – 64 с.

22 <http://hivtri.org.ua/partners/hiv-duieih>.

Дана модель має такий різновид, як «*мобільний кіоск*», коли послуги надаються в умовах мобільних та вуличних пунктів. Це форми роботи, які безпосередньо наближені до місць перебування представників цільових груп (наприклад, у місцях, де жінки комерційного сексу надають послуги своїм клієнтам – на трасі, квартирах, готелях, саунах тощо). Як правило, для надання послуг використовуються мобільні амбулаторії (мікроавтобус, обладнаний робочим місцем лікаря і мобільною лабораторією експрес-діагностики) та робота на аутріч-маршрутах (соціальні працівники надають послуги на спеціальних «точках», де частіше перебувають представники цільових груп – наприклад, біля «притонів», на «плешках» тощо).

Іншою моделлю надання послуг є «*супермаркет*», коли більшість послуг надається на базі однієї організації. Прикладом є надання послуг на базі Центру профілактики і боротьби зі СНІДом. Така модель дає можливість зосередити в одному місці фахівців різних профілів, які оперативної та результативно можуть надавати різноманітні послуги клієнтам. Саме така модель є основою для інтегрування послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки.

Ефективність описаних моделей повністю залежить від якості виконання кожного етапу надання послуг. Моделі працюють на основі командного мультидисциплінарного підходу до ведення випадку клієнта, що передбачає тісну співпрацю медичних (лікарів, медичних сестер) та немедичних працівників (соціальних працівників, кейс-менеджерів, психологів, консультантів «рівний–рівному», аутріч-працівників), а також вимагає тісної партнерської взаємодії між різними закладами та організаціями.

Сьогодні однією з основних проблем у наданні послуг клієнтам є відсутність стандартів, у тому числі мінімальних стандартів якості соціальних послуг. Наразі кожна організація надає послуги, які значно відрізняються своєю якістю, що, в свою чергу, значно впливає на рівень залучення та утримання клієнтів. Наявність мінімальних державних стандартів надання послуг, у тому числі представникам найбільш уразливих до ВІЛ-інфекції груп, гарантує надання однаково якісних, доступних та кваліфікованих послуг з боку державних, громадських, приватних надавачів з дотриманням необхідних норм, принципів та цінностей з урахуванням усіх заявлених потреб отримувачів послуг.

### **1.2. Відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на національному та регіональному рівнях: структура та ключові партнери (Єщенко О.Г., Зеленська М.В.)**

Запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні впроваджується на засадах триєдиних принципів, проголошених ЮНЕЙДС: єдина стратегія (затверджена Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки); єдиний координуючий орган (Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (Національна рада)) та єдина система моніторингу й оцінки (Національна система МіО).

Україна має національну стратегію щодо подолання ВІЛ-інфекції/СНІДу, яка затверджена на законодавчому рівні, є обов'язковою для виконання всіма органами державної влади та стосується як суспільства в цілому, так і кожного громадянина зокрема. Діяльність у даному напрямі здійснюється державою у тісній співпраці з громадськими та міжнародними організаціями на національному та регіональному рівнях.

Пріоритетними заходами у напрямі подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні держава визнає: активізацію профілактики поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу; забезпечення лікуванням хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які його потребують; дотримання прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та формування толерантного ставлення до них у суспільстві. Одним з конкретних кроків у цьому напрямі було прийняття Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», який набрав чинності з січня 2011 р. Цей Закон забезпечує відповідний баланс між правами людини та інтересами громадського здоров'я, запроваджує цілісні підходи до вжиття практичних заходів для реалізації стратегії зменшення шкоди та створює умови для розбудови публічно-приватного партнерства.

З метою забезпечення міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії у напрямі впровадження державної політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у 2007 р. було створено урядовий орган державного управління – Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам (Комітет). У 2011 р. внаслідок впровадження адміністративної реформи існуючий Комітет було ліквідовано та створено Державну службу України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням як центральний орган виконавчої влади.

Основними завданнями Держслужби України соцзахворювань є:

- 1) внесення пропозицій щодо формування державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань;
- 2) реалізація державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань;
- 3) розробка пропозицій щодо удосконалення законодавчих і нормативних актів у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань;
- 4) здійснення державного контролю за дотриманням законодавства у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань;
- 5) розробка та організація проектів виконання загальнодержавних та інших програм у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань;
- 6) здійснення координації інших державних органів у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань;
- 7) здійснення моніторингу захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД та інші соціально небезпечні захворювання;
- 8) ведення обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які постійно проживають або на законних підставах тимчасово перебувають на території України;
- 9) виконання функції Секретаріату Національної ради/Координаційного механізму країни (КМК) без отримання додаткового державного фінансування.

Держслужба України соцзахворювань є робочим органом Національної ради як координаційного механізму. Національна рада має статус дорадчо-консультативного органу, створеного при Кабінеті Міністрів України. Основними функціями Держслужби України соцзахворювань як Секретаріату Національної ради є підготовка проектів плану роботи та звітів Ради, підготовка програми та матеріалів до засідань Ради, організаційне забезпечення підготовки та проведення її засідань тощо.

Таким чином, сьогодні в Україні існує наступна система координації діяльності у напрямі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу:

1) *Колегіальний орган прийняття рішень на національному рівні.* Національну координаційну раду з питань протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу було утворено при Кабінеті Міністрів України (Постанова КМУ від 16 травня 2005 р. № 352). У 2007 р. її було реорганізовано у Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (Постанова КМУ від 11 липня 2007 р. № 926).

Національна рада є постійно діючим консультативно-дорадчим органом КМУ, який здійснює міжсекторальну координацію національної відповіді на епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу. Національна рада також виконує функції координаційного механізму країни відповідно до вимог Глобального Фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (Глобального Фонду).

До складу Національної ради входить 31 особа, в тому числі 35% (11 осіб) – представники недержавного сектору: академічний сектор, Всеукраїнська благодійна організація (ВБО) «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», хворі та постраждалі від туберкульозу, громадські національні та міжнародні організації, релігійні організації, приватний сектор, профспілки. Державний сектор представлено керівництвом центральних органів виконавчої влади, участь яких у роботі Національної ради сприяє її ефективній роботі та результативному вирішенню питань. До участі у засіданні ради можуть долучатися усі зацікавлені сторони.

Національна рада розглядає питання політики України відносно епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу, зокрема, реалізації Загальнодержавних програм з ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу і грантів Глобального Фонду (є Координаційним механізмом країни у 1, 6, 9, 10 раундах). Організаційною формою роботи Національної ради є щоквартальні засідання, які проводяться відповідно до річного плану (або частіше).

2) *Колегіальні органи прийняття рішень на регіональному рівні.* У 2005–2006 рр. у всіх регіонах України створено 27 Регіональних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (Рада з ТБ/ВІЛ). Ради з ТБ/ВІЛ було утворено при Раді міністрів АР Крим, обласних, Київській і Севастопольській міських державних адміністраціях як консультативно-дорадчі органи. Їх склад і завдання відповідають складу і завданням Національної ради.

3) *Колегіальні робочі органи з розробки проектів рішень на національному рівні:*

а) *30 тимчасових і постійних технічних експертних робочих груп* (робочі групи) з різних питань протидії епідеміям туберкульозу і ВІЛ-інфекції/СНІДу. Групи утворено при міністерствах, які представлено у складі Національної ради (зокрема, 15 робочих груп – при Міністерстві охорони здоров'я України, решта – при Міністерстві освіти і науки, молоді та спорту України, Державній пенітенціарній службі України, інших міністерствах), до їх складу входять представники державних структур, міжнародних та українських організацій, експерти.

б) *Комітети Національної ради* – Програмний комітет та комітет з регіональної політики (створені у 2010 р. рішенням Національної ради з метою підвищення якості підготовки проектів рішень Національної ради, більшого залучення зацікавлених сторін до роботи Національної ради, гармонізації діяльності робочих груп).

в) *Наглядова комісія проектів Глобального фонду* (створена у 2010 р. для здійснення нагляду за процесом реалізації грантів Глобального фонду, наразі формується її персональний склад).

4) *Постійно діючий Секретаріат для забезпечення роботи колегіальних органів на національному рівні.* Секретаріат забезпечує організаційні, інформаційні та матеріально-технічні функції діяльності Національної ради та інших колегіальних органів на національному рівні. Відповідно до покладених на нього завдань, Секретаріат забезпечує поточну діяльність колегіальних органів, забезпечує взаємодію з відповідними секторами та підрозділами щодо підготовки засідань колегіальних органів та реалізації рішень, забезпечує ведення протоколів засідань та здійснення діловодства, а також виконує інші функції, необхідні для ефективного забезпечення здійснення Національною Радою своїх повноважень.

**1.3. Україна в контексті глобальної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу** (Мурашова М., Нечосіна О.)

### **Цілі Розвитку Тисячоліття**

У 2000 р. на Саміті Тисячоліття ООН лідери 189 країн, включаючи Україну, підписали Декларацію Тисячоліття Організації Об'єднаних Націй, якою було визначено Цілі Розвитку Тисячоліття (ЦРТ) для досягнення до 2015 р. ЦРТ були адаптовані для України, матрицю завдань та індикаторів національних ЦРТ складають 7 цілей, 15 завдань і 33 показника для моніторингу прогресу, які були визначені шляхом прозорого та відкритого процесу планування та прогнозування тенденцій розвитку країни до 2015 р.<sup>23</sup> Цілі Розвитку Тисячоліття для України – це узагальнені й кількісно вимірювані орієнтири розвитку країни на середньострокову перспективу.

Цілі Розвитку Тисячоліття, встановлені для України:

Ціль 1: Подолання бідності (3 завдання, 5 індикаторів).

Ціль 2: Забезпечення якісної освіти впродовж життя (2 завдання, 6 індикаторів).

<sup>23</sup> Доповідь було презентовано членами української делегації в Нью-Йорку 20–22 вересня 2010 р. під час Пленарного засідання високого рівня з питань Цілей Розвитку Тисячоліття в рамках Генеральної Асамблеї ООН (Саміту ЦРТ).



Ціль 3: Забезпечення гендерної рівності (2 завдання, 4 індикатори).

Ціль 4: Зменшення дитячої смертності (1 завдання, 2 індикатори).

Ціль 5: Покращення здоров'я матерів (1 завдання, 2 індикатори).

Ціль 6: Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів (2 завдання, 6 індикаторів).

Ціль 7: Сталий розвиток довкілля (4 завдання, 8 індикаторів).

На виконання ЦРТ у рамках Цілі 6: Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів, Україна взяла на себе зобов'язання до 2015 р. зменшити на 13% темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та на 20% – рівень захворюваності на туберкульоз (порівняно з 2005 р.)<sup>24</sup>.

Досягнення ЦРТ є можливим за умови належного рівня відданості справі, консолідації зусиль і ресурсів. Вироблення ефективної національної політики, посилення інституційної спроможності та відповідальності мають важливе значення для забезпечення прав і можливостей людей в Україні та покращення їх рівня життя. Підписання Україною Декларації тисячоліття ООН є не тільки визнанням відданості курсу розвитку, визначеного світовою спільнотою, але і ознакою прийняття державою відповідальності за досягнення ЦРТ, що є запорукою людського розвитку в країні, у тому числі і для забезпечення безпечного середовища для життя людини<sup>25</sup>.

### **Основні міжнародні документи ООН у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу**

У 2001 р. на 26-й Спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН було прийнято Декларацію про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом<sup>26</sup>, у якій епідемію було визнано глобальною надзвичайною ситуацією, проаналізовано стан поширення та заходи щодо подолання ВІЛ-інфекції/СНІДу та визначено завдання на національному, регіональному та глобальному рівнях для протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Декларація, яку також підписала Україна, визначає необхідність розробки низки стратегій, планів, програм і законодавчих документів для боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом та має стратегічне значення для взаємодії держав на глобальному рівні у сфері подолання ВІЛ-інфекції/СНІДу. Уряди країн вперше зобов'язалися активізувати свої зусилля у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції і кожні два роки представляти доповіді (національний звіт) про досягнутий прогрес на засіданнях Спеціальної Сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу.

У 2006 р. було прийнято Політичну декларацію ООН з питань ВІЛ/СНІДу, що визнала епідемію глобальною загрозою для людства та ще раз підтвердила відданість справі вирішення проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу, наголосила на необхідності мобілізації та консолідації ресурсів та визначила відповідну програму дій.

У грудні 2010 р. Координаційною Радою ЮНЕЙДС була ухвалена стратегія «У напрямі цілі «Нуль» на 2011–2015 рр., яка передбачає:

- 1) нуль нових випадків інфікування ВІЛ-інфекції;
- 2) нуль смертей внаслідок СНІДу;
- 3) нуль дискримінації в контексті ВІЛ-інфекції.

Підґрунтям для прийняття цієї стратегії було усвідомлення необхідності внесення радикальних змін в організацію глобальних заходів у відповідь на епідемію.

Стратегія, заснована на ключових принципах та пріоритетах ЮНЕЙДС, слугує платформою для визначення практичних заходів ООН та виділення ресурсів на боротьбу з ВІЛ-інфекцією та має на меті сприяння розвитку стратегій партнерства для забезпечення більш цілеспрямованих та скоординованих заходів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, визначаючи наступні глобальні обов'язки:

<sup>24</sup> Національна доповідь «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2010»

<sup>25</sup> Там само.

<sup>26</sup> Ознайомитися з Декларацією можна на офіційному сайті ЮНЕЙДС (версія російською мовою) <http://www.unaids.org/ru/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2001declarationofcommitmentonhiv/aids/>

- забезпечити загальний доступ до профілактики, лікування, догляду та підтримки;
- зупинити розповсюдження епідемії та сприяти досягненню цілей розвитку тисячоліття.

У рамках стратегії було визначено три наступні напрями:

Стратегічний напрям 1 – **здійснити революцію у сфері профілактики ВІЛ-інфекції**

Цілі стратегічного напрямку 1:

- зниження рівня передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом у два рази, у тому числі серед ЧСЧ, а також у контексті секс-бізнесу;
- припинення випадків вертикальної передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та зниження у два рази материнської смертності з причин ВІЛ-інфекцією/СНІДу;
- остаточне виключення випадків зараження ВІЛ-інфекції серед споживачів наркотиків.

Стратегічний напрям 2 – **прискорити наступну фазу лікування, догляду та підтримки**

Цілі стратегічного напрямку 2:

- забезпечення загального доступу до антиретровірусної терапії для ЛЖВ, які її потребують;
- зменшення у два рази кількості смертей від туберкульозу серед ЛЖВ;
- врахування інтересів ЛЖВ та сімей, постраждалих від ВІЛ-інфекції, в усіх національних стратегіях соціального захисту та забезпечення доступу до послуг з догляду та підтримки.

Стратегічний напрям 3 – **забезпечити захист прав людини та гендерну рівність для впровадження заходів у відповідь на ВІЛ-інфекцію**

Цілі стратегічного напрямку 3:

- зменшення у два рази кількості країн, що мають каральні закони та практики стосовно випадків передачі ВІЛ-інфекції, секс-бізнесу, споживання наркотиків та гомосексуальності, що блокують ефективні стратегії протидії ВІЛ-інфекції;
- скасування пов'язаних з ВІЛ-інфекцією обмежень на в'їзд, перебування та проживання у половині країн, які мають такі обмеження;
- приділення уваги потребам жінок та дівчат у зв'язку з ВІЛ-інфекцією щонайменше у половині всіх програм національних заходів у відповідь на ВІЛ-інфекцію;
- цілковита нетерпимість до гендерного насилля.

**Огляд програм міжнародної технічної допомоги у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні**

Міжнародна технічна допомога – це ресурси та послуги, що надаються державі на безоплатній та безповоротній основі відповідно до міжнародних договорів України з іншими державами. Відповідно до Постанови КМУ від 15 лютого 2002 р. № 153 «Про створення єдиної системи залучення, використання та моніторингу міжнародної технічної допомоги», яка визначає основні поняття та механізми використання міжнародної допомоги, іноземні держави, уряди та інші уповноважені урядом іноземної держави органи, що надають міжнародну технічну допомогу, називаються донорами.

Реципієнти технічної допомоги – це неприбуткові організації, у тому числі бюджетні установи, які отримують технічну допомогу у вигляді ресурсів та послуг. Бенефіціари технічної допомоги – це зацікавлені центральні або місцеві органи влади, до компетенції яких належить реалізація державної політики у відповідній галузі чи регіоні, де передбачається впровадження проекту або програми, які також отримують користь від міжнародної технічної допомоги в результатах виконання проекту або програми. Міжнародна технічна допомога завжди має цільовий характер, тобто вона реалізується у форматі програм або проектів.

Дотримання Україною принципів Паризької декларації щодо підвищення ефективності зовнішньої допомоги від 2 березня 2005 р., до якої Україна приєдналася згідно з Указом Президента України від 19 квітня 2007 р., № 325 ( 325/2007) «Про приєднання України до Паризької декларації щодо підвищення ефективності зовнішньої допомоги», сприяло удосконаленню організаційно-правових механізмів координації донорів та МФО, підвищенню ефективності надання допомоги, а також залученню фінансових ресурсів з урахуванням потреб України. Залучення міжнародної технічної допомоги здійснюється на підставі стратегічних документів, які розробляє та затверджує Кабінет Міністрів України, Міністерства та відомства. Актуальні сфери залучення технічної допомоги окреслювали «Стратегічні напрями та завдання щодо залучення міжнародної технічної допомоги і співробітництва з міжнародними фінансовими організаціями на 2009–2012 роки (схвалені розпорядженням КМУ від 3 вересня 2009 р. № 1156-р). У 2011 році Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію планування, залучення, ефективного використання та моніторингу міжнародної технічної допомоги і співробітництва з міжнародними фінансовими організаціями впродовж 2011-2016 років (розпорядження КМУ від 20 жовтня 2011 року №1075-р). Мета Концепції – удосконалення механізмів залучення і використання міжнародної технічної допомоги та фінансових ресурсів МФО для підтримки розвитку економіки, що базується на конкурентних засадах, залученні інвестицій, економічній ефективності, застосуванні найкращої світової практики, диверсифікованому та експортоорієнтованому виробництві. Концепцію передбачається реалізувати. Передбачається розроблення і запровадження Стратегії залучення, використання та моніторингу міжнародної технічної допомоги і співробітництва з МФО, яка відповідно до програмних документів Президента України та Кабінету Міністрів України визначатиме основні напрями і завдання залучення міжнародної технічної допомоги і співробітництва з МФО на 2013-2016 роки.

У сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу Україна співпрацює з різними донорами та глобальними агенціями за стратегічним напрямом підвищення соціальних стандартів життя та здоров'я громадян, гуманітарного розвитку, розвитку громадянського суспільства і забезпечення верховенства права.

У контексті компоненту модернізації системи охорони здоров'я стратегії залучення міжнародної технічної допомоги передбачено наступні завдання:

- профілактика поширення ВІЛ-інфекції серед та за межами уразливих груп населення; забезпечення доступу до послуг з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; створення єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, що здійснюються на національному та регіональному рівнях;
- удосконалення діяльності мережі реабілітаційних центрів для споживачів ін'єкційних наркотиків з метою позбавлення їх наркотичної залежності та соціальної адаптації; розширення мережі спеціалізованих служб з надання соціально-медичних, інформаційних, психологічних і юридичних послуг уразливим групам населення;
- профілактика та запобігання поширенню захворювання на туберкульоз, діагностика, лікування, медико-соціальна реабілітація та диспансеризація хворих на туберкульоз; забезпечення безоплатності, доступності та рівних можливостей отримання протитуберкульозної допомоги.

Міжнародна технічна допомога має на меті розвиток та розбудову потенціалу за такими основними напрямками:<sup>27</sup>

- розвиток людських ресурсів – шляхом проведення навчальних заходів з метою підвищення кваліфікації персоналу;
- організаційний розвиток – спрямований на системи управління проектами, фінансового менеджменту, моніторингу та оцінки діяльності організацій;
- інституційний розвиток – підтримка розвитку громадських організацій та державних установ шляхом підтримки стратегічного планування, розвитку управління персоналом тощо.

27 Методичні рекомендації з посилення технічної підтримки на рівні країни. Планування та управління технічною підтримкою. UNAIDS, 2008.

На даний час у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні реалізують свої програми наступні міжнародні організації:

- Агенції Організації Об'єднаних Націй (ООН) в Україні:
  - Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС)
  - Програма розвитку ООН (ПРООН)
  - Дитячий Фонд ООН (ЮНІСЕФ)
  - Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБООН)
  - Фонд народонаселення ООН (ФНООН)
  - Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)
  - Управління ООН з наркотиків та злочинності (УНЗООН)
  - Міжнародна організація праці (МОП)
  - Світовий банк (СБ)
- Глобальний фонд по боротьбі з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією
- Міжнародна організація з міграції (МОМ)
- Європейська комісія
- Агентство США з міжнародного розвитку (USAID)
- Німецьке міжнародне співробітництво (GIZ)
- Фонд Ініціатив Клінтона з ВІЛ-інфекції/СНІДу
- Фонд «Відродження»
- Міжнародний благодійний фонд «СНІД Фонд Схід-Захід»
- Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні
- Міжнародний Інститут проблем ВІЛ/СНІДу та туберкульозу
- Товариство Червоного Хреста в Україні

### ***Реалізація проектів Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією в Україні***

Глобальний фонд для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією – це організація, заснована на засадах глобального приватно-державного партнерства для залучення та розподілу додаткових ресурсів з метою профілактики і лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та малярії.

Глобальний фонд працює у тісному співробітництві з іншими двосторонніми та багатосторонніми організаціями, доповнюючи загальні зусилля з боротьби з цими трьома захворюваннями. Фінансування з боку Глобального фонду дає змогу країнам зміцнювати свої системи охорони здоров'я шляхом, зокрема, вдосконалення інфраструктури та професійної підготовки в галузі надання послуг. Глобальний фонд зберігає прихильність роботі в партнерстві для збільшення масштабів боротьби проти захворювань і втілення в життя свого бачення світу – вільного від СНІДу, туберкульозу та малярії.

Україна має позитивний досвід реалізації проектів за підтримки Глобального фонду. У 2008 р. в Україні в рамках 1-го раунду Глобального фонду було завершено реалізацію програми «Подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», основним реципієнтом якого був Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні.

Чинними проектами Глобального фонду в Україні є:

1. Грант 6-го раунду по компоненту «ВІЛ-інфекція/СНІД» – програма «Підтримка з метою запобігання ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні» на 2007–2012 рр. Основні реципієнти – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»

2. Грант 9-го раунду по компоненту «Туберкульоз» – програма «Зупинимо туберкульоз в Україні» на 2011–2015 рр. Основний реципієнт – Фонд Р. Ахметова «Розвиток України».
3. Грант 10-го раунду «Створення життєздатної системи комплексних послуг з профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки груп найвищого ризику людей, які живуть з ВІЛ в Україні» на 2012-2017 рр. Основні реципієнти гранту: від державного сектора – Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом; та дві недержавні структури – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ».

Грант 10-го раунду зосереджено на розбудові довгострокової системи надання комплексних послуг з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки серед груп найвищого ризику та людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, а також на зміцненні систем охорони здоров'я та організацій громадянського суспільства. Реалізація комплексу заходів у рамках заявки має забезпечити зниження та стабілізацію темпів поширення ВІЛ-інфекції серед населення України, зменшити захворюваність на ВІЛ-інфекцію/СНІД та смертність від СНІДу. Грант 10-го раунду спрямований на:

- посилення акцентів на комплексному пакеті послуг, доступних для представників груп ризику, кількість яких щороку зростає, та людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією;
- зміцнення системи охорони здоров'я, що забезпечить довгостроковість та сталість національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції у напрямі охоплення пакетом послуг груп ризику та людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією;
- зміцнення систем спільнот та громадських організацій для впровадження необхідних та економічно ефективних заходів щодо груп ризику і людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією.

#### **1.4. Діяльність регіональних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу ( Безулік Т.)**

Регіональні ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (ради з ТБ/ВІЛ) як консультативно-дорадчі органи створені в усіх регіонах України. Основною метою діяльності рад з ТБ/ВІЛ є координація діяльності місцевих органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, міжнародних та громадських організацій, у тому числі тих, що об'єднують людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та людей, яких торкнувся туберкульоз; підприємств, установ, представників бізнесових кіл, об'єднань профспілок, роботодавців та релігійних організацій, що діють на відповідній адміністративній території, з метою формування та ефективної реалізації державної політики, консолідованого використання коштів та удосконалення системи моніторингу та оцінки у сфері протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Основними завданнями ради з ТБ/ВІЛ є:

- Координація діяльності та сприяння співробітництву зацікавлених сторін щодо протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.
- Розроблення та внесення на розгляд Національної ради та, відповідно, обласних державних адміністрацій, Ради міністрів АР Крим, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації пропозицій стосовно визначення пріоритетів та забезпечення реалізації державної політики, програм та заходів щодо профілактики туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД людей на засадах дотримання прав людини та гендерної рівності.
- Сприяння раціональному та ефективному використанню коштів бюджетів різних рівнів, що призначені для фінансування програм з профілактики туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки хворих на туберкульоз, ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД людей.
- Аналіз даних епідемічного нагляду захворюваності на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію/СНІД та інших досліджень з метою оперативного реагування щодо змін епідемічної ситуації.
- Інформування Національної ради, відповідних органів виконавчої влади на регіональному рівні та громадськості про стан реалізації заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.



- Розроблення та внесення на розгляд голів обласних державних адміністрацій, Ради Міністрів АР Крим, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації проектів регіональних програм та заходів щодо протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також проектів нормативно-правових актів з питань забезпечення виконання цих програм.
- Забезпечення використання даних моніторингу та оцінки для прийняття рішень та подальшого планування програм та заходів щодо протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.
- Розроблення та внесення в установленому порядку на розгляд сесій обласних рад, Верховної ради АР Крим, Київської та Севастопольської міської ради пропозицій щодо фінансування програм та заходів щодо протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Базовими документами, що забезпечують діяльність рад з ТБ/ВІЛ, є Примірне положення про раду з ТБ/ВІЛ, регламент та план роботи ради з ТБ/ВІЛ на поточний рік, а також Положення про політику уникнення конфлікту інтересів.

Примірне положення про обласну раду, Кримську республіканську, Київську та Севастопольську міську раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу затверджується рішенням Національної ради та визначає її основні завдання, права та обов'язки, чисельний та посадовий склад, структуру, організацію діяльності, порядок прийняття рішень.

Типовий регламент роботи встановлює порядок організації діяльності ради з ТБ/ВІЛ щодо виконання завдань, які визначені її Положенням. Регламент деталізує положення про раду з ТБ/ВІЛ, визначає механізм формування її складу, порядок планування роботи, встановлює обов'язки голови, секретаря та членів ради з ТБ/ВІЛ, визначає порядок підготовки та проведення засідання, описує процедуру прийняття рішень, визначає вимоги до складання протоколу засідання.

Положення про політику уникнення конфлікту інтересів, його дотримання членами ради з ТБ/ВІЛ забезпечує прозорий, відкритий та виважений механізм прийняття рішень. Чисельність складу ради з ТБ/ВІЛ, порядок його формування зазначаються у її Положенні.

Раду з ТБ/ВІЛ очолює заступник голови Ради міністрів АР Крим, обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації відповідно до розподілу обов'язків. Голова ради з ТБ/ВІЛ має двох заступників, один з яких є представником місцевих органів виконавчої влади, а інший – представником громадських організацій, у тому числі тих, що об'єднують людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та таких, що об'єднують людей, яких торкнувся туберкульоз.

До складу ради з ТБ/ВІЛ входять представники зацікавлених сторін. Кількість членів ради з ТБ/ВІЛ з числа неурядових організацій має становити не менше ніж 40% від загальної кількості членів ради. Персональний склад ради з ТБ/ВІЛ затверджується головою Ради міністрів АР Крим, обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації за поданням відповідно Міністерства охорони здоров'я АР Крим, управління охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації. Відповідно до місцевих реалій кожного регіону у кількісному та особовому складі ради з ТБ/ВІЛ можуть бути певні відмінності, що стосуються загальної чисельності складу Ради та квоти представників влади і НУО.

Громадські організації входять до складу ради з ТБ/ВІЛ за принципом представництва. Це означає, що при формуванні складу ради з ТБ/ВІЛ розробляються критерії щодо членства для кандидатів в її члени від громадських організацій, визначається термін, на який організація делегується в члени ради, форми його звітності перед спільнотою НУО. Всі зацікавлені НУО інформуються про обрання представників до складу ради з ТБ/ВІЛ. На загальних зборах зацікавлених НУО визначаються представники громадських організацій, які делегуються до складу ради, про що її повідомляють офіційним листом. Члени ради від недержавного сектору при прийнятті рішень висловлюють та відстоюють збалансовану позицію всіх НУО, які вони представляють у раді з ТБ/ВІЛ.

Рада з ТБ/ВІЛ не уповноважена безпосередньо приймати управлінські рішення, але може впливати на їх прийняття посадовою особою або органом виконавчої влади чи місцевого самоврядування (наприклад, підготовка проектів розпорядження, доручення голови обласної державної адміністрації тощо).



НУО через свого представника у раді з ТБ/ВІЛ мають можливості впливати на прийняття рішень, зокрема:

- вносити питання до порядку денного засідання;
- готувати матеріали до питань порядку денного;
- формулювати і готувати проект рішення із запропонованих питань;
- брати участь у виконанні рішення (якщо це належить до компетенції НУО);
- здійснювати контроль за виконанням рішення;
- неформально спілкуватися з представниками органів влади – членами ради з ТБ/ВІЛ.

В організації роботи Національної Ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу і, відповідно, регіональних рад з ТБ/ВІЛ важливе місце посідає політика уникнення конфлікту інтересів. Члени регіональної ради з ТБ/ВІЛ можуть опинитися у ситуації конфлікту інтересів. Така ситуація виникає, коли члени ради розглядають питання, що стосуються діяльності урядових, неурядових та міжнародних організацій, в яких вони працюють або до яких вони мають безпосереднє відношення (є засновниками, входять до складу керівних або виборних органів, реалізують спільні проекти тощо).

Якщо на засіданні розглядається питання, через яке існує ймовірність виникнення конфлікту інтересів, члени ради повідомляють про таку можливість перед її засіданням чи під час засідання. Шляхи розв'язання такої ситуації наведено у Положенні про політику уникнення конфлікту інтересів, яке затверджується рішенням ради з ТБ/ВІЛ. Члени ради зобов'язані підписати заяву про ознайомлення з Положенням та дотримуватись визначеної ним політики під час прийняття радою рішень. Ця міжнародна практика є вагомим інструментом забезпечення прозорого, відкритого та виваженого механізму прийняття рішень, дотримання етичних норм духу партнерства зацікавлених сторін у роботі ради з ТБ/ВІЛ. Тому підготовці, узгодженню та прийняттю Положення про політику уникнення конфлікту інтересів приділяється особлива увага під час планування засідань ради.

Положенням про раду з ТБ/ВІЛ передбачено, що в разі потреби вона може створювати консультативні, експертні та робочі групи. Основними завданнями діяльності цих груп є оперативне та глибоке опрацювання певних питань, що належать до компетенції ради: проведення консультацій, підготовка проектів та здійснення експертизи нормативних актів, моніторингу та оцінки, організація досліджень, організаційне забезпечення її діяльності тощо. До складу цих груп можуть залучатися представники місцевих органів виконавчої влади, провідні фахівці закладів охорони здоров'я, вищих навчальних закладів, інших організацій незалежно від форм власності.

Рада з ТБ/ВІЛ обирає голів робочих груп з числа своїх членів, розробляє та затверджує положення про робочі групи, затверджує річні плани роботи цих груп та заслуховує звіти про стан виконання запланованих заходів. Найважливішими робочими групами ради з ТБ/ВІЛ є постійно діючі міжсекторальна робоча група (МРГ) і група моніторингу та оцінки (група МіО) та робоча група з питань замісної підтримуючої терапії (група ЗПТ).

Відповідно до Положення, МРГ є робочим органом, який створюється радою і здійснює забезпечення її діяльності з виконання обласної програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Метою діяльності МРГ є забезпечення діяльності ради з ТБ/ВІЛ за наступними напрямками:

- підготовка матеріалів до засідань ради;
- участь у зборі та аналізі інформації щодо виконання обласної програми;
- узагальнення та поширення досвіду роботи з питань організації протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в області;
- визначення потреб та підготовка пропозицій щодо фінансування заходів обласної програми;
- надання організаційно-методичної допомоги структурним підрозділам місцевих органів виконавчої влади, НУО;

- підготовка та проведення круглих столів, семінарів, тренінгів, нарад для спеціалістів та громадськості з актуальних питань виконання обласної програми;
- підготовка проектів щорічних планів роботи ради з ТБ/ВІЛ;
- проведення виїзних засідань МРГ у містах та районах області;
- публікація та розповсюдження інформації про діяльність ради з ТБ/ВІЛ та МРГ.

Група МіО – це робочий орган, який здійснює інформаційну, консультативну та аналітичну підтримку діяльності ради з питань моніторингу та оцінки виконання обласної програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДУ. Метою діяльності групи МіО є розбудова обласної системи моніторингу та оцінки виконання обласної програми. Група МіО створюється рішенням ради з ТБ/ВІЛ, положення про неї затверджується на засіданні ради. До складу групи рекомендовано включати представників органів влади та НУО, аналітиків, дослідників, фахівців з МіО, експертів, соціологів, епідеміологів, тощо, залучених до виконання обласної програми з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДУ.

Завдання групи МіО:

- оцінка потреб щодо розвитку обласної системи МіО;
- вироблення рекомендацій для ради з ТБ/ВІЛ;
- розробка показників, звітних форм, інструкцій, методик збору даних;
- надання допомоги у підготовці звітів про виконання обласної і Національної програм з ВІЛ-інфекції/СНІДУ;
- проведення тренінгів з МіО.

Група ЗПТ – це робочий орган, який створюється при раді з ВІЛ/ТБ та здійснює інформаційне, консультативне, аналітичне та організаційне забезпечення діяльності ради з питань координації впровадження програм замісної підтримуючої терапії з метою ефективного вирішення завдань регіональних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ.

Завдання групи ЗПТ:

- координація запровадження ЗПТ у медичних закладах;
- координація зусиль з питань вирішення проблем організації комплексної допомоги пацієнтам ЗПТ;
- вивчення та поширення інформації щодо впровадження та поширення програм ЗПТ;
- підготовка пропозицій щодо визначення та усунення перешкод впровадження програм ЗПТ на регіональному рівні.

Рада з ТБ/ВІЛ відповідним рішенням може створювати тимчасові робочі групи для підготовки та розгляду окремих нагальних питань. Наприклад, у багатьох регіонах при радах з ТБ/ВІЛ були створені робочі групи на період розробки регіональних операційних планів.

Значне місце у роботі ради з ТБ/ВІЛ займає розбудова спроможності районних та міських рад з ТБ/ВІЛ. Регіональні ради з ТБ/ВІЛ мають ініціювати створення рад з ТБ/ВІЛ при якомога більшій кількості районних та міських адміністрацій відповідної області. Впровадження єдиного механізму прийняття та впровадження рішень стосовно запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДУ сприяє консолідації зусиль, злагодженій співпраці та конструктивному діалогу усіх зацікавлених сторін.

З метою ефективної роботи на місцевому рівні рада з ТБ/ВІЛ:

- розглядає річні плани роботи районних та міських рад з ТБ/ВІЛ і заслуховує стан їх виконання;
- аналізує стан виконання на місцевому рівні обласної програми з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДУ;
- проводить навчання голів районних та міських рад з ТБ/ВІЛ, їх заступників, секретарів та членів рад;
- розробляє відповідні рекомендації.

Районні та міські ради з ТБ/ВІЛ інформують обласну раду з ТБ/ВІЛ про свою діяльність шляхом подання річного звіту та плану роботи на наступний рік.

Навчання членів районних та міських рад з ТБ/ВІЛ посідає вагомe місце у діяльності регіональної ради з ТБ/ВІЛ. Необхідність регулярного проведення занять, семінарів, тренінгів зумовлена тим, що:

- до складу рад входять люди з різним досвідом роботи, представники різних установ, і завдання регіональної ради з ТБ/ВІЛ;
- проблема ВІЛ-інфекції/СНІДу багатовекторна і її подолання вимагає різносторонніх знань і навичок;
- принципи діалогу, прозорості, залучення громадськості до вироблення і прийняття рішень ще недостатньо впроваджені у вітчизняну управлінську практику.

Тематика навчання планується на певний період (наприклад, на рік) з урахуванням:

- побажань членів рад з ТБ/ВІЛ (анкетування, опитування, пропозиції до плану роботи);
- рівня знань членів рад з ТБ/ВІЛ про проблему ВІЛ-інфекції/СНІДу та шляхи її подолання (наприклад, нормативна база, наукові дослідження, лікарські, профілактичні методики та ефективні стратегії тощо);
- висновків оцінки та моніторингу діяльності рад (визначення недоліків та допомога в їх усуненні);
- аналізу окремих напрямів роботи з реалізації заходів з подолання ВІЛ-інфекції (наприклад, робота з різними цільовими групами, співпраця зі ЗМІ);
- аналізу окремих форм діяльності (наприклад, проведення засідань, організація прес-конференцій);
- аналізу якості підготовки документів (наприклад, планів, звітів, фінансових розрахунків, програм, доручень, положень).

План – це заздалегідь визначена програма дій установи або окремої особи. Планувати роботу ради з ТБ/ВІЛ потрібно для того, щоб підвищити ефективність її діяльності, зокрема:

- досягати більшого за рахунок меншої кількості зусиль та ресурсів;
- уникати перешкод на шляху до визначеної мети;
- впливати на ситуацію, а не навпаки;
- визначати майбутні напрями роботи, можливості та перешкоди;
- скоординувати діяльність зацікавлених сторін.

Типовою помилкою багатьох рад з ТБ/ВІЛ є така підготовка плану роботи, що обмежується лише складанням переліку тематик засідань ради на поточний рік. Варто зазначити, що план роботи – це один з чотирьох основних елементів реалізації стратегії діяльності ради з ТБ/ВІЛ. Щоб досягти запланованого результату, план роботи має містити відповіді на запитання: Які дії слід здійснити і які завдання виконати? Хто виконує завдання, спільно з ким діє? Впродовж якого терміну або до якого моменту слід виконати завдання? Що потрібно для виконання завдання? Де буде виконуватись завдання? Який результат очікується після виконання завдання?

Регламентом роботи ради з ТБ/ВІЛ також врегульовано процес підготовки, погодження і затвердження плану. Роботу на підготовчому етапі можна делегувати одному з управлінь місцевих органів виконавчої влади – як правило, управлінню охорони здоров'я. Загальну координацію підготовки плану здійснює секретар ради з ТБ/ВІЛ, який збирає пропозиції до проекту плану, узагальнює і спільно з МРГ готує проект плану. Проект плану обговорюється на засіданні МРГ, узгоджується з членами ради з ТБ/ВІЛ, подається на розгляд голові ради з ТБ/ВІЛ. Після цього проект плану роботи затверджується на засіданні ради.

Відповідно до регламенту регіональних рад з ТБ/ВІЛ, план роботи ради на рік (а також звіт про виконання плану роботи за попередній рік) затверджується на останньому в поточному році засіданні і подаються Національній раді до 31 січня (за підписом голови ради з ТБ/ВІЛ).

Важливим аспектом діяльності ради з ТБ/ВІЛ є поточний контроль за виконанням програм, заходів, рішень, підготовка звітів, що є підґрунтям для здійснення моніторингу та оцінки. Рада з ТБ/ВІЛ контролює хід виконання прийнятих нею рішень. На своїх засіданнях (як правило, на початку засідання) рада розглядає стан виконання своїх рішень. При цьому варто взяти до уваги не лише ефективність діяльності виконавців, а й правильність формулювання рішень: вони повинні мати конкретний зміст і реальні терміни виконання. Крім того, деякі з них потребують значного додаткового фінансування з місцевих бюджетів, що впливає на ефективність їх впровадження.

Якщо рішення попереднього засідання було виконано повністю і на належному рівні, головуючий відзначає це і може внести відповідні пропозиції до переліку рішень засідання (наприклад, щодо відзначення виконавців, поширення їх досвіду роботи тощо).

