

Эффективные стратегии  
разработки и реализации региональных  
программ противодействия  
распространению  
ВИЧ-инфекции



ПРОГРАММА "РАЗВИТИЕ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, УЯЗВИМОГО К ВИЧ/СПИД"



Ф О Н Д | ПОДДЕРЖКИ  
**ПРИОРИТЕТНЫХ СТРАТЕГИЙ**  
В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Информационно-методическое пособие по курсу «Эффективные стратегии разработки и реализации региональных программ противодействия распространению ВИЧ-инфекции» подготовлено и опубликовано Благотворительным Фондом поддержки приоритетных стратегий в сфере общественного здравоохранения при финансовой поддержке Фонда «Российское здравоохранение» в рамках Программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИД» Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Точки зрения, изложенные в данной публикации, являются мнениями авторов и экспертов и могут не совпадать с позицией Фонда, руководства организации, ее сотрудников, партнерских или финансирующих организаций.

Эксперты, принимавшие участие в подготовке пособия, выражают благодарность за сотрудничество, информационную и экспертную поддержку, а также ценные комментарии, предложенные в ходе обсуждения данной публикации, **А.А. Геришу**, заместителю начальника отдела Департамента государственной политики в сфере воспитания, дополнительного образования и социальной защиты детей Министерства образования и науки РФ. **Г.А. Зибзеевой**, заместителю главного врача, ГУЗ «Оренбургский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»; **О.Н. Степановой**, доценту кафедры анатомии, физиологии и безопасности жизнедеятельности человека, Новосибирский государственный педагогический университет. А так же участникам и экспертам обучающего курса «Эффективные стратегии разработки и реализации региональных программ противодействия распространению ВИЧ-инфекции» в Алтайском крае, Оренбургской, Челябинской и Волгоградских областях.

# Содержание

<b>Введение</b>	8
-----------------	---

## **Раздел I. Методический**

• Цель, задачи курса	10
• Структура курса	11
• Знания и умения	12
• Методические рекомендации по организации учебного процесса	13
• Учебно-методический план	14

## **Раздел II. Дидактический**

### **Глава 1. Общие сведения о ВИЧ-инфекции и подходах к предупреждению ее распространения**

*В.В. Покровский, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом*

• Общие сведения о ВИЧ-инфекции	16
• Развитие эпидемии ВИЧ в России	18
• Последствия эпидемического распространения ВИЧ	19
• Некоторые аспекты предупреждения распространения ВИЧ среди населения	20
• Модели полового поведения, снижающие риск инфицирования ВИЧ	21
• Уровни профилактики ВИЧ-инфекции среди населения	22
• Особенности информирования населения о способах предупреждения инфицирования ВИЧ	23
• Массовое информирование населения	24
• Профилактика ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях	26
• Обучение других контингентов населения	32
• Группы населения, наиболее уязвимые к ВИЧ	32
• Роль различных медицинских учреждений в профилактике ВИЧ-инфекции	33
• Роль немедицинских организаций в профилактике ВИЧ-инфекции	35
• Комплексность мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции	36
• Некоторые показатели эффективности мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ	37

### **Глава 2. Законодательная основа программ по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа**

*В.М. Донин, Департамент экономики социального развития и приоритетных программ, Министерство экономического развития РФ, М.Н. Гладков, Ю.А. Афанасьева, Ассоциация частных и приватизируемых предприятий*

• Международный уровень принятия решений	40
• Национальный уровень принятия решений	44
• Уровень субъекта РФ и местный уровень принятия решений	51
• Права лиц с ВИЧ/СПИДом и меры их социальной поддержки	52

### **Глава 3. Стратегический подход к разработке и реализации бюджетной целевой программы**

*А.М. Зобов, Е.С. Киселева, Высшая школа бизнеса, МГУ им. М.В. Ломоносова*

• Этапы стратегического планирования	56
• Выявление факторов, влияющих на реализацию программы (анализ среды)	58
• Определение миссии и целей программы	58
• Выработка стратегии программы	60
• Выполнение стратегии программы, внесение корректировок в стратегию	61
• Мониторинг и контроль реализации стратегии программы	62
• Стратегические альянсы	63

### **Глава 4. Практика разработки и реализации бюджетных целевых программ**

*А.А. Сохнев, Министерство культуры РФ*

• Бюджетирование, ориентированное на результат	65
• Бюджетные целевые программы в системе управления по результатам	66
• Роль бюджетных целевых программ в системе бюджетного планирования	67
• Формулирование целей, задач и показателей результативности бюджетной целевой программы	67
• Методика расчета затрат на реализацию бюджетной целевой программы	79

### **Глава 5. Комплексный и межведомственный подходы в разработке и реализации бюджетных целевых программ**

*В.М. Донин, Департамент экономики социального развития и приоритетных программ, Министерство экономического развития РФ, М.Н. Гладков,*

*Ю.А. Афанасьева, Ассоциация частных и приватизируемых предприятий*

• Руководящие принципы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа	84
• Система взаимодействия ведомств, вовлеченных в процесс противодействия ВИЧ/СПИДу	84
• Практический опыт создания координационных механизмов в области противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации	85
• Механизмы реализации комплексного подхода на региональном уровне	89

## **Глава 6. Межсекторное взаимодействие в разработке и реализации программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа**