Якщо рішення попереднього засідання виконано не в повному обсязі, невчасно, неякісно, головуючий може запропонувати раді з ТБ/ВІЛ:

- встановити додатковий термін для закінчення виконання рішення;
- залучити до його виконання інших членів ради з ТБ/ВІЛ;
- ініціювати створення тимчасової робочої групи для виконання рішення.

Включення питання про стан виконання рішень попереднього засідання до порядку денного засідання ради з ТБ/ВІЛ забезпечує внутрішній моніторинг діяльності ради, дає можливість сформулювати оцінку результатів виконання цих рішень. Аналіз виконання рішень ради включається до звіту про її роботу, який готується наприкінці кожного року. Звіт про роботу ради з ТБ/ВІЛ базується на плані її роботи, затверджується підписами голови та секретаря ради. Перед затвердженням звіт обговорюється у робочих групах, розглядається на засіданні ради з ТБ/ВІЛ.

Засідання – це основна форма діяльності міжвідомчих та дорадчих органів, до яких належать ради з ТБ/ВІЛ, що відповідно до положення про ради з ТБ/ВІЛ проводиться не рідше ніж один раз на квартал. Тому від ефективності проведення засідань багато у чому залежить і ефективність роботи ради з ТБ/ВІЛ у цілому.

Процес підготовки засідання ради забезпечується її секретарем за активної участі членів ради, керівників робочих груп ради з ТБ/ВІЛ. Секретар ради відповідно до плану роботи ради з ТБ/ВІЛ ініціює збір пропозицій до проекту порядку денного, проекту протокольного рішення та списку запрошених.

Спільно з членами МРГ секретар ради з ТБ/ВІЛ формує проекти порядку денного, протокольного рішення та список запрошених, розсилає документи членам ради на узгодження, подає документи на узгодження голові ради з ТБ/ВІЛ.

Відповідно до регламенту ради з ТБ/ВІЛ у разі неможливості брати участь у засіданні ради, її член повинен направити секретарю ради листа про делегування своєму представнику права голосу. Після чого секретар включає його до списку присутніх на засіданні.

Голова ради з ТБ/ВІЛ погоджує проекти порядку денного, протокольного рішення, список запрошених, уточнює дату, місце проведення засідання, доручає підготовку матеріалів членам ради з ТБ/ВІЛ (або іншим особам), які визначено доповідачами з питань порядку денного.

Врегулювання (або неналежне врегулювання) організаційних моментів під час підготовки засідання інколи відіграє вирішальну роль щодо ефективності його проведення. Тому при підготовці засідання варто звернути увагу на такі «дрібниці»: завчасне резервування приміщення, тиражування необхідної кількості роздаткових матеріалів, достатня кількість часу для обговорення запланованих питань тощо.

В організаційному аспекті розширене засідання передбачає врахування необхідної кількості робочих місць для розміщення додатково запрошених учасників засідання.

Окремий вид засідання – виїзне. Воно проводиться за межами традиційного місця проведення і орієнтується на установу або регіон, досвід яких планується обговорити одночасно з практичним ознайомленням. У цьому випадку організаційний аспект засідання передбачає додаткові зусилля щодо організації проїзду учасників, їх харчування.

Порядок денний засідання – це документ, в якому визначаються питання для обговорення, доповідачі, регламент виступів, регламент обговорення, загальна тривалість заходу, його місце і час проведення. За своїм значенням в організації роботи ради з ТБ/ВІЛ проект порядку денного посідає одне з найвагоміших місць, адже він забезпечує зв'язок між плануванням діяльності та прийняттям рішень: на засіданні обговорюються (а отже, включаються до порядку денного) питання, які внесено до плану роботи, а також питання, які потребують уваги Ради, і за підсумками обговорення приймаються відповідні рішення.

При формуванні проекту порядку денного варто звернути увагу на зміст питань та їх послідовність. Для обговорення включаються питання, що передбачені планом роботи, запропоновані членами ради або керівниками робочих груп (МРГ, МіО), запропоновані іншими зацікавленими особами, яких планується запросити на засідання, визначені дорученнями, нормативними актами, які надійшли на виконання.

Також порядком денним може бути передбачено організаційні моменти: реєстрацію учасників, час прибуття почесних гостей. Інші організаційні деталі (наприклад, представлення присутніх на засіданні, привітання з певної нагоди, вручення нагород, анонсування подій тощо) головуючий оголошує під час відкриття або закриття засідання.

Як правило, ці питання відносно передбачувані за тривалістю і змістом висновків доповідача. Інша не менш важлива частина засідання – це обговорення, яке заздалегідь іноді важко визначити за тривалістю і результатами, однак у регламенті необхідно передбачити певний час для його проведення.

Разом з проектом порядку денного до засідання готується проект протокольного рішення. Це вид документа, в якому затверджуються прийняті на засіданні рішення, їх виконавці й терміни виконання. До його підготовки залучаються доповідачі з усіх питань порядку денного, члени ради з ТБ/ВІЛ, керівники робочих груп. Така одночасність дає можливість забезпечити єдність планування і прийняття рішень, системність у роботі ради.

Проект протокольного рішення надається членам ради з ТБ/ВІЛ до засідання. Після закінчення засідання до проекту протокольного рішення вносяться всі пропозиції, які було підтримано на засіданні більшістю голосів. В остаточному вигляді протокольне рішення затверджується підписами голови та секретаря Ради. Важливо врахувати, що протокольне рішення за структурою, прийнятими рішеннями має відповідати протоколу засідання, який, на відміну від протокольного рішення, готується після засідання.

Після засідання секретарем ради готується протокол засідання, у якому фіксуються хід обговорення питань у послідовності порядку денного і результати голосування. До протоколу також додаються доопрацьовані документи, затверджені на засіданні. Протокол підписується головою ради з ТБ/ВІЛ та секретарем, направляється всім членам ради. Протокол засідання і додатки до нього бажано розміщувати на сайті ради або облдержадміністрації. Рішення ради з ТБ/ВІЛ як консультативно-дорадчого органу мають рекомендаційний характер і можуть бути оформлені у вигляді Доручення голови або заступника голови ради міністрів АР Крим, обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації.

Доручення голови Ради міністрів АР Крим, обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації – це механізм впровадження рішень, прийнятих на засіданні ради, передбачений Положенням про раду з ТБ/ВІЛ. У дорученні здійснюється розподіл завдань між виконавцями та визначаються терміни їх виконання.

Після підписання доручення головою Ради міністрів АР Крим, обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації воно розсилається членам ради, місцевим органам влади, структурним підрозділам місцевих органів виконавчої влади відповідно до компетенції для забезпечення виконання. На наступному засіданні ради з ТБ/ВІЛ одним з перших питань порядку денного розглядається стан виконання цього доручення.

З метою визначення ефективності діяльності ради з ТБ/ВІЛ доцільно проводити щорічну оцінку її роботи. Вона формується на підставі спеціально розроблених анкет, комплексу показників, які оцінюються не лише за принципом наявності/відсутності, а й за якістю наявного показника.



За результатами оцінки визначаються досягнення і недоліки діяльності ради з ТБ/ВІЛ, що дає підстави скоригувати її роботу, визначити найбільш актуальні питання для підвищення її ефективності, а також тематику тренінгів, семінарів і навчань для членів ради.

### **1.5. Законодавчі аспекти захисту прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом** (Бордуніс Т.)

Вагомою складовою боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу є знання своїх прав та обов'язків усіма громадянами України та вміння їх використовувати на практиці. Історія розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу підтверджує, що для ефективної відповіді на епідемію необхідно поважати права людей та знати норми законів, в яких ці права закріплені. Адже права однієї людини закінчуються там, де починаються права іншої людини. Варто підкреслити, що важливим компонентом вирішення проблеми є також обізнаність відносно власних обов'язків. Саме низька обізнаність про існування норм законів зазвичай є причиною порушень прав людини у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Непоодинокими є випадки порушень прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, медичними працівниками, представниками правоохоронних органів та іншими громадянами. Водночас самі ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни майже не знають про існування законодавства, яке передбачає покарання за протиправну поведінку. Таким чином, підвищення рівня обізнаності всіх громадян країни про наявні закони та повага до прав інших людей – запорука успіху у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу.

#### **Медичні аспекти захисту прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом**

Конституція України гарантує всім громадянам України право на належну медичну допомогу, яке поділяється на право мати доступ до такої допомоги та право отримувати прийнятну медичну допомогу. Право на належну медичну допомогу є соціальним правом, користування яким пов'язане з певною специфікою, а його реалізація перебуває в залежності від економічних можливостей держави.

Основні проблеми, з якими стикаються люди, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, у медичних закладах:

- забезпечення добровільності тестування на ВІЛ-інфекцію – порушення права на вільне прийняття рішень про обстеження на ВІЛ-інфекцію та подальше лікування;
- економічна доступність – у деяких медичних установах зберігається практика оплати медичних послуг пацієнтами, вимагання грошей за надання медичних послуг;
- дискримінація – надання переваг чи обмеження у правах за певною ознакою (стать, колір шкіри, етнічне походження, хвороба, місце проживання тощо);
- стигматизація – заходи (соціальна ізоляція), дії (помітки, «таврування», створення зловісного образу тощо), що призводять до виділення за ознаками певної групи людей чи окремих осіб, які можуть стати жертвами дискримінації.

23 грудня 2010 р. була прийнята нова редакція Закону України «Про запобігання захворювання на синдром набутого імунodefіциту людини та соціальний захист населення» – «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (Закон).

В статті 3 Закону йдеться про те, що законодавство України у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, Законів України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», цього Закону та інших нормативно-правових актів.

Держава гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, за допомогою програм реабілітації таких осіб та програм зменшення шкоди, що, серед іншого, передбачають використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність, та створення умов для заміни



використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією (стаття 4 Закону). Крім того, держава гарантує вільний доступ до послуг з проведення постконтактної профілактики осіб, які мали підвищений ризик контакту з ВІЛ під час виконання професійних обов'язків, у разі сексуального насильства та в інших випадках, з наданням відповідних консультативних послуг у порядку, що затверджується спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я.

В Законі визначені вимоги до проведення тестування різних категорій громадян. Так, у статті 6 Закону зазначено:

1. Громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають в Україні, особи, які звернулися за наданням статусу біженця та яким надано статус біженця в Україні, інші іноземці та особи без громадянства, які на законних підставах тимчасово перебувають на території України, мають право на проведення тестування з метою виявлення ВІЛ з одержанням кваліфікованої консультації до і після проведення тестування, що здійснюється відповідно до протоколу проведення такого тестування.
2. Тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи.
3. Тестування дітей віком до 14 років та осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, проводиться на прохання їх батьків або законних представників та за наявності усвідомленої інформованої згоди.
4. Безоплатне тестування з метою виявлення ВІЛ, відповідне дотестове і післятестове консультування, підготовка і видача висновку про результати такого тестування може здійснюватися медичними закладами незалежно від форми власності та підпорядкування, службами соціальної підтримки та іншими організаціями, що працюють у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, мають відповідну ліцензію на здійснення такого виду діяльності та акредитовану в установленому законодавством порядку медичну лабораторію.
5. За бажанням особи, яка звернулася для проведення тестування з метою виявлення ВІЛ, таке тестування може бути проведено анонімно.

Обов'язковою складовою тестування на ВІЛ-інфекцію є кваліфіковане післятестове консультування, під час якого особа, в якій виявлено ВІЛ-інфекцію, має бути поінформована про профілактичні заходи, необхідні для підтримання здоров'я, запобігання подальшому поширенню ВІЛ, про гарантії дотримання прав і свобод людей, які живуть з ВІЛ, а також про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження та/або зараження ВІЛ-інфекцією.

Під час проведення післятестового консультування працівник закладу, що проводив тестування, має право запропонувати особі, у якій виявлено ВІЛ-інфекцію, за її згодою повідомити її партнера (партнерів) про ризик інфікування ВІЛ та надати рекомендації щодо необхідності тестування на ВІЛ-інфекцію і застосування профілактичних заходів.

В статті 13 Закону вперше прописані механізми передачі інформації. Так, усі люди, які живуть з ВІЛ, мають право на безперешкодне ознайомлення з інформацією про стан свого здоров'я, що зберігається в закладах охорони здоров'я.

Відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ-інфекції, про наявність або відсутність у особи ВІЛ-інфекції є конфіденційними та становлять лікарську таємницю.

Передача медичним працівником відомостей про результати тестування на ВІЛ дозволяється лише:

- особі, стосовно якої було проведено тестування, батькам чи іншим законним представникам такої особи;
- іншим медичним працівникам та закладам охорони здоров'я – винятково у зв'язку з лікуванням цієї особи;
- іншим третім особам – лише за рішенням суду в установлених законом випадках.

Передача зазначених відомостей медичним працівникам та закладам охорони здоров'я допускається виключно за наявності усвідомленої інформованої згоди людини, яка живе з ВІЛ, на передачу таких відомостей, наданої у письмовому вигляді, і лише для цілей, пов'язаних з лікуванням хвороб, зумовлених ВІЛ-інфекцією, та у разі, якщо поінформованість лікаря щодо ВІЛ-статусу пацієнта має істотне значення для його лікування.

Закон також наголошує на рівності перед законом та забороні дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, та осіб, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ. Стаття 14 Закону зазначає: люди, які живуть з ВІЛ, та особи, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, – громадяни України, іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають в Україні, особи, які звернулися за наданням статусу біженця та яким надано статус біженця в Україні, шукачі притулку, іноземці та особи без громадянства, які на законних підставах тимчасово перебувають на території України, користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України.

Держава гарантує надання всім людям, які живуть з ВІЛ, та особам, які належать до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, рівних з іншими громадянами можливостей для реалізації їх прав, зокрема у частині можливості адміністративного та судового захисту своїх прав.

Дискримінація особи на підставі наявності у неї ВІЛ-інфекції, а також належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ забороняється. Дискримінацією вважається дія або бездіяльність, що у прямий чи непрямий спосіб створює обмеження, позбавляє належних прав особу або принижує її людську гідність на підставі однієї чи кількох ознак, пов'язаних з фактичною чи можливою наявністю у неї ВІЛ-інфекції, або дає підстави віднести особу до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ.

Згідно статті 15 Закону, крім загальних прав і свобод людини і громадянина, люди, які живуть з ВІЛ, мають також право на:

- відшкодування шкоди, пов'язаної з обмеженням їх прав унаслідок розголошення чи розкриття інформації про їх позитивний ВІЛ-статус;
- безоплатне забезпечення антиретровірусними препаратами та лікарськими засобами для лікування опортуністичних інфекцій у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я.

Вперше в українському законодавстві був розроблений розділ у Законі, який присвячений правам людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, на працю та соціальний захист. Так, відповідно до статті 16 Закону звільнення з роботи, відмова у прийнятті на роботу, відмова у прийомі до освітніх, медичних закладів, до закладів соціальної опіки і піклування та соціальних служб, а також відмова у наданні медичної допомоги та соціальних послуг, обмеження інших прав людей, які живуть з ВІЛ, на підставі їх ВІЛ-позитивного статусу, а також обмеження прав їх рідних і близьких на цій підставі забороняється. Неправомірні дії посадових осіб, які порушують права людей, які живуть з ВІЛ, їх рідних і близьких, можуть бути оскаржені у суді.

В статті 17 Закону йдеться про відшкодування шкоди, завданої здоров'ю особи в разі зараження ВІЛ-інфекцією. Так, особи, зараження яких ВІЛ-інфекцією сталося внаслідок переливання крові (її компонентів), біологічних рідин, пересадки клітин, тканин та органів людини, виконання медичних маніпуляцій або виконання службових обов'язків, мають право на відшкодування у судовому порядку завданої їм здоров'ю шкоди.

Кримінальний кодекс України містить декілька статей, які пов'язані з ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Насамперед до злочинів, які караються за статтями кримінального кодексу України, належать дії по свідомому поставленню іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини або іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини (частина 1 статті 130 Кримінального кодексу

України). Цей склад злочину є досить актуальним. Санкція статті передбачає покарання у вигляді позбавлення волі терміном на три роки.

Стаття 130 Кримінального кодексу України також передбачає відповідальність за зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини. Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби особою, яка знала про те, що вона є носієм цього вірусу, карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років (частина 2 статті 130 Кримінального кодексу України). Дії, передбачені частиною другою цієї статті, вчинені щодо двох чи більше осіб або неповнолітнього, караються позбавленням волі на строк від трьох до восьми років (частина 3 статті 130 Кримінального кодексу України). Стаття 130 Кримінального кодексу України містить також частину 4, у якій йдеться про умисне зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини. Санкція статті передбачає покарання у вигляді позбавлення волі на строк від п'яти до десяти років.

У контексті епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу привертає до себе увагу також стаття 131 Кримінального кодексу України, а саме – неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби. За ознаками цього складу злочину до кримінальної відповідальності притягаються медичні, фармацевтичні або інші працівники, які неналежним чином виконують свої професійні обов'язки внаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини. За скоєння злочину передбачена відповідальність у вигляді обмеження волі на строк до трьох років або позбавлення волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на такий самий строк. У разі зараження двох чи більше осіб винна особа може отримати покарання у вигляді позбавлення волі на строк від трьох до восьми років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатись певною діяльністю на строк до трьох років. Стаття 131 Кримінального кодексу України є складною, оскільки процес доведення вини медичних та інших працівників зазвичай залежить від вчасності виявлення ВІЛ-інфекції. Дуже часто інфекція у людини виявляється через тривалий час після зараження, що ускладнює процедуру доведення вини.

Серед численних порушень прав ВІЛ-інфікованих осіб найбільш поширеним є розголошення відомостей про їх діагноз медичними та допоміжними працівниками лікувальних закладів. Протиправні дії цих осіб підпадають під дію статті 132 Кримінального кодексу України. Відповідно до неї розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи (в тому числі дитини) на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту людини та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків – карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатись певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Стаття 132 окреслює суб'єкти порушення прав хворих, це: медичні та допоміжні працівники лікувальних закладів, які здобули інформацію про захворювання особи у зв'язку з виконанням своїх професійних обов'язків. Однак, у житті є багато випадків розголошення інформації про ВІЛ-статус людини іншими особами, зокрема, педагогами шкіл, вихователями дитячих садків, працівниками державних установ тощо. У даному випадку їх дії не підпадають під дію статті 132 Кримінального кодексу України, постраждала особа має право лише на відшкодування спричиненої шкоди у рамках цивільно-правових відносин, тобто за нормами Цивільного кодексу України.

### ***ВІЛ-інфекція/СНІД та сфера праці***

Найчастіше дискримінація у сфері праці щодо людей, які живуть із ВІЛ-інфекцією/СНІДом, виявляється: у відмові в укладенні трудового договору, направленні на тестування на ВІЛ-інфекцію при прийомі

чи переведенні на іншу роботу або при продовженні терміну трудового договору, запровадженні роботодавцем обов'язкового тестування на ВІЛ-інфекцію під час проходження первинного чи періодичних медичних оглядів, вилученні з виробничого колективу через підозри можливого ВІЛ-позитивного статусу.

Проблеми людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, у трудовій сфері виникають систематично. Так, відповідно до Кодексу законів України про працю вищий нагляд за дотриманням і правильним застосуванням законів про працю здійснюється Генеральним прокурором України і підпорядкованими йому прокурорами. Державний нагляд за дотриманням законодавчих та інших нормативних актів про охорону праці здійснює Державний комітет України по нагляду за охороною праці. Місцевий нагляд здійснюється місцевими державними адміністраціями та Радами народних депутатів, які повинні наглядати за дотриманням нормативних актів про охорону праці.

У разі порушення прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, на виробництві, вони можуть звернутись за поновленням порушених прав до вищезазначених органів та до комісії по трудових спорах, а після цього оскаржити її рішення у суді. У тому випадку, коли на підприємстві комісія по трудових спорах відсутня (чисельність працівників менша за 15 чоловік), працівник може звернутись до суду, який повинен прийняти рішення по справі. Крім того, ВІЛ-позитивні громадяни можуть звернутись безпосередньо до суду з вимогою про поновлення на роботі у разі їх незаконного звільнення через статус.

У тому випадку, коли відносно ВІЛ-інфікованого працівника скоєно злочин на виробництві, він може вимагати від правоохоронних органів порушення кримінальної справи та притягнення винних осіб до відповідальності за нормами Кримінального кодексу України. Залежно від того, який вид порушень прав працівника відбувся, його права мають бути поновлені, шкода відшкодована.

Нормативно-правовими актами України, які регулюють правовідносини у сфері праці, не встановлено окремих підстав чи умов щодо укладення чи розривання трудових правовідносин, встановлення режимів праці та відпочинку, умов оплати праці та інших умов виконання трудових обов'язків особами, які мають статус ВІЛ-позитивних чи хворих на СНІД.

Таким чином, люди, які живуть із ВІЛ-інфекцією/СНІДом, мають однакові, порівняно з іншими працівниками підприємства, трудові права. Стаття 22 Кодексу Законів про працю забороняє необґрунтовану відмову в прийнятті на роботу. У тому випадку, коли ВІЛ-позитивна особа отримала відмову в прийнятті на роботу, вона може оскаржити дії керівника закладу, підприємства та інших структур у суді. Відповідно до Конституції України та статті 284-1 Цивільного процесуального кодексу України кожен громадянин має право звернутися до суду зі скаргою на рішення, дії чи бездіяльність державного органу, юридичної або службової особи. Разом з тим, частина 6 ст. 24 Кодексу Законів про працю України забороняє роботодавцю укладати трудовий договір з громадянином, якому, за медичним висновком, запропонована робота, протипоказана за станом здоров'я.

Таким чином, до укладення трудового договору власник або уповноважений ним орган у певних випадках має володіти інформацією про стан здоров'я майбутнього працівника. Відповідно до частини 3 ст. 22 того ж закону вимоги щодо віку, рівня освіти та стану здоров'я працівника можуть встановлюватись лише законодавством України. Частина 2 ст. 24 КЗпП встановлює обов'язок громадянина, який має намір укласти трудовий договір, подавати роботодавцю разом з паспортом і трудовою книжкою ще й документ про стан здоров'я лише у випадках, передбачених законодавством. При цьому, ст. 25 КЗпП забороняє роботодавцю при укладенні трудових договорів вимагати від осіб, які поступають на роботу, документи, подання яких не передбачено законодавством. Це, насамперед, стосується й відомостей щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу.

До числа працівників, які при укладенні трудового договору повинні подавати документ про стан здоров'я, необхідно віднести тих осіб, які наймаються для виконання робіт, пов'язаних з обслуговуванням населення або підвищеною небезпекою для оточуючих. Перелік професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним медичним оглядам, Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів та видачі особистих медичних книжок затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 23 травня 2001 р., № 559.

Наявність ВІЛ-інфекції не може бути підставою для відмови людині в прийнятті на роботу чи підставою для її звільнення. Роботодавець не має законодавчих підстав вимагати від працівника надання документа, який підтверджує чи спростовує його ВІЛ-статус.

Важливим аспектом нормальної життєдіяльності людей, які живуть із ВІЛ-інфекцією, є створення роботодавцем сприятливих умов для продовження їх трудової діяльності. Якщо працівник за станом здоров'я потребує надання іншої роботи, роботодавець не має права звільнити його з роботи, а зобов'язаний перевести такого працівника, за його згодою, на іншу роботу тимчасово або без обмеження терміну відповідно до медичного висновку. Ця законодавча норма закріплена у ст. 170 КЗпП України та у частині 5 ст. 7 Закону України «Про охорону праці». У контексті епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу певні пільги мають працюючі батьки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей.

А саме, згідно зі статтею 21 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», батьки дітей, інфікованих вірусом імунodefіциту людини або хворих на СНІД, та особи, які їх замінюють, мають право на: спільне перебування в стаціонарах з дітьми віком до 14 років із звільненням на цей час від роботи з виплатою допомоги по тимчасовій непрацездатності у зв'язку з доглядом за хворою дитиною; збереження за одним із батьків у разі звільнення його з роботи у зв'язку із доглядом за дитиною віком до 16 років безперервного трудового стажу для нарахування допомоги по тимчасовій непрацездатності за умови влаштування на роботу до досягнення дитиною зазначеного віку.

Матері, які мають дітей віком до 16 років, заражених вірусом імунodefіциту людини або хворих на СНІД, мають право на одержання щорічної відпустки у літній чи інший зручний для них час. У разі відсутності матері та виховання такої дитини батьком або іншою особою це право надається зазначеним особам. Крім того, зараження ВІЛ-інфекцією медичних і фармацевтичних працівників належить до професійних захворювань. Такі працівники за законом мають право на щорічне безкоштовне одержання путівки для санітарно-курортного лікування в спеціалізованих оздоровчих закладах, право на щорічну відпустку загальною тривалістю 56 календарних днів з використанням у літній або інший зручний для них час, а також право на першочергове поліпшення житлових умов.



## РОЗДІЛ II. ЗАСТОСУВАННЯ СТРАТЕГІЧНОГО ПІДХОДУ ТА ПРИНЦИПІВ МЕНЕДЖМЕНТУ, ОРІЄНТОВАНОГО НА РЕЗУЛЬТАТ, У ПІДГОТОВЦІ РЕГІОНАЛЬНОЇ ЦІЛЬОВОЇ ПРОГРАМИ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

### 2.1. Стратегічний підхід у підготовці та реалізації регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДУ (Онищенко П., Азібалов І., Варбан М.)

#### **Регіональна цільова програма з ВІЛ-інфекції/СНІДУ**

Регіональна цільова програма (РЦП) з ВІЛ-інфекції/СНІДУ є одним з найважливіших інструментів реалізації на регіональному рівні державного управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ та активної регіональної політики, спрямованої на подолання наслідків епідемії. Програма має відображати систему цілей, завдань, цільових показників і комплексу заходів для їх досягнення і реалізації з урахуванням цілей та пріоритетів громади, груп, уразливих до ВІЛ-інфікування, людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, а також думки експертів, науковців, депутатів та фахівців місцевих органів управління.

Головна мета РЦП – спрямувати дії центральних і місцевих державних органів виконавчої влади і громадських організацій та сконцентрувати фінансові, матеріально-технічні та інші державні та місцеві ресурси, ресурси виробничого та наукового потенціалу, ресурси суб'єктів господарювання тощо на створення та підтримання сприятливих умов для досягнення універсального доступу до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДУ, лікування, догляду та підтримки всіх, кого торкнулася проблема ВІЛ-інфекції/СНІДУ.

Регіональна цільова програма з ВІЛ-інфекції/СНІДУ є складовою програми соціально-економічного розвитку регіону та Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Вона є логічним продовженням регіональної програми попереднього періоду (якщо така існувала) з урахуванням досягнень та недоліків її виконання, базується на регіональній стратегії соціально-економічного розвитку регіону, а також узгоджується та поєднується з іншими програмами, у тому числі державними цільовими, які діють у регіоні.

Важливим фактором підготовки конструктивної регіональної цільової програми є забезпечення на усіх етапах її розробки та впровадження співпраці та скоординованих дій центральних, регіональних органів виконавчої влади та громадських організацій, а також представників уразливих до ВІЛ-інфікування груп населення та людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

Під час розробки та реалізації РЦП необхідно поєднувати стратегічне планування, програмно-цільовий метод та менеджмент, орієнтований на результат.

#### **Основні засади та етапи стратегічного планування**

Не існує однієї загальноприйнятої методики або готових «рецептів» стратегічного планування для громад або певних установ. Громади або установи мають пристосувати процес стратегічного планування до своїх управлінських потреб відповідно до організаційних та програмних структур. У даному посібнику *стратегічне планування* розуміється як:

- системний спосіб управління змінами й досягнення консенсусу на регіональному рівні між всіма учасниками процесу розробки та реалізації РЦП;
- творчий процес визначення стратегічних напрямів та погодження реалістичних цілей і завдань, поєднання довгострокових перспектив з короткостроковими діями;
- потужний інструмент об'єднання лідерів громадських організацій, груп, уразливих до ВІЛ-інфекції, та посадовців місцевої влади; створення партнерства між громадським і державним секторами, що має стати постійною складовою процесу прийняття рішень міською владою.

Стратегічне планування – це системний процес, за допомогою якого організація, орган виконавчої влади, регіон або територіальна громада прогнозують та планують свою діяльність на майбутнє.

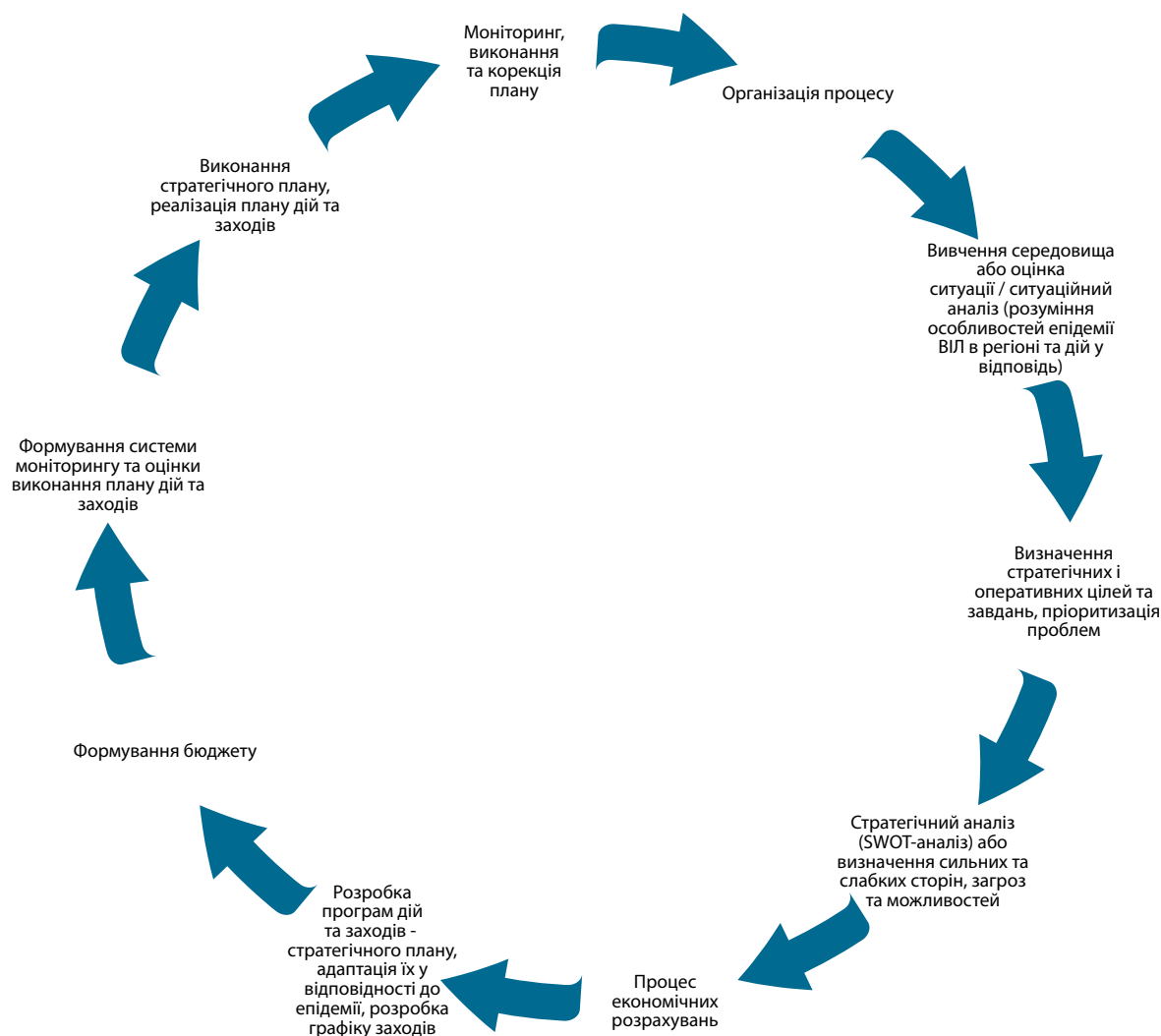


Базою для стратегічного планування, так само як і для РЦП, є програмно-цільовий метод. Такий метод використовується для формування загального плану дій, підбору конкретних заходів для досягнення основної мети РЦП і об'єднання їх у єдине ціле.

Використання *програмно-цільового методу планування* передбачає:

- визначення проблеми та формулювання цілей;
- розробку й реалізацію програми, спрямованої на досягнення цілей;
- систематичний контроль за якістю та результатами роботи, передбаченої програмою;
- коригування заходів, спрямованих на реалізацію цілей.

Процес стратегічного планування включає десять основних взаємопов'язаних кроків та може бути представлений у вигляді такої схеми:



**Рисунок 1. Процес стратегічного планування**

Логіка стратегічного планування має формулу: «*цілі – заходи – ресурси – результат – оцінка*». Тобто підкреслюється необхідність «підкріплення» конкретних заходів конкретними ресурсами для отримання конкретного результату.

Стратегічне планування не є лінійним процесом. Інколи результат одного кроку може примусити команду планувальників повернутись до попереднього етапу, оскільки припущення, обставини або умови змінилися. Процес планування ніколи не припиняється, він є безперервним, тому що навколишні фактори та умови постійно змінюються. У зв'язку з цим стратегічний план слід постійно коригувати. Коригування

здійснюється на основі результатів моніторингу та оцінки. Уся інформація, зібрана під час моніторингу та оцінки, має аналізуватися для включення до наступної скоригованої версії стратегічного плану. Після того, як проаналізовано поступ у досягненні цілей і завдань, ця інформація стає вихідним пунктом для наступного циклу планування.

Алгоритм стратегічного планування не є стандартним. Він може і повинен удосконалюватися розробниками конкретних планів залежно від складності проблеми, наявності ресурсів, територіальних та економічних особливостей тощо.

### **Механізми, методи та засоби аналізу**

У процесі стратегічного планування використовуються *спеціальні механізми, методи та засоби аналізу, у тому числі:*

- *SWOT-аналіз*, який полягає в розділенні чинників та явищ на чотири категорії: сильні та слабкі сторони, можливості, що відкриваються під час реалізації програми, дій та заходів, та ризики, які можуть цьому перешкодити.
- *Побудова «дерева цілей»*, тобто наочне графічне зображення підпорядкованості та взаємозв'язку цілей, що демонструє розподіл загальної (генеральної) мети або місії на підцілі, завдання та окремі дії. «Дерево цілей» можна визначити як «цільовий каркас» явища чи діяльності.
- *Пріоритизація* або визначення, які з проблем, цілей та завдань є більш важливими, а які характеризуються меншим рівнем пріоритетності з точки зору подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в регіоні. Результатом пріоритизації є формування груп за проблемами, цілями та завданнями з різним рівнем вагомості, наприклад:
  - a) першочергової ваги відносно ефективності досягнення цілей стратегічного плану;
  - b) високої стратегічної вагомості;
  - c) важливі в контексті реалізації стратегічного плану;
  - d) неважливі або ті, включення яких до стратегічного плану ставиться під сумнів.
- *Прогнозування*, що полягає у визначенні, уявленні, передбаченні ймовірного стану об'єкта, явища або події у майбутньому на основі аналізу особливостей його розвитку в минулому.
- *Моделювання*, коли будується своєрідна модель об'єкта, явища або події. Така модель може бути у вигляді системи, що складається із взаємопов'язаних елементів, складових частин. Цю систему, її складові, взаємозв'язок та взаємовплив між ними вивчають із застосуванням вірогіднісно-статистичного методу.
- *Метод «мозкового штурму»* – це метод висунання творчих ідей у процесі обговорення певної проблеми. Як правило, для проведення мозкового штурму створюють спеціальну групу експертів з 6–10 осіб.

### **Метод SWOT-аналізу**

*SWOT-аналіз*<sup>28</sup> – аббревіатура за першими літерами англійських слів Strengths (сильні сторони), Weaknesses (слабкі сторони), Opportunities (можливості), Threats (загрози) – це оцінювання зовнішнього і внутрішнього середовища, що має на меті полегшити визначення поточних і майбутніх проблем, здатних вплинути на діяльність та її результати.

Як показано на рисунку 2, наша система знаходиться у Ситуації А, але намагається через деякий проміжок часу перейти у Ситуацію В. У процесі переходу із одного стану в інший система має використовувати свої переваги, тобто сильні сторони, та усувати існуючі слабкі сторони, а також враховувати можливості та передбачати виклики та загрози, що постають із змінами у зовнішньому середовищі.

<sup>28</sup> Використані матеріали з публікації: Галайда В.В., Давиденко Н.Г., Ніколько М.В., Семерик О.Ю., Тертичка В.В. Стратегічний підхід до розробки регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДУ. Методичні рекомендації. – К.: «Гопак», 2008.

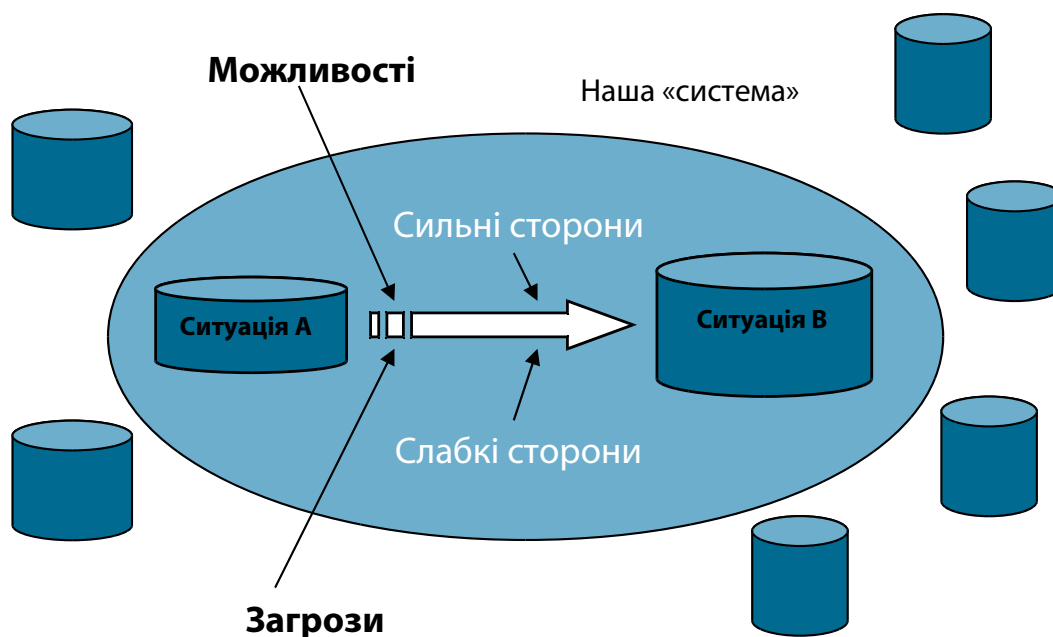


Рисунок 2. SWOT-аналіз

Проблеми – це внутрішні або зовнішні виклики, що системно перешкоджають досягненню стратегічних цілей і завдань. Крім безпосереднього визначення проблем, оцінювання зовнішнього і внутрішнього середовища допомагає виробити підхід до їх розв’язання.

Складові SWOT-аналізу:

- сильні сторони (Strengths) – види діяльності, потенціал (ресурс) регіону, що можуть зумовити формування переваги;
- слабкі сторони (Weaknesses) – види діяльності, потенціал (ресурс) регіону, які використовуються неефективно або не за призначенням;
- можливості (Opportunities) – процеси або явища, які можна використати для досягнення стратегічних цілей (результатів);
- загрози (Threats) – процеси або явища, що перешкоджають досягненню цілей.

Для проведення якісного SWOT-аналізу рекомендується:

1. Усвідомлювати різницю між елементами SWOT.

Сильні і слабкі сторони – це те, що знаходиться усередині «системи» і на що «система» може впливати, може їх змінювати. Можливості і загрози – це фактори зовнішнього середовища, які «система» повинна враховувати, але на які вона не може впливати.

2. Орієнтуватися на думку отримувача послуг.

Сильні та слабкі сторони можуть бути такими лише у разі, якщо їх саме так сприймає отримувач послуги. Отже, необхідним є залучення до аналізу представників громадських організацій, які працюють із клієнтами, та представників спільнот, уразливих до ВІЛ-інфекції/СНІДу і постраждалих від епідемії, та врахування їх думки.

3. Використовувати інформацію з різних джерел (групову думку, факти, соціологічні дослідження, дані епідмоніторингу тощо).

4. Проводити аналіз для кожного напрямку діяльності окремо (наприклад, аналіз для профілактики, для діагностики і лікування, для догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, тощо).

З метою отримання повної картини аналіз всіх напрямів діяльності об’єднується в єдиний SWOT-аналіз.

Проведення SWOT-аналізу:

Крок 1. Дослідити внутрішнє середовище: скласти список слабких та сильних сторін виконання та виконавців кожного напрямку діяльності.

Крок 2. Дослідити зовнішнє середовище: скласти список можливостей і загроз для виконання кожного напрямку діяльності.

Крок 3. Визначити стратегічні зв'язки шляхом зіставлення слабких, сильних сторін, можливостей і загроз.

У результаті аналізу потрібно ідентифікувати проблеми та виробити підхід до їх розв'язання.

Розглянемо зміст цих кроків.

Крок 1. Досліджуються структурні підрозділи місцевої державної адміністрації, державні установи й організації – виконавці або співвиконавці заходів з протидії поширенню ВІЛ-інфекції, аналізуються наявні умови, які сприяють або заважають їх діяльності. Важливо концентруватися не на загальних сильних чи слабких сторонах, а на тих із них, які прямо стосуються виконання завдань з протидії поширенню епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні.

Для оцінки внутрішнього середовища пропонується встановити певні характеристики та використовувати нижченаведену форму.

Сильні сторони	Слабкі сторони
	<i>прийняття рішень позиція керівництва</i>
	<i>внутрішні нормативно-правові акти (розпорядження, накази, доручення, інструкції та ін.)</i>
	<i>структура (управління, відділи, державні установи та організації)</i>
	<i>система планування (складання програм, річних планів тощо)</i>
	<i>контроль, моніторинг та оцінка</i>
	<i>кадрові ресурси (штати, кваліфікація)</i>
	<i>фінансове забезпечення</i>
	<i>матеріально-технічне забезпечення</i>
	<i>обмін, використання інформації</i>
	<i>інше</i>

**Рисунок 3. Характеристика сильних і слабких сторін**

Крок 2. Дослідження зовнішнього середовища, тобто визначення можливостей і загроз:

Політичні – нормативні документи, рішення, які зовні впливають на місцеву державну адміністрацію; очікування і вимоги різних груп, їх інтереси (наприклад, очікування людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, щодо отримання послуг з лікування, догляду та підтримки).

Економічні – характеристики розвитку і стану господарства, зміна важливих економічних показників, бюджет, донорська підтримка, ціни медичних препаратів, матеріалів, обладнання тощо.

Соціальні – ціннісні, поведінкові, моральні характеристики (наприклад, дискримінація або порушення прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом).

Технологічні – зміна технологій (наприклад, запровадження нових методів лікування, джерел інформації, швидкості її передачі тощо).

Для аналізу зовнішнього середовища доцільно використовувати таку форму:

Можливості	Загрози
	<i>політичні</i>
	<i>економічні</i>
	<i>соціальні</i>
	<i>технологічні</i>

**Рисунок 4. Характеристика можливостей і загроз**

При заповненні цих таблиць доцільно використовувати всю наявну в регіоні аналітичну інформацію щодо ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу, зокрема:

- 1) аналіз стану виконання обласних програм забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД за 3–5 років;
- 2) ситуаційні аналізи про стан епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні;
- 3) дослідження причин поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Крок 3. Після дослідження внутрішнього і зовнішнього середовища встановлюються стратегічні зв'язки, тобто здійснюється аналіз слабких і сильних сторін, можливостей і загроз.

Результатом аналізу є спрямування завдань і заходів на те, щоб:

- 1) зміцнити сильні сторони для збільшення можливостей у реалізації відповіді на епідемію;
- 2) подолати слабкі сторони, використовуючи надані можливості;
- 3) використати сильні сторони для уникнення загроз реалізації напряму діяльності;
- 4) мінімізувати слабкі сторони для уникнення загроз.

Здійснення SWOT-аналізу та вивчення його результатів дають змогу:

- 1) визначити проблеми на шляху досягнення стратегічних цілей і завдань (поєднання слабких сторін і загроз);
- 2) усвідомити наявні переваги та ресурси, які потрібно використати при вирішенні проблем (поєднання сильних сторін і можливостей, використання сильних сторін для усунення загроз, використання можливостей для подолання слабких сторін).

Проблеми упорядковуються за ступенем їх пріоритетності. Для обґрунтування пріоритетності проблем робоча група колегіально вирішує, за яким принципом упорядковувати проблеми, наприклад:

- Які групи населення зазнають найбільш негативного впливу внаслідок існування проблеми?
- Який розмір шкоди завдає проблема для кожної групи населення?
- Наскільки розв'язання проблеми є терміновою за часом?
- Які існують ризики у разі невтручання у ситуацію з метою розв'язання проблеми?

На розв'язання проблем спрямовується подальше планування завдань і заходів регіональної програми подолання ВІЛ-інфекції/СНІДу, виходячи зі SWOT-аналізу. Необхідним є збільшення зусиль і ресурсів, спрямованих на виконання завдань, що є найбільш пріоритетними. Обирається той підхід, який забезпечує розв'язання проблем і який можна впровадити за наявних у регіоні можливостей.

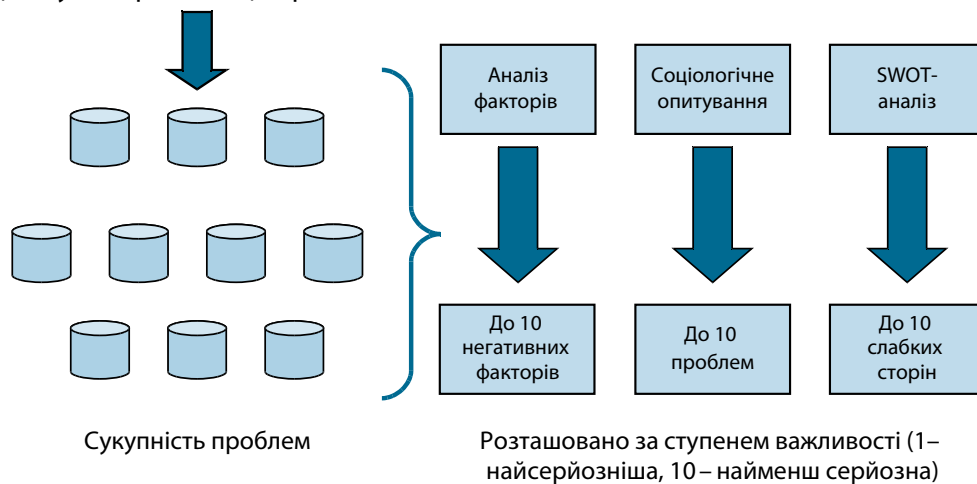


**Пріоритизація або визначення проблем, цілей, завдань**

Пріоритизація або визначення проблем – інструмент, який дає змогу систематизувати, узагальнювати та виявляти основні та головні проблеми, для розв’язання яких буде розроблена програма подолання ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Крок 1: Із сукупності всіх проблем, які були виявлені в ході аналізу фактів, соціологічного опитування та SWOT-аналізу, розробники програми обирають до десяти найбільш важливих проблем із кожного джерела інформації.

Крок 2: Групування проблем: усі проблеми вносяться до загальної таблиці із зазначенням рангу та джерела, звідки була отримана ця проблема.



**Рисунок 5. Групування проблем**

Крок 3: За результатами групування проблем визначаються три (максимум 4) основні проблеми, на базі яких формулюється головна проблема Програми.

Аналіз факторів	Соціологічне опитування	SWOT-аналіз
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Доходи населення нижче прожиткового мінімуму</li> <li>2. Низькі розміри допомоги</li> <li>3. Фінансування здійснюється не в повному обсязі</li> <li>4. Не створені всі необхідні умови для переходу на надання всіх видів соціальної допомоги за єдиною заявою</li> <li>5. Кожний новий порядок призначення допомоги потребує часу на адаптацію одержувачів (оформлення знову)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Недостатня інформованість населення</li> <li>2. Низький рівень всіх видів соціальної допомоги</li> <li>3. Складна та тривала процедура оформлення/відсутність єдиної технології обслуговування населення</li> <li>4. Відсутність мобільних офісів, недостатня кількість уповноважених представників у віддалених районах</li> <li>5. Низький рівень охоплення населення обслуговуванням на дому</li> <li>6. Незадоволеність населення роботою персоналу</li> <li>7. Недосконалість законодавчої бази</li> <li>8. Обмеженість джерел фінансування</li> <li>9. Недостатня технічна оснащеність служб соціального захисту</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обмеженість бюджетних коштів для розвитку системи органів праці та соціального захисту</li> <li>2. Недосконалість організаційної структури органів праці та соціального захисту та відсутність мобільних офісів</li> <li>3. Відсутність системи моніторингу</li> <li>4. Слабкий практичний досвід у залученні додаткового фінансування, благодійної, волонтерської допомоги (або його відсутність)</li> <li>5. Відсутність системи постійного зворотного зв'язку з населенням щодо якості послуг та задоволеності заходами соціального захисту</li> <li>6. Недостатнє використання форм і методів інформаційного забезпечення населення з питань отримання соціальної допомоги та послуг</li> <li>7. Недостатньо ефективна система стажувань та підвищення кваліфікації робітників органів праці та соціального захисту</li> </ol>

**Рисунок 6. Аналіз проблем у рамках розробки РЦП**

Таблиця 3. Приклад проведення ранжування проблем

Проблема	Ранг	Джерело
Доходи населення нижче прожиткового мінімуму	1	Аналіз даних
Обмеженість бюджетних коштів для розвитку системи органів праці та соціального захисту, відсутність соціальних інвестицій	1	SWOT, соціологічне опитування
Недостатня інформованість населення	1	Соціологічне опитування, SWOT
Відсутність необхідних умов для переходу до надання всіх видів соціальної допомоги за єдиною заявою	2	Аналіз фактів, соціологічне опитування, SWOT
Недосконалість організаційної структури (відсутність мобільних офісів соціального захисту)	2	SWOT, соціологічне опитування
Низький розмір усіх видів соціальної допомоги	2	Аналіз фактів, SWOT, соціологічне опитування
Відсутність системи моніторингу та постійного зворотного зв'язку з населенням	3	SWOT
Недосконалість законодавчої бази	4	Соціологічне опитування, аналіз фактів
Слабкий практичний досвід залучення додаткового фінансування, благодійної та іншої допомоги населенню	4	Аналіз фактів, SWOT
Низький рівень охоплення населення обслуговуванням на дому	5	Соціологічне опитування
Незадоволеність населення	5	Соціологічне опитування, SWOT

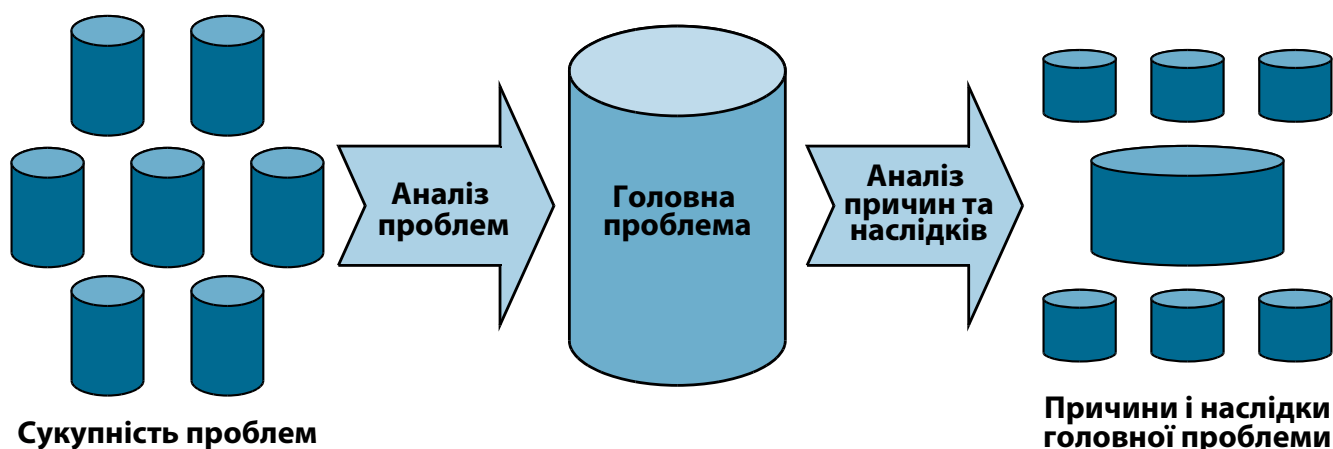


Рисунок 7. Аналіз причин та наслідків

У практиці прийнято робити дворівневий аналіз причин та наслідків: для кожної основної причини визначаються корінні причини її виникнення. Такий підхід дає можливість максимально спростити формування дерева цілей Програми.

Бажано виокремити 3–4 основні причини та 3 корінні причини для кожної основної причини (4 – це допустимий максимум), тому що це збільшення кількості причин може значно ускладнити подальший процес розробки Програми.

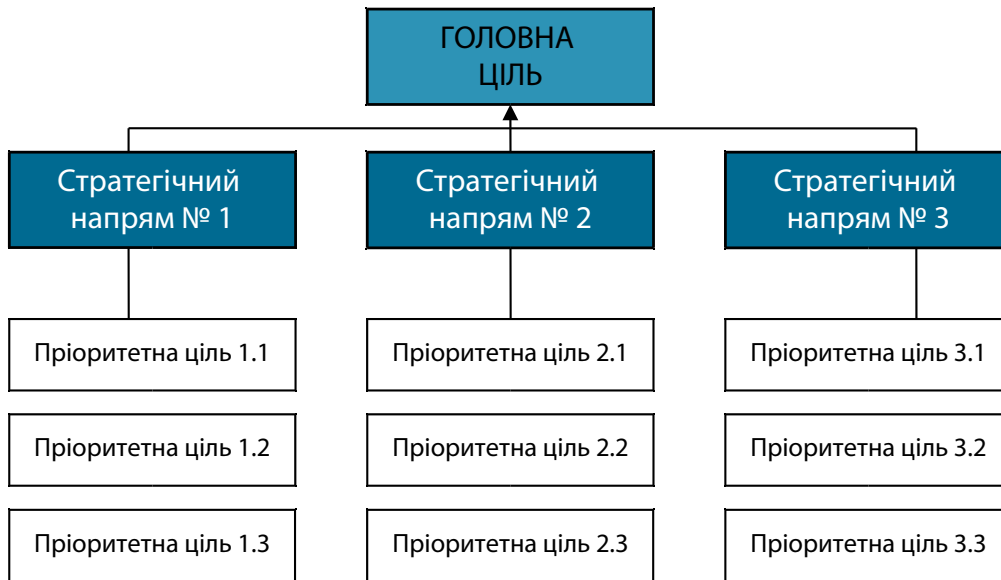
Головна ціль у стратегічному контексті – це результат, якого прагнуть досягти всі учасники, залучені до виконання Програми боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Ціль встановлюється виходячи з базової (чіткої та неупередженої) оцінки ситуації і має бути достатньо широкою, аби у її межах можна було розробити підцілі.

**Ієрархія цілей**

Наявність головної цілі обумовлює розробку підцілей, які розбиваються на три категорії:

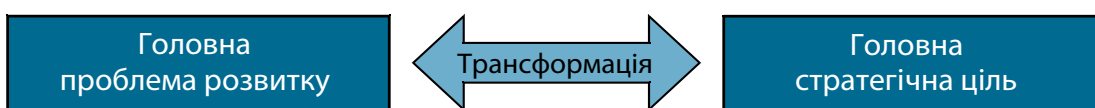
- стратегічні (для стратегій, що охоплюють велику «систему», наприклад: стратегія соціально-економічного розвитку, стратегія розвитку охорони здоров'я). Для стратегій, що охоплюють менший масштаб, наявність стратегічних напрямів не обов'язкова;
- пріоритетні;
- операційні.

«Дерево цілей» виглядатиме наступним чином:



**Рисунок 8. Механізм формування головної цілі Програми**

Головна ціль безпосередньо визначається з формулювання головної проблеми, ідентифікованої шляхом аналізу проблем, із застосуванням наступного механізму:



**Рисунок 9. Механізм формування стратегічної цілі**

Стратегічні напрями – це підцілі головної цілі. Якщо РЦП відноситься до великої «системи», у якій визначена тільки головна ціль, то це може ускладнити її реалізацію. Головна ціль має бути комплексною з розбивкою на низку різних чітких напрямів. Водночас, головна ціль не має охоплювати більше 4 напрямів. Стратегічні напрями зазвичай визначаються, виходячи з основних причин головної проблеми розвитку. Механізм буде наступним:



**Рисунок 10. Формування стратегічних напрямів**

У процесі стратегічного планування доцільно застосовувати методи менеджменту, орієнтованого на результат<sup>29</sup>. Серед таких методів найбільш придатними є такі:

- залучення до процесу стратегічного планування на всіх його етапах представників груп інтересів, а саме груп, уразливих до ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- залучення ключових зацікавлених сторін до визначення очікуваних результатів, моніторингу й оцінки прогресу та досягнутих результатів;
- застосування методу командної роботи;
- організація своєчасного, надійного зворотнього зв'язку з виконавцями РЦП щодо поточних та завершених дій, який дає можливість формулювати значущі стратегічні висновки для розробки наступних кроків тощо.

Процес стратегічного планування і програмування РЦП має базуватись на кращих практиках планування, серед яких такі як менеджмент, орієнтований на результат, і класичні практики моніторингу та оцінки. Під час реалізації РЦП необхідно постійно моніторити та оцінювати процеси імплементації програми і на основі результатів моніторингу і оцінки коригувати процеси прийняття рішень.

## **2.2. Менеджмент, орієнтований на результат (Ойоренуан Л.)**

### **Основні принципи та елементи менеджменту, орієнтованого на результат**

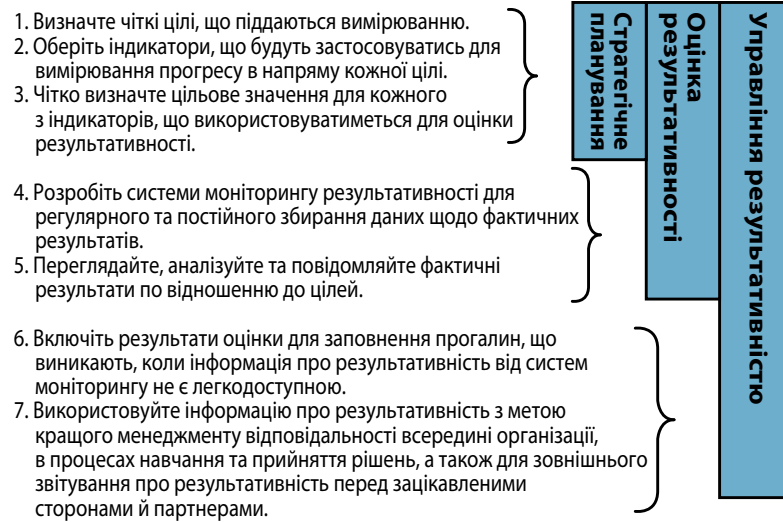
Менеджмент, орієнтований на результат (МОР), – це поєднання планування, моніторингу та оцінки в єдине ціле. МОР можна визначити як стратегію менеджменту, спрямовану на забезпечення ефективного виконання діяльності та досягнення найкращих результатів<sup>30</sup>. Це підхід до планування програм, заснований за принципом командної роботи та залучення до участі у процесі прийняття рішень людей, яких торкнулась проблема, з метою досягнення результатів для підвищення продуктивності, ефективності, відповідальності та прозорості програм і управління.

- МОР підвищує ефективність і відповідальність управління завдяки залученню ключових зацікавлених сторін до визначення очікуваних результатів, оцінки прогресу в напрямі їх досягнення та інтегрування винесених уроків до практики управління;
- МОР спирається на «Ланцюг результатів» – організаційний підхід, що обґрунтовує як процес планування, так і процес розробки стратегічного документу, що слугуватиме керівництвом для майбутніх дій. Ланцюг результатів визначає логічну послідовність кроків для вдосконалення процесів розробки політики та стратегічного планування, а відтак – сприяє підвищенню результативності програми;
- МОР керується підходом логічного ланцюга, що сприяє систематичному визначенню завдань, наслідків, короткострокових та довгострокових результатів, а також затрат ресурсів для відстеження результатів;
- ключова роль МОР полягає в наданні своєчасного та надійного зворотнього зв'язку щодо поточних і завершених дій для формулювання значущих стратегічних висновків, які одразу ж використовуються у процесі розробки стратегії та управління програмами;
- МОР загострює акцент на результатах, а не на заходах як таких, і сприяє використанню результатів для подальшого удосконалення управління та можливості залучення більших коштів;
- МОР вдосконалює процеси оцінювання результатів та досягнень програми та розвиває культуру прагнення до результатів серед співробітників організації.

<sup>29</sup> Руководство по планированию, мониторингу и оценке результатов развития. – Программа развития ООН, 2009. – 220 с.

<sup>30</sup> UNDP (2009) Handbook on Monitoring and Evaluation for Results

## Елементи менеджменту, орієнтованого на результат



Source: A. Binnendijk, *Results Based Management in the Development Co-Operation Agencies*, OECD/DAC, 2001

### Рисунок 11. Елементи менеджменту, орієнтованого на результат

#### **Розробка стратегії управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу на місцевому рівні**

Розробка стратегії місцевого рівня починається зі створення форуму за участі багатьох зацікавлених сторін, управлінської структури або робочих груп, а також за умови забезпечення певних політичних зобов'язань щодо підготовки програми відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу. Розробка удосконаленої стратегії управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу потребує поглибленої оцінки та визначення прогалин в управлінських процесах. Оскільки планування відбувається в стратегічному контексті, необхідно визначити зацікавлені сторони, що братимуть участь, і спланувати процес розробки стратегії управління, користуючись наявними стратегіями і процесами планування для визначення ситуації на самому початку процесу. Визначення часових рамок для досягнення заявлених результатів допоможе команді з розробки стратегії відслідковувати прогрес.

На практиці для забезпечення досягнення результатів, визначених в рамковій структурі МОР (Фаза 2), регіональним координаційним механізмом або іншим компетентним органом виконавчої влади створюється команда планування, до складу якої входять представники різних секторів. Існує багато корисних інструкцій та керівництв, які описують процес створення групи зацікавлених сторін або форуму партнерів<sup>31</sup>, які можливо використовувати для складання технічного завдання для команди планування.

Створена на початку команда планування починає процес розробки стратегії з аналізу стану та оцінки результативності наявної інституційної інфраструктури, механізмів і структур управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу. За відсутності звітів по результатах нещодавньої оцінки чи місцевих оглядів команда планування може використовувати існуючі звіти і доступні дані із національних і міжнародних джерел – національних наукових досліджень та аналітичних доповідей; оглядів донорських організацій щодо стратегії співробітництва з Україною; інституційних досліджень, замовлені місцевими організаціями з метою оцінки прогресу в координації та управлінні відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Розробка стратегії управління протидією епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, зосередженої на досягненні результатів, проходить в декілька етапів.

31 Див., наприклад: UNDP Local Sustainable Development Planning, Manual for a local sustainable development formulation ( ПРООН-Братислава, 2003 р.)



*Фаза 1: Аналіз ситуації*

Питання, які варто поставити на першій фазі:

- Що говорять дані про стан управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу на місцевому рівні?
- Де шукати відповідні дані, наприклад, щодо сфери прав ув'язнених з ВІЛ-інфекцією?
- Чи включає чинна стратегія протидії епідемії питання захисту прав людини?
- В який спосіб формувати узагальнені дані для отримання реалістичної картини ситуації, що вказала б на недоліки відповіді на епідемію?

В першій фазі важливо не тільки визначити досягнення національної відповіді щодо послуг, що надавалися у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, а й проаналізувати їх вплив на вразливі групи і загальне населення. Дані щодо охоплення цільових груп заходами, створення сприятливого середовища для проведення цих заходів, наявності послуг і доступу до них в Україні можна отримати, зокрема, з джерел ЮНЕЙДС, оскільки ця інформація є частиною звітності країни по програмі забезпечення універсального доступу.

При аналізі ситуації із управлінням у сфері протидії ВІЛ-інфекції для розуміння того, скільки уваги місцеві органи влади приділяють проблемі ВІЛ-інфекції/СНІДу в громадах, мають значення як кількісні, так і якісні показники. Наявність даних щодо мобілізації та розподілу ресурсів, формування бюджету та видатків є особливо значущим фактором для пріоритизації послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу. Результати таких оцінок і оглядів можуть вказати на зміни в характері епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу і пов'язані з ними соціально-економічні наслідки для певних груп населення. Це також допоможе визначити досягнення в управлінні відповіддю на місцевому рівні і вкаже сфери, де ресурси використовуються у найбільш ефективний спосіб. Дані, отримані на цій стадії, допоможуть чітко визначити цілі та очікувані результати стратегії.

*Фаза 2: Визначення результатів та індикаторів*

У другій фазі потрібно перейти до визначення результатів, наслідків та відповідних індикаторів. Для цього необхідно передусім сформувати перспективне бачення<sup>32</sup>. Ґрунтуючись на проблемних сферах, визначених за допомогою ситуаційного аналізу, команда планування розпочинає процес формулювання рішень.

Завданням формування перспективного бачення для зацікавлених сторін є вироблення чіткого, реалістичного та узгодженого розуміння того, як саме ситуація зміниться на краще за певний період часу (зазвичай, за 5-10 років) та які позитивні зміни відбудуться у регіоні, суспільстві або громаді протягом цього періоду. Доречно знайти відповіді на такі запитання:

- Якщо було б досягнуто успіх у вирішенні цієї проблеми, як виглядав би регіон/громада через п'ять років? Що б змінилося?
- Які процеси можна було б побачити на місцях?

Команда планування має ще раз переглянути попередній аналіз проблеми. Після обміркування членам групи варто обговорити ситуацію в її поточному вигляді, об'єктивно оцінюючи реалії. Після розгляду реальної картини варто візуалізувати та описати перспективне бачення. Питання, рекомендовані до розгляду на цьому етапі:

- Що має змінитись у громаді в плані соціального та економічного благополуччя?
- Як має змінитись життя людей у громаді в цілому?
- Як має бути покращена ситуація для ЧСЧ, СІН та РКС?

Мета процесу формування перспективного бачення – візуалізація того, як виглядатиме майбутнє у випадку успішного вирішення проблем. Виконання вправ формування бачення має додаткові переваги у сфері належного врядування. Наприклад, формування бачення є ефективним шляхом залучення до командних дій тих членів групи, які не знайомі з більш структурованим процесом аналізу проблеми. Крім того, для мульти-секторної групи, яка представляє різні сегменти ураженої ВІЛ-інфекцією громади, набуття спільного бачення майбутнього може бути додатковим стимулом для ефективної командної роботи.

32 UNDP (2009) Handbook on Monitoring and Evaluation for Results

**Заява про перспективне бачення**

Формулювання рішень у рамках заяви про бачення може включати перефразування – заміну мови проблем та їх причин на мову позитивних тверджень або завдань.

**ПРИКЛАД**

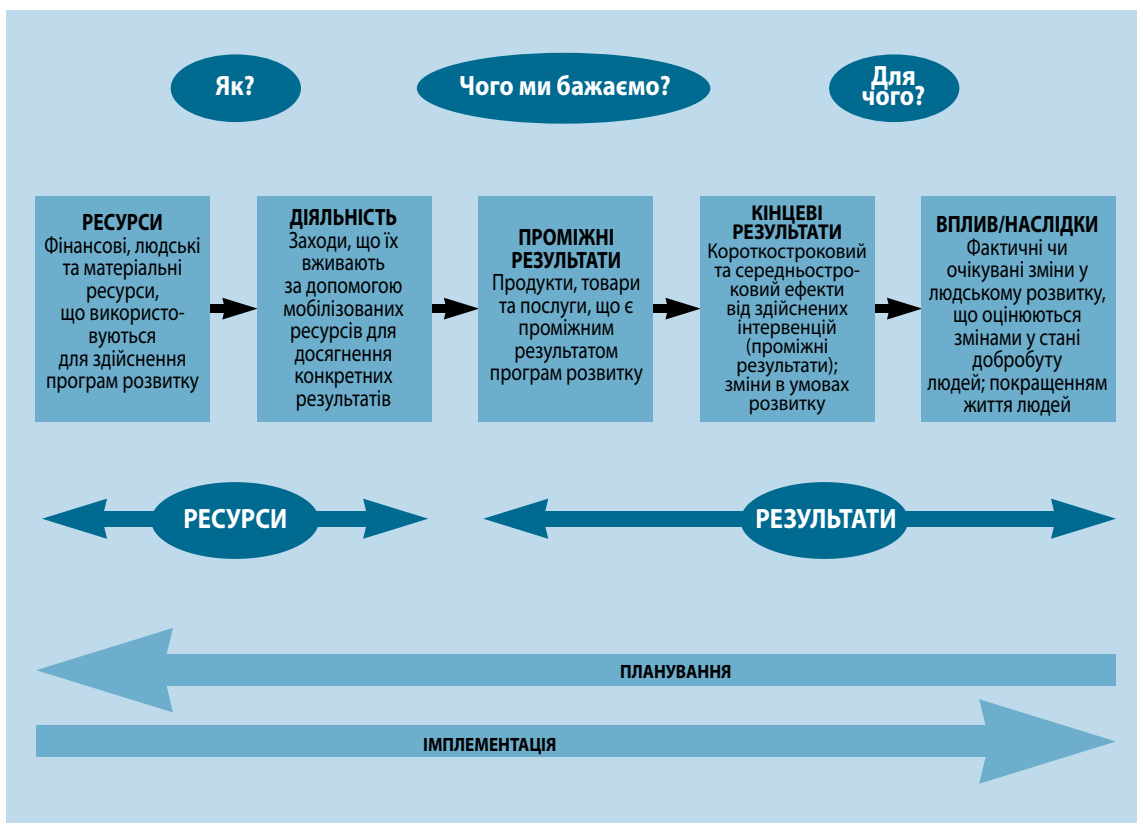
Заява про перспективне бачення для врядування відповіддю на рівні місцевих органів влади

Звіт Оцінки: «За відсутності відданого справі персоналу, ресурсів, потенціалу та керівництва з боку Національної ради, обласні та місцеві ради *не зможуть* виконувати свої обов’язки щодо розвитку, координації та моніторингу ефективної протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на обласному та місцевому рівнях»<sup>33</sup>.

Перефразування з метою опису позитивних змін дає таку заяву про бачення:

«Регіональні та місцеві координаційні ради| *спроможні* виконувати свої обов’язки щодо розвитку, координації та моніторингу ефективної протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на обласному та місцевому рівнях».

При формуванні перспективного бачення дуже важливо чітко відрізнити цілі від результатів: *Ціль* – це сутність заяви про бачення, що окреслює орієнтир, на досягнення якого націлена стратегія управління. *Результат* – уява про те, як виглядає успіх. Наприклад, якщо суть проблеми визначається низькою суспільною довірою та низьким ступенем залучення зацікавлених сторін до управління, питання може бути сформульовано наступним чином: Якою має бути ситуація через п’ять років і що має змінитись у результаті вирішення проблеми низької суспільної довіри та низького рівня залучення зацікавлених сторін до врядування? У традиційному підході МОР результати пов’язуються у ланцюг результатів, який описує логічний перехід: чого зацікавлені сторони бажають досягти, навіщо вони цього прагнуть та у який спосіб.



**Рисунок 12. Ланцюг результатів МОР**

<sup>33</sup> Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні. Виконавче резюме та ключові рекомендації. Січень 2009. – К.: Представництво ЮНЕЙДС в Україні.

## ПРИКЛАД

Цілі стратегії управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу<sup>34</sup> на місцевому рівні

1. Забезпечити ефективність надання послуг через адаптацію цих послуг до місцевих умов і спрямування на місцеві потреби.
2. Підвищити ефективність використання ресурсів шляхом залучення місцевих визнаних лідерів, що користуються авторитетом у громадян, до процесів визначення комплексу послуг і обсягу витрат.
3. Поглибити розуміння структури витрат і продуктивності надання послуг шляхом встановлення тісніших зв'язків між виділенням і використанням ресурсів.
4. Підвищити мотивацію працівників через перспективне бачення на місцевому рівні та залучити користувачів послуг до нагляду, оцінки результативності тощо.
5. Підвищити відповідальність, забезпечити прозорість і законність процесів шляхом впровадження системи надання послуг щодо ВІЛ-інфекції у місцеві адміністративні системи.
6. Підвищити участь громадян у наданні послуг у сфері ВІЛ-інфекції шляхом створення систем і процедур для їх залучення до планування, виділення ресурсів, нагляду та оцінки.
7. Забезпечити рівність у наданні послуг через надання маргіналізованим і нужденним груп доступу до послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу і уможливити їх вплив на процес прийняття рішень щодо визначення комплексу послуг і обсягу витрат.

Ключовим аспектом стратегії має бути визначення переліку основних наслідків/впливу і кінцевих результатів для кожної мети – з урахуванням реалістичності їх вимірювання.

Проміжні та кінцеві результати можуть увійти до плану дій із впровадження стратегії (інколи його називають операційним або робочим планом). Всі результати мають бути вимірюваними (піддаватися кількісному вимірюванню) та пов'язаними із системою моніторингу і оцінки. Для забезпечення цього необхідно визначити:

- Чи є в наявності дані для вимірювання результатів?
- Чи існують механізми для збирання, узагальнення, обробки й оприлюднення даних?

Кожен кінцевий результат повинен мати принаймні один відповідний індикатор результату. Кожен індикатор має надаватись з базовим значенням (із зазначенням дати/року), а також із очікуваним цільовим значенням для оцінки результативності. Доцільним вважається застосування ієрархічної структури індикаторів, що починається з національних індикаторів і індикаторів для цілей вищого рівня, з використанням стандартизованих індикаторів, розроблених ЮНЕЙДС та іншими партнерськими агенціями. Такі стандартизовані індикатори включають:

- індикатори виконання Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом;
- індикатори універсального доступу;
- індикатори кінцевих результатів і наслідків на місцевому рівні у процесі управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції;
- національні програмні показники та індикатори, що є значущими для країни.

Також для команди планування корисним є розроблення таблиці результатів (інколи її називають рамковою структурою результатів) для організації та узагальнення інформації по індикаторах кінцевих результатів, базовим і цільовим значенням показників. Побудова рамкової МОР-структури допомагає оцінити, наскільки якісним є управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу місцевими органами влади і наскільки їх дії при цьому відповідають визначеним потребам вразливих груп населення на

<sup>34</sup> Адаптовано з «Реформа для Здоров'я Плюс: Децентралізація реформ охорони здоров'я» (Reform for Health Plus: Decentralising Health Care Reforms).

території даного регіону. Перше запитання планування, яке постає перед уповноваженим органом виконавчої влади на початковій стадії, – *Які зміни щодо епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на місцевому рівні ми бажємо побачити в найближчому майбутньому?* Наступне запитання – *Що потрібно зробити та що має відбутись для того, щоб це бачення реалізувалось?*

У реальному житті всі дії з планування проходять у стані невизначеності (наприклад, можливість наростання прикордонних конфліктів, з огляду на географічне розташування України; наукові досягнення в протоколі замісної терапії; зміни в світовій політиці з прав людини щодо сексуальних меншин тощо), який створюватиме умови ризику щодо діяльності з профілактики ВІЛ-інфекції. Для визначення походження та можливого ступеня невизначеності в нагоді стане SWOT-аналіз, але іноді прийняття рішень відбувається під впливом інтуїтивних оцінок. З цих причин розроблення плану управління є одночасно мистецтвом і наукою. Незважаючи на те, що є чіткі настанови щодо звуження поля невизначеності, не існує жодних непорушних правил для дотримання.

Базові (вихідні) значення є критично важливими для визначення того, який прогрес був досягнутий в поступі до цільових показників. Однак базових показників нерідко бракує або ж вони ґрунтуються на застарілих даних та оцінках. Першим кроком має завжди бути визначення даних, тобто пошук значень відповідних показників, які можуть бути використані як легітимні базові дані.

Аналіз існуючих даних є також важливим для визначення програмних даних і тенденцій, що висвітлюють характеристики епідемії в країні, її поширення та зміни з часом. У випадку, коли базові (вихідні) значення відсутні, збирання даних по ключових індикаторах (з використанням первинних або вторинних даних) потрібно включити до нової стратегії як проміжний результат, а також, за необхідності, на початку стратегічного періоду провести дослідження вихідної ситуації.

### **Застосування рамоквих структур результатів для надання послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу**

У процесі підготовки командою планування звіту про кінцеві результати важливо пам'ятати, що кінцеві результати застосовуються для описання певних результатів для груп населення, які постраждали від ВІЛ-інфекції/СНІДу. Вони мають відображати стандартні заходи охорони громадського здоров'я для забезпечення послідовності та порівнюваності послуг із профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки між регіонами та областями.

Наприклад, охоплення послугою – відсоток населення, що потребує послуги та має до неї доступ. Доступ може залежати від багатьох чинників – таких як відстань до найближчого пункту надання послуги, годин, у які вона надається, або її вартості для користувача; а також критеріїв відповідності на отримання послуги, які можуть встановлюватися національними нормативними документами або постачальниками послуг. На практиці часто краще вимірювати охоплення послугою в термінах користування нею. Користування послугою – відсоток населення, що її потребує та фактично користується цією послугою.

Кінцеві результати для функції планування можуть бути такими:

- гармонізовані рамкові та керівні документи щодо належного управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, зведені між регіонами/областями;
- вдосконалене електронне врядування для повідомлення щодо оновлення в процедурах закупівлі та постачання;
- фінансові механізми для спрямування коштів на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу із обласного рівня до районів наявні та функціонують;
- у місцевих бюджетах виділено рядок на профілактику передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- напрям «протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу» інтегрований як наскрізний в усіх ключових секторах.

Наведені нижче таблиці показують зразки індикаторів проміжних і кінцевих результатів, що можуть бути адаптовані до трьох основних функцій врядування – планування, управління фінансами та надання послуг.

Таблиця 4. Структура результатів

Результати	Індикатори	Ризики та Допущення
Заява про Наслідки (Кінцеві переваги для цільової групи населення)	Вимірювання прогресу по відношенню до наслідків	Допущення, зроблені виходячи з кінцевого результату та наслідків. Ризики того, що результати не будуть досягнуті
Заява про Кінцевий Результат (Коротко- чи середньострокові зміни в ситуації розвитку)	Вимірювання прогресу по відношенню до кінцевого результату	Допущення, зроблені виходячи з проміжних результатів до досягнення кінцевого результату. Ризики того, що кінцевий результат не буде досягнутий
Проміжні результати (Продукти та послуги – матеріальні/нематеріальні – надані або забезпечені)	Вимірювання прогресу по відношенню до проміжного результату	Допущення щодо діяльності для забезпечення проміжного результату. Ризики того, що проміжний результат не буде отриманий
Діяльність (Заходи, вжиті для отримання проміжних результатів)	Етапи або ключові цільові показники отримання проміжних результатів	Передумови для впровадження заходів

Таблиця 5. Зразки індикаторів проміжних і кінцевих результатів

Зразок проміжного результату*	Зразок індикатору проміжного результату	Засіб верифікації
Наявність плану і програм дій із протидії ВІЛ-інфекції	Відсоток представників ЛЖВ, які пройшли навчання щодо методів громадських консультацій, що ґрунтуються на залученні до участі	Дані регіональних центрів СНІД, місцевих органів влади
Впровадження політики протидії ВІЛ-інфекції на робочому місці	Відсоток регіонів, де набирають персонал із людей, які живуть із ВІЛ-інфекцією	Дані регіональних центрів СНІД, місцевих органів влади
Розширений доступ до послуг для уразливих до ВІЛ-інфекції груп населення	Відсоток уразливих груп населення, що отримують інформацію відносно реєстрації в Центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, збільшено на 50%	Дані опитувань громадян

\* Адаптовано з: Керівництво ПРООН| (2005) із перетворення протидії ВІЛ/СНІД в наскрізний напрям у секторах і програмах (UNDP (2005) Guidelines for Mainstreaming HIV/AIDS into Sectors and Programmes)

### Фаза 3: Вибір стратегічних програм

Вихідною точкою програмного планування є не визначення заходів, яких слід вжити, а використання очікуваних результатів, яких планується досягти в якості цілей, а також визначення ключових заходів політик та програм, що сприятимуть їх досягненню. Застосування підходу логічного ланцюга результатів до планування програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу будується на визначенні гіпотетичного причинно-наслідкового зв'язку між ресурсами, процесами, безпосередніми результатами, кінцевими результатами та наслідками.

У цій фазі команда планування обирає напрями програмних дій та інтервенцій, використовуючи наступні запитання:

- Яка ситуація склалася на місцевому рівні щодо управління та координації, щодо швидкості реагування органів влади, щодо прозорості у процедурах бюджетування та закупівель?



- Про що свідчать дані щодо залучення ЛЖВ до формулювання стратегій профілактики для розширення охоплення важкодоступних груп населення, уразливих до ВІЛ-інфекції?
- Які основні чинники обумовлюють неналежне врядування у впровадженні програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ?
- Наскільки ефективною була поточна стратегія по різних компонентах?
- Які сектори найкраще пристосовані для підтримки місцевої відповіді?
- Де наразі існують прогалини у врядуванні по напрямках програмного планування, впровадження, накопичення даних чи зміцнення потенціалу?

Відповіді на ці питання мають допомогти сконцентрувати стратегію на відповідних напрямках програм. Стратегія управління відповіддю обов'язково має включати програму посилення інституційної спроможності та зміцнення потенціалу для ефективного управління відповіддю та протидії ВІЛ-інфекції, спеціально розроблену для впровадження принципів належного врядування у три основні функціональні обов'язки місцевих органів влади: планування, управління фінансами та надання послуг.

#### *Фаза 4: Вибір критично важливих інтервенцій для кожної програми та визначення їх вартості*

Стратегія управління відповіддю має включати інтервенції та програмні заходи, що логічно сприятимуть досягненню бажаних результатів. Є певні межі, до яких місцеві органи влади щороку можуть розгорнути діяльність, особливо беручи до уваги місцеву спроможність до освоєння коштів. Таким чином, застосування підходу вибірковості та пріоритизації є одним з найважливіших завдань.

Конкретні інтервенції та заходи можуть бути описані більш детально в плані дій або плані реалізації стратегії. На додаток до чітко визначених цільових груп команда планування має обрати пріоритетні програмні заходи, інтервенції та заходи, які з найвищою ймовірністю допоможуть досягти очікуваних результатів програми, визначити витрати ресурсів (фінансових і людських), необхідних для реалізації заходів і надання послуг, часові рамки, а також відповідальних за реалізацію інтервенцій та запланованих заходів. Такі, зазвичай, включають поєднання заходів планування, управління й надання послуг. Також на цій стадії команда планування має конкретизувати проміжні результати, що допоможуть визначити результати другого порядку (кінцеві).

Оцінка вартості планових інтервенцій є критичним кроком процесу стратегічного планування. Аналіз витрат і визначення вартості одиниці продукції суттєво допоможе надати максимально раціональну приблизну оцінку фактичних витрат. Оцінка вартості дасть змогу проводити аналіз прогалин між наявним і потрібним обсягом ресурсів для реалізації програм.

#### *Фаза 5: Конкретизація способів оцінювання змін в управлінні*

При опрацюванні циклу результатів команда планування починає роботу з огляду наявної інформації щодо місцевої ситуації із управлінням відповіддю і аналізу результатів, яких досягла місцева влада щодо розширення доступу та охоплення послугами у сфері протидії ВІЛ-інфекції. Ця інформація дає команді можливість визначити прогалини в управлінні та запланувати дії, спрямовані на оптимізацію пов'язаних процесів.

Протягом останнього десятиліття у сфері національного планування відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ важливого значення набули процеси консультування між зацікавленими сторонами для розробки та використання систем моніторингу. Оцінка змін в епідемії та результатів, що були досягнуті в рамках реалізації національних програм відповіді на ВІЛ-інфекцію/СНІД, здійснюються не дуже часто, в той час як ця вправа надає необхідну основу для розуміння того, що є ефективним у конкретному місцевому контексті, а що не працює. Як правило, розбудова системи індикаторів управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ залежить від інституційних та інших досліджень – даних, що збираються координуючими установами і державними установами, а також тими, що надходять від організацій громадянського суспільства та людей, які постраждали від епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ.

### Фаза 6: Ключові дослідження та оцінка

На цьому етапі стратегічного планування важливо запланувати ключові дослідження та оцінки, що мають надати дані щодо результатів, допомогти визначити базові (вихідні) значення по різних напрямках або ж допомогти зрозуміти, які інтервенції є ефективними для певних груп населення.

Якщо є необхідність розвитку спроможності задіяних спеціалістів, план реалізації стратегії повинен врахувати, як це можна зробити за допомогою місцевих органів влади. В рамках впровадження національних стратегій протидії ВІЛ/СНІДу деякі країни використовують практику замовлення масштабних оцінок від незалежної сторони з одночасним запитом на зміцнення спроможності структур, відповідальних за відповідь на епідемію, по критично важливих напрямках відповіді на епідемію.

Таким чином, цей розділ стратегії має розпочатися з визначення основних існуючих прогалин у знаннях та спроможності ключових виконавців та рекомендацій щодо можливості проведення відповідних досліджень і оцінок. Часто у процесі розроблення стратегії розробники не мають змоги визначити оцінки, що є потрібними або вимагаються. Критичне значення мають два типи оцінок: самооцінка управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу через огляди програм місцевого врядування та оцінка програм. Також важливо враховувати вимоги донорських організацій щодо здійснення незалежних оцінок. У будь-якому разі, незалежність команди планування (відсутність зв'язків з установами та фахівцями, які впроваджують стратегію) та її неупередженість є передумовами для надійної оцінки. Проте, ці критерії не завжди гарантують якість оцінки.

Завдання як Фази 5, так і Фази 6 полягають в генеруванні стратегічної інформації для забезпечення даними процесів формулювання політики, планування, адміністрування, управління фінансами та планування програм надання послуг для сприяння досягненню національних цілей. Необхідним є стратегічна інформація щодо управління відповіддю на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу і впливу певних чинників (політичних, технічних тощо), які можуть викликати зміни в управлінні та державному регулюванні. Джерела такої інформації можуть включати наступні:

- дослідження, здійснені на рівні країни (в тому числі соціальні);
- наукові дослідження (наприклад, історичних і соціальних практик у врядуванні);
- політичні та програмні документи – урядових установ і донорських агенцій;
- аналітичні дослідження систем місцевого врядування;
- моніторинг і оцінка;
- огляд документальних джерел;
- оцінки відповіді на рівні громад;
- консультації між зацікавленими сторонами.

Децентралізація планування та реалізації послуг в сфері охорони здоров'я до місцевого рівня несе як виклики, так і додаткові можливості для управління та фінансування протидії на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також для надання послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки. Найвагоміший позитивний наслідок децентралізації полягає у тому, що на місцевому рівні процеси прийняття рішень і здійснення заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу інтегровані до системи охорони здоров'я, таким чином, є можливість мобілізувати більше ресурсів на заходи з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, в той час як планування послуг у цій сфері здійснюється спільно державним і приватним секторами.

## РОЗДІЛ III. РОЗРОБКА ТА РЕАЛІЗАЦІЯ РЕГІОНАЛЬНОЇ ЦІЛЬОВОЇ ПРОГРАМИ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

### 3.1. Фази розробки регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІду (Онищенко П., Агібалов І., Варбан М.)

Кожна регіональна цільова програма (РЦП), незалежно від її складності, обсягів фінансування та масштабів передбачених заходів, може перебувати у різних станах – від стану, коли програми ще немає, до стану, коли програми вже немає. Проміжок часу від моменту ініціювання програми до моменту закінчення її реалізації/ліквідації має назву життєвого циклу РЦП. Відповідно до існуючої практики, стани, через які проходить РЦП, називають фазами, етапами або стадіями РЦП.

Відповідно до основних кроків стратегічного планування та менеджменту, орієнтованого на результат, можна виокремити етап розробки та етап реалізації (виконання) програми (Рисунок 13).

Варто зауважити, що так само як і процес стратегічного планування, розробка РЦП не є лінійним процесом. Моніторинг та оцінка супроводжують етап розробки РЦП та її реалізації. Результати моніторингу та оцінки можуть стати базовою точкою (вихідним пунктом) для наступного циклу планування та розробки оперативного плану<sup>35</sup>, а можливо – для розробки нової РЦП.

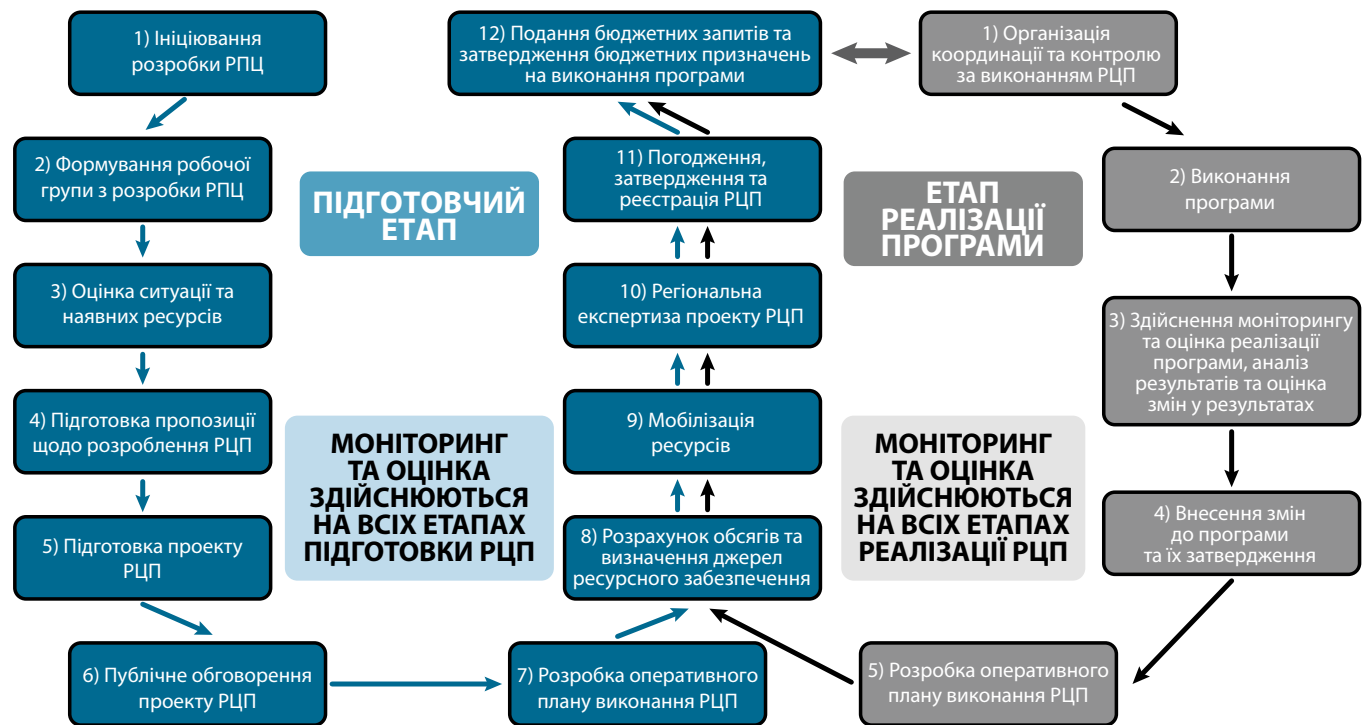


Рисунок 13. Етапи розробки та реалізації/виконання програми

Етап розробки програми підрозділяється на фази, стадії (Рисунок 14).

На всіх етапах та фазах формування та реалізації регіональної цільової програми необхідно застосовувати механізми, методи та засоби стратегічного планування та менеджменту, орієнтованого на результат.

Усі кроки процесу стратегічного планування є важливими. Однак, два з них є вирішальними для досягнення успіху: перший – це організація процесу, другий – реалізація плану дій. Реалізація плану дій – це підсумок усієї праці. Але якщо процес від самого початку організовано неналежним чином, виконувати завдання на наступних етапах буде важко, причому у цьому випадку посилюється загроза того, що

<sup>35</sup> Оперативний план – це документ, який містить середні та короткострокові цілі, заходи щодо їх досягнення, бюджетування та виконавців тощо. Оперативний план доповнює та конкретизує стратегічний план.

очікувані результати не будуть досягнуті. Тому застосування та урахування цих кроків для формування РЦП є принциповим моментом.

Розробка РЦП і керування процесом стратегічного планування є функцією розробника програми або групи лідерів з числа місцевих органів виконавчої влади, громадських організацій, груп, уразливих до ВІЛ-інфекції, та людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Від того, як буде організована робота та яких осіб буде залучено у цю групу, значною мірою буде залежати, чи будуть у РЦП враховані інтереси всіх груп населення регіону.

*Ініціатор розробки програми* – регіональний (місцевий) орган виконавчої влади (у співпраці з юридичними та фізичними особами).

*Замовник програми (регіональний замовник)* – управління, відділи та інші структурні підрозділи місцевої держадміністрації. Регіональний замовник здійснює загальне керівництво і контроль за розробленням програми та виконанням її заходів і завдань.

*Розробником програми* може бути замовник програми або спеціально створена робоча група.

*Виконавці програми* – бюджетні або інші організації, які є одержувачами бюджетних і позабюджетних засобів і мають законодавчо підтвержене право на виконання відповідних функцій.

*Відповідальний виконавець* – місцевий орган виконавчої влади, територіальний орган міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади або орган місцевого самоврядування, який є основним одержувачем бюджетних і позабюджетних засобів.

*Координатори програми* – головне управління економіки та головне фінансове управління місцевої держадміністрації. Виконують загальну координацію виконання регіональних цільових програм, їх експертизу, оцінку. Надають керівництву держадміністрації висновки щодо доцільності продовження або скасування програм.

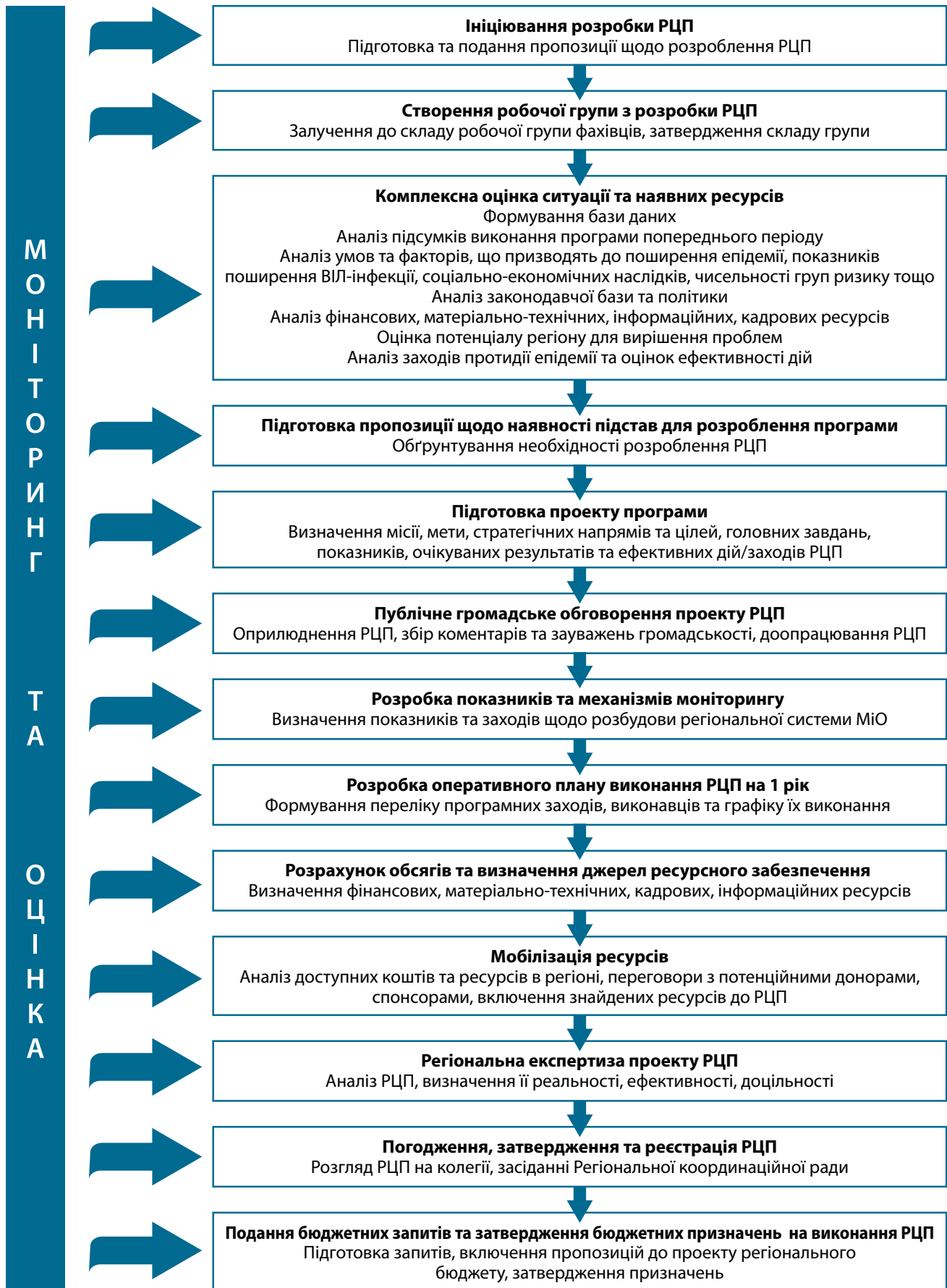


Рисунок 14. Фази формування регіональної цільової програми



**Роль НУО:** Враховуючи специфіку проблематики ВІЛ-інфекції/СНІДу, а саме особливу вразливість певних груп населення до ВІЛ-інфекції (СІН, РКС, ЛГБТ, діти, молодь, військові тощо), участь громадського сектору у підготовці та реалізації РЦП доцільно передусім розглядати в контексті участі спільнот, уразливих до ВІЛ-інфекції. Такі спільноти можуть утворювати об'єднання громадян<sup>36</sup> (неурядові організації), діяльність яких спрямовується на захист певних категорій населення, особливо вразливих до ВІЛ-інфекції, профілактику тощо.

НУО, згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 26 листопада 2009 р. №1302 «Про додаткові заходи щодо забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики», можуть брати участь у роботі громадських рад при Кабінеті Міністрів України, міністерствах, інших центральних органах виконавчої влади, Раді міністрів Автономної Республіки Крим, обласній, Київській та Севастопольській міських, районних, районних у м. Києві та Севастополі державних адміністрацій. Це дає їм право готувати та подавати пропозиції щодо проведення консультацій з громадськістю, здійснювати громадський контроль за станом врахування органом виконавчої влади, при якому вона утворена, пропозицій та зауважень громадськості тощо.

На відміну від працівників органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, такі організації найкраще обізнані із специфічними проблемами уразливих груп, мають доступ до них та потенційно є основними виконавцями заходів програм, спрямованих на надання послуг представникам уразливих груп.

Організація залучення громадського сектору до розробки РЦП може складатися із наступних етапів:

1. Обрання делегованої особи (осіб), яка представлятиме спільноту у робочих зустрічах або засіданнях з питань розробки РЦП.
2. Визначення та узгодження стратегії адвокатування специфічних для певної спільноти питань, які вони хочуть включити до РЦП.
3. Визначення та узгодження позиції спільноти щодо ключових питань, які можуть розглядатися під час розробки проекту програми.
4. Узгодження, яким чином делегована особа (особи) інформуватимуть спільноту про результати роботи над проектом програми.

### **Ініціювання розроблення РЦП**

Першою стадією підготовчого етапу розробки та реалізації РЦП є ініціювання розроблення РЦП. Ініціатором розроблення РЦП можуть виступати:

- Верховна Рада Автономної Республіки Крим;
- обласні, Київська та Севастопольська міські ради;
- Рада міністрів АР Крим;
- обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації;
- структурні підрозділи місцевого органу виконавчої влади, в даному випадку – управління охорони здоров'я;
- управління, відділи та інші структурні підрозділи облдержадміністрації;
- регіональна рада з питань туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Ініціатор готує та подає пропозиції щодо наявності підстав для розроблення РЦП місцевому органу виконавчої влади для підготовки відповідних висновків.

**Роль НУО:** Неурядові організації, які зацікавлені у розробці РЦП, можуть надати своє бачення пріоритетності вирішення певних проблем, притаманних певним спільнотам, ініціатору розроблення програми. Формулювання проблем має бути обґрунтованим, зокрема, з наданням інформації про

<sup>36</sup> Закон України «Про об'єднання громадян» №1180-VI від 19 березня 2009 р. /<http://www.zakon1.rada.gov.ua>

спеціальні дослідження, які здійснювалися НУО, а також за результатами моніторингів, спостережень, вибіркового опитувань, анкетувань. Крім того, НУО мають також надати інформацію, якими кадровими, матеріально-технічними, фінансовими ресурсами тощо вони володіють для того, щоб залучитися до розв'язання цих проблем.

### **Створення робочої групи для підготовки програми**

Для проведення розробки пропозицій щодо наявності підстав для розроблення РЦП підготовку здійснює:

- a) місцевий орган виконавчої влади самостійно або спільно із зацікавленими науковими організаціями, підприємствами, установами;
- b) робоча група, що утворюється з представників владних структур, бізнесових кіл, наукових та громадських організацій, політичних партій тощо.

Якщо створюється спеціальна робоча група, то склад групи затверджується розпорядчим документом голови державної адміністрації. До складу такої групи залучаються представники регіональних органів влади і управлінь, громадських об'єднань, фінансових інституцій, науково-дослідних установ та інших організацій тощо. Важливо залучити також і представників груп, найбільш уразливих до ВІЛ-інфекції, та людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

Доцільним є розгляд питання підготовки пропозицій щодо розроблення регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДу на засіданні Регіональної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (ради з ТБ/ВІЛ). Організаційний супровід підготовки документації щодо розроблення РЦП з ВІЛ-інфекції/СНІДу доцільно здійснювати міжсекторальній робочій групі (МРГ), яка діє при Раді з ТБ/ВІЛ на постійній основі згідно з Положенням про раду з ТБ/ВІЛ та має досвід підготовки документів місцевого значення<sup>37</sup>.

Така МРГ являтиме собою орган, який прийматиме рішення і відповідатиме за управління складним процесом протягом кількох місяців. Досвід показує, що менші за складом групи працюють ефективніше. Оптимальний кількісний склад групи може становити від двадцяти до тридцяти п'яти осіб. Група має бути достатньо великою за кількістю, щоб забезпечити представництво усіх вагомих спільнот громади, але достатньо компактною, щоб можна було вести плідні дискусії та досягати консенсусу. Ця група в подальшому може брати участь у розробці проекту РЦП.

Розробляється календарний план підготовки пропозицій ініціатора РЦП, детальне обґрунтування необхідності її розроблення та в подальшому самої регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДу. В календарному плані фіксуються дати робочих зустрічей групи щодо обговорення та підготовки документів.

У подальшому для розробки проекту РЦП та оперативного плану її реалізації створюються спеціальні підгрупи по кожному стратегічному напрямку – тематичні групи. До складу таких тематичних груп додатково можуть бути запрошені фахові спеціалісти, науковці, а також представники громадських об'єднань тощо.

Діяльність робочих груп щодо планування має бути публічною і відкритою. Про засідання робочої та тематичних груп необхідно повідомляти громадськість заздалегідь, щоб у їх роботі могли взяти участь всі бажаючі. Для цього перебіг процесу планування має постійно висвітлюватися на веб-сайт державної адміністрації. Для популяризації процесу стратегічного планування в регіоні необхідно залучати місцеві ЗМІ.

*Робоча та тематичні групи* є органом управління та реалізації стратегічного планування під час розробки пропозицій та проекту РЦП. Завданнями робочої та тематичних груп є:

- визначення стратегічного бачення подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні;
- здійснення стратегічного аналізу;
- визначення основних пріоритетів та стратегічних цілей подолання епідемії;

<sup>37</sup> Галайда В.В., Давиденко Н.Г., Ніколко М.В., Семерик О.Ю., Тертичка В.В. Стратегічний підхід до розробки регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДу. Проект методичних рекомендацій. – К.: USAID|Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні, 2008. – С. 15.

- визначення основних проблем та ресурсів у кожній пріоритетній сфері;
- формування системи цілей стратегічного плану та плану дій (завдань плану).

Під час роботи групи мають використовувати усі методи та засоби стратегічного планування: SWOT-аналіз, побудова «дерева цілей», пріоритизація, прогнозування, моделювання, метод «мозкового штурму» тощо.

**Роль НУО:** Спільноти або НУО можуть брати участь у розробці РЦП. Для цього необхідно звернутися до ініціатора розроблення РЦП або ж до головного розробника з офіційним листом про готовність та бажання взяти участь у розробці проекту РЦП із зазначенням інформації про делегованих від спільноти осіб. Також важливо надати інформацію про сферу компетенції делегованих осіб, а саме, у яких сферах протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу вони обізнані та інтереси якої/яких спільнот вони готові представляти. Надання такої інформації дасть змогу головному розробнику програми найбільш ефективно спланувати організацію роботи з підготовки документів. Варто пам'ятати, що делеговані особи мають нести громадянську відповідальність як перед спільнотою, так і перед іншими особами, залученими до підготовки програми, а саме: регулярно відвідувати робочі зустрічі, своєчасно інформувати спільноту про стан підготовки проекту програми, брати активну участь у роботі над програмою.

### **Комплексна оцінка ситуації та наявних ресурсів**

Перед початком стратегічного планування під час підготовки обґрунтування розроблення РЦП необхідно провести ситуаційний аналіз – об'єктивну, комплексну оцінку ситуації та наявних ресурсів. Ключові питання оцінки ситуації та наявних ресурсів:

- На якій стадії епідемії знаходиться регіон – початковій, концентрованій чи генералізованій?
- Серед яких груп населення і чому саме з'являються нові випадки ВІЛ-інфікування?
- Де саме (район, місто, село або ж конкретні місця, наприклад виправна колонія, студентські гуртожитки тощо) і як швидко поширюється інфекція?
- Які фактори призводять до поширення епідемії – правові норми, права людини, гендерні, культурні фактори, соціально-економічні умови тощо?
- Чи розроблені та реалізуються ефективні заходи протидії епідемії?
- Чи є ресурси (фінансові, матеріальні, кадрові тощо) для реалізації ефективних заходів відповіді на епідемію? Чи їх достатньо?
- Чи є фактори ризику при реалізації заходів протидії? Як саме їх подолати?

У результаті відповідей на ці запитання можна отримати стратегічну інформацію щодо епідемії та факторів, які сприяють її розвитку. Таку інформацію використовують для розробки обґрунтованих програм та прийняття рішень в області політики. Стратегічна інформація, яка підтверджена отриманими даними на рівні регіону, району, міста тощо, допоможе налагодити постійний процес визначення місцевих факторів розвитку епідемії, потреб, вектору спрямування зусиль та ресурсів.

Для того, щоб провести комплексну оцінку ситуації, необхідно сформувати інформаційну базу даних. Формується така база на основі даних органів державної статистики, інформації структурних підрозділів місцевих органів виконавчої влади, спеціальних досліджень.

Джерелами отримання даних можуть бути:

Результати епідеміологічного та спеціальних досліджень (соціально-медичних, соціологічних, поведінкових, оціночних тощо), які дають уявлення щодо особливостей епідеміологічної ситуації та поведінкових практик, характеристик груп населення, географічних районів, факторів ризику, потреб у послугах тощо. Дані епідеміологічних та спеціальних досліджень можна знайти на сайтах Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України (<http://www.ukraids.org.ua>), Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням (<http://dssz.gov.ua>) та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД у Україні» (<http://www.aidsalliance.org.ua>).

- Документи з питань політики та програм, які включають опис та аналіз національного політичного контексту та дій у відповідь на епідемію. Це може бути законодавча база, аналітичні звіти, довідки, статистичні дані тощо. Корисним у цьому плані буде перелік інтернет-ресурсів з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу.
- Результати програмного моніторингу та оцінки ефективності втручань (включаючи економічну ефективність, витрати та результати програм). Інформацію щодо даних програмного моніторингу та результатів оцінок програм можна знайти на сайтах МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ.
- Консультації з представниками зацікавлених сторін, наприклад зустрічі з представниками груп найбільш уразливих до інфікування ВІЛ-інфекцією (ЧСЧ, СІН, РКС), з людьми, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, з надавачами різних послуг з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки тощо.
- Результати якісних та психологічних досліджень можуть забезпечити глибоке розуміння контексту епідемії, особливостей груп ризику та можливих моделей втручань та шляхів подолання епідемії. Найбільш адекватними для таких задач методами є швидка оцінка ситуації та регіональна оцінка із залученням до участі представників найбільш уразливих до ВІЛ-інфікування груп<sup>38</sup>.

Важливою компонентою є і обов'язкове підведення підсумків та аналіз результатів виконання попередньої регіональної програми. При такому аналізі необхідно акцентувати увагу на її фінансовому забезпеченні, досягненні цільових показників, а також невирішених проблемах та питаннях. Крім того, корисним буде доповнення інформації даними щодо асортименту (переліку) та якості послуг щодо профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією на рівні регіону<sup>39</sup>. Для проведення більш детальної оцінки ситуації та визначення пріоритетних проблем регіону рекомендується застосовувати метод SWOT-аналізу. Зокрема, для належної інтерпретації кількісних даних, що містяться у створеній інформаційній базі, необхідно провести порівняння з подібними показниками на регіональному і національному рівнях, а також проаналізувати тенденції у часі. Тому важливим є збір однотипних даних. Для отримання науково обґрунтованого аналізу під час здійснення оцінки ситуації в регіоні рекомендується залучати науково-дослідні установи, фахівців-експертів, вищі навчальні заклади та інші спеціальні установи.

**Роль НУО:** Зазвичай, НУО реалізують спеціальні дослідження, опитування, моніторингові візити, аналіз ситуації щодо певних аспектів розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, доступності та якості послуг тощо. При проведенні ситуаційного аналізу в регіоні НУО можуть сприяти у зборі та аналізі усієї наявної інформації, тому що вони мають доступ до цільових груп, базу даних щодо моніторингу ситуації, надання послуг тощо. Крім того, ресурсне забезпечення НУО (кадрове, матеріально-технічне, фінансове), як наявне, так і заплановане на найближчий період, відоме лише самим НУО. Важливо, щоб представники НУО розуміли цінність такої інформації при проведенні ситуаційного аналізу та сприяли у її наданні.

### **Підготовка пропозиції щодо наявності підстав для розроблення програми**

Робоча група спільно з ініціатором готує пропозиції щодо наявності підстав для розроблення програми та подає їх місцевому органу виконавчої влади для підготовки висновків про доцільність розроблення проекту програми та можливість виконання її заходів за рахунок коштів місцевого бюджету. Пропозиції ініціатора розроблення програми подаються разом з детальним обґрунтуванням необхідності її розроблення. Фактично ці пропозиції є в подальшому основою для розробки РЦП, і інформація, що міститься в них, може бути використана в тексті проекту програми.

Обґрунтування обов'язково повинно містити:

- визначення проблеми – дається формулювання проблеми, на розв'язання якої спрямована програма, наводиться аналіз причин її виникнення, окреслюються її масштаби;

<sup>38</sup> Региональная оценка с привлечением к участию (РОПУ). Методические рекомендации. – К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2008. – 123 с.

<sup>39</sup> Оцінка та можливості розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду та підтримки в 11 областях України. Стисле викладення. – К.: Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка, ЮНЕЙДС, Німецьке товариство технічної співпраці, Міністерство охорони здоров'я України, 2008. – 31 с.

- пояснення, чому розв'язання цієї проблеми потребує розроблення і виконання програми;
- перелік, за наявності, прийнятих державних та регіональних програм відповідної сфери діяльності, які споріднені за метою із запропонованим програмним документом, та обґрунтування неможливості розв'язання проблеми в рамках цих програм;
- обґрунтування відповідності мети програми пріоритетним напрямом державної та регіональної політики (посилання на нормативно-правові акти з визначення пріоритетів держави з урахуванням особливостей розвитку регіону);
- суттєві фактори – викладаються статистичні, аналітичні, інші дані, які мають бути враховані під час прийняття рішення щодо розроблення програми;
- визначення орієнтовних обсягів фінансових витрат, необхідних для виконання програми;
- оцінку очікуваних результатів виконання програми (економічних, соціальних, екологічних тощо) та визначення її ефективності;
- узгодження – чітко визначаються будь-які точки зору та розбіжності в позиціях зацікавлених органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, які виникли в ході консультацій щодо розроблення програми.

У разі отримання позитивного висновку від місцевого органу виконавчої влади щодо пропозицій про необхідність розробки РЦП ініціатор розроблення програми готує проект розпорядчого документа облдержадміністрації (розпорядження, доручення, спільне рішення тощо) про підготовку проекту програми, в якому визначаються розробник, відповідальний виконавець програми та терміни її підготовки відповідно до чинного законодавства. Підготовлений проект розпорядчого документа разом із висновком координаторів програм (головне управління економіки та головне управління фінансів держадміністрацій) ініціатор розроблення програми подає голові Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласної, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій на підпис.

Якщо програма виконується декількома регіональними замовниками (замовниками-співвиконавцями), Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласна, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації визначають регіонального замовника, який координує діяльність органів виконавчої влади, пов'язану з розробленням та виконанням програми. Ініціатором розроблення РЦП, її розробником та відповідальним виконавцем може бути як один і той же місцевий орган виконавчої влади, територіальний орган міністерства та іншого центрального органу виконавчої влади, так і різні органи влади та місцевого самоврядування. Відповідальним виконавцем РЦП може бути тільки юридична особа, що має окремий рахунок та бухгалтерський баланс.

Виданий розпорядчий документ є підставою для підготовки проекту програми.

**Роль НУО:** На цьому етапі НУО або спільноти, в особі делегованих представників, беруть участь у діяльності робочої та тематичних груп щодо підготовки пропозицій для розроблення програми.

#### **Підготовка проекту програми**

Як правило, регіональна цільова програма розробляється на 5 років. В основу проекту РЦП має бути покладений матеріал, що був напрацьований під час підготовки обґрунтування необхідності розроблення програми, оскільки він розроблявся з урахуванням даних оцінки ситуації та аналізу наявних ресурсів.

Регіональна цільова програма складається з таких частин:

- мета;
- завдання;
- напрями діяльності і заходів;
- фінансові розрахунки;
- результативні показники<sup>40</sup>.

<sup>40</sup> Методичні рекомендації щодо порядку розроблення регіональних цільових програм, моніторингу та звітності про їх виконання, затверджені наказом Міністерства економіки України від 04 грудня 2006 р. №367.



Координує розробку проекту програми розробник. Безпосередньо розробляє проект програми робоча група, яка займалася підготовкою обґрунтування необхідності розроблення програми. До роботи такої групи також можуть залучатися додатково представники структурних підрозділів держадміністрації, територіальних органів міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, неурядових організацій, наукових установ, які зацікавлені у прийнятті та реалізації програми.

Проект програми має містити такі складові частини (розділи):

- паспорт програми;
- склад проблеми та обґрунтування необхідності її розв'язання шляхом розроблення і виконання програми;
- мета програми;
- обґрунтування шляхів і засобів розв'язання проблеми;
- строки та етапи виконання програми;
- результативні показники програми;
- перелік заходів і завдань програми;
- ресурсне забезпечення програми;
- організація управління та контролю за ходом виконання програми;
- очікувані кінцеві результати виконання програми.

### ПРИКЛАД

В Івано-Франківській області у програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, схваленої розпорядженням голови облдержадміністрації від 29 травня 2009 р. № 302 та затвердженої рішенням сесії обласної ради 18 вересня 2009 р. № 868-32/2009, визначені ролі та обов'язки різних відомств державного сектору та недержавних організацій, які несуть відповідальність за управління впровадженням або впровадження відповідних заходів програми. Відповідно, кожний захід обласного операційного плану має чітко визначеного виконавця або виконавців тих заходів, щодо яких необхідна координація дій декількох структур.

Робочим органом, який забезпечує розробку відповідних розділів операційного плану, взаємодію структур, задіяних у розробці операційного плану з впровадження програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2011–2013 роки, є робоча група, склад якої затверджено рішенням обласної ради з ТБ/ВІЛ від 27 серпня 2009 р. № 3/2. Цим рішенням затверджено плани дій та часові рамки розробки обласного операційного плану з впровадження в Івано-Франківській області програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2011–2013 рр., розподіл обов'язків, графік засідань робочої групи.

*Джерело: операційний план Івано-Франківської області з впровадження обласної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2011–2013 роки.*

При підготовці кожного розділу використовуються відповідні методи стратегічного планування. Спираючись на дані оцінки поточної ситуації та наявних ресурсів у регіоні, робоча група може визначити основні проблеми, які будуть у центрі уваги процесу стратегічного планування при підготовці проекту програми. Визначення основних проблем є дуже важливим етапом. Як правило, в регіоні існує велика кількість проблем, проте з огляду на обмежені матеріальні та людські ресурси, неможливо розв'язати всі проблеми одночасно.

На базі основних проблем визначаються основні стратегічні напрями програми, що нададуть можливість робочій групі зосередити увагу лише на вирішенні найважливіших питань. Не існує єдиного найкращого способу визначення основних проблем та стратегічних напрямів. Цей процес потребує детального

обговорення, до якого потрібно активно всіх заохочувати для врахування позицій різних груп населення, інтереси яких представлені у робочій групі. Кількість основних проблем має бути обмеженою, бо чим вужчий фокус, тим легше буде виконати завдання програми, що є кінцевим результатом всієї роботи.

Як правило, визначають три або чотири основні проблеми, які співвідносяться з такою ж кількістю стратегічних напрямів. Робоча група має пам'ятати, що визначені основні проблеми мають перебувати у зоні впливу регіону, тобто вони мають піддаватися розв'язанню із застосуванням тих людських і фінансових ресурсів, до яких міська влада має доступ та може їх використовувати. Ці ресурси можуть включати ресурси місцевої громади, а також районні, державні, міжнародні й приватні.

Для визначення основних проблем та стратегічних напрямів подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні можна використовувати такі методи стратегічного аналізу, як SWOT-аналіз, побудова «дерева цілей», пріоритизація, «мозковий штурм» тощо.

На базі визначених проблем регіону та стратегічних напрямів, пов'язаних з питаннями ВІЛ-інфекції/СНІДу, обґрунтовуються мета, стратегічні й оперативні цілі та завдання РЦП, а також формується взаємопов'язаний комплекс заходів щодо подолання епідемії в регіоні та досягнення цілей. З цих цілей та завдань будуть складатися плани дій по кожній з основних проблем та стратегічному напрямку.

Для визначення шляхів розв'язання кожної з основних проблем робоча група з підготовки проекту РЦП має розділитися на робочі групи за напрямами – тематичні робочі групи. Кожен член робочої групи має увійти до однієї з тематичних груп. Крім того, завданням робочої групи має бути виявлення осіб або установ, які ще не залучені до підготовки програми, але мають професійні навички у конкретних питаннях. Ці зацікавлені сторони також мають бути запрошені до участі в роботі груп з відповідних стратегічних напрямів. Прикладами таких зацікавлених сторін можуть бути посадовці місцевих адміністрацій, медики, фахівці з професійної підготовки та освіти тощо.

За напрямами регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДу можна сформувані такі тематичні підгрупи<sup>41</sup>:

- управління та координація;
- профілактика серед уразливих груп населення;
- діагностика та лікування;
- догляд та підтримка та ін.

Кожна тематична робоча група працює над визначенням стратегічних та оперативних цілей, а також завдань у рамках конкретного стратегічного напрямку.

*Стратегічні цілі* – це формулювання бажаних досягнень регіону. Вони впливають із стратегічного бачення і основних проблем і утворюють рамки, в яких прийматимуться рішення щодо конкретних цілей та завдань. Набір усіх стратегічних цілей програми має відповідати конкретній проблемі.

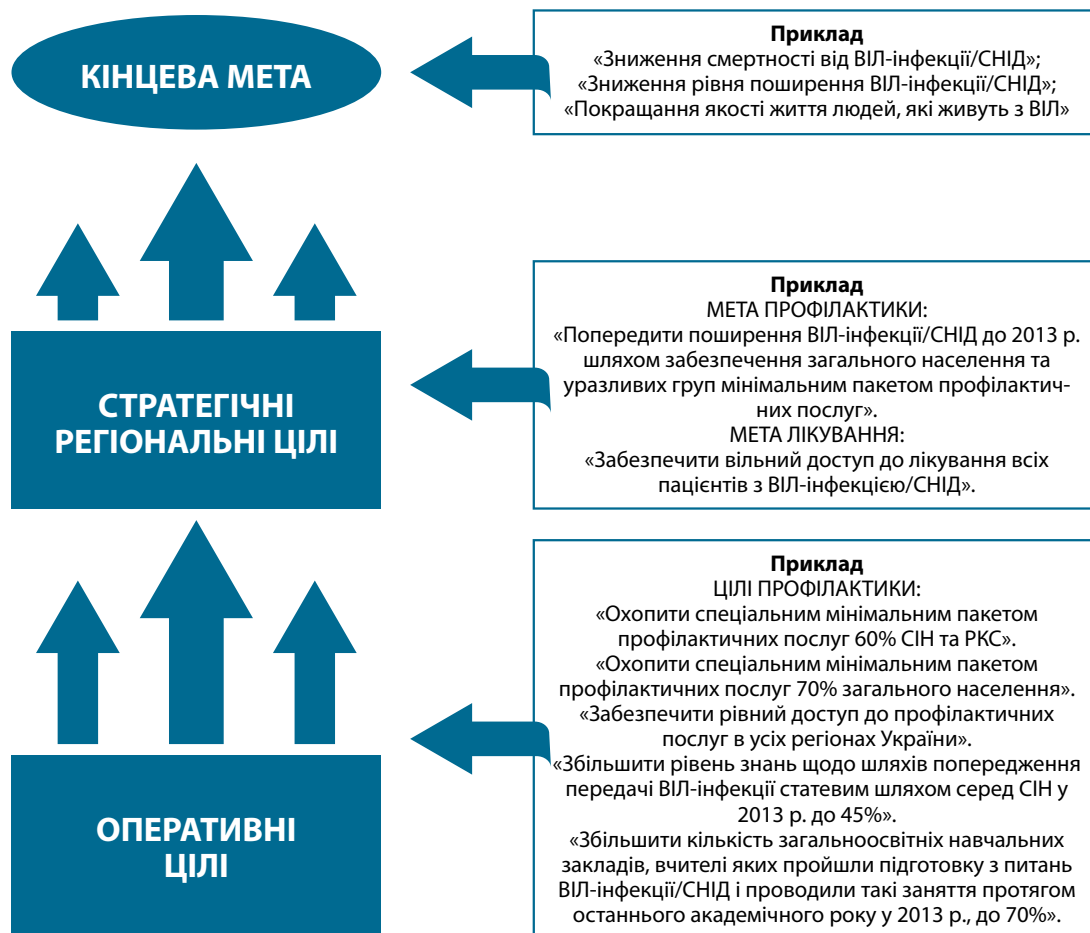
*Оперативні цілі* – це цілі, які конкретизують стратегічні цілі та забезпечуватимуть їх досягнення. Вони визначають стратегічні цілі кількісно та мають терміни виконання.

Якщо стратегічні цілі – це те, чого потрібно прагнути, то оперативні цілі – це те, чого потрібно досягти. У багатьох аспектах оперативна ціль – це ядро планів дій. Стратегічні цілі мають бути придатними до перетворення на оперативні цілі чи проекти для забезпечення процесу вимірювання прогресу досягнення цих цілей та визначення завдань, виконання яких принесе найкращі результати. Для кожної зі стратегічних цілей визначається від двох до п'яти оперативних цілей. Оперативні цілі мають бути реалістичними і досяжними. Людські, фінансові та інституційні ресурси мають бути наявними, доступними чи принаймні такими, що піддаються визначенню.

41 Галайда В.В., Давиденко Н.Г., Ніколко М.В., Семерик О.Ю., Тертичка В.В. Стратегічний підхід до розробки регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДу. Проект методичних рекомендацій. – К.: USAID|Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні, 2008. – 54 с.

Кожна тематична робоча група має надати свої напрацювання до робочої групи з розробки проекту РЦП для обговорення та узгодження. Під час обговорення робоча група має оцінити стратегічні й оперативні цілі та відібрати з них такі, що мають бути включені до проекту програми. Також цілі і завдання потрібно розташувати в порядку пріоритетності.

Для ефективної роботи в цьому напрямі членам робочих груп доцільно використовувати такі методи/прийоми стратегічного планування, як пріоритизація, моделювання та прогнозування.

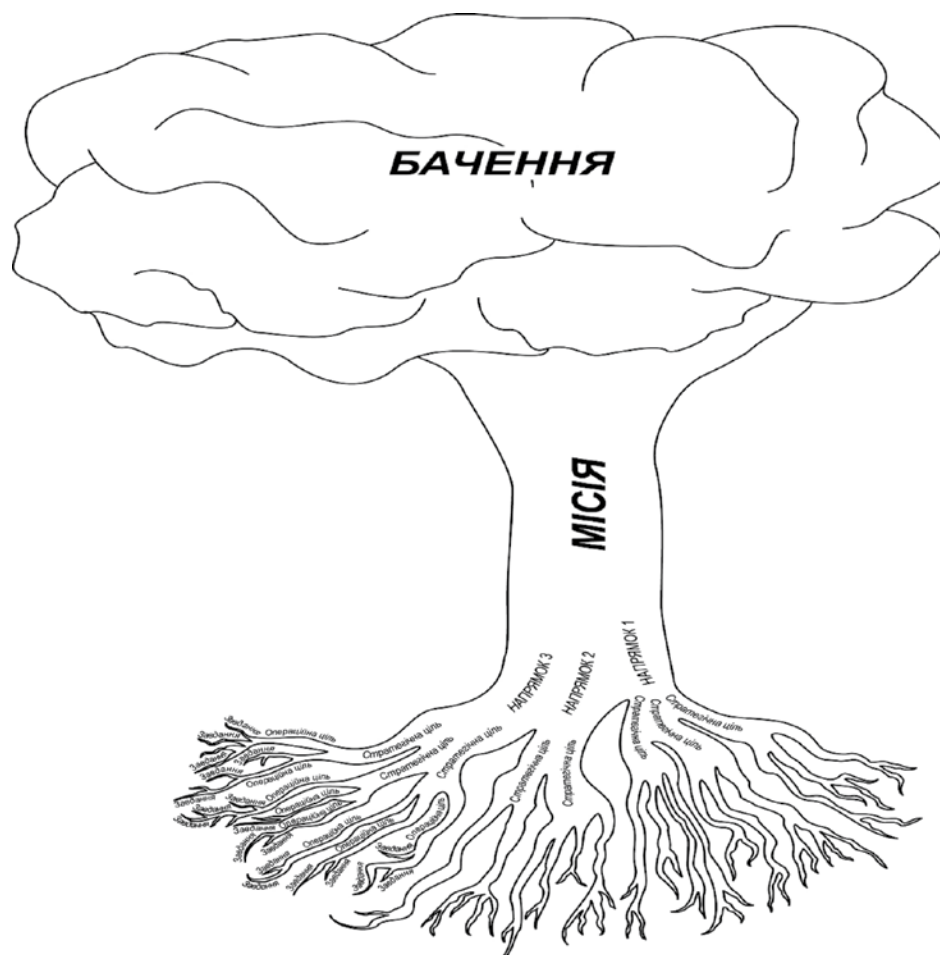


**Рисунок 15. Ієрархія цілей<sup>42</sup>.**

Після узгодження стратегічних та оперативних цілей робоча група починає розробку завдань, які потрібно виконати для досягнення поставлених цілей. *Завдання* – це конкретні заходи, яких необхідно вжити для досягнення стратегічних і оперативних цілей. Зазвичай для кожної зі стратегічних цілей існує більше ніж одна оперативна ціль та більше ніж одне завдання. Для кожної оперативної цілі має бути розроблено стільки завдань, скільки потрібно для її досягнення та вимірювання результату. Однією з характеристик завдання є можливість доручити його виконання якійсь особі чи установі. Крім того, необхідно визначити часові рамки, ресурси, партнерів та відповідальних за досягнення оперативних цілей. Доцільним є також проведення їх рейтингування – визначення пріоритетності завдань та аналіз можливості їх виконання власними силами регіону.

Основною вимогою при визначенні напрямів та відповідних їм стратегічних і оперативних цілей є їх взаємоузгодженість. Такий підхід дає змогу уникнути протиріч між визначеними цілями та завданнями, запобігти їх взаємній заперечності. Тоді весь комплекс завдань матиме єдиний вектор результату та дозволить підвищити ефективність всієї програми.

<sup>42</sup> Приклади цілей адаптовано з Дорожньої карти щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2013 р.: квітень 2006 р., Міністерство охорони здоров'я України, ЮНЕЙДС.



**Рисунок 16. Взаємозв'язок напрямів, цілей та завдань.**

Після того, як визначені основні цілі та завдання, настає черга планування відповідних дій для їх досягнення на період дії програми (зазвичай, 5 років). Тематичні робочі групи, спираючись на взаємоузгоджені напрями, цілі та завдання, визначають основні заходи, дії, втручання за конкретними напрямами. Основна мета цієї діяльності – визначення найефективніших заходів, що дадуть можливість досягнути цілей та виконати завдання. Для більш ефективної роботи до тематичних груп доцільно залучати людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, представників уразливих до ВІЛ-інфекції груп тощо. Їх активна участь дасть можливість зробити перелік заходів реалістичним, спрямованим на задоволення усіх існуючих потреб цільових груп.

Сталий успіх у протидії епідемії неможливо забезпечити за рахунок реалізації одного втручання або заходу, в рамках одного відомства або сектора – тут необхідні міжвідомче співробітництво та спільна робота, тобто комплексний міжсекторальний підхід. Для ефективної відповіді на епідемію необхідно поєднання профілактичних дій з діями щодо лікування, догляду та підтримки.

Для прийняття обґрунтованого рішення щодо планування певного втручання особам, які приймають рішення, важливо знати, що міжнародний досвід підтверджує – варто надавати перевагу більш профінансованим втручанням, які забезпечують ефективність та відчутні переваги, порівняно з більш дешевими заходами, що будуть неістотно впливати на розвиток епідемії.

Крім того, для ефективної відповіді на епідемію необхідно пріоритизувати та узгодити дії відповідно до характеру епідемії в конкретному регіоні. Зважаючи на обмежені можливості (фінансові, матеріальні, інституційні та кадрові), неможливо охопити повномасштабними діями щодо подолання епідемії усіх, хто потребує допомоги у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. До того ж не усі цілі можуть бути досягнуті за короткий час. Тому при плануванні відповіді на епідемію слід встановити пріоритети.

Визначаються пріоритети за допомогою ідентифікації та аналізу існуючих прогалин, розбіжностей між розмірами й потребами груп населення, найбільш уразливих до інфікування ВІЛ-інфекцією, та зусиллями, які в даний час спрямовуються на подолання епідемії серед цих груп. Вибір пріоритетів необхідно здійснювати за допомогою об'єктивних критеріїв, з використанням стратегічної інформації та консультацій з широким колом зацікавлених сторін (представників урядових та неурядових організацій, людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, представників основних груп, уразливих до ВІЛ-інфекції тощо). Передусім учасники процесу планування дій у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції мають використовувати стратегічну інформацію для визначення груп населення, яким загрожує найбільший ризик інфікування, а також умов цього ризику. Крім того, аналізуються можливості для реалізації певних втручань. На основі цієї інформації розробляються втручання з урахуванням особливостей визначених груп, умов ризику тощо.

Після того, як окреслені основні втручання за окремими напрямками, необхідно встановити взаємозв'язки між основними видами діяльності, які мають визначальне значення. Це, по суті, є створенням календарного плану їх виконання у потрібній послідовності та узгодженості. Також необхідною є оцінка витрат часу на кожну дію/втручання/захід.

Заходи необхідно групувати по напрямках, наприклад:

- організаційні;
- наукові та науково-технічні;
- навчання персоналу;
- закупівля обладнання;
- профілактика;
- лікування;
- догляд та підтримка тощо.

Наступним етапом є уточнення ролей й взаємозв'язків між потенційними виконавцями конкретних втручань, дій або заходів, а також делегування відповідних повноважень, зобов'язань, відповідальності для виконання кожного виду діяльності. Щодо кожного заходу може бути визначено декілька відповідальних виконавців. У разі, коли до виконання завдань і заходів Програми планується залучити на конкурсних засадах підприємства, установи та організації, у графі «Виконавець» зазначається: «виконавець визначається на конкурсних засадах». На цьому етапі доцільно узгодити перелік заходів та їх календарний план з місцевими органами виконавчої влади, державної адміністрації, НУО тощо.

Після того, як усі тематичні групи розробили заходи за конкретними напрямками, вони виносять їх на обговорення у робочій групі для узгодження та формування загального плану дій. Таке обговорення є важливим через необхідність досягнення консенсусу для прийняття конструктивного рішення щодо внесення конкретних заходів до загального плану дій програми. Після засідання щодо розгляду та узгодження плану дій робоча група має скласти цей документ з урахуванням того, що обставини можуть змінитися, і в план доведеться вносити поправки в ході його реалізації.

**Роль НУО:** Делеговані особи від НУО або спільнот, які увійшли до робочої групи із розробки програми, беруть активну участь у підготовці певних розділів програми та узгоджують їх із спільнотою. При цьому делеговані особи мають відповідати перед спільнотою за включення пріоритетних для неї питань, проблем та стратегічних напрямів у програму та своєчасне інформування про причини відмови у їх включенні. Маючи певні ресурси та плани діяльності на період реалізації програми, НУО можуть також запропонувати включити заплановану діяльність до заходів програми та запропонувати свою організацію як одного з виконавців програми. Оскільки громадські організації не несуть адміністративну відповідальність за виконання програми, їх фінансування та плани діяльності можуть змінюватися за різних обставин, важливо розуміти, що НУО може бути включена у програму лише з приміткою «за згодою».



### **Публічне громадське обговорення проекту РЦП**

Для успішного виконання РЦП дуже важливо, аби вона відповідала запитам усієї громади. Щоб залучитися підтримкою громади та переконатися, що проект РЦП та стратегічний план її реалізації відображає спільне бачення широкого кола громадськості та фахівців регіону, перед затвердженням проект програми потрібно оприлюднити.

Існує принаймні три шляхи оприлюднення проекту програми:

- опублікування в місцевій газеті або журналі;
- розміщення на сайті держадміністрації;
- винесення його на громадські слухання чи збори громадян, які скликаються за ініціативою робочої групи, ради з ТБ/ВІЛ та міського голови для обговорення проекту РЦП.

Важливо заохотити громадян до надання коментарів щодо проекту програми перед тим, як він затверджуватиметься. Найбільш доцільні коментарі після ретельного аналізу та обговорення у колі робочої групи заносяться до проекту програми.

### **ПРИКЛАД м. КИЄВА**

Головним координатором на рівні міста є Київська міська рада з ТБ/ВІЛ. При Раді створено міжсекторальну робочу групу та групу моніторингу та оцінки, які збираються кожного місяця, до складу якої входять спеціалісти з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу – представники державного та недержавного сектору. Відповідно до положення міжсекторальна робоча група готує засідання Ради, обговорює та формулює питання, які виносяться на засідання, а також виробляє рекомендації щодо можливих шляхів подолання перешкод. На сайті КМДА створена сторінка Ради, на якій розміщується вся необхідна інформація про її діяльність.

*Джерело: операційний план м. Києва з впровадження міської програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2011–2013 роки.*

**Роль НУО:** НУО можуть відігравати значну роль в організації публічного обговорення програми. Враховуючи наявні ресурси у деяких НУО (наявність сайту, власної газети або бюлетеню, проведення робочих зустрічей із спільнотою тощо), НУО можуть використати їх для забезпечення широкого доступу населення до проекту програми, допомогти у зборі та аналізі коментарів та направити їх головному розробнику програми. Особливо важливою на цьому етапі є роль НУО у сприянні розумінню основних завдань та заходів програми серед основних споживачів послуг – серед тих груп населення, на які, насамперед, спрямована реалізація програми.

### **Розробка показників та механізмів моніторингу виконання програми**

Визначення у програмі стратегічних цілей, завдань, напрямів діяльності та заходів має відбуватись разом з встановленням результативних показників регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Розробник програми визначає показники, за якими комплексно і всебічно можна здійснювати оцінку її виконання. Система вибраних показників використовуватиметься для відстеження динаміки процесів та оцінки кількісних змін. Результативні показники наводяться диференційовано з розбивкою за роками. У разі, коли програма виконується не за один етап, результативні показники другого та третього етапів можуть визначатися без розбивки за роками.

Привизначенні результативних показників регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДу доцільно користуватися вже розробленими та апробованими показниками, які відповідають рекомендаціям міжнародних, національних та регіональних експертів у сфері ВІЛ-інфекції, зокрема це:

- національні показники моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу (затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 грудня 2007 р. №870);



- ключові показники регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДУ та методологія їх збору (розроблені за технічної підтримки проекту USAID Визначення політики з питань здоров'я);
- ключові показники програмного моніторингу профілактичних програм та методологія їх збору<sup>43</sup>.

Після прийняття рішення про те, що саме необхідно виміряти, варто розробити чіткий план моніторингу та оцінки. Цей план має передбачати всі необхідні показники і враховувати всі основні заходи щодо збору інформації у регіоні з метою найбільш ефективного використання ресурсів при зборі даних. Наприклад, можна запланувати проведення масштабного дослідження поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків, щоб з'ясувати ефективність програм профілактики у цій групі. Такі дослідження затратні і, як правило, проводяться нечасто, але дають змогу зібрати самі різні дані, які можуть бути важливими для моніторингу виконання регіональної програми. Наприклад, їх можна розширити і включити додаткові питання, наприклад щодо обізнаності, охоплення програмами, якості надання послуг тощо. Не варто збирати дані, які не можуть бути або не будуть використовуватися. Розробка показників МіО програми має базуватися на подальшому використанні даних, особливо на виборі найбільш доречних показників. Чіткий план використання та розповсюдження даних, отриманих під час МіО, має передбачати кінцевого користувача будь-якого з показників і шляхи надання йому відповідних даних. Також доцільно вивчити питання включення плану розвитку загальної бази даних і можливості спільного використання даних компонентами програми, дослідниками, установами, донорами тощо.

При розробці регіональної програми з ВІЛ-інфекції/СНІДУ важливо передбачити заходи щодо розбудови регіональної системи МіО<sup>44</sup>: створення та діяльність регіонального центру з МіО, навчання фахівців з МіО, потреби у дослідженнях – та передбачити на ці заходи фінансування. За міжнародними рекомендаціями обсяг фінансування моніторингу програми має бути не меншим ніж 5% від запланованого фінансування програми.

Фінансові ресурси, якими володіє держава, є обмеженими. При їх розподілі виникає потреба в оцінці ефективності окремих витрат на програми. Підхід до реформування бюджетного процесу на основі вдосконалення програмно-цільових методів бюджетного планування передбачає формування і включення у бюджетний процес процедури оцінки результативності бюджетних витрат, поетапний перехід від кошторисного планування і фінансування витрат до бюджетного планування, орієнтованого на досягнення кінцевих суспільно значущих і вимірних результатів.

Програми, що приносять більш очікуваний ефект, мають отримувати і більшу фінансову підтримку, водночас як неефективні витрати мають бути скорочені. Оцінка результативності витрат на програми є достатньо складним процесом з огляду на низку об'єктивних причин. По-перше, ефективність фінансових витрат має не тільки економічну, а й соціальну складову. Соціальний ефект має визначальне значення при формуванні державної політики, проте об'єктивно виміряти його практично неможливо. По-друге, певна кількість витрат держави націлена не на вирішення поточних завдань, а на досягнення довгострокового ефекту. Передусім, мова йде про видатки на розвиток людини (охорона здоров'я), що представляють собою внесок у майбутнє. При визначенні обсягів фінансування таких програм необхідно оцінювати і зіставляти їх ефективність у довгостроковому плані.

### ***Розробка оперативного плану виконання програми***

Базуючись на загальному плані заходів щодо виконання РЦП, робоча група має розробити оперативний план виконання програми терміном на один рік. Цей оперативний план має містити завдання на рік, заходи, бюджет та очікувані результати.

Оперативний план складається з метою конкретизації, доповнення та коригування загального плану заходів на 5 років з урахуванням конкретної ситуації, що склалася на початок планового періоду. Цей тип планів передбачає визначення проміжних цілей та завдань, а також заходів щодо їх досягнення, тобто є інструментом реалізації стратегічних настанов. На цій підставі можна стверджувати, що мають

<sup>43</sup> Мониторинг и оценка программ и проектов. Практическое пособие со списком ключевых показателей / О.С. Морозова, О.В. Варецкая, Д. Джонс, П. Чикува, Т.А. Салюк. – К: Оранта, 2007. – 140 с.

<sup>44</sup> Система моніторингу й оцінки з питань ВІЛ-інфекції/СНІДУ: регіональний рівень/О.М. Балакірева, А.М. Бойко, О.Ю. Семерик, О.О. Яременко. – К.: ВПЦ «Експрес», 2006. – 64 с.

існувати ретельно опрацьовані поточні, оперативно-тактичні плани та бюджети виконання програми в конкретному поточному році.

**Роль НУО:** Маючи досвід надання послуг уразливим до ВІЛ-інфекції групам та звітності перед різними донорами, представники НУО можуть бути корисним джерелом інформації щодо термінів виконання окремих видів діяльності, надання певних послуг, а також необхідного бюджету. Крім того, якщо НУО планує бути одним із виконавців даної програми, вона повинна взяти активну участь у цьому процесі з метою планування своєї діяльності та узгодження її з іншими виконавцями РЦП.

### ПРИКЛАД м. КИЄВА

Значну роль у роботі ради з ТБ/ВІЛ відіграють представники неурядових організацій. До складу Ради входять представники неурядових організацій, які були обрані на представницькій основі. Це представники ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», організації, які працюють з уразливими групами населення (СІН, РКС, ЧСЧ), організації, які надають інформаційні послуги та проводять тренінги. Всі вони брали активну участь у розробці міської програми, операційного плану в частині роботи з уразливими групами. У процесі роботи над планом було визначено, що громадські організації мають достатній досвід та кадрові ресурси в роботі з СІН, РКС, ЧСЧ та при наявності додаткового фінансування зможуть розширити доступ до груп ризику для надання якісних послуг. Також неурядові організації, працюючи з донорами та державними установами, мають достатній досвід у проведенні моніторингу та звітності.

*Джерело: операційний план м. Києва з впровадження міської програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2011–2013 роки.*

### **Розрахунок обсягів та визначення джерел ресурсного забезпечення**

Після того, як визначено основні заходи РЦП, необхідно визначити обсяги і структуру ресурсів, які забезпечать її виконання. Тобто визначаються потреби у матеріально-технічних, кадрових та інших ресурсах для виконання РЦП. Ресурсне забезпечення визначається на основі SWOT-аналізу та техніко-економічного обґрунтування, оцінки всіх витрат, які можуть надаватись як додатки до програми.

Потім аналізуються та підраховуються орієнтовні обсяги фінансових витрат, необхідних для виконання програми в цілому та диференційовано за роками з визначенням джерел фінансування. Розрахунок фінансових витрат супроводжується економічним обґрунтуванням.

Враховуючи те, що до виконання регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДу залучатимуться кілька виконавців – державний сектор (освітні, лікувально-профілактичні заклади, пенітенціарні установи, правоохоронні органи тощо), неурядові організації, приватні установи (наприклад, ЗМІ, видавництва тощо), спочатку визначаються джерела фінансування кожного із заходів та відповідальних виконавців. Обсяги фінансових ресурсів визначаються у контексті джерел фінансування (кошти місцевих бюджетів та позабюджетні кошти) з деталізацією по роках. У кінці кожного завдання обов'язково наводиться підсумок обсягів фінансових ресурсів за всіма відповідальними виконавцями заходів, які спрямовуються на виконання цього завдання. Така послідовність застосовується до кожного завдання. У кінці переліку завдань і заходів підбивається підсумок обсягів фінансових ресурсів за всіма завданнями, у тому числі у контексті відповідальних виконавців з деталізацією по роках.

Заходи, обсяги фінансування на їх виконання, в яких передбачається участь місцевих органів виконавчої влади та конкретні органи місцевого самоврядування, в обов'язковому порядку мають бути узгоджені з відповідним місцевим органом виконавчої влади та органом місцевого самоврядування з наданням відповідних документів.

Встановлюючи пріоритети, робоча група розглядатиме можливість виконання планів з урахуванням наявних ресурсів. Серед них може бути асигнування з бюджету міста та гранти й позички від міністерств центрального уряду та іноземних донорів. Важливими є фінансові та людські ресурси, що надаються бізнесовою громадою. Виявлення ресурсів може бути складним процесом. Потрібно обережно ставитися

до обіцяних ресурсів, які робоча група не контролює. Для підготовки так званого «резерву» ресурсів необхідно провести їх мобілізацію.

**Роль НУО:** Члени робочої групи щодо розробки РЦП від НУО можуть бути незамінним джерелом інформації щодо кількості персоналу та витрат на їх утримання, собівартості окремих послуг та заходів у рамках програми, а також кількості та вартості витратних матеріалів, необхідних для їх реалізації (наприклад, роздаткових матеріалів у рамках програм зменшення шкоди – презервативів, спиртових серветок, шприців, голок, дезінфектантів, ліків тощо).

### **Мобілізація ресурсів**

Зважаючи на масштабність та багатопрофільність регіональної програми подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також обмеженість державних коштів на її виконання, найважливішими завданнями робочої групи є мобілізація та об'єднання усіх можливих ресурсів:

- фінансових – бюджетних (обласний та місцевий бюджети), позабюджетних, міжнародних, приватних;
- матеріально-технічних (обладнання, майно, матеріали тощо);
- інформаційних;
- кадрових тощо.

Першим кроком у цьому напрямі має бути аналіз доступності міжнародних коштів та можливості мобілізації додаткових ресурсів у регіоні, наприклад за рахунок діючих НУО.

У процесі аналізу та вивчення можливостей залучення додаткових ресурсів варто пам'ятати, що місцевий бюджет є не єдиним, і навіть не обов'язково головним, ресурсом коштів для реалізації РЦП. Державний та регіональний бюджети цілком можуть стати джерелом коштів для вирішення окремих проблем, наприклад закупівель ліків, обладнання тощо. Додатковими ресурсами може бути, наприклад, надання НУО приміщень і цілих будівель у довгострокову оренду безкоштовно або з мінімальною ставкою оренди. Ресурсом є самі люди, їх інтелект, робоча сила. Тому залучення волонтерів для виконання певних видів діяльності є значною допомогою. Участь волонтерів забезпечить економію значних бюджетних коштів для інших заходів і скоротить час втілення стратегічного плану. Крім того, можна заощадити кошти, якщо використовувати оргтехніку, Інтернет, веб-сторінку або інші засоби державних та комерційних структур тощо. Варто пам'ятати також, що значна частина проектів і заходів, передбачених у РЦП, може здійснюватися без додаткового оподаткування, а з використанням вже наявних у громадян і організацій ресурсів.

Для того, щоб почати процес мобілізації ресурсів, необхідно зробити ревізію усіх можливих джерел фінансування. Наприклад:

- ресурси, наявні у НУО, державних, комунальних організаціях, кошти місцевих підприємств;
- кошти, які організації могли б виділити в наступному бюджетному році;
- кошти інших РЦП, що можуть «покрити» деякі витрати на реалізацію певних видів діяльності;
- позики, які надаються під здійснення програм;
- банківські кредити і гранти від різних установ;
- субсидії;
- добровільні пожертвування;
- збір грошей під час проведення різноманітних публічних заходів, кампаній і акцій;
- плата за землекористування, амортизацію приміщень або вкладів;
- податки на право проведення торгових операцій та інше.

Другий крок, який варто зробити після аналізу можливих джерел додаткового фінансування програми, – це засідання робочої групи з розробки РЦП, на яке необхідно додатково запросити представників органів державної влади та місцевого самоврядування, бізнес-структур, благодійників та меценатів, міжнародних агенцій, громадських та благодійних організацій для представлення програми та плану заходів щодо її виконання та обговорення можливостей залучення додаткових джерел для фінансування прогалин у ресурсному забезпеченні заходів із боротьби з епідемією в регіоні. На цьому засіданні необхідно розглянути можливі джерела та шляхи/механізми залучення додаткових ресурсів для виконання програми в регіоні.

**Роль НУО:** На даному етапі представники НУО в робочій групі можуть поділитися базою потенційних донорів та спонсорів, досвідом залучення додаткового фінансування, а також залучення та утримання волонтерів. Крім того, у разі необхідності, НУО можуть бути посередниками у перемовинах з донорами, спонсорами, благодійниками та меценатами.

### **Регіональна експертиза проекту програми**

Підготовлений проект програми надається координаторам програм (головному управлінню економіки та головному управлінню фінансів держадміністрацій), які проводять його експертизу на предмет правильності визначення ефективності виконання програми, реальності та доцільності включених до неї заходів тощо. До здійснення експертизи можуть залучатися фахівці інших структурних підрозділів держадміністрації, територіальних органів міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, науковці.

Кожен з органів, що брав участь у проведенні експертизи, надає розробнику (відповідальному виконавцю) програми висновок у довільній формі, в якому, за наявності, викладаються зауваження до проекту програми. Розробник (відповідальний виконавець) програми доопрацьовує її та усуває усі недоліки, викладені у висновках. Доопрацьований проект програми повторно надається на експертизу, після чого складається висновок повторної експертизи.

Експертиза проекту програми здійснюється з метою визначення:

- пріоритетного характеру проблеми, запропонованої для вирішення шляхом розроблення та виконання програми;
- обґрунтованості та комплексності заходів з реалізації програми, термінів її реалізації;
- можливості залучення, передусім, позабюджетних коштів, коштів місцевих та обласного бюджетів для реалізації та можливості її державної підтримки за рахунок коштів державного бюджету;
- ефективності механізму здійснення програми;
- соціально-економічної ефективності програми в цілому, очікуваних кінцевих результатів її реалізації та її впливу на ситуацію в регіоні та Україні в цілому.

**Роль НУО:** Представники НУО можуть долучатися до експертизи проекту програми у якості незалежних експертів. Крім того, згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 26 листопада 2009 р. №1302 «Про додаткові заходи щодо забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики», представники НУО, що входять до громадських рад, можуть проводити громадську експертизу проектів нормативно-правових актів, у тому числі РЦП, що розробляються органом виконавчої влади, при якому громадська рада утворена, і подають за її результатами пропозиції та зауваження.

### **Погодження, затвердження та реєстрація РЦП**

Після отримання позитивного висновку експертизи проект програми попередньо розглядається на колегіях (у разі існування) або на засіданнях структурних підрозділів держадміністрації – замовників програми, засіданні ради з ТБ/ВІЛ і в установленому порядку вноситься на розгляд колегії держадміністрації разом з експертними висновками координаторів програм. У разі необхідності, проект програми попередньо розглядається на засіданнях створених науково-технічних, рад з ТБ/ВІЛ та інших консультативно-дорадчих органів.

За результатами розгляду на колегії держадміністрації проекту програми, прийняте рішення оформлюється розпорядженням голови держадміністрації, в якому також вказуються обсяг фінансування програми, терміни виконання, головний розпорядник коштів та відповідальний виконавець програми, строки та періодичність звітування про хід виконання програми на сесіях органу місцевого самоврядування тощо. У разі фінансування цільових програм за декількома кодами функціональної класифікації видатків бюджету за кожним кодом визначається головний розпорядник коштів та доповідачі з цих питань. Враховуючи звернення голови держадміністрації та висновки відповідної профільної постійної комісії, місцевою радою розглядається питання щодо затвердження програми.

Прийняте у встановленому порядку рішення місцевої ради про затвердження програми разом із затвердженою РЦП надаються головному управлінню економіки держадміністрації для внесення її в єдиний реєстр регіональних цільових програм, який веде зазначене управління. Відповідальним за надання програми для реєстрації є її розробник. Головне управління економіки держадміністрації після надання йому програми вносить її до реєстру та повідомляє реєстраційний номер відповідальному виконавцю.

**Роль НУО:** Представники НУО, які є членами робочої групи з розробки РЦП, мають відслідковувати процес її погодження, затвердження та реєстрації з метою інформування громадськості.

### ***Подання бюджетних запитів та затвердження бюджетних призначень на виконання РЦП***

За затвердженою регіональною радою РЦП головний розпорядник коштів надає головному фінансовому управлінню державної адміністрації бюджетний запит щодо її фінансування за рахунок коштів регіонального бюджету. При необхідності невідкладного фінансування програми бюджетний запит щодо виділення коштів подається головному фінансовому управлінню держадміністрації для включення у проект рішення регіональної ради про внесення змін до бюджету.

Головне фінансове управління держадміністрації аналізує подані бюджетні запити щодо реальних можливостей бюджету і включає пропозиції до проекту регіонального бюджету на відповідний рік (проекту внесення змін до бюджету). Головне фінансове управління держадміністрації надає головному управлінню економіки держадміністрації узагальнену інформацію про фінансування програми на наступний рік.

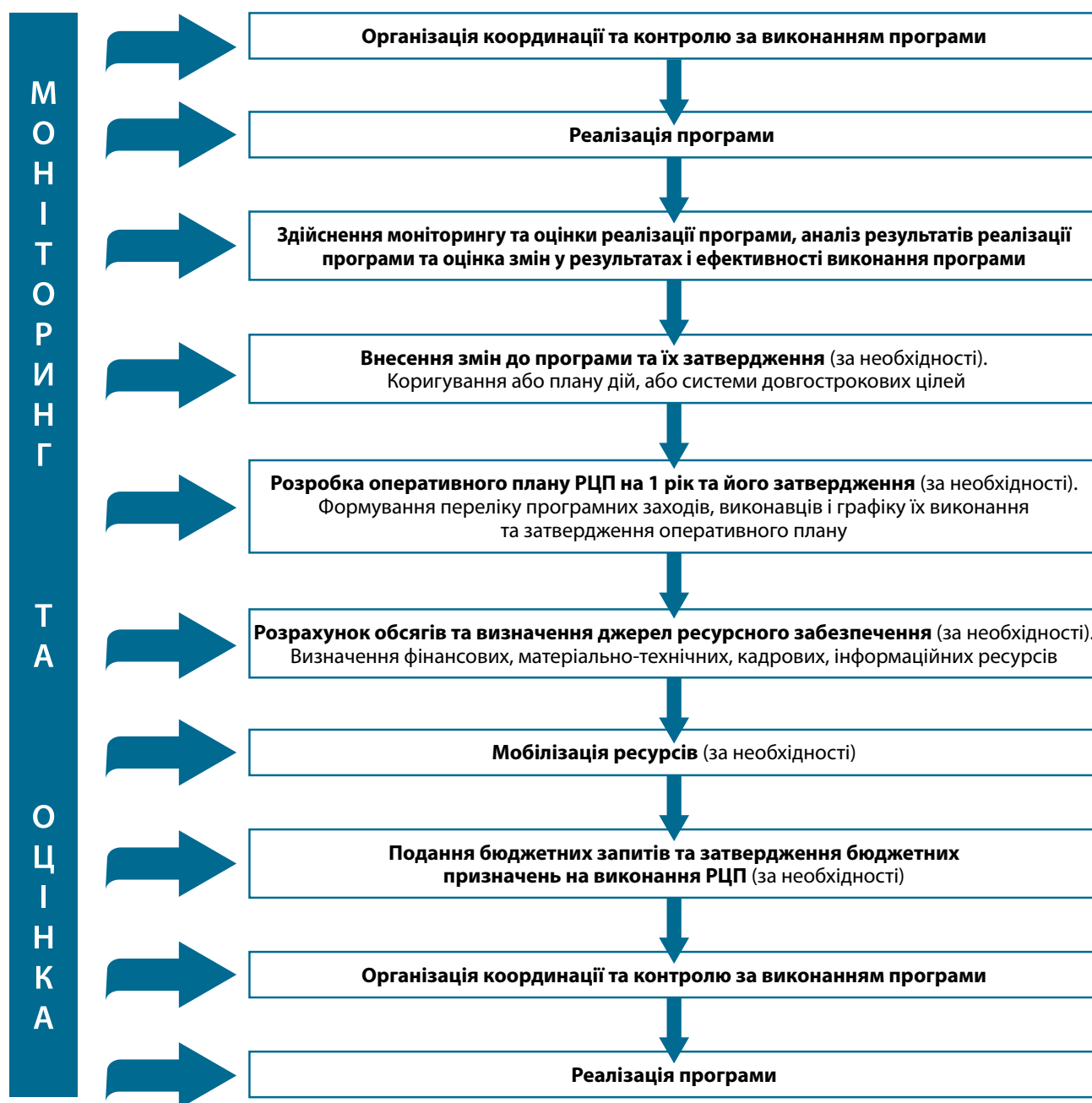
Фінансування РЦП здійснюється виключно за умови затвердження бюджетних призначень на її виконання рішенням регіональної ради про бюджет на відповідний рік (рішення про внесення змін до регіонального бюджету на відповідний рік), згідно з розподілом видатків бюджету. Видатки на виконання РЦП плануються у місцевому бюджеті за відповідними кодами функціональної класифікації видатків та за кодами економічної класифікації видатків бюджету 1171 «Дослідження і розробки, окремі заходи розвитку по реалізації регіональних програм» та 1172 «Окремі заходи по реалізації регіональних програм, не віднесені до заходів розвитку».

**Роль НУО:** Представники НУО, як члени робочої групи з розробки РЦП, мають відслідковувати процес подання бюджетних запитів та затвердження бюджетних призначень на виконання РЦП з метою інформування громадськості. Якщо бюджетні запити та призначення зменшуються порівняно з запланованими у процесі розробки РЦП, представникам НУО необхідно оприлюднювати таку інформацію та вживати заходів щодо адвокації ухвалення запланованих бюджетних коштів. Серед таких заходів можуть бути спеціальні акції, громадські слухання, офіційні звернення тощо.

### **3.2. Реалізація регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДУ (Онищенко П., Агібалов І., Варбан М.)**

Після того, як програму затверджено і отримано підтвердження щодо її фінансування, розпочинається етап реалізації РЦП. Цей етап також має відповідні фази (Рисунок 17).





**Рисунок 17. Фази виконання регіональної цільової програми.**

#### **Організація координації та контролю за виконанням програми**

Успішне впровадження РЦП залежить від ефективності управління. Система управління програмою має складатися з координації виконання завдань плану усіма виконавцями програми, моніторингу основних індикаторів (показників), співставлення та аналізу даних моніторингу, корекції завдань плану відповідно до аналітичних та прогностичних показників та відповідно оновлення плану через рішення ради.

Система управління РЦП має два рівні: політичний та технічний. Політичний рівень має забезпечувати особисто голова держадміністрації, рада з ТБ/ВІЛ та місцева рада. На цьому рівні заслуховуються та затверджуються звіти щодо виконання програми, пропозиції щодо внесення змін до оперативного плану та РЦП у цілому (оновлення РЦП). Місцева рада приймає рішення щодо внесення змін до РЦП на підставі пропозицій голови держадміністрації.

Технічні функції управління і моніторингу РЦП має взяти на себе спеціальний підрозділ (або робоча група) у складі управління охорони здоров'я, департаменту економічного розвитку (наприклад, відділу



стратегічного аналізу та прогнозу або відділу стратегічного управління). Функції цього підрозділу чи робочої групи мають бути значно ширші від завдань у рамках операційного управління РЦП.

Підрозділ чи робоча група стратегічного аналізу має:

- здійснювати моніторинг розвитку епідемії;
- аналізувати співвідношення основних соціально-економічних показників та зовнішнього середовища: області, країни, регіону, у тому числі і на глобальному рівні, тощо;
- вивчати основні світові, європейські, національні, політичні, економічні, фінансові, соціальні, наукові, технологічні і т.д. тенденції;
- визначати їх впливи на перебіг епідемії;
- формувати пропозиції стратегічних сценаріїв у нових політичних, соціально-економічних та інших умовах зовнішнього середовища;
- аналізувати стан виконання завдань РЦП.

У рамках оперативного управління виконанням РЦП до основних повноважень підрозділу або робочої групи стратегічного аналізу можна віднести такі:

- «замірювання» основних індикаторів досягнення стратегічних цілей програми;
- відстеження динаміки соціально-економічних показників;
- координація реалізації завдань програми відповідними виконавцями;
- аналіз рівня виконання завдань, аналіз причин, які є перешкодою виконання завдань;
- підготовка квартальних, піврічних та річних звітів про реалізацію РЦП;
- проведення необхідних соціологічних досліджень та опитувань;
- підготовка пропозицій щодо внесення змін та доповнень до оперативного плану чи програми.

**Роль НУО:** Представники НУО можуть здійснювати громадський контроль за ходом реалізації РЦП, як члени ради з ТБ/ВІЛ або інших громадських рад згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 26 листопада 2009 р. №1302 «Про додаткові заходи щодо забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики». Якщо НУО є співвиконавцями РЦП, то вони мають координувати свою діяльність з іншими виконавцями програми, контролювати і «моніторити» заходи, що реалізують самі, та звітуватися підрозділу чи робочій групі стратегічного аналізу.

### **Виконання програми**

РЦП виконується шляхом здійснення заходів і завдань, передбачених стратегічним планом та оперативним планом на відповідний рік. Регіональний замовник може самостійно виконувати заходи і завдання програми, які належать до сфери його повноважень. Проте, крім регіонального замовника заходи та завдання програми можуть виконуватися на підставі відповідних договорів (контрактів) між регіональними замовниками та виконавцями. Виконавцями програм можуть бути підприємства, установи та організації усіх форм власності, у тому числі НУО, що залучаються регіональним замовником до виконання їх заходів і завдань на конкурсних засадах. Головним завданням етапу реалізації РЦП є просування в напрямі стратегічних цілей при максимально можливому пристосуванні до реальних умов, що складаються в регіоні.

**Роль НУО:** НУО як співвиконавці РЦП запроваджують і виконують певні заходи та завдання для досягнення оперативних та стратегічних цілей.

### **Здійснення моніторингу, аналізу результатів реалізації програми та оцінка змін у результатах і ефективності виконання програми**

Виконання РЦП потребує постійного моніторингу з метою коригування заходів та завдань програми.

Ефективна система моніторингу має складатися з постійного відстеження досягнутих результатів та їх порівняння з запланованими показниками.

Однією зі складових системи моніторингу та оцінки виконання РЦП має бути моніторинг бюджету, який дає змогу:

- виявити та усунути недоліки бюджетних програм ще на першому етапі бюджетного періоду;
- визначити ефективність самих програм й ефективність використання коштів;
- вчасно визначити дефіцит бюджетних коштів та запобігти подальшому його зростанню;
- ефективно управляти бюджетними коштами, а тому сприяти регіональному розвитку.

У процесі моніторингу потрібно відслідковувати:

- прогрес у реалізації кожного завдання порівняно з запланованим у планах дій;
- фактичні витрати часу та фінансових ресурсів порівняно з запланованими ресурсами;
- зміни в організаціях та їх персональному складі, які можуть вплинути на спроможність виконувати доручені їм завдання;
- зміни у зовнішньому середовищі, які можуть викликати необхідність змін у плані, наприклад, соціально-економічна ситуація, законодавча база, розвиток епідемії тощо.

*Моніторинг бюджету* – це безперервний процес збору даних про видатки та аналіз ефективності програм, необхідний для оцінки відповідності діяльності та обраної стратегії очікуваним результатам.

Розвиток та впровадження регіональної системи моніторингу та оцінки дасть змогу якісно підійти до здійснення контролю за реалізацією програми, а також проаналізувати стан відповіді регіону на епідемію. Відповідно до методичних рекомендацій щодо порядку розроблення регіональних цільових програм, моніторинг та звітність (підготовка щорічних або щоквартальних, проміжних звітів) покладено на відповідального виконавця програми.

Механізм обміну інформацією між учасниками реалізації програми визначено порядком обміну інформації між виконавцями державних цільових програм та координації цієї роботи<sup>45</sup>.

Для забезпечення підконтрольності процесу реалізації РЦП необхідним є введення системи комплексних показників (індикаторів), які відобразатимуть як ефективність виконання конкретних завдань, так і засвідчать їх релевантність стратегічним цілям та напрямам, визначеним у цьому документі.

При зборі даних потрібно не забувати включати дані, які вже зібрані установами, що безпосередньо не займаються боротьбою з ВІЛ-інфекцією, та можуть допомогти в моніторингу тенденцій і видів поведінки в зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Дані, отримані програмами по боротьбі з туберкульозом, можуть бути корисними для ілюстрації тенденцій розвитку ВІЛ-інфекції.

План збору даних має визначити систему формування вибірки і частоту збору даних. Оскільки не всі регіони володіють достатніми фінансовими та кадровими ресурсами для збору всієї інформації, необхідно звернутися до національного центру з МіО з метою координації зусиль у зборі даних на національному рівні. Це забезпечить ефективне використання ресурсів на рівні регіону і значно зменшить витрати на проведення дослідження.

Регіональна система МіО має виконувати роль центру обміну інформацією як для одержання, так і для розповсюдження даних. Формальний механізм перевірки заходів щодо збору даних може забезпечити відповідність зібраних даних потребам МіО. Загалом, будь-яка додаткова бюрократична процедура потенційно загрожує непотрібними затримками.

План збору та аналізу даних має також забезпечувати зв'язок показників на різних рівнях вимірювання (регіональний, районний, міський). Результати здійснення програми мають тлумачитися у співвідношенні до витрат на програмну діяльність.

<sup>45</sup> Наказ Міністерства економіки України «Про Порядок обміну інформацією між виконавцями державних цільових програм та координації цієї роботи» від 04 грудня 2009 р. №1367.

Моніторинг реалізації програми є важливим для:

- визначення відповідності програми/проекту вимогам та здійснення необхідних коригувань у разі потреби;
- забезпечення найбільш ефективного та раціонального використання ресурсів;
- оцінки відповідності очікуванням (наскільки програма/проект досягли очікуваного впливу);
- прийняття відповідних рішень щодо питань управління діяльністю та наданням послуг.

За результатами моніторингу відповідальними координаторами готуються відповідні звіти:

- *Квартальні звіти* (окремо по відповідному пріоритетному напрямку), в яких фіксуються:
  - a) виконані завдання, ступінь виконання кожного завдання;
  - b) невиконані завдання, причини відхилення, пропозиції;
  - c) дані за основними індикаторами, що відображають положення по кожному пріоритетному напрямку;
  - d) пропозиції відповідальних координаторів щодо внесення змін до основного тексту оперативного плану чи РЦП;
  - e) оцінка потреб у бюджетному фінансуванні. По кожній стратегічній цілі вказується сума, яку слід включити до бюджету на стадії його формування чи на стадії його коригування;
  - f) пропозиції щодо вдосконалення діючої системи моніторингу.

Квартальні звіти відповідальних координаторів надаються для опрацювання обов'язково в електронному та друкованому вигляді.

- *Проміжний аналіз фінансових потреб.* Один раз на рік, у середині року, спеціалісти відділу стратегічного аналізу виносять на розгляд ради з ТБ/ВІЛ проміжний аналіз фінансових потреб, зведений за всіма пріоритетними напрямами. Затверджений аналіз фінансових потреб надається до постійної депутатської комісії місцевої ради з питань бюджету та комунальної власності для урахування під час коригування бюджету.
- *Зведений аналітичний моніторинговий звіт.* Два рази на рік відділ або робоча група стратегічного аналізу готує зведений аналітичний звіт, який вноситься на розгляд та затвердження ради з ТБ/ВІЛ. У звіті наводиться аналіз:
  - a) динаміки епідемії в регіоні;
  - b) виконання календарних графіків;
  - c) темпів просування за пріоритетними напрямами;
  - d) виконання планів дій;
  - e) пропозицій про внесення змін до РЦП на сесії місцевої ради (за необхідності);
  - f) оцінки потреб у бюджетному фінансуванні – пропозиції на внесення до бюджету наступного року, враховуючи усі пріоритетні напрями програми.

До системи моніторингу входить також і оцінка ефективності та результативності РЦП.

Оцінка реалізації програми проводиться замовником регіональної програми (внутрішня оцінка) та координаторами регіональних цільових програм (зовнішня оцінка). За результатами оцінки готується аналітичний звіт.

Процес проведення оцінки складається з аналізу:

- ходу реалізації програми і плану заходів;
- ефективності використання матеріальних, людських і фінансових ресурсів;

- ступеню досягнення запланованих задач і індикаторів;
- впливу реалізації програми на розвиток епідемії в регіоні та на рівні держави.

Під *ефективністю* програм розуміють пряму економічну ефективність (вигідність) вирішення поставлених задач саме на основі реалізації включених у програму завдань. Ефективність програми відображає її відповідність цілям подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні. Поняття ефективності програми включає всі позитивні результати її реалізації. У вузькому значенні під ефективністю розуміють співвідношення результатів з витратами.

*Результативність* програми варто розуміти як міру відповідності її очікуваних результатів поставленій меті та прямі позитивні дії.

На основі моніторингових звітів та звітів щодо оцінки програми Регіональний замовник РЦП після завершення чергового етапу дії програми готує пропозиції щодо уточнення показників, обсягів і джерел фінансування, строків виконання програми та окремих заходів і завдань на наступний етап дії програми.

Рада з ТБ/ВІЛ та місцева рада мають періодично розглядати на своїх засіданнях питання виконання РЦП. Інформація про хід виконання як РЦП у цілому, так її окремих напрямів має доводитися до відома громади, щоб підтримувати її зацікавленість. Ці відомості можуть надаватися у формі газетних статей, виступів на місцевому радіо та телебаченні, офіційних звітів. Крім того, варто організувати щорічні громадські слухання.

Система моніторингу та оцінки має систематично (щорічно) переглядатися та за необхідності оновлюватися з урахуванням змін у середовищі та розвитку епідемії. Це необхідно для гарантування, що індикатори визначені вірно і забезпечують отримання адекватної інформації.

**Роль НУО:** НУО можуть підключатися до процесу моніторингу і як співвиконавці РЦП, і як представники громадського контролю. Крім того, НУО можуть відігравати активну роль у повідомленні про хід виконання РЦП всім зацікавленим сторонам тощо.

### ***Внесення змін до програми та їх затвердження***

Результати моніторингу та оцінки надають можливість скоригувати плани, щоб забезпечити безперервний циклічний характер стратегічного планування, орієнтацію його на максимальне врахування змін у внутрішньому і зовнішньому середовищі. Результати моніторингу та оцінки показують стан виконання основних завдань РЦП, а можливо і стан досягнення оперативних цілей, зміни у зовнішній та внутрішній ситуації, і визначають необхідність внесення змін до РЦП.

Зміни до програми вносяться у разі потреби та можуть передбачати:

- включення до затвердженої програми додаткових заходів і завдань;
- уточнення показників, обсягів та джерел фінансування, переліку виконавців, строків виконання програми та окремих заходів і завдань;
- виключення із затвердженої програми окремих заходів і завдань, щодо яких визнано недоцільним подальше продовження робіт;
- об'єднання програм;
- продовження терміну дії програми.

Замовником програми готуються матеріали щодо внесення змін та доповнень до програми, які складаються із:

- проекту розпорядження голови держадміністрації про внесення змін та доповнень до програми;
- листа-звернення голови держадміністрації до голови місцевої ради;
- проекту рішення місцевої ради про внесення змін та доповнень до програми;
- пояснювальної записки до проекту рішення ради.

Проект змін до РЦП знову надається для проходження експертизи, проходить етапи погодження та затверджується затвердженням в установленому порядку. Матеріали щодо внесення змін та доповнень до програми попередньо розглядаються на колегіях (за наявності) або на засіданнях структурних підрозділів держадміністрації – замовників програми та в установленому порядку вносяться на розгляд колегії держадміністрації разом з експертними висновками координаторів програм.

У разі необхідності проект змін та доповнень до програми попередньо розглядається на засіданнях створених рад з ТБ/ВІЛ та інших консультативно-дорадчих органів. За результатами розгляду на колегії держадміністрації проектів змін та доповнень програм, прийняті рішення оформляються розпорядженнями голови держадміністрації. Враховуючи звернення голови держадміністрації та висновки відповідної профільної постійної комісії, місцевою радою розглядається питання щодо внесення змін та доповнень до програми.

**Роль НУО:** Представники НУО як члени робочих груп з підготовки РЦП та рад з ТБ/ВІЛ можуть брати участь у підготовці проекту змін та доповнень до РЦП, а також у подальшій їх експертизі.

На основі затвердженого проекту відповідні зміни та доповнення вносяться робочою групою до РЦП. На основі зміненої РЦП необхідно розробити та затвердити новий оперативний план на 1 рік, розрахувати обсяги та визначити джерела ресурсного забезпечення. У разі необхідності слід провести мобілізацію ресурсів та на базі цього подати бюджетні запити та затвердити бюджетні призначення на виконання РЦП. Після цього розпочинається етап реалізації РЦП.

Таким чином, цикл підготовки та реалізації РЦП повторюється.

### ***Припинення виконання регіональних цільових програм***

Виконання програми припиняється після закінчення встановленого терміну. Проте, виконання програми може бути припинено достроково в разі:

- оголошення надзвичайної ситуації регіонального масштабу, що унеможлиблює виконання програм;
- припинення фінансування заходів і завдань програми – за спільним поданням регіонального замовника програми та координаторів програм;
- втрати актуальності головної мети програми – на підставі висновку координаторів програм.

Регіональний замовник складає заключний звіт про результати виконання програми з пояснювальною запискою та подає його разом з висновками координаторів програм про результати виконання програми до відділу контролю держадміністрації. Матеріали щодо зняття програми з контролю попередньо розглядаються на колегіях (за наявності) ради з ТБ/ВІЛ або на засіданнях структурних підрозділів держадміністрації – замовників програми та в установленому порядку вносяться на розгляд колегії держадміністрації разом з експертними висновками координаторів регіональних цільових програм. Рішення про дострокове припинення виконання програм приймається також місцевою радою за поданням держадміністрації.

**Роль НУО:** Представники НУО, як члени робочих груп з підготовки РЦП та рад з ТБ/ВІЛ, можуть брати участь у підготовці заключного звіту за результатами виконання РЦП, а також у подальшому розгляді його на колегіях та засіданнях ради з ТБ/ВІЛ та інших консультативно-дорадчих органів.

## РОЗДІЛ IV. Фінансування програм з подолання ВІЛ-інфекції/СНІДу

### 4.1. Законодавчі основи здійснення бюджетних витрат, спрямованих на подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу (Щербина І., Шарапка К.)

#### **Бюджетний процес та його учасники**

Відповідно до статусу, учасники процесу здійснення витрат, пов'язаних з подоланням епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, поділяються на:

- головних розпорядників бюджетних коштів – бюджетні установи в особі їх керівників, яким у рішенні про місцевий бюджет затверджені бюджетні призначення;
- розпорядників бюджетних коштів – бюджетні установи в особі їх керівників, які отримують кошти з місцевого бюджету через головного розпорядника бюджетних коштів та входять до складу його мережі;
- одержувачів бюджетних коштів – суб'єкти господарювання, громадські чи інші організації, які не мають статусу бюджетної установи, уповноважені головним розпорядником або розпорядником бюджетних коштів на здійснення заходів, передбачених бюджетною програмою, та отримують на їх виконання кошти бюджету.

Головними розпорядниками коштів місцевих бюджетів можуть бути виключно:

1. За бюджетними призначеннями, визначеними рішенням про бюджет Автономної Республіки Крим, – уповноважені юридичні особи (бюджетні установи), що забезпечують діяльність Верховної Ради Автономної Республіки Крим та Ради міністрів Автономної Республіки Крим, а також міністерства та інші органи влади Автономної Республіки Крим в особі їх керівників.
2. За бюджетними призначеннями, визначеними іншими рішеннями про місцеві бюджети, – місцеві державні адміністрації, виконавчі органи та апарати місцевих рад (секретаріат Київської міської ради), головні управління, управління, відділи та інші самостійні структурні підрозділи місцевих державних адміністрацій, виконавчих органів місцевих рад в особі їх керівників<sup>46</sup>.

Головний розпорядник бюджетних коштів:

- організовує та забезпечує складання проекту кошторису та бюджетного запиту, виходячи із заходів, передбачених цільовою програмою з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, і подає їх місцевому фінансовому органу;
- приймає рішення щодо надання повноважень на виконання заходів, передбачених цільовою програмою з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, та відповідної бюджетної програми розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня (одержувачами бюджетних коштів), розподіляє та доводить до них у встановленому порядку обсяги бюджетних асигнувань;
- затверджує кошториси розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня (плани використання бюджетних коштів одержувачів бюджетних коштів);
- здійснює організацію та координацію роботи розпорядників бюджетних коштів нижчого рівня та одержувачів бюджетних коштів у бюджетному процесі.

Формування документів, що застосовуються у бюджетному процесі, починається із складання проектів кошторисів<sup>47</sup>, показники яких формуються, виходячи із граничних обсягів видатків, доведених місцевими фінансовими органами. На підставі проектів кошторисів головні розпорядники бюджетних коштів організовують розроблення бюджетних запитів для подання місцевим фінансовим органам, забезпечують своєчасність, достовірність та зміст бюджетних запитів.

Після прийняття рішення про місцевий бюджет головні розпорядники бюджетних коштів уточнюють проекти кошторисів на підставі лімітних довідок, доведених місцевим фінансовим органом, та подають

<sup>46</sup> пп. 2, 3 частини 2 статті 22 Бюджетного кодексу України

<sup>47</sup> Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2002 р. № 228.



їх до місцевого фінансового органу для складання детального місцевого бюджету. Відповідно до затвердженого детального бюджету розпорядники бюджетних коштів одержують бюджетні асигнування, що є підставою для затвердження кошторисів.

При формуванні проектів кошторисів та їх затвердженні, при розробці бюджетних запитів та складанні детального бюджету головні розпорядники організують роботу розпорядників коштів шляхом доведення до них граничних обсягів видатків (для проектів кошторисів та бюджетних запитів), лімітних довідок (для деталізації) та витягів із детального бюджету (для затвердження кошторисів). При застосуванні програмно-цільового методу у бюджетному процесі головні розпорядники у місячний термін після схвалення рішення про місцевий бюджет складають та схвалюють разом з місцевим фінансовим органом паспорти бюджетних програм.

За наявності відповідних бюджетних асигнувань розпорядник бюджетних коштів уповноважує одержувача бюджетних коштів на виконання заходів, передбачених бюджетною програмою, що спрямована, зокрема на реалізацію цільової програми з подолання епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу, та надає йому кошти бюджету (з подальшим поверненням чи неповерненням). Одержувач бюджетних коштів використовує такі кошти відповідно до плану використання бюджетних коштів, складеного на підставі кошторису цього розпорядника бюджетних коштів. Розпорядники бюджетних коштів забезпечують управління бюджетними асигнуваннями і здійснення контролю за виконанням процедур та вимог, встановлених Бюджетним кодексом.

У процесі виконання бюджету розпорядники бюджетних коштів забезпечують відповідність:

- кошторисів показникам детального бюджету. Будь-які зміни, які, виходячи із фактичної реалізації заходів з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, необхідно внести до кошторису (за винятком власних надходжень), мають бути внесені до детального бюджету;
- взятих бюджетних зобов'язань відповідним бюджетним асигнуванням, паспорту бюджетної програми (у разі застосування програмно-цільового методу у бюджетному процесі);
- платежів взятим бюджетним зобов'язанням та відповідним бюджетним асигнуванням.

### **Класифікація бюджетних витрат**

Бюджетна класифікація затверджується Міністром фінансів України і застосовується усіма учасниками бюджетного процесу. Програмна класифікація видатків та кредитування затверджується законом про Державний бюджет України (рішенням про місцевий бюджет) при застосуванні програмно-цільового методу у бюджетному процесі.

Класифікація видатків бюджету складається із:

- функціональної класифікації;
- класифікації головних розпорядників бюджетних коштів;
- програмної класифікації;
- економічної класифікації.

Функціональна класифікація видатків використовується в аналітичних цілях і для узагальнення видатків усіх бюджетів та має два рівні деталізації:

- 1) розділи, в яких визначаються видатки бюджетів на здійснення відповідно загальних функцій держави, Автономної Республіки Крим чи місцевого самоврядування;
- 2) підрозділи та групи, в яких конкретизуються напрями спрямування бюджетних коштів на здійснення відповідно функцій держави, Автономної Республіки Крим чи місцевого самоврядування.

Безпосереднє виконання видатків здійснюється за економічною класифікацією, яка відображає економічну характеристику операцій, при проведенні яких здійснюються видатки. За економічною класифікацією видатки бюджету поділяються на поточні видатки, капітальні видатки та кредитування за вирахуванням погашення, склад яких визначається Міністром фінансів України.

Відомча класифікація видатків бюджету визначає перелік головних розпорядників бюджетних коштів. На її основі Державне казначейство України та місцеві фінансові органи ведуть реєстр усіх розпорядників бюджетних коштів.

Програмна класифікація видатків та кредитування бюджету формується із бюджетних програм, які визначає головний розпорядник бюджетних коштів. Отже, саме програмна класифікація дає змогу виокремити бюджетні витрати на проблему подолання ВІЛ-інфекції/СНІДу, але це відбувається виключно за наявності відповідної бюджетної програми і на рівні державних витрат.

Бюджетна програма – сукупність заходів, спрямованих на досягнення єдиної мети, завдань та очікуваного результату, визначення та реалізацію яких здійснює розпорядник бюджетних коштів відповідно до покладених на нього функцій<sup>48</sup>.

Тимчасова класифікація видатків місцевих бюджетів застосовується на рівні місцевих бюджетів до запровадження програмно-цільового методу у бюджетному процесі. Тому на сьогодні програмна класифікація у місцевих бюджетах не використовується. Втім, для виокремлення видатків на проблематику ВІЛ-інфекції/СНІДу необхідно розробити відповідну бюджетну програму та затвердити її додатком до рішення місцевої ради про бюджет.

У додатку до стандартного рішення місцевої ради про бюджет видатки відображаються у розрізі функцій головних розпорядників (охорона здоров'я, освіта тощо). За економічними категоріями видатки класифікуються у розрізі видатків споживання та видатків розвитку, з виділенням видатків на оплату праці та комунальних послуг і енергоносіїв.

Видатки розвитку – це видатки бюджетів на фінансове забезпечення наукової, інвестиційної та інноваційної діяльності, зокрема: фінансове забезпечення капітальних вкладень виробничого і невиробничого призначення; фінансове забезпечення структурної перебудови економіки; інші видатки, пов'язані з розширеним відтворенням<sup>49</sup>.

Критерії розподілу бюджетних витрат на видатки споживання та розвитку визначені наказом Міністерства фінансів України від 27 грудня 2001 р. № 604<sup>50</sup>. При розподілі видатків за кодами економічної класифікації варто керуватися наказом Державного казначейства України від 25 листопада 2008 р. № 495 «Про затвердження Інструкції щодо застосування економічної класифікації видатків бюджету та Інструкції щодо застосування класифікації кредитування бюджету»<sup>51</sup>.

Видатки на заходи з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, пов'язані з утриманням установи, зокрема оплата праці, оплата комунальних послуг та енергоносіїв, придбання предметів постачання і матеріалів, можуть здійснюватись лише бюджетними установами. Важливо, що видатки одержувачів бюджетних коштів (зокрема, під цю категорію підпадають громадські та благодійні організації) здійснюються тільки за такими кодами економічної класифікації:

Поточні видатки:

- 1171 «Дослідження і розробки, окремі заходи розвитку по реалізації державних (регіональних) програм»;
- 1172 «Окремі заходи по реалізації державних (регіональних) програм, не віднесені до заходів розвитку»;
- 1310 «Субсидії та поточні трансферти підприємствам (установам, організаціям)».

Капітальні видатки:

- 2410 «Капітальні трансферти підприємствам (установам, організаціям)».

48 п. 3 статті 2 Бюджетного кодексу України

49 частина 6 наказу МФУ від 27 грудня 2001 р. № 604

50 <http://www.legal.com.ua/document/kodeks/0CH560604201-01.html>

51 <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0079-09>

#### 4.2. Джерела фінансування цільових програм з подолання ВІЛ-інфекції/СНІДУ

Відповідно до Закону України від 18 березня 2004 р. № 1621 «Про державні цільові програми» та Постанови Кабінету Міністрів України від 31 січня 2007 р. № 106 «Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм» джерелами фінансування державних цільових програм можуть бути: кошти державного та місцевих бюджетів, власні кошти виконавця, гранти, залучені кредити та інші кошти.

Регіональні цільові програми мають аналогічні джерела фінансування. Кошти державного бюджету можуть бути джерелом фінансування регіональної цільової програми, якщо вона розроблена на виконання державної цільової програми, де передбачене відповідне фінансування.

Заходи, визначені цільовою програмою, можуть як потребувати додаткових коштів, так і здійснюватись органом виконавчої влади в межах коштів, що передбачаються на його функціонування. При визначенні обсягів фінансових ресурсів, необхідних для виконання цільової програми, необхідно враховувати усі можливі джерела фінансування.

Виконання програм із подолання ВІЛ-інфекції/СНІДУ вимагає наявності мережі відповідних установ. Тому лікувальні заклади, освітні, інтернатні та інші заклади, фінансування яких за рахунок бюджетних коштів передбачено Бюджетним Кодексом України (ст. 88–90), отримують кошти з державного або місцевого бюджету відповідно до розподілу, встановленого кодексом. На утримання таких установ з місцевих бюджетів з державного бюджету щорічно передається так звана дотація вирівнювання. Дотація вирівнювання – міжбюджетний трансферт на вирівнювання доходної спроможності бюджету, який його отримує<sup>52</sup>.

Водночас, на вирішення окремих завдань державної цільової програми, наприклад на придбання обладнання або медикаментів, з державного до місцевих бюджетів може передбачатися інший вид міжбюджетних трансфертів, який має назву субвенція. Головна відмінність дотації та субвенції полягає у тому, що перша може бути витрачена на будь-які цілі, за рішенням місцевої ради, а друга – виключно на ціль, що встановлена у Законі України про державний бюджет на відповідний рік.

Гранти, благодійні внески та дарунки, які отримуються від фізичних та юридичних осіб, також обліковуються як бюджетні кошти. Вони включаються до складу власних надходжень бюджетних установ і використовуються в межах обсягів надходжень. Гранти надаються на основі неповернення та спрямовуються на реалізацію цілей, визначених програмою їх надання, проектом міжнародної технічної допомоги тощо. Використання грантів передбачає, як і у випадку із субвенціями, жорсткий контроль за цільовим використанням коштів.

Кредитні ресурси – це кошти, залучені органом місцевого самоврядування як на зовнішньому, так і на внутрішніх ринках. Відповідно до Бюджетного кодексу у редакції, прийнятій у 2001 р., зовнішні запозичення можуть здійснювати лише міські ради міст з чисельністю населення понад вісімсот тисяч мешканців, а у редакції, прийнятій 23 червня 2009 р., – п'ятсот тисяч. Внутрішні запозичення міські ради здійснюють у комерційних банках. Внутрішні запозичення регулюються Бюджетним кодексом України, Постановою Кабінету Міністрів України від 24 лютого 2003 р. № 207 «Про затвердження Порядку здійснення запозичень до місцевих бюджетів», Положенням Державної комісії з цінних паперів та фондового ринку від 11 грудня 2007 р. № 2285 «Про внесення змін до Положення про порядок випуску облігацій внутрішніх місцевих позик».

Серед ключових особливостей здійснення внутрішніх запозичень після внесення змін до зазначеної постанови Постановою Кабінету Міністрів України від 17 липня 2009 р. № 865 варто виділити такі:

1. Відсутність обов'язкового присвоєння кредитного рейтингу позичальника (органу місцевого самоврядування) у разі здійснення запозичення у формі укладення угод про отримання позик, кредитів, кредитних ліній у фінансових установах.
2. Визначено чіткі умови надання висновку Міністерства фінансів про невідповідність проекту рішення вимогам, установленим бюджетним законодавством, зокрема:

<sup>52</sup> п.18 ст.2 Бюджетного кодексу України

- видатки на обслуговування місцевого боргу перевищують 10 відсотків обсягу видатків загального фонду відповідного місцевого бюджету за результатами звіту про виконання місцевого бюджету за рік, що передує року прийняття рішення про здійснення запозичення або реструктуризацію боргових зобов'язань чи проведення іншої операції;
  - сума платежів з погашення місцевого боргу, що припадає на будь-який рік, протягом усього періоду його погашення перевищує середню щорічну суму надходжень бюджету розвитку за останніх три роки, що передують року прийняття рішення, без урахування коштів, що надійшли від запозичень;
  - у разі, коли Міністерство фінансів протягом 30 робочих днів після отримання проекту рішення Верховної Ради Автономної Республіки Крим чи міської ради про здійснення запозичення або реструктуризацію боргових зобов'язань письмово не надіслав вмотивованого заперечення, проект рішення вважається таким, що відповідає вимогам бюджетного законодавства.
3. Встановлено, що місцеве запозичення може бути здійснено без перевірки Міністерством фінансів відповідності проекту рішення Верховної Ради Автономної Республіки Крим або міської ради у випадках, коли:
- розмір запозичення до місцевого бюджету не повинен перевищувати 25 відсотків середньої щорічної суми надходжень бюджету розвитку за останніх три роки, що передують року прийняття рішення, без урахування коштів, що надійшли від запозичень;
  - загальна сума боргу місцевого бюджету на дату взяття запозичення, передбаченого проектом рішення, не повинна перевищувати 75 відсотків середньої щорічної суми надходжень бюджету розвитку за останніх три роки, що передують року прийняття рішення, без урахування коштів, що надійшли від запозичень;
  - обсяг видатків на обслуговування боргу місцевого бюджету за запозиченнями минулих років не повинен перевищувати 5 відсотків загальної суми видатків місцевого бюджету на рік, що передує року прийняття рішення про здійснення запозичення або реструктуризацію боргових зобов'язань чи проведення іншої операції.

Запозичення можуть здійснюватись лише до бюджету розвитку, тобто запозичені кошти можуть спрямовуватись лише на реалізацію капітальних вкладень у складі програм з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

#### **4.3. Бюджетування цільових програм**

##### ***Процес бюджетного планування***

Існує два підходи до процесу бюджетного планування:

- 1) концепція «управління ресурсами»;
- 2) концепція «управління результатами».

У рамках концепції «управління ресурсами» бюджет, як правило, формується шляхом коригування колишнього розподілу витрат, складеного відповідно до статей бюджетної класифікації. При цьому розподіл ресурсів не завжди пов'язується зі стратегічними цілями, очікувані результати бюджетних витрат не обґрунтовуються. У рамках такої концепції управління бюджетом зводиться головним чином до контролю за обсягом витрачених ресурсів, а не за обґрунтованістю і ефективністю їх використання.

У рамках концепції «управління результатами» бюджет формується, виходячи з цілей і планованих результатів державної політики. Бюджетні асигнування мають чітку прив'язку до функцій (послуг, видів діяльності), при їх плануванні основна увага приділяється обґрунтуванню кінцевих результатів у рамках бюджетних програм.

**Таблиця 7. Відмінності у підходах до розробки бюджетів у рамках концепцій «управління ресурсами» і «управління результатами»**

	Управління ресурсами	Управління результатами
Мета бюджету	<ul style="list-style-type: none"> <li>Затвердити суму витрат по кожному з бюджету одержувачів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Встановити пріоритети витрат</li> <li>Дати простір для оперативного управління витратами</li> <li>Створити стимули для економії коштів</li> </ul>
Розподіл бюджетних витрат	<ul style="list-style-type: none"> <li>Між державними органами та бюджетними установами</li> <li>Пріоритетність економічної і відомчої структури витрат</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>За видами діяльності і функціями, із зазначенням певних кінцевих результатів</li> <li>Пріоритетність програмної структури витрат</li> </ul>
Планування бюджету	<ul style="list-style-type: none"> <li>Здійснюється знизу вгору</li> <li>Обґрунтовується потреба у ресурсах, а не очікувані результати діяльності</li> <li>Планування у розрізі відомств та їх кошторисів</li> <li>Планування на 1 рік</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Здійснюється зверху вниз</li> <li>Обґрунтовуються пріоритети й очікувані результати; прив'язка витрат до показників результатів</li> <li>Програмний метод планування</li> <li>Встановлюються 3-річні обсяги асигнувань з їх щорічним коригуванням</li> </ul>

В основі «управління результатами» лежить організація бюджетного процесу за принципами бюджетування, орієнтованого на результат (БОР). Суть полягає у розподілі бюджетних ресурсів між адміністраторами бюджетних коштів та (або) реалізованими ними бюджетними програмами з урахуванням або у прямій залежності від досягнення конкретних результатів (надання послуг) відповідно до середньострокових пріоритетів соціально-економічної політики і в межах прогнозованих на довгострокову перспективу обсягів бюджетних ресурсів.

Розподіл бюджетних ресурсів між бюджетними програмами, з урахуванням досягнення конкретних результатів, а не за принципом кошторисного фінансування, націлений на підвищення віддачі від використання бюджетних коштів та оптимізацію управління ними на всіх рівнях бюджетної системи.

**Планування фінансових показників**

Існує три основних методи планування фінансових показників:

- метод коефіцієнтів;
- нормативний метод;
- програмно-цільовий метод.

Метод коефіцієнтів (аналітичний метод) базується на вивченні економічної кон'юнктури у минулому та сучасному періодах і застосуванні відповідних коефіцієнтів (наприклад, індексів інфляції) щодо фактичних результатів виконання бюджетів. По суті, це планування «від досягнутого». Планування на наступний період шляхом продовження тенденцій попереднього періоду (перенесення минулого у майбутнє) не стимулює виявлення резервів і не сприяє економії бюджетних коштів. Більш досконалим методом бюджетного планування є нормативний метод. Він передбачає використання у плануванні системи взаємопов'язаних норм і нормативів. Розрізняють нормативи двох типів: нормативи першого типу регламентують взаємовідносини між державою та суб'єктами господарювання з приводу розподілу отриманих результатів діяльності (наприклад, ставки податків); нормативи другого типу характеризують вимоги, що висуваються суспільством до ефективності використання ресурсів. Вони фіксують мінімально припустиму величину економічної ефективності використання різних ресурсів, тобто суспільно виправданий розмір їх витрат для досягнення найбільшого економічного ефекту. Нормативний метод спроможний відносно об'єктивно оцінити потреби бюджетних галузей у ресурсах і створити умови для їх ефективного та ощадливого використання. Недоліком нормативного методу планування є відсутність узгодженості бюджетних зобов'язань, що зумовлені нормативами, з реальними можливостями бюджетної системи щодо фінансування відповідних витрат.



Принципово відмінним є програмно-цільовий метод планування (ПЦМ), суть якого відображає наступний рисунок:



**Рисунок 18. Програмно-цільовий метод планування**

Основними принципами ПЦМ є:

- планування видатків здійснюється як планування соціально-економічних результатів, отримуваних у ході виконання державою своїх функцій. При плануванні видатків на реалізацію заходів цільової програми з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу необхідно спрямовувати зусилля на досягнення показників ефективності, визначених цільовою програмою (першорядне завдання), визначаючи при цьому шляхи використання мінімальних обсягів бюджетних коштів для їх досягнення (другорядне завдання);
- розпорядники бюджетних коштів вільні у виборі способів досягнення поставлених перед ними цілей і завдань і мають можливість перерозподіляти кошти всередині програми;
- відповідальність розпорядників бюджетних коштів за кінцевий результат посилюється;
- контроль за використанням бюджетних ресурсів акцентується не на зовнішньому контролі за цільовим використанням ресурсів, а на внутрішньому контролі за ефективністю видатків;
- програмно-цільовий метод бюджетування забезпечує комплексний підхід до формування бюджету.

Ключовими компонентами методології ПЦМ є:

- стратегічне планування;
- середньострокове планування бюджету;
- бюджетна програма;
- показники виконання бюджетних програм;
- моніторинг та оцінка виконання програм;
- прозорість бюджетного процесу та залучення громадськості.

Стратегічне планування є інструментом, який органи влади та розпорядники коштів повинні застосовувати для аналізу своєї діяльності, визначення пріоритетів і розробки заходів для реалізації цих перспектив. Результатом цього процесу є стратегічний план – документ, у якому визначаються мета діяльності розпорядника коштів, стратегічні цілі на довгостроковий період, конкретизовані завдання по їх досягненню і відповідні індикатори, які відображають соціально-значущий результат від впровадження цих заходів для суспільства.

Середньострокове планування бюджету – це визначення розпорядниками бюджетних коштів плану своєї діяльності та обсягу необхідних коштів для досягнення цілей у середньостроковій перспективі.

Бюджетна програма є основним елементом програмно-цільового методу планування.

Структуру бюджетної програми становлять (Рисунок 19):

- мета програми;
- завдання програми;
- напрями використання коштів;
- результативні показники затрат, продукту, ефективності та якості.





**Рисунок 19. Структура бюджетної програми.**

Мета бюджетної програми – кінцевий результат, який досягається при виконанні бюджетної програми та відповідає пріоритетам державної політики і сприяє досягненню стратегічної мети розвитку держави у середньостроковому періоді. Мета повинна бути чіткою, реальною та досяжною.

Завдання бюджетної програми – чіткий, конкретний, спрямований на досягнення мети, результативних показників та інших характеристик бюджетної програми комплекс заходів, який відображає основні етапи досягнення поставленої мети, визначає шляхи виконання програми та підлягає перевірці.

Напрями використання бюджетних коштів – конкретні дії у рамках виконання бюджетної програми, що мають забезпечити досягнення мети та спрямовуються на виконання завдань бюджетної програми.

Результативні показники – показники, на підставі яких здійснюється оцінка ефективності використання бюджетних коштів, передбачених на виконання бюджетної програми, для досягнення визначених мети та завдань бюджетної програми.

ПЦМ передбачає постійне проведення моніторингу виконання програм, а також оцінку ефективності їх реалізації на різних етапах бюджетного процесу.

Суть моніторингу та оцінки – відслідковувати хід реалізації програми, результати її виконання і надавати інформацію про поточну ситуацію для здійснення висновків щодо результативності програми та прийняття управлінських рішень. При цьому з метою найбільшої ефективності реалізації заходів з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ розпорядник на підставі офіційної звітності має можливість оцінити ефективність їх здійснення також і у минулих роках та скоригувати свої дії, що здійснюються у поточному році, та плани на наступні роки.

**Роль бюджетних цільових програм у системі бюджетного планування**

Бюджетна цільова програма є комплексом взаємопов'язаних заходів, спрямованих на досягнення соціально значущих результатів у рамках рішення задач, які відносяться до компетенції даного органу виконавчої влади. При підготовці бюджетної цільової програми повинна дотримуватися наступна логіка:

**громадські потреби в даній сфері → відповідна функція державного управління → ресурси → діяльність → безпосередні (прямі) результати → кінцеві результати → показники ефективності**

Використання бюджетування, орієнтованого на результат, під час розробки бюджетних цільових програм базується на застосуванні в бюджетній практиці таких інструментів, як:

- доповіді про результати та основні напрями діяльності суб'єктів бюджетного планування, в яких визначається стратегія діяльності органів державної влади;
- реєстр видаткових зобов'язань, що дає змогу структурувати і оцінити витратні зобов'язання кожного з рівнів бюджетної системи;
- бюджетні цільові програми, які конкретизують дії з реалізації стратегії, дають можливість встановити взаємозв'язок витрат і результатів на мікрорівні.

### **Розробка бюджетної програми**

Програми і заходи, що реалізуються в межах цільової програми з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, можуть здійснюватись як такі, що:

- 1) відповідають меті діяльності органу виконавчої влади, реалізуються у межах його функціонування, тобто за рахунок бюджетних коштів, передбачених у загальному та спеціальному фондах;
- 2) здійснюються бюджетними установами у межах їх функціонування;
- 3) передаються для здійснення одержувачам бюджетних коштів;
- 4) фінансують централізовані заходи вищим органом, наприклад міністерством, але об'єкти закупівель розподіляються між установами нижчого рівня (для таких витрат існує код тимчасової класифікації видатків та кредитування місцевих бюджетів 081008 «Програми і централізовані заходи профілактики СНІДу»).

Отже, на державному рівні фінансування цільових програм здійснюється в межах бюджетних програм. У межах однієї бюджетної програми може:

- виконуватись декілька цільових програм та інші заходи, визначені законодавством, що не відносяться до цільових програм;
- одна цільова програма та інші заходи, визначені законодавством, що не відносяться до цільових програм;
- виключно одна цільова програма;
- виключно заходи, визначені законодавством, що не відносяться до цільових програм.

У разі, коли бюджетна програма спрямована на виконання однієї цільової програми, то її мета, завдання та напрями використання бюджетних коштів відповідають завданням та заходам відповідної цільової програми, а результативні показники у повній мірі характеризують як виконання бюджетної програми, так і цільової програми.

Коли ж бюджетна програма спрямована на виконання декількох цільових програм та інших заходів, що не відносяться до цільових програм, необхідне встановлення чіткого зв'язку такої бюджетної програми з цільовою програмою щодо профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу. Зокрема необхідно визначити завдання, напрями використання коштів та результативні показники, що відповідатимуть цільовій програмі та характеризуватимуть її.

Через відсутність програмної класифікації, у місцевих бюджетах видатки не відображаються у розрізі програм. Тому цільова програма щодо профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу може виконуватись різними головними розпорядниками та бути розпорошеною серед бюджетів за різними кодами тимчасової класифікації видатків місцевих бюджетів у сукупності з іншими видатками (наприклад, закупівля медикаментів відображена однією сумою по міському управлінню охорони здоров'я, без уточнення витрат на медикаменти із лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу), що унеможлиблює відстеження її реалізації на етапі виконання бюджету.

За наявності бюджетної програми, яка розроблена на виконання заходів цільової програми та затверджена у додатку до рішення місцевої ради про бюджет, витрати на ВІЛ-інфекцію/СНІД виокремлюються на стадії планування бюджету. Таким чином, необхідна інформація про фактичні витрати може бути зібрана додатково, ґрунтуючись на планових показниках паспорту бюджетної програми.

Водночас, як на державному, так і на місцевому рівнях, видатки бюджету здійснюються Державним казначейством України відповідно до кошторисів бюджетних установ за економічною класифікацією і у такому ж вигляді складається звітність про виконання бюджету. У кошторисі, зазвичай, містяться видатки як на реалізацію цільової програми щодо профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДУ, так і на інші заходи, що здійснюються бюджетною установою, без виокремлення специфіки.

Тому, щоб на всіх етапах бюджетного процесу пов'язати цільову програму з бюджетною програмою, необхідне застосування програмно-цільового методу, центральним компонентом якого є бюджетна програма. Взаємозв'язок компонентів бюджетної програми із цільовою програмою зображено на Рисунку 20.

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОНАННЯ**



**Рисунок 20. Взаємозв'язок компонентів бюджетної програми із цільовою програмою.**

Мета бюджетної програми за своєю суттю має бути узгоджена з головною метою діяльності головного розпорядника мети, яку необхідно досягти у результаті виконання конкретної бюджетної програми.

Завдання – конкретні цілі, яких необхідно досягти у результаті виконання бюджетної програми протягом відповідного бюджетного періоду та які можна оцінити за допомогою результативних показників. Завдання мають бути спрямовані на виконання завдань, визначених цільовою програмою з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ.

Напрями використання бюджетних коштів повинні відповідати завданням і функціям головного розпорядника бюджетних коштів. Визначення напрямів використання коштів забезпечує реалізацію бюджетної програми у межах коштів, виділених на цю мету. Напрями використання коштів не повинні суттєво змінюватися із року в рік, за виключенням, коли бюджетна програма або окремі напрями у складі бюджетної програми мають періодичний характер, закінчується термін їх виконання, або в результаті прийняття нового законодавства виникають нові напрями використання коштів у складі існуючої бюджетної програми.

Для бюджетних програм, що фінансуються з місцевих бюджетів, не завжди раціонально використовувати деталізацію програми за напрямами, у зв'язку із незначними обсягами та більш простою структурою мережі.

Результативні показники – кількісні та якісні показники, які характеризують результати виконання бюджетної програми і підтверджуються статистичною, бухгалтерською та іншою звітністю і які дають можливість здійснити оцінку використання коштів на виконання бюджетної програми. Результативні показники бюджетної програми мають відображати результати реалізації завдань також і цільової програми з подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДУ і давати можливість оцінити її.

В Україні встановлено, що результативні показники поділяються на такі групи:

*показники затрат* – визначають обсяги та структуру ресурсів, що забезпечують виконання бюджетної програми (наприклад, кількість установ, кількість обладнання тощо);

*показники продукту* – використовуються для оцінки досягнення поставлених цілей. Показником продукту є, зокрема, кількість користувачів товарами (роботами, послугами), виробленими в процесі

виконання бюджетної програми (наприклад, кількість студентів, підготовлених спеціалістів, хворих, відвідувачів бібліотек і музеїв тощо);

*показники ефективності* – визначаються як відношення кількості вироблених товарів (виконаних робіт, наданих послуг) до їх вартості у грошовому або людському вимірі (витрати ресурсів на одиницю показника продукту, наприклад, кількість студентів на одного викладача, вартість підготовки 1 студента);

*показники якості* – відображають якість вироблених товарів (виконаних робіт, наданих послуг) (наприклад, зниження захворюваності на туберкульоз на 2 відсотки порівняно з минулим періодом).

У процесі проведення аналізу до одних бюджетних програм можна застосувати всі ці типи результативних показників, до інших – лише деякі з них. Тому головним при аналізі бюджетної програми є забезпечення оптимального поєднання критеріїв оцінки (результативних показників).

Результативні показники можуть відображати як виконання завдань бюджетної програми, так і рівень досягнення мети бюджетної програми в цілому.

Оскільки інформація стосовно бюджетної програми формується головними розпорядниками у бюджетних запитах, паспортах бюджетних програм та звітах про виконання паспортів бюджетних програм, зазначена інформація буде відстежуватись на всіх етапах бюджетного процесу.

Інформація, необхідна для розрахунку таких показників, має бути доступною та нескладною для здійснення алгоритмів. Помилковою є думка про те, що більша кількість показників підвищить якість та ефективність програми. При виборі показників необхідно обмежуватися 1–2 показниками по кожному виду, але звертати увагу на їх доцільність з точки зору відображення прогресу досягнення мети програми.

### **Бюджетування, орієнтоване на результат**

Бюджетування, орієнтоване на результат (програмне бюджетування) (БОР), – це процес, що пов'язує бюджет з очікуваними результатами (підсумками, результатами і впливами) та переносить акцент з впроваджуваних ресурсів (наприклад, такі статті витрат як заробітна плата, орендна плата тощо) на заходи та досягнення.

БОР ґрунтується на:

- побудові чіткої стратегічної системи (місія/завдання/цілі);
- встановленні жорстких бюджетних обмежень (низхідні бюджетні ліміти);
- пріоритизації та оцінці вартості програм;
- встановленні зв'язку між асигнуванням ресурсів та ефективністю (чіткі строки/планові показники).

БОР розглядає фінансування охорони здоров'я як процес, в якому ресурси використовуються для отримання результату, пов'язаного з поліпшенням стану здоров'я і продовженням життя населення. БОР припускає, що розподіл ресурсів між бюджетними цільовими програмами (БЦП) здійснюється з прив'язкою до конкретних результатів їх реалізації та з урахуванням середньострокових пріоритетів державної соціально-економічної політики.

У рамках БОР розпорядники бюджетних коштів повинні обґрунтовувати обсяги і структуру своїх видаткових потреб. Для цього вони формулюють стратегічні цілі (на середньострокову та довгострокову перспективу) і тактичні завдання. Більш конкретно реалізація тактичних завдань прописується у внутрішньовідомчих програмах, що містять опис, піддаються кількісній оцінці очікуваних безпосередніх (певний обсяг і якість послуг) і кінцевих (ефект для одержувачів послуг) результатів, а також розгорнуту систему показників виміру цих результатів для попередньої оцінки програми на етапі узгодження проекту бюджету та аналізу її ефективності в ході реалізації.

Як показує світовий досвід, впровадження БОР сприяє підвищенню ефективності бюджетних витрат. Зокрема, при більш ефективному витрачанні коштів з'являється можливість зберегти досягнутий рівень надання бюджетних послуг в умовах дефіцитності бюджетного фінансування. Це видається особливо

важливим при реалізації заходів з протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально значущих захворювань в умовах незбалансованості бюджету на рівні регіону або муніципалітету.

Актуальність розробки методів оцінки ефективності бюджетних витрат (особливо на регіональному і муніципальному рівнях) зумовлена необхідністю відповідності результатів діяльності медичних установ реальним умовам їх фінансування.

Нові вимоги, які пред'являються до бюджетних цільових програм, полягають у здійсненні планування на середньострокову перспективу на основі виявлення проблем, постановці цілей і завдань, розробці комплексу заходів та обґрунтування потреби в ресурсах, які безпосередньо пов'язані з досягнутими результатами (цільовими показниками).

Удосконалення підходів до розробки регіональних програм протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу з урахуванням принципів БОР дасть змогу зробити програми більш прозорим, зрозумілим і ефективним інструментом реалізації національної політики в області ВІЛ-інфекції/СНІДу, включаючи досягнення цілей щодо забезпечення універсального доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки при ВІЛ-інфекції.



**Рисунок 21. Порівняння традиційного бюджету та бюджету, орієнтованого на результат**

### Оцінка потреби в ресурсах

Розвинені країни витрачають значну кількість ресурсів на систему охорони здоров'я, їх досвід у цій сфері надає підстави для твердої переконаності щодо необхідності оцінки ресурсних потреб і вибору найбільш раціонального і економічно ефективного підходу.

З огляду на те, що протидія епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні потребує колосальних ресурсів, науково обґрунтована оцінка потреб у фінансуванні повинна бути ключовим чинником при виборі пріоритетів.

*Модель для розрахунку потреб у ресурсах (МПР)* дає змогу зробити попередню оцінку необхідних коштів для протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Зокрема, модель слугує для розрахунку потреб у ресурсах на реалізацію різних профілактичних заходів, програм з догляду та лікування, а також заходів, спрямованих на

групи ризику та уразливі групи населення, зокрема, заходи втручання, спрямовані на молодь, комерційних секс-працівників та їх клієнтів, профілактика передачі інфекції від матері до дитини, програми зменшення шкоди та ряд інших програм.

МПР використовується при стратегічному плануванні в якості інструменту для аналізу потреб у ресурсах, необхідних для боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом у регіоні або в цілому по країні.

За допомогою МПР також можливо оцінити необхідні ресурси на здійснення програм з догляду та лікування, включаючи паліативний догляд, лікування опортуністичних інфекцій, діагностичне тестування на ВІЛ-інфекцію, АРТ-лікування і лабораторне забезпечення.

Методика розроблення моделі включає три основні складові:

- 1) визначення цільових груп населення;
- 2) визначення вартості одиниці послуг;
- 3) рівень охоплення населення мірою втручання.

Зважаючи на те, що інколи в регіонах відсутні доступні дані про чисельність груп ризику, в моделі можна використовувати оціночні дані, отримані в інших регіонах у поведінкових дослідженнях, скориговані на конкретний регіон. Рівень охоплення населення послугами використовується для оцінки чисельності населення, яке буде фактично користуватися ними.

Для оцінки загальних витрат кількість людей, що користуються послугами з профілактики, множать на вартість одиниці таких послуг. Для оцінки потреб у ресурсах чисельність цільової групи населення множать на вартість одиниці послуг і плановане охоплення.

Оцінки потреб у ресурсах залежать від вихідних даних та припущень:

- чисельність цільових груп населення;
- плановане охоплення;
- вартість одиниці послуг.

Змінні – рівень охоплення населення мірою втручання і витрати на одиницю для кожного втручання – можуть бути змінені регіональними фахівцями відповідно до умов даного регіону.

Оцінка потреб проводиться з метою:

- 1) визначення обсягу фінансування, необхідного для реалізації комплексу заходів по боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- 2) відповіді на питання: «Скільки вам потрібно коштів?»;
- 3) виявлення обсягу дефіциту фінансування;
- 4) приєднання до зусиль із залучення фінансових ресурсів.

#### ***Розрахунок одиниці вартості послуг***

Для розрахунку або оцінки вартості можна використовувати комбінацію двох принципів:

- оцінку вартості конкретної діяльності або заходів;
- оцінку вартості окремих витрат по проекту.

Оцінка вартості окремих витрат визначає вартість витрат на надання конкретних послуг або купівлю певних товарів і розраховується шляхом множення одиниці вартості на кількість необхідних одиниць (наприклад, клієнтів, які потребують отримання тієї чи іншої послуги).

Оцінка вартості конкретної діяльності або заходів визначає вартість всіх витрат, необхідних для виконання тієї чи іншої діяльності, включаючи накладні та інші витрати. Під вартістю програми мають



на увазі вартість усіх ресурсів, необхідних для виконання програмних завдань протягом одного і того ж року. Таким чином, оцінка проводиться з розрахунку економічної вартості послуг і охоплює всі фінансові витрати і ринкову вартість подарованих або субсидованих вкладів (наприклад, робота волонтерів або тест-системи, презервативи, передані проекту на безоплатній основі, тощо).

Для оцінки вартості послуг необхідно знати:

- розмір цільової групи і охоплення послугою;
- опис послуги та її компонентів;
- залучений персонал;
- ціна кожного компонента послуги (препарати, шприці, презервативи, інформаційні матеріали тощо);
- охоплення кожним компонентом (наприклад, лікування ІПСШ у пакеті послуг для СНІ буде надано 10% цільової групи).

### ПРИКЛАД

Вартість 1 послуги лікування:

Препарати:  $P \times Q$

Інші матеріали:  $P \times Q$

Зарплата лікаря:  $P \times Q$

Зарплата медсестри:  $P \times Q$

Інші витрати:  $P \times Q$

Вартість лікування пацієнта:  $\sum_{i=1}^n P_i \times Q_i$  (Сума всіх  $P \times Q$ )!

$P$  - вартість

$Q$  - кількість

Проведення періодичної оцінки вартості послуг необхідне, передусім, для операційного та стратегічного планування, що пов'язує стратегічні завдання регіону або країни з конкретними цілями та заходами для цільових груп населення.

Аналіз вартості тих чи інших послуг є важливим інструментом управління програмою і ключовим компонентом для проведення аналізу економічної ефективності виконаної роботи. У рамках програм з профілактики ВІЛ-інфекції оцінка вартості послуг може допомогти вибрати найбільш раціональні та економічно ефективні напрями роботи з цільовими групами при плануванні та впровадженні програм, а також оцінити раціональність тих чи інших витрат при перегляді бюджетів і подачі заявок на фінансування.

Крім того, дана оцінка є першим кроком до проведення більш детальної оцінки ефективності профілактичних програм, які виконуються у регіоні, а також розрахунку вартості одного випадку інфікування ВІЛ-інфекцією, якого вдалося уникнути. Інформація, яка може бути отримана в результаті проведення оцінки економічної та програмної ефективності профілактичних програм, може стати дієвим інструментом адвокації при прийнятті рішень щодо виділення і розподілу коштів на боротьбу з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні.

### **Економічний аналіз фінансових ресурсів**

*Економічний аналіз фінансових ресурсів* – комплексне вивчення стану фінансової забезпеченості держави в цілому або окремо регіонів з метою підвищення ефективності використання наявних фінансових ресурсів.

Для досліджень ефективності програм необхідно поєднувати аналіз різних параметрів та показників ефективності, наприклад: витрат, процесу реалізації програми, конкретних результатів, наслідків та впливу, які прямо пов'язані з програмною/проектною діяльністю, її цілями та завданнями.



**Рисунок 22. Основні параметри ефективності програми боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом**

Економічний аналіз дає змогу отримати наступну інформацію:

- загальний обсяг фінансових витрат на програми і проекти, спрямовані на протидію поширенню ВІЛ-інфекції;
- оцінку виконання фінансових зобов'язань органами та організаціями, що фінансують, у різних розрізах аналізованої інформації, у тому числі – виконання державних зобов'язань у рамках програм;
- оцінку масштабів фінансування напрямів діяльності в галузі протидії ВІЛ-інфекції;
- співвідношення часток державних і міжнародних джерел фінансування в загальному обсязі коштів у наступних розрізах аналізованої інформації: за окремою програмою; за видами діяльності; за статтями витрат; по постачальникам товарів/послуг;
- витрати на одиницю наданої допомоги, товару, послуги;
- витрати на одного одержувача послуг за видами діяльності.

До основних завдань економічного аналізу відносяться:

- об'єктивна оцінка компонентів трудових, матеріальних і фінансових ресурсів;
- оцінка ефективності використання всіх видів ресурсів;
- контроль і оцінка виконання планових показників програм;
- визначення поточного стану об'єкта аналізу;
- підготовка і обґрунтування прийнятих управлінських рішень;
- аналіз ефективності управлінських рішень тощо.

Економічний аналіз складається з наступних етапів:

- збір інформації;
- первинна обробка зібраної інформації (перевірка, групування, систематизація);
- вивчення стану та закономірностей розвитку досліджуваних об'єктів;
- визначення впливу факторів на результати діяльності організації;
- виявлення невикористаних резервів і визначення перспективних напрямів підвищення ефективності;
- узагальнення результатів та комплексна оцінка діяльності організації;
- обґрунтування планів економічного розвитку, управлінських рішень.

Визначається наступний алгоритм економічного аналізу:

- визначення мети та завдань аналізу;

- складання плану аналітичної роботи;
- розробка системи показників, за допомогою яких характеризується об'єкт аналізу;
- збір і підготовка необхідної інформації (перевірка її точності і надійності, забезпечення порівнянності і т.д.);
- порівняння фактичних результатів діяльності з показниками плану звітного року, фактичними даними минулих років і т.д.;
- проведення факторного аналізу (виділяються фактори і визначається їх вплив на кінцевий результат);
- виявлення невикористаних резервів підвищення ефективності діяльності;
- оцінка результатів діяльності з урахуванням дії різних факторів та виявлення невикористаних резервів;
- розробка заходів щодо максимального використання резервів;
- збір, аналіз, прогнозування;
- моніторинг використання фінансових коштів на програми і заходи;
- формування рекомендацій для прийняття рішень з ефективного розподілу фінансових ресурсів;
- вироблення регіональної політики у сфері фінансування проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДУ.



**Рисунок 23. Роль інструментів моніторингу, оцінки та планування в економічному аналізі.**

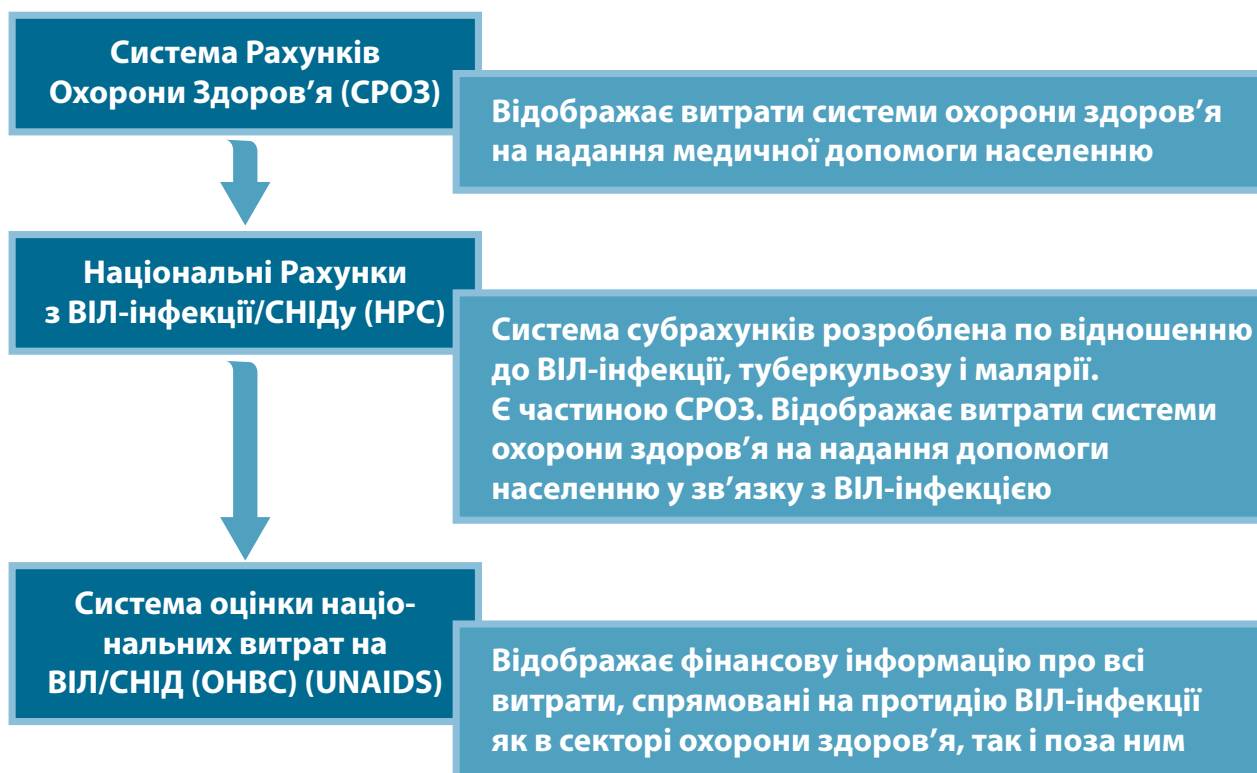
Інструменти для аналізу витрат на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДУ:

1. Система Рахунків Охорони Здоров'я (СРОЗ).
2. Національні Рахунки з ВІЛ-інфекції/СНІДУ (НРС).
3. Система оцінки національних витрат на ВІЛ-інфекцію/СНІД (ОНВС).

Ці інструменти є компонентами комплексного економічного аналізу і дають змогу відповісти на всі необхідні для аналізу запитання:

- *Пакет оцінки та прогнозування:* наскільки поширена ВІЛ-інфекція?

- *Spectrum*: як епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу позначається на демографічній ситуації в країні?
- *ОНВС*: скільки коштів витрачається на боротьбу з ВІЛ-інфекцією/СНІДом?
- *МПР*: Скільки коштів необхідно?
- *Цілі*: Як розподілити наявні ресурси для досягнення оптимального результату?



**Рисунок 24. Інструменти для аналізу витрат на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу**

#### **Система оцінки національних витрат на ВІЛ-інфекцію/СНІД**

Методика відстеження ресурсів у рамках оцінки національних витрат на СНІД (ОНВС) призначена для опису фінансових потоків і витрат з використанням тих самих категорій, як і для опису глобальних оціночних потреб у ресурсах.

Такий підхід застосовується з метою забезпечення необхідної інформації про фінансовий розрив між наявними та необхідними ресурсами, а також для подальшої гармонізації різних інструментів політики, що використовуються у сфері СНІДу.

ОНВС забезпечує фінансові показники, що стосуються здійснення країною заходів у відповідь на СНІД, і дає змогу проводити аналіз мобілізації ресурсів. Таким чином, ОНВС представляє собою інструмент для включення постійної системи фінансової інформації в національні рамки МіО та фінансового аналізу.

Питання, на які відповідає ОНВС:

- Якими є національні витрати на боротьбу з ВІЛ-інфекцією/СНІДом?
- Як розподіляються ресурси (наприклад, між профілактикою, лікуванням і адміністративними заходами тощо)?
- Звідки і в якому обсязі надходить фінансування (наприклад, державне, від партнерів, приватного сектору тощо)?

ОНВС має на меті кілька цілей. У короткостроковому плані ОНВС може бути корисною для отримання інформації про показник ССГАООН, що стосується державних витрат; у довгостроковому плані вся інформація, що отримується в результаті ОНВС, може використовуватися для:

- аналізу реалізації національного або регіонального стратегічного плану;
- оцінки прогресу в досягненні програмних цілей, таких як забезпечення загального доступу до лікування та догляду тощо;
- отримання даних про виконання принципу взаємодоповнюваності, передбаченого деякими міжнародними донорами чи установами;
- виявлення нераціонального або неефективного використання ресурсів;
- аналізу ефективності витрат;
- адвокації впровадження перерозподілу або реформ у процес бюджетного планування.

### **Принципи проведення аналізу ефективності витрат. Методи аналізу ефективності витрат**

В умовах обмежених фінансових ресурсів першочерговим завданням є вибір пріоритетів, який здійснюється з використанням медико-демографічних даних про соціальні втрати населення керованої території внаслідок захворюваності та її наслідків.

Визначення пріоритетів у сфері охорони здоров'я – це завдання медиків, епідеміологів, економістів, політиків, представників засобів масової інформації. Так, аналізуючи картини смертності і захворюваності, медики та епідеміологи роблять свій внесок у процес прийняття рішень за допомогою виявлення таких захворювань, які за своїми поширеністю та наслідками призводять до найбільших соціальних і економічних втрат.

Інформація про соціальні втрати населення внаслідок окремих хвороб повинна аналізуватися спільно з фінансовою інформацією, яка збирається за певною схемою, для того, щоб оцінити витрати, які несе територіальна система охорони здоров'я, на профілактику, лікування та реабілітацію населення по кожному з розглянутих захворювань.

Завдання економістів та органів управління охороною здоров'я – зіставлення ефективності різних рішень щодо розвитку галузі з точки зору необхідних витрат і результатів. На поточні та довгострокові пріоритети значний вплив має цілий ряд факторів, включаючи бюджетні обмеження, попит на послуги і політичний тиск.

Для проведення аналізу ефективності витрат можна запропонувати використовувати метод аналізу ефективності витрат на охорону здоров'я на регіональному рівні з метою створення бюджету, орієнтованого на результат. Мета такого аналізу – зіставлення сукупних витрат бюджету і позабюджетних державних фондів на фінансування системи охорони здоров'я з величинами соціальних втрат суспільства від хвороб. У сукупні витрати можуть бути включені не тільки витрати закладів охорони здоров'я на профілактичну, лікувальну і реабілітаційну діяльність, але і витрати, пов'язані з іншими видами соціальної активності, що сприяють запобіганню виникнення і розвитку хвороб серед населення.

Аналіз ефективності витрат в охороні здоров'я може бути умовно розділений на 3 рівні:

- Соціальна ефективність (характеризується показниками громадського здоров'я – смертність від керованих причин, первинний вихід на інвалідність, тимчасова непрацездатність через хворобу та ін.). Оцінка проводиться на макрорівні органами виконавчої та законодавчої влади за участі громадських організацій і населення.
- Структурна ефективність (характеризується показниками Програми держгарантій за видами медичної допомоги – швидка, стаціонарна, амбулаторно-поліклінічна тощо). Оцінка проводиться на рівні галузі охорони здоров'я муніципальної освіти або в цілому регіоні органами управління охорони здоров'я.
- Медико-економічна ефективність (характеризується показниками досягнення результату в лікуванні тих чи інших захворювань при застосуванні різних методів і схем лікування). Оцінка проводиться на рівні закладів охорони здоров'я органами управління закладів.

На кожному рівні може бути використаний один з 4 методів аналізу ефективності витрат, що використовують на практиці:

- метод «мінімізації витрат»;
- метод «витрати – ефективність»;
- метод «витрати – вигода»;
- метод «витрати – корисність».

Таблиця 8. Методи ефективності аналізу витрат

Методики оцінки ефективності	Контроль ефективності	Забезпечення ефективності	Рівні управління охороною здоров'я
<b>1. Аналіз мінімізації витрат (АМЗ)</b>	Отримані медичні результати / витрати в порівнянні з нормативними	Забезпечення технологічної ефективності	Медична допомога пацієнту (групам пацієнтів)
<b>2. Аналіз ефективності витрат (АЕЗ)</b>	Психічного здоров'я / витрати в порівнянні з кращими або середніми показниками	Забезпечення ефективності витрат	Охорона здоров'я для населення, що обслуговується
<b>3. Аналіз вигідності витрат (АВЗ)</b>	Вартість збереженого фізичного та психологічного здоров'я / витрати в порівнянні з вигодою від інших програм	Забезпечення ефективності інвестицій	Охорона здоров'я як сектор економіки регіону, країни
<b>4. Аналіз корисності витрат (АПЗ)</b>	Поліпшення фізичного, психологічного і соціального благополуччя населення / витрати в порівнянні з іншими рішеннями	Забезпечення ефективності інвестицій	Всі рівні

Аналіз ефективності витрат є необхідною складовою для впровадження механізму бюджетування, орієнтованого на результат (БОР), оскільки він визначає, чи призводить зміна умов фінансування до бажаних результатів.

#### 4.4. Організація роботи з бюджетним запитом

##### Формування бюджетного запиту

Бюджетний запит формується головним розпорядником та подається місцевому фінансовому органу, що використовує його для складання проекту бюджету (Рисунок 25).

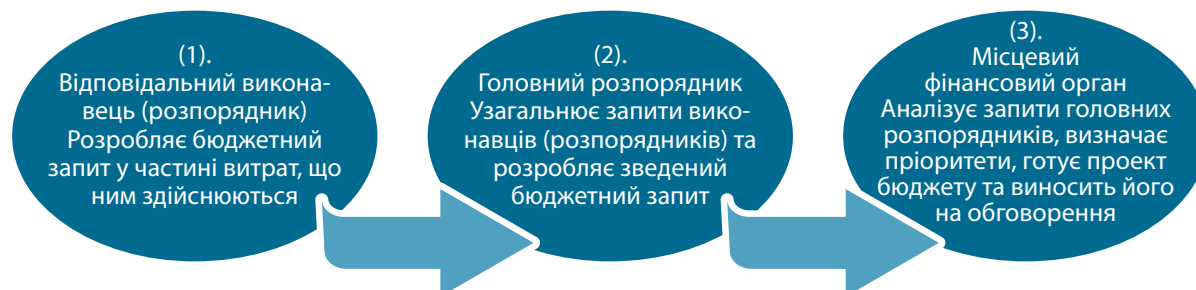


Рисунок 25. Функції розпорядників бюджетних коштів щодо заповнення бюджетних запитів.

Для формування бюджетних запитів місцевий фінансовий орган доводить до головного розпорядника граничний обсяг видатків у цілому по головному розпоряднику. Головний розпорядник здійснює розподіл граничного обсягу видатків за кодами тимчасової класифікації видатків та кредитування (бюджетними програмами) та формує бюджетні запити.



Бюджетні запити складаються за всіма кодами тимчасової класифікації видатків та кредитування (бюджетними програмами). Всі показники та інформація, приведені у бюджетних запитах, мають бути підтверджені офіційною звітністю (статистичною або внутрішньою звітністю головного розпорядника). Якщо така звітність відсутня, то вона запроваджується одночасно з формуванням бюджетного запиту.

Бюджетний запит складається із трьох форм. Перша форма містить розподіл граничного обсягу видатків за бюджетними програмами та прогноз видатків на наступні за плановим три роки, інформацію про стратегічні цілі та завдання головного розпорядника із зазначенням показників результату за кожним завданням.

Друга форма бюджетного запиту містить ґрунтовний виклад розподілених обсягів видатків по кожній бюджетній програмі і складається із інформації стосовно:

- основної мети виконання бюджетної програми;
- прогнозу надходжень на виконання бюджетної програми, який, зокрема, включає кошти із загального фонду бюджету, власні надходження бюджетних установ, кредити міжнародних організацій;
- розподілу видатків/надання кредитів у розрізі економічної класифікації/класифікації кредитування та напрямів використання коштів;
- результативних показників, які характеризують виконання бюджетної програми;
- структури видатків на оплату праці та чисельності зайнятих у бюджетних установах;
- переліку цільових програм, які виконуються в межах бюджетних програм;
- аналізу використання бюджетних коштів, управління кредиторською та дебіторською заборгованістю.

Крім того, друга форма бюджетного запиту містить інформацію стосовно переліку положень нормативно-правових актів, виконання яких у плановому році не забезпечується граничним обсягом видатків/надання кредитів загального фонду, із зазначенням сум.

Третя форма бюджетного запиту містить інформацію щодо додаткових бюджетних коштів, необхідних для реалізації бюджетних програм понад обсяги, визначені у межах граничного обсягу видатків, з детальними обґрунтуваннями та зміною результативних показників у разі їх виділення.

Для формування бюджетного запиту головний розпорядник доводить до розпорядників, що входять до його мережі (якщо такі є), граничні обсяги видатків, які передбачаються для них.

Розпорядники формують бюджетні запити в частині своїх видатків за такою ж формою та у такому ж порядку, як і головні розпорядники, та подають їх головним розпорядникам для зведення.

### **Особливості виконання бюджетних видатків, спрямованих на подолання ВІЛ-інфекції/СНІДУ. Основні документи**

Для забезпечення своєї діяльності установа складає індивідуальні кошториси, плани асигнувань загального фонду бюджету, плани надання кредитів із загального фонду бюджету, плани спеціального фонду за кожною виконуваною нею бюджетною програмою (функцією). Тільки за наявності цих документів та в межах, установлених ними, установа може брати бюджетні зобов'язання і витратити бюджетні кошти.

Кошторис – це основний документ бюджетної установи, який містить річні обсяги видатків за повною економічною класифікацією з розподілом на загальний та спеціальний фонди.

План асигнувань загального фонду бюджету – це помісячний розподіл бюджетних асигнувань, затверджених у загальному фонді кошторису за скороченою формою економічної класифікації видатків. План асигнувань загального фонду бюджету регламентує протягом року взяття бюджетних зобов'язань та здійснення платежів відповідно до них. Аналогічну форму має план надання кредитів із загального фонду.

План спеціального фонду крім помісячного розподілу видатків (надання кредитів) спеціального фонду за скороченою економічною класифікацією містить також помісячний розподіл обсягів надходжень до спеціального фонду за класифікацією доходів (фінансування) бюджету.

Одержувачі (зокрема громадські організації) витрачають бюджетні кошти відповідно до плану використання бюджетних коштів. План використання бюджетних коштів – це розподіл бюджетних асигнувань, затверджених у кошторисі, в розрізі видатків, структура яких відповідає повній економічній класифікації видатків та класифікації кредитування бюджету.

Проекти зведених кошторисів є основою для формування головними розпорядниками бюджетних запитів. Обсяги надходжень до спеціального фонду проекту кошторису визначаються на підставі розрахунків, які складаються за кожним джерелом доходів та/або фінансування бюджету чи повернення кредитів до бюджету, що плануються на наступний рік. А залишки коштів за спеціальним фондом кошторисів у процесі складання та затвердження проектів кошторисів не плануються.

За основу цих розрахунків беруться такі показники:

- обсяг надання тих чи інших платних послуг, а також інші розрахункові показники (площа приміщень і вартість обладнання та іншого майна, що здаються в оренду, кількість місць у гуртожитках, кількість відвідувань музеїв, виставок тощо) та розмір плати в розрахунку на одиницю показника, який повинен встановлюватися відповідно до законодавства;
- прогнозний обсяг повернення коштів до бюджету, що мають цільове призначення.

На підставі зазначених показників визначається сума надходжень на наступний рік за кожним їх джерелом з урахуванням конкретних умов роботи установи. Під час формування показників, на підставі яких визначаються надходження планового періоду, обов'язково враховується рівень їх фактичного виконання за останній звітний рік, а також очікуваного виконання за період, що передує планованому. Показники повинні наводитися в обсязі, зазначеному в розрахунку, і повністю відповідати показникам бухгалтерської звітності за відповідні періоди.

Асигнування на централізовані заходи, які здійснюються головними розпорядниками, включаються до кошторисів тільки у разі, коли проведення таких заходів за рахунок коштів бюджету не суперечить законодавству. До централізованих заходів належать заходи з організації та здійснення безпосередньо апаратом головного розпорядника або апаратом уповноваженого ним розпорядника нижчого рівня або уповноваженою ним установою закупівель товарів, робіт і послуг у рамках реалізації затверджених у встановленому порядку державних цільових програм, а також загальнодержавних заходів програмного характеру з метою забезпечення відповідними товарами, роботами, послугами закладів та установ системи головного розпорядника та/або співвиконавців відповідних державних цільових програм.

Показники видатків або надання кредитів з бюджету, що включаються до проекту кошторису, повинні бути обґрунтовані відповідними розрахунками за кожним кодом економічної класифікації видатків або класифікації кредитування бюджету і деталізовані за видами та кількістю товарів (робіт, послуг) із зазначенням вартості за одиницю.

Проекти кошторисів уточнюються після прийняття закону про Державний бюджет України (рішення про місцевий бюджет) на підставі лімітних довідок про бюджетні асигнування. На основі уточнених зведених кошторисів Міністерством фінансів України (місцевим фінансовим органом) формується розпис та доводиться до Державного казначейства. Державне казначейство доводить до головних розпорядників витяги з розпису, які є підставою для затвердження кошторисів, планів асигнувань та планів використання бюджетних коштів.

### ***Правила та процедури здійснення поточних і капітальних видатків***

Розпорядники мають право провадити діяльність виключно в межах асигнувань, затверджених кошторисами, планами асигнувань загального фонду бюджету, планами надання кредитів із загального фонду бюджету, планами спеціального фонду, за наявності витягу, доведеного органом Державного казначейства, що підтверджує відповідність цих документів даним казначейського обліку.

З цією метою розпорядники, які отримали від органів Державного казначейства витяг, повинні подати цим органам дані про розподіл показників зведених кошторисів, планів асигнувань загального фонду

бюджету, планів надання кредитів із загального фонду бюджету, планів спеціального фонду, а також зведених планів використання бюджетних коштів і зведених помісячних планів використання бюджетних коштів у розрізі розпорядників нижчого рівня та одержувачів. Зазначені показники доводяться до відповідних органів Державного казначейства за місцем розташування розпорядників нижчого рівня та одержувачів.

Видатки здійснюються лише за наявності взятого розпорядником бюджетних коштів в установленому порядку бюджетного зобов'язання (наказ Державного казначейства України від 09 серпня 2004 р. № 136<sup>53</sup>). Розпорядники бюджетних коштів за умови взяття зобов'язання протягом 7 робочих днів з дати його виникнення подають до відповідного органу Державного казначейства України реєстр своїх зобов'язань, а у разі, коли за ними застосовуються процедури закупівель товарів, робіт, послуг за державні кошти – документи, що підтверджують проведення закупівлі та передбачені законодавством у сфері державних закупівель.

Документи, надані розпорядником бюджетних коштів, опрацьовуються органом Державного казначейства за поточними видатками від 1 до 3 днів, за капітальними видатками – до 5 днів. Особливості фінансування капітального будівництва визначені постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 р. № 1764<sup>54</sup>. Зокрема, зазначеною постановою встановлено, що підприємствам, установам та організаціям державної і комунальної форми власності державні капітальні вкладення надаються на безповоротній основі, а підприємствам, установам та організаціям іншої форми власності – на умовах кредиту для фінансування капітального будівництва, проектні терміни якого не перевищують трьох, а в окремих випадках – п'яти років.

Для здійснення видатків на капітальне будівництво за рахунок державних капітальних вкладень, крім документів, що подаються відповідно до наказ Державного казначейства України від 09 серпня 2004 р. № 136<sup>55</sup>, замовники подають до відповідних органів Державного казначейства за місцем розташування такі документи:

- титул будови (об'єкта) або титул перехідної будови (об'єкта);
- внутрішньобудівельний титул будови (об'єкта);
- титул на виконання проектно-вишукувальних робіт для будівництва;
- договір підряду (контракт) з визначенням вартості будівництва, форм розрахунків за виконані роботи та майнової відповідальності за порушення умов договору підряду (контракту). У разі здійснення будівництва об'єкта кількома генеральними підрядниками договір підряду (контракт) подається окремо щодо кожного виконавця, для перехідних об'єктів – додатковий договір до договору підряду (контракту) на виконання робіт у поточному році;
- наказ, рішення про затвердження проектно-кошторисної документації на чергу будівництва, пусковий комплекс або об'єкт.

У разі подання замовником не всіх визначених у пункті 8 цього Порядку документів або їх невідповідності встановленим вимогам органи Державного казначейства не здійснюють видатки на капітальне будівництво і в семиденний термін повертають документи на доопрацювання. Державні капітальні вкладення на умовах кредиту надаються лише у разі забезпечення виконання зобов'язань з його погашення заставою або поручительством.

#### **4.5. Залучення ресурсів міжнародної технічної допомоги та донорських програм (Нечосіна О.)**

##### **Основи фандрейзінгу**

Для реалізації будь-якої діяльності необхідно залучати певні види ресурсів. Залежно від виду діяльності специфіка їх залучення буде різною. У випадку комерційної діяльності, що передбачає отримання

53 <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1068-04>

54 <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1764-2001-%D0%BF>

55 <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1068-04>

економічного прибутку, кошти вкладають люди або організації, які у майбутньому зацікавлені в отриманні прибутку, або кошти залучаються як позики або кредити. В результаті успішної комерційної діяльності вони отримують дохід та прибуток.

Організації, що працюють у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, займаються некомерційною діяльністю, яка не передбачає отримання економічного прибутку. Соціальні програми та проекти мають на меті отримання соціальної вигоди або соціального прибутку, які не передбачають матеріальних вигод. Більш того, для здійснення цих соціальних програм необхідні значні ресурси.

Залучення ресурсів, або *фандрейзінг* (запозичене слово з англійської fundraising) – це діяльність з добровільної мобілізації внутрішніх та залучення зовнішніх ресурсів для здійснення суспільно важливої безкорисливої діяльності або пошук джерел ресурсів, необхідних для здійснення діяльності неприбуткових організацій.

Фандрейзінг не завжди передбачає залучення саме коштів. Всього існує п'ять видів ресурсів, які можливо та потрібно залучати в рамках фандрейзінгової діяльності:

1. Фінансові ресурси – гранти від донорських організацій, членські внески, благодійні пожертви від фізичних та юридичних осіб тощо.
2. Матеріальні ресурси – різні види товарів, які безоплатно надаються організації.
3. Людські ресурси – праця волонтерів, які виконують певні види робіт.
4. Професійні ресурси – безкоштовні послуги спеціалістів та консультантів з різних питань, технічна допомога з розбудови потенціалу.
5. Інформаційно-методичні ресурси – методики, друковані видання, інші інформаційні матеріали, тренінги, стажування.

Основні джерела ресурсів:

1. Донорські організації, які розподіляють кошти для реалізації проектів (гранти) на постійній основі.
2. Комерційні структури, які можуть періодично надавати благодійну допомогу.
3. Органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, які виділяють кошти для реалізації програм та утримання бюджетних установ.
4. Фізичні особи.
5. Недержавні неприбуткові організації, які акумулюють та розподіляють кошти.

### **Благодійництво та його види**

Закон України «Про благодійництво та благодійні організації» визначає, що таке благодійництво, які види благодійництва існують та яким чином здійснюється благодійна діяльність. Отже, *благодійництво* – це добровільна безкорислива жертва фізичних та юридичних осіб у поданні набувачам матеріальної, фінансової, організаційної та іншої благодійної допомоги. Таким чином, благодійництвом можуть займатися як окремі люди, так і організації та установи (благодійники), які надають різні види допомоги та не очікують від цього якої-небудь користі (або прибутку). Набувачами благодійної допомоги також можуть бути окремі люди або організації та установи, які потребують та отримують таку допомогу. Але існують спеціальні благодійні організації, головною метою їх діяльності є здійснення благодійної діяльності в інтересах суспільства або окремих категорій осіб. Благодійні організації завжди є недержавними.

Специфічними формами благодійництва є *меценатство* і *спонсорство*. Головна відмінність меценатства – це благодійна діяльність завжди конкретної людини (а не організації чи установи). Спонсорство відрізняється від благодійництва тим, що надавачі допомоги очікують отримати певну користь – у вигляді популяризації свого імені або назви, чи товарної марки. Таким чином, спонсорство є певним видом реклами. Тому спонсори бачать сенс підтримувати ті заходи, завдяки яким можна буде поінформувати якомога більшу кількість людей про себе або про свій товар – наприклад, концерти, спортивні змагання, фестивалі тощо.

Наступне важливе питання – хто може отримувати благодійну допомогу. Відповідно до Закону України «Про благодійництво та благодійні організації» набувачами благодійної допомоги можуть бути юридичні особи.

### **Законодавче регулювання діяльності із залучення ресурсів**

Всі категорії організацій, які мають статус неприбутковості відповідно до ст. 7.11 Закону України «Про оподаткування прибутку підприємств», можуть займатися фандрейзінгом, тобто залученням ресурсів. Категорії неприбуткових організацій визначено у наведеному нижче списку.

Органи державної влади України, органи місцевого самоврядування та створені ними установи або організації:

- (код 0001) – органи державної влади України;
- (код 0002) – установи, організації, створені органами державної влади України;
- (код 0003) – органи місцевого самоврядування;
- (код 0004) – установи, організації, створені органами місцевого самоврядування.

Благодійні фонди та благодійні організації:

- (код 0005) – благодійні фонди (організації);
- (код 0006) – громадські організації;
- (код 0007) – творчі спілки;
- (код 0008) – політичні партії.

Пенсійні фонди, кредитні спілки:

- (код 0009) – пенсійні фонди;
- (код 0010) – кредитні спілки;
- (код 0011) – інші юридичні особи, діяльність яких не передбачає одержання прибутку згідно з нормами відповідних законів;
- (код 0012) – спілки, асоціації та інші об'єднання юридичних осіб, створені для представлення інтересів засновників, що утримуються лише за рахунок внесків таких засновників та не проводять господарської діяльності, за винятком отримання пасивних доходів;
- (код 0013) – релігійні організації, зареєстровані у порядку, передбаченому законом;
- (код 0014) – науково-дослідні установи та вищі навчальні заклади III-IV рівня акредитації, внесені до Державного реєстру наукових установ, яким надається підтримка держави, заповідники, музеї-заповідники;
- (код 0015) – житлово-будівельні кооперативи, об'єднання співвласників багатоквартирних будинків, створені у порядку, передбаченому законом;
- (код 0016) – професійні спілки, їх об'єднання та організації профспілок, утворені у порядку, передбаченому законом.

Оскільки цей посібник орієнтовано на представників органів влади та бюджетних установ, потрібно зазначити окремі нормативні акти, які визначають порядок залучення ними коштів з інших джерел (крім бюджетних) та порядок їх використання.

Отже, ці установи є неприбутковими та мають коди 0001 – 0004. Відповідно до статті 7.11.2 від оподаткування звільняються у тому числі такі види доходів:

- кошти або майно, які надходять безоплатно або у вигляді *безповоротної фінансової допомоги чи добровільних пожертввань*;



- дотації або субсидії, отримані з державного або місцевого бюджетів, державних цільових фондів або у межах благодійної, у тому числі гуманітарної допомоги чи технічної допомоги, що надаються таким неприбутковим організаціям відповідно до умов міжнародних договорів.

Порядок використання благодійних внесків бюджетними установами визначено у Постанові КМУ від 4 серпня 2000 р. №1222 «Про затвердження Порядку отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних та фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування». Як видно з назви Порядку, практично всі бюджетні установи мають право залучати благодійну допомогу для реалізації своїх завдань.

### **Написання проектів як один зі способів залучення ресурсів**

Як було зазначено вище, написання проектів у донорські організації є одним зі способів залучення фінансових ресурсів для вирішення соціально важливих проблем.

*Проект* – це унікальна діяльність, яка визначена за терміном дії, спрямована на досягнення визначеного результату, з використанням чітко визначених обсягів ресурсів та дотриманням термінів, вимог якості та ризику. Проектний підхід вперше було застосовано наприкінці 50-х років минулого століття для високотехнологічних (будівництво, військова діяльність тощо) та бізнес-процесів, але згодом його почали успішно застосовувати для соціальних проектів.

Проект має такі характеристики:

- *Обмеженість у часі діяльності проекту* (це не стосується результатів проекту). Відмінність проекту від програми полягає в тому, що програма складається з набору проектів, тому її часові рамки визначені орієнтовно.
- *Унікальні продукти, послуги та результати*. Тільки запуск нового продукту або послуги є проектом, в іншому випадку – це серійне виробництво з плановими показниками.
- *Послідовна розробка* – передбачає розвитку у часі, але етапи проекту мають відповідати запланованому початковому змісту. Виключення становлять нетрадиційні наукові проекти, коли процес планування здійснюється паралельно з процесом реалізації.

Отже, проект відрізняється від одноманітної (поточної) діяльності інноваційністю, унікальними продуктами та життєвим циклом. Як правило, проекти є складовими програм (стратегічних планів), їх основні відмінності наведені у таблиці 9.

**Таблиця 9. Відмінність проектів та програм**

Проект	Програма
Вузький масштаб вирішення проблеми (усунення окремих причин існування проблеми)	Широкий масштаб вирішення проблеми
Мінімум відхилень від запланованих результатів	Передбачення та прийняття змін з можливістю коригування програми
Дотримання бюджету, часових рамок та запланованого результату	Ефективність та відкриття нових перспектив, використання можливостей
Менеджер проекту керує безпосередніми виконавцями	Керівник програми керує менеджерами проектів
Менеджери проекту – гравці в команді	Керівники програми – лідери, які забезпечують бачення
Деталізоване (операційне) планування	Стратегічне планування



Проект має певний життєвий цикл, тобто послідовність фаз проекту, яка визначається з урахуванням потреб управління проектом. Традиційно визначають п'ять фаз:

- ініціювання;
- планування;
- виконання;
- контроль та моніторинг;
- завершення.

Вивчення підходів до роботи на двох перших фазах (ініціювання та планування проектів) є необхідним для подання пропозицій у донорські організації для отримання фінансування. Етап ініціювання проекту починається з ідеї проекту. Як правило, у стратегічному плані вже визначені стратегічні завдання та заходи, для реалізації яких необхідно залучити фінансування. Для цього необхідно постійно проводити моніторинг та аналіз пріоритетів конкурсних оголошень.

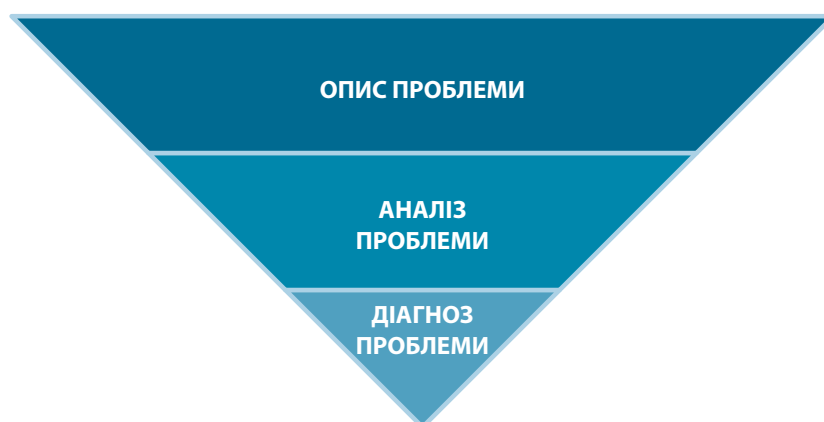
Різні грантодавці мають різні вимоги до оформлення проектів, які зазначаються в конкурсному оголошенні та аплікаційній формі. Як правило, проектна пропозиція обов'язково містить такі розділи:

- A. Визначення та аналіз проблеми, обґрунтування необхідності проекту.
- B. Формулювання мети проекту.
- C. Розробка завдань та заходів проекту.
- D. Визначення системи результатів проекту та індикаторів.
- E. Бюджет проекту.
- F. Життєздатність проекту.

*A. Визначення та аналіз проблеми, обґрунтування необхідності проекту.*

При порівнянні проекту та програми було зазначено, що проект має більш сфокусований на проблемі характер ніж програма, проект може розв'язати конкретну проблему або усунути причину її існування. У процесі стратегічного планування та розроблення програм аналізуються причини виникнення чи існування проблеми (дерево проблем), для написання проекту здійснюється більш детальний аналіз.

Аналіз проблеми для написання проекту здійснюється по принципу трикутника:



На самому початку проблема зазначається дуже загально, наприклад – існування епідемії, потім проводиться аналіз її причин, за результатами якого визначається «діагноз» проблеми. Для проведення аналізу проблеми доцільно використовувати наступні контрольні питання:

Опис проблеми:

- Звідки ми знаємо про наявність проблеми?
- Кого саме та якої кількості людей стосується проблема?
- Де (в якому місті) існує проблема?
- Яким є масштаб проблеми?

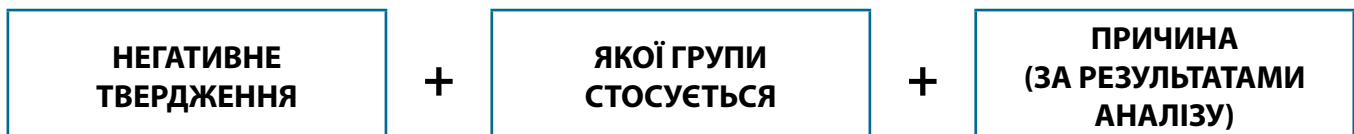
Аналіз проблеми:

- Причини виникнення (існування).
- Що зроблено до цього часу для розв'язання проблеми?
- Які зміни відбудуться, якщо проблему буде розв'язано?

Діагноз проблеми:

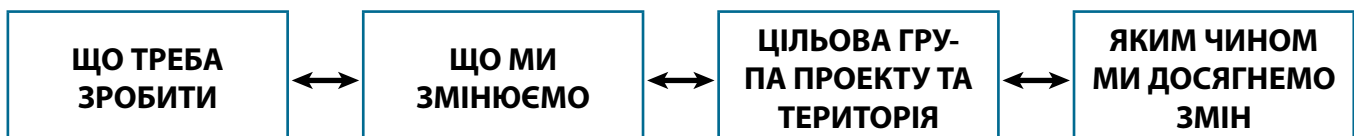
- Яку з причин проблеми ми можемо та хочемо усунути?
- Яким чином ми плануємо розв'язати вузьку проблему?
- Що може перешкоджати розв'язанню проблеми?

Дуже важливо коротко, одним реченням сформулювати проблему проекту:



*В. Формулювання мети проекту.*

На основі «діагнозу» проблеми формулюється мета проекту – коротке речення, яке позитивно відображає розв'язання проблеми. Мета проекту не може бути сформульована як місія стратегічного плану або стратегічна мета, але вона може відповідати рівню стратегічних завдань. Мета проекту має наступні елементи:



*С. Розробка завдань та заходів проекту.*

Завдання проекту – це дії, що будуть реалізовані для досягнення поставленої мети. Чітко сформульовані завдання полегшать моніторинг діяльності, оцінку позитивних змін, а також дадуть відповідь на ключове питання: «Як ми дізнаємось, що досягли бажаних результатів?».

При формулюванні завдань та заходів проекту необхідно дотримуватися критеріїв SMART, які розшифровуються в перекладі з англійської таким чином:

- *Specific* – конкретний. Завдання мають відображати конкретні бажані досягнення, а не способи їх реалізації. Завдання мають базуватись на конкретних діях і бути досить докладними для розуміння, також вони мають охоплювати чіткий напрямок.
- *Measurable* – вимірюваний. Завдання мають бути кількісно вимірюваними для забезпечення можливості подальшої оцінки їх виконання. Звітність має вбудовуватися в процес планування. Метод для вимірювання виконання завдання потрібно визначити до фактичного початку роботи.
- *Aggressive but attainable* – амбіційний, але досяжний. Завдання мають стимулювати навіть більш амбітні досягнення, але не повинні вимагати неможливого. Завдання завжди мають відповідати наявним ресурсам.
- *Results-oriented* – орієнтований на результат. Завдання мають забезпечити отримання зазначеного результату.

- *Time-bound* – обмежений часовими рамками. Завдання повинні мати часові рамки, тобто передбачати часовий відрізок на виконання.

Як правило, в апікаційних формах визначено формат написання завдань та заходів.

*D. Визначення системи результатів проекту та індикаторів.*

Обов'язковим елементом проектної пропозиції є зазначення позитивних змін, які відбудуться внаслідок дії проекту і їх вплив на цільові групи, та внесок у розв'язання загальної проблеми. Зміни можуть бути довгостроковими (на рівні впливу) та короткостроковими – конкретні результати. Для наочності в таблиці наводимо співвідношення складових проекту рівням результатів та індикаторів моніторингу та оцінки.

**Таблиця 10. Співвідношення складових проекту рівням результатів та індикаторів моніторингу та оцінки**

Складові проекту	Результати	Рівень індикаторів (МіО)
<b>Мета проекту</b> – позитивне відображення розв'язання проблеми	Довгострокові	<b>Наслідки</b> – ефект від досягнення результатів. <i>Частково для масштабних проектів: вплив</i> – значні зміни, які відбудуться завдяки наслідкам.
<b>Завдання проекту</b> – дії, що будуть реалізовані для досягнення поставленої мети	Короткострокові	<b>Результат</b> – досягнення, які може гарантувати команда проекту.
<b>Заходи</b> – види діяльності, які необхідні для досягнення запланованих результатів		<b>Процес</b> – вироблення продуктів, надання послуг. <b>Внесок</b> – витрачені ресурси.

*E. Бюджет проекту.*

Проект завжди має обмежені ресурси, які чітко визначені у бюджеті. Різні донори мають різні вимоги до складання бюджету – статті витрат, які вони підтримують та не підтримують, пропорції між статтями, формат бюджету. Потрібно пам'ятати, що донор ніколи не профінансує всіх витрат проекту, тому розробник проекту обов'язково має показати внесок з інших джерел.

*F. Життєздатність проекту.*

Це дуже важливий, іноді вирішальний фактор для донора під час прийняття рішення щодо фінансової підтримки проекту. Проект завжди має унікальні результати та продукти. Завдяки дії проекту можуть бути створені якісно нові моделі, запроваджені нові технології, посилено спроможність визначених груп людей шляхом спеціального навчання, що в подальшому буде використовуватися в поточній діяльності відповідних установ/організацій на користь суспільства. Донор, який фінансує проект, у більшості випадків не продовжує його фінансування. Тому при написанні проекту необхідно зазначити, яким чином буде організована майбутня діяльність після завершення фінансування для забезпечення сталих результатів. Нижче наведені контрольні запитання для врахування в процесі забезпечення життєздатності проекту.

**Таблиця 11. Життєздатність проекту**

Результат проекту	Життєздатність після завершення проекту
Створена/впроваджена/апробована модель послуг	За рахунок яких ресурсів буде продовжуватися надання послуг?
Навчені люди	Яким чином вони будуть практично застосовувати отримані знання?
Розроблені/надруковані нові методика/посібники/ матеріали	Яким чином будуть поширюватися та використовуватися матеріали?
Проведено моніторинг/дослідження/оцінка	Як будуть втілюватися рекомендації?

Для написання успішного проекту необхідно:

- Продемонструвати надійність вашої організації, тобто навести існуючий досвід впровадження проектів та історії успіху за результатами вашої діяльності.
- Враховувати, що опис проблеми має бути підтверджений фактами та цифрами з посиланням на офіційну статистику, опубліковані дослідження та інші джерела.
- Використовувати зрозумілу мову при написанні проектної пропозиції, тобто не варто використовувати забагато термінів, скорочень та аббревіатур, які можуть не знати члени конкурсної комісії.
- Перевірити заповнення всіх розділів проектної пропозиції належним чином та наявність всіх необхідних додатків. Проектна пропозиція має відповідати вимогам донора та бути гарно оформлена.

## РОЗДІЛ V. МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА ВІДПОВІДІ РЕГІОНУ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ (Яременко О.)

### Огляд системи моніторингу та оцінки

*Моніторинг* у широкому сенсі – це відслідковування перебігу певного процесу та здійснення контролю за його основними параметрами з метою досягнення бажаного результату. У контексті програмної діяльності моніторинг – це процес, який включає регулярний збір та фіксацію даних для відстеження ключових елементів реалізації програми/проекту від початку до завершення та оцінки їх повноти та ефективності. Ціль моніторингу полягає у коригуванні, забезпеченні ефективного використання ресурсів та досягнення запланованих задач, мінімізації негативних наслідків, визначенні можливостей розвитку та повторення програми/проекту. У контексті контролю за перебігом епідемічного процесу моніторинг дає відповіді на запитання – скільки випадків інфікування зареєстровано за той чи інший період на різних територіях, у різних вікових групах, скільки осіб пройшли тестування, як змінюється середній показник поширеності інфекції у різних уразливих групах, тощо – та нарешті, чи є дієвими заходи з протидії епідемії, які виконувалися в певний період часу на певних територіях.

*Оцінка* – це систематизоване дослідження ситуації, процесу реалізації програми/проекту чи її результатів з метою вироблення рекомендацій щодо поліпшення роботи та підвищення її ефективності та результативності. Існує декілька видів оцінки. Серед них можна виділити три основні: оцінка ситуації, оцінка процесу і оцінка впливу.

Моніторинг та оцінка (МіО) взаємно доповнюють один одного:

- без моніторингу неможливо якісно виконати оцінку;
- моніторинг необхідний для оцінки, але його недостатньо;
- моніторинг полегшує проведення оцінки, але оцінка містить додатковий збір даних;
- оцінка програми часто веде до зміни планів роботи.

Єдина система моніторингу та оцінки (МіО) є невід'ємною складовою стратегічного планування, що обумовлено необхідністю постійного аналізу виконання заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Система моніторингу та оцінки є важливим засобом для:

- 1) визначення, наскільки програма чи проект відповідає вимогам, та необхідності вносити до них відповідні зміни;
- 2) забезпечення найбільш ефективного та раціонального використання ресурсів;
- 3) оцінки, наскільки програма чи проект досягли очікуваного впливу та результатів;
- 4) прийняття відповідних рішень щодо питань управління діяльністю та наданням послуг.

Моніторинг здійснюється шляхом відстеження *показників*, або індикаторів. Показник – це міра, за допомогою якої фіксують зміни, що відбулися в ситуації, або прогрес чи результати, досягнуті дією, проектом або програмою. Показники поділяють на кількісні та якісні.

*Кількісний показник* – фіксує, наскільки виражена певна ознака у числовому виразі (числове значення).

*Якісний показник* – фіксує наявність чи відсутність певних рис (словесний опис).

Для кращого розуміння моніторингу програми в цілому використовують класифікацію показників за рівнями.

Таблиця 12. Класифікація показників

Рівень показника	Визначення рівня показника	Приклад показника
<b>Внесок</b>	Політика (стратегії), бюджет та матеріально-технічні ресурси, які виділяються на боротьбу з епідемією	Обсяг фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів. Наявність нормативної та методичної бази.
<b>Процес</b>	Виконання (заходи) програми, враховуючи надання послуг, навчання персоналу, проведення лікування	Кількість тренінгів або навчених осіб. Кількість розданих матеріалів або засобів індивідуальної гігієни. Кількість тестувань.
<b>Результат</b>	Підсумки програмних заходів, які характеризують виконання напрямів діяльності програми	Кількість або відсоток осіб, охоплених профілактичними та/або лікувальними заходами. Якість охоплення.
<b>Наслідки</b>	Зміни у знаннях та поведінці, що мають вплинути на здоров'я населення та розвиток епідемії	Кількість або відсоток осіб, які: <ul style="list-style-type: none"> <li>• дотримуються безпечної щодо ВІЛ-інфікування поведінки;</li> <li>• пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та знають його результати;</li> <li>• правильно визначають шляхи передачі ВІЛ-інфекції;</li> <li>• знаходяться на АРТ після 12 місяців після початку лікування.</li> </ul>
<b>Вплив</b>	Значущі зміни у здоров'ї населення та економічного стану внаслідок епідемії	Рівень поширеності ВІЛ-інфекції. Рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Рівень смертності від хвороби, зумовленої ВІЛ.

Показники рівня «внесок» у програмі визначають кількість передбачених, виділених та витрачених коштів на її виконання, а також людських, матеріально-технічних ресурсів, нормативно-правової бази, сучасних технологій (наприклад, протоколи по лікуванню та діагностиці), включених у процес виконання програми. Показники рівня «процес» відображають кількість навченого персоналу, наданих лікувальних, профілактичних, діагностичних, консультативних, інформаційних послуг. У разі ефективного використання вкладених ресурсів та необхідного рівня виконання заходів програми, досягаються результати програми, які мають свої відповідні встановлені показники. Показники рівня «наслідки» стосуються змін у знаннях щодо ВІЛ-інфекції та формування безпечної та здорової сексуальної поведінки. До цієї категорії результатів відносять також показники охоплення комбінованим лікуванням хворих на СНІД. Якісне виконання програми в цілому оцінюється показниками рівня «вплив», наприклад, рівнем поширеності інфекції, рівнем захворюваності та рівнем смертності. При вимірюванні впливу інколи складно встановити, якою мірою конкретні програми або навіть конкретні елементи програми вплинули на зниження кількості випадків захворювання та збільшення тривалості життя. Для того, щоб встановити причинно-наслідковий зв'язок для конкретного втручання, для демонстрації впливу необхідно провести дослідження експериментального або напівекспериментального характеру.



	Внесок	Процес	Результат	Наслідки	Вплив
	Які необхідні дії та ресурси? Скільки витрачено ресурсів?	Що ми робимо?	Чи діємо ми відповідно до плану (поставлених завдань)?	Чи ефективні наші дії? Чи змінюється ситуація?	Чи достатній масштаб усіх наших дій для того, щоб вплинути на епідемію?
	Постійно	Постійно	Щокварталу щопівроку, щороку	Раз на 2-3 роки	Раз на 2-5 років
Методи збору інформації	Державна та відомча статистика	Державна та відомча статистика	Опитування населення	Моніторинг поведінки (опитування населення)	Епідеміологічний нагляд (постійно!!!)
	Оперативні дані	Оперативні дані	Державна та відомча статистика	Спеціальні дослідження	Епіднагляд II-го покоління (дозорний епіднагляд + поведінкові дослідження)
	Фінансовий МіО	Фінансовий МіО	Програмний МіО		
	Спеціальні дослідження		Операційні дослідження		Спеціальні дослідження

Рисунок 26. Методи та час збору інформації залежно від рівня

Особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в кожній країні потребують якісної координації зусиль всіх партнерів, розуміння ходу епідемії та вироблення адекватних заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Організація такої діяльності потребує впровадження триєдиних принципів (див. розділ 1.2).

**Моніторинг та оцінка регіональних програм з ВІЛ-інфекції/СНІДу**

Моніторинг та оцінка програм, розроблених з метою поліпшення здоров'я і сприяння розвитку, здійснюються протягом тривалого часу. По суті, за допомогою системи МіО відслідковуються конкретні заходи і з'ясовується, чи приводить діяльність програм до бажаних змін. Система МіО дозволяє розробникам програм розраховувати способи розподілу ресурсів таким чином, щоб досягти найкращих результатів. У даному випадку моніторинг та оцінку програми варто розуміти як частину стратегічного планування, механізм, який дає можливість організаторам приймати виважені рішення, що ґрунтуються на доказовій базі. МіО програм має бути розробленим у рамках дизайну програми та бути зрозумілим і доступним.



Рисунок 27. Основні цілі та завдання регіону у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Система моніторингу та оцінки відповіді регіону на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу має бути представлена:

1. Моніторингом регіональної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.
2. Програмним моніторингом неурядових організацій, які працюють у регіоні.
3. Збором даних за переліком регіональних показників моніторингу та оцінки.
4. Іншими спеціальними та операційними дослідженнями, які проводяться в регіоні.

Регіональна система моніторингу та оцінки складається з:

- Регіональної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.
- Єдиного координуючого органу з МіО та заходів, які здійснюються різними партнерами.
- Єдиної групи з МіО в складі ключових управлінь, НУО та інших партнерів.
- Єдиного регіонального багатогалузевого плану з МіО, який має включати: єдині стандартизовані показники, схеми збору та розповсюдження даних, бюджет реалізації, особливі потреби у даних певного регіону, потреби з навчання фахівців тощо.
- Регіональної бази даних, яка є інтегрованою до національної бази.

У процесі впровадження регіональної системи з МіО розробник має пройти декілька етапів:

1. Підготовчий етап:
  - a. Прийняття політичного рішення щодо створення регіональної системи з МіО.
  - b. Проведення аналізу існуючих практик та досвіду моніторингу й оцінки з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні.
  - c. Створення та початок функціонування групи з МіО.
  - d. Проведення навчання фахівців з МіО.
  - e. Розробка та затвердження плану з МіО.
  - f. Затвердження рекомендованого переліку регіональних показників моніторингу й оцінки відповіді регіону на ВІЛ-інфекцію/СНІД.
  - g. Створення регіонального центру з МіО.
2. Системний етап:
  - a. Вироблення показників регіональної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.
  - b. Збір та аналіз даних.
  - c. Використання даних для поточного та стратегічного планування.
  - d. Розповсюдження даних та ведення бази даних.

Під час розробки регіональної програми постає питання щодо відбору показників моніторингу регіональних програм. Ці показники мають відповідати декільком критеріям, які зазначені у таблиці 13.

Таблиця 13. Показники моніторингу регіональних програм

Показники мають бути:	Опис
Конкретними	Показник вимірює саме те, що заявлено, і інші чинники не спотворюють одержувані дані. Цей критерій також називають «достовірністю». Проблема неоднозначного тлумачення виникає, коли для вимірювання використовують якісні шкали. Це питання потрібно враховувати і при розробці інструментів збору даних для індикаторів. Навіть такі поняття, як «охоплення», «уразлива група» можуть тлумачитись по-різному.
Вимірюваними	Потрібно дуже чітко визначити показники, щоб при їх вимірюванні не було невизначеності. Для цього вони повинні в більшості випадків бути кількісними (відсоток, співвідношення, число), хоча можуть бути і якісними.
Надійними	Незалежно від того, хто проводить збір даних, або коли проводиться повторне вимірювання, отримані однакові результати можуть свідчити про їх достовірність. Індикатор має бути «верифікований» належним чином.
Порівнюваними	Показники повинні дозволяти порівнювати значення, отримані в різний час і в різних місцях (це важливо, коли їх використовують для визначення пріоритетних потреб). Зазвичай, якщо показник є надійним і верифікованим, він також є і порівняним. Найскладніше забезпечити порівнянність якісних показників.
Реалістичними	Збір даних потрібно розглянути і з точки зору інституційного потенціалу: чи здатна і чи хоче організація або конкретний співробітник займатися збором даних? Якщо показники є частиною системи моніторингу, чи можливо інтегрувати їх у поточну роботу співробітників?
Фінансово обґрунтованими	Витрати на збір даних прийнятні і обґрунтовані.
Необхідними	Показники мають надавати інформацію, яка корисна з точки зору досягнення цілей програми і допомагає ключовим користувачам приймати необхідні рішення.
Своєчасними	Показники повинні показувати, коли очікується зміна. Показники потрібно вимірювати і повідомляти про їх динаміку в потрібний час.

Після того, як розробник визначив напрями діяльності та заходи програми, які мають бути здійснені для визначення завдання регіональної програми, потрібно визначити показники регіональної програми до кожного заходу.

Чим чіткіше буде виписаний захід програми, тим легше буде визначити показник.

#### ПРИКЛАД 1.

Захід: Удосконалити кадрове та матеріально-технічне забезпечення служби СНІДу.

Показник: неможливо визначити, адже розробник програми нечітко визначив захід програми.

#### ПРИКЛАД 2.

Захід: Провести навчання співробітників центру СНІДу з ДКТ.

Показник: кількість осіб, які пройшли навчання.

Кількість показників моніторингу виконання програми може виявитися досить великою і потребуватиме значних ресурсів для їх збору та аналізу. Варто шукати компроміс між кількістю показників і витратами на їх збір та аналіз, а також визначити їх необхідний мінімум.

Перелік запитань, які допоможуть швидко оцінити стан впровадження системи МіО на регіональному рівні (відповідь ТАК/НІ):

1. Чи існує у вашому регіоні єдиний координаційний орган з МіО?

2. Чи існує робоча група з МіО?
3. Чи розглядаються питання МіО на засіданнях рад з ТБ/ВІЛ?
4. Чи наявний у регіональній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД перелік показників моніторингу?

Практика створення регіональних систем в Україні є неоднорідною. Так, 8 регіонів, які найбільш постраждали від епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу (АР Крим, Донецька, Дніпропетровська, Херсонська, Миколаївська, Одеська, Черкаська області та м. Київ), почали запроваджувати регіональні системи з 2005 року в рамках проектів за кошти Агентства США з міжнародного Розвитку (USAID)<sup>56</sup>. Позитивний досвід та напрацювання були відзначені в рамках комплексної зовнішньої оцінки національних заходів з протидії СНІДу в Україні.

В даних регіонах пройшли навчання спеціалісти з МіО, створені та функціонують регіональні центри з МіО та робочі групи з МіО, пропілотовано перелік регіональних показників та методологію їх збору, відпрацьовані схеми розповсюдження даних тощо. З 2009 року до цих регіонів у рамках роботи щодо розбудови регіональної системи МіО, яка була підтримана Міжнародним Альянсом з ВІЛ-інфекції/СНІДу, долучились ще 9 регіонів, а саме: Волинська, Житомирська, Закарпатська, Луганська, Львівська, Рівненська, Харківська, Хмельницька та Чернігівська області.

Узгоджена система МіО має кілька переваг. Вона сприяє більш ефективному використанню даних і ресурсів, забезпечуючи, наприклад, можливість порівнювати показники та методології формування вибірок за певні періоди часу і скорочуючи дублювання роботи. Дані, отримані за допомогою комплексної системи МіО, повинні слугувати потребам багатьох учасників процесу, включаючи керівництво програми, дослідників чи донорів, які можуть використовувати наявні дані, а не проводити повторні дослідження або оцінки.

<sup>56</sup> Допомога була надана через проекти: POLICY-2, USAID|Визначення політики з питань здоров'я, USAID|Розвиток ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні.

## ДОДАТКИ

**Додаток А. Перелік рекомендованої літератури**

1. Брайсон Д.М. Стратегічне планування для державних та неприбуткових організацій / Перекл. з англ. мови А. Кам'янець. – Львів: Літопис, 2004. – 352 с.
2. Галайда В.В., Давиденко Н.Г., Ніколько М.В., Семерик О.Ю., Тертичка В.В. Стратегічний підхід до розробки регіональної цільової програми з ВІЛ-інфекції/СНІДу. Проект методичних рекомендацій. – К.: USAID|Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні, 2008. – 54 с.
3. Місто та економіка (або місцевий економічний розвиток). Посібник для працівників органів місцевого самоврядування / Г.Б. Джеймс, М. Северська, М. Губа, І. Костенок, В. Проскурнін, І. Трушкевич, В. Огієнко, Я. Хоменко, О. Шевчук. – К.: Академпрес, 2003. – 152 с.
4. Місцевий економічний розвиток. Підручник для розробки та здійснення стратегії місцевого економічного розвитку та плану дій. Підготовлено «Бертелсман Фаундейшен» та програмою Світового банку «Сітіз ов Чейндж Інішіатів», 2002.
5. Минцберг Г., Гошал С., Куинн Дж. Б. Стратегический процесс. – С-Пб.: Питер, 2001. – 688 с.
6. Мониторинг и оценка программ и проектов. Практическое пособие со списком ключевых показателей / О.С. Морозова, О.В. Варецкая, Д. Джонс, П. Чикуква, Т.А. Салюк. – К: Оранта, 2007. – 140 с.
7. Ожиганов З.Н. Стратегический анализ политики: Теоретические основания и методы: Учеб. пособие для студентов вузов / Э.Н. Ожиганов. – М.: Аспект Пресс, 2006. – 272 с.
8. Організація діяльності координаційних рад з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні: Посібник / І.І. Лукасевич, Т.В. Журавель, Т.В. Безулік, С.І. Глущик. – К., 2007. – 84 с.
9. Пархоменко В., Прошко В., Мавко П. Стратегічне планування розвитку громади. Практичний посібник. – Львів: «СПЛОМ», 2002. – 160 с.
10. Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ. На пути к обеспечению всеобщего доступа. – ЮНЕЙДС, Женева, 2007. – 61 с.
11. Сибурина Т.А., Шестаков М.Г. Программно-целевое планирование в системе стратегического управления здравоохранением. (Сб. науч. трудов республиканской научно-практической конференции «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения», 28–30 мая 2002 г.) – М.: ЦНИИОИЗ, 2002. – С. 18–20.
12. Система моніторингу й оцінки з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу: регіональний рівень / О.М. Балакірєва, А.М. Бойко, О.Ю. Семерик, О.О. Яременко. – К.: ВПЦ «Експрес», 2006. – 64 с.
13. Чертухина О.Б. Программно-целевое планирование как метод управления здоровьем населения // Проблемы управления здравоохранением. – №4 (11). – 2003. – С. 14–19.
14. Міністерство охорони здоров'я України, «Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період - січень 2008 р. - грудень 2009 р.» – Київ, 2010.
15. Мониторинг и оценка программ и проектов. Практическое пособие / О.С. Морозова, О.В. Варецкая, Д. Джонс, П. Чикуква, Т.А. Салюк : Оранта, 2008. – 142 с.

**Додаток Б. Перелік інтернет-ресурсів, присвячених питанням ВІЛ-інфекції/СНІДу**

Веб-сайт Верховної Ради України – <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>

Веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України – <http://www.moz.gov.ua>

Веб-сайт Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням Міністерства охорони здоров'я України <http://dssz.gov.ua>

Веб-сайт Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України – <http://www.ukraids.org.ua>

Веб-сайт Державного департаменту України з питань виконання покарань – <http://www.kvs.gov.ua>

Веб-сайти агенцій ООН в Україні:

Програма розвитку ООН (ПРООН) – <http://www.undp.org.ua>

Дитячий Фонд ООН (ЮНІСЕФ) – <http://www.unicef.org/ukraine>

Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБООН) – <http://www.unhcr.org.ua>

Фонд народонаселення ООН (ФНООН) – <http://unfpa.org.ua>

Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) – <http://www.unaids.org>

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) – <http://www.who.int>

Управління ООН з наркотиків та злочинності (УНЗООН) – <http://www.unodc.org>

Міжнародна організація праці (МОП) – <http://www.ilo.org>

Міжнародна організація з міграції (МОМ) – <http://www.iom.org.ua>

Веб-сайт Глобального фонду по боротьбі з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією – <http://www.theglobalfund.org>

Веб-сайт Європейської комісії – [http://ec.europa.eu/delegations/ukraine/index\\_uk.htm](http://ec.europa.eu/delegations/ukraine/index_uk.htm)

Веб-сайт Агенції США з Міжнародного розвитку (USAID) – <http://ukraine.usaid.gov>

Веб-сайт Німецького міжнародного співробітництва (GIZ) – <http://www.gtz.de/en/praxis/665.htm>

Веб-сайт Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» – <http://www.aidsalliance.org.ua>

Веб-сайт ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» – <http://network.org.ua>

Веб-сайт Міжнародного інституту проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу – <http://www.aids-institute.org>

Веб-сайт Коаліції ВІЛ-сервісних організацій – <http://www.hiv.org.ua>

Веб-сайт Міжнародного благодійного фонду «СНІД Фонд Схід-Захід» – <http://www.afew.org>

**Джерела інформації щодо залучення ресурсів**

Веб-сайт Ресурсного центру Гурт – <http://gurt.org.ua/>

Портал Громадського простору – <http://www.civicua.org>

Веб-сайт Фондації князів-благодійників Острозьких – <http://www.fundraising.org.ua>

Веб-сайт Українського форуму грантодавців – <http://www.donorsforum.org.ua>

Веб-сайт товариства фахівців з залучення ресурсів – <http://fundraising.ru>

**Бази даних щодо послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу**



Всеукраїнська база даних послуг з ВІЛ-інфекції/СНІДу – <http://www.db.hiv.org.ua>

Довідник організацій, що працюють у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні – <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/partners/index.htm>

### **Методичні матеріали, дослідження, публікації з ВІЛ/СНІД-тематики**

<http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/library/our/index.htm>

<http://www.afew.org/index.php?id=85&L=2>

<http://www.unaids.org/ru/KnowledgeCentre/default.asp>

<http://www.un.org.ua/ua/publications/>

<http://www.unesco.ru/rus/pages/publications.php#hiv>

### **Стандарти соціальних послуг**

[http://www.dcssm.gov.ua/ua\\_standards.phtml](http://www.dcssm.gov.ua/ua_standards.phtml)

<http://www.hiv.org.ua/official/publication?id=8>

### **Ресурси з питань моніторингу та оцінки**

<http://www.globalhivmeinfo.org>

<http://www.euro.who.int/en/home>

<http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>

<http://indicatorregistry.org/>

**Додаток В. Перелік рекомендованих нормативно-правових актів з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу**

1. Загальна Декларація прав людини
2. Конституція України, 28 червня 1996 р., № 254к/96-ВР
3. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 23 грудня 2010 р., № 2861-VI
4. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» від 19 лютого 2009 р., № 1026-VI
5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р., № 2801-XII
6. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06 квітня 2000 р., № 1645-Ш
7. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12 грудня 1991 р., № 1973-XII
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Порядок добровільного консультування і тестування (Протокол) на ВІЛ-інфекцію» від 18 серпня 2005 р., № 415
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД» від 15 квітня 2003 р., № 173
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Клінічних протоколів» від 13 квітня 2007 р., № 182
11. Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України «Про затвердження «Інструкції про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям» від 23 листопада 2007 р., №740/1030/4154/321/614а.