*Н.Л. Хананашвили, Национальная ассоциация благотворительных организаций, Д.О. Камалдинов, МОО Независимая консалтинговая группа «Развитие общественного здравоохранения»*

- Система межсекторного взаимодействия 91
- Выработка и продвижение социально значимых инициатив 92
- Государственный социальный заказ 95
- Осуществление гражданского контроля 95
- Осуществление коммуникации между органами власти и обществом 97
- Отстаивание общественно значимых интересов и прав граждан 97

## **Глава 7. Использование потенциала некоммерческого и частного секторов в реализации программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа**

*Л.Н. Коновалова, Российский государственный социальный университет*

- Роль некоммерческих организаций в реализации программ по противодействию ВИЧ/СПИДу 100
- Роль государства в организации взаимодействия с гражданским обществом 101
- Потенциал частного сектора в реализации программ по противодействию ВИЧ/СПИДу 102
- Социально ответственный бизнес 104
- Влияние международных инициатив на социальную ответственность бизнеса 105
- Преимущества социально ответственных компаний 108
- Социальные программы бизнес-компаний 110
- Сферы социальной деятельности бизнес-компаний 113
- Инструменты и механизмы реализации социальных программ компаний 114

## **Глава 8. Частно-государственное партнерство – перспективная форма взаимодействия бизнеса и государства в противодействии распространению социально значимых заболеваний**

*В.А. Евсеев, Ассоциация менеджеров*

- Преимущества частно-государственного партнерства 118
- Нормативно-правовое регулирование частно-государственного партнерства в России 119
- Концессия как основная форма частно-государственного партнерства в России 120
- Основные формы использования концессии в здравоохранении 121
- Проблемы, существующие в деятельности частно-государственных партнерств 122
- Межсекторное взаимодействие в развитии частно-государственных партнерств 123

- Особенности бюджетного планирования, препятствующие деятельности частно-государственных партнерств 125

## **Глава 9. Мониторинг и оценка региональных целевых программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа**

*А.А. Сохнев, Министерство культуры РФ, Е.С. Киселева, Высшая школа бизнеса, МГУ им. М.В. Ломоносова*

- Понятия мониторинга и оценки 126
- Единая концепция мониторинга и оценки 127
- Формирование системы мониторинга и оценки на региональном уровне 127
- Программный мониторинг и оценка 128
- Разработка и отбор индикаторов 129
- Оценка результативности бюджетных целевых программ 131
- Оценка достижения запланированных целей 134
- Оценка эффективности деятельности субъекта бюджетного планирования 134

## **Раздел III. Приложения**

- ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Подпрограмма «ВИЧ/СПИД» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007-2011 годы» 136
- ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Практические примеры применения федерального законодательства на региональном уровне 138
- ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Возможная система показателей результативности деятельности департамента здравоохранения 142
- ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Финансирование комплексных программ профилактики и борьбы со СПИДом на примере Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007-2011 годы» и Программы Оренбургской области «Предупреждение распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 2007-2010 годы» 146
- ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Организация межведомственного и межсекторного взаимодействия на региональном уровне 148
- ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Планирование адвокационной кампании 153
- ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Участие гражданского общества в программах противодействия распространению ВИЧ/СПИДа. Международный опыт 159
- ПРИЛОЖЕНИЕ 8. Выработка политики в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу. Международный опыт 161
- ПРИЛОЖЕНИЕ 9. Варианты использования частно-государственного партнерства в сфере здравоохранения 165

• ПРИЛОЖЕНИЕ 10. Практические задания	167
• ПРИЛОЖЕНИЕ 11. Примеры международного опыта организации повышения квалификации государственных чиновников по вопросам ВИЧ/СПИДа	179
• ПРИЛОЖЕНИЕ 12. Решения заседаний Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями ГД ФС РФ	183
• ПРИЛОЖЕНИЕ 13. Обзор деятельности Министерства образования и науки РФ в сфере противодействия распространению ВИЧ-инфекции	191
<b>Глоссарий</b>	196
<b>Список использованной и рекомендуемой литературы</b>	207

## **Введение**

*«Дефицит знаний и информации по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа у представителей органов власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях зачастую не позволяет вырабатывать адекватные управленческие решения в этой сфере. Поэтому целесообразно внедрение обучающего курса по планированию региональных программ противодействия социально значимым инфекционным заболеваниям для представителей органов власти».*

**Заместитель Председателя Государственной Думы ФС РФ Н.В. Герасимова**

*«Вовлечение людей, принимающих решения, в процесс образования населения в сфере ВИЧ/СПИДа, в процесс формирования безопасных жизненных навыков является одним из важнейших направлений профилактической деятельности».*

**Руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом В.В. Покровский**

Распространение ВИЧ-инфекции остается серьезной проблемой в РФ, о чем свидетельствуют масштаб предпринимаемых государством мер и уровень их финансирования.

С началом реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в стране был совершен качественный скачок в планировании и реализации мер противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, сопровождавшийся 20-кратным увеличением ассигнований федерального бюджета на борьбу со СПИДом. В большинстве субъектов РФ разработаны и действуют программы профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией.

Однако несмотря на предпринимаемые меры, в 2008 году в России в целом эпидемиологическая обстановка по ВИЧ-инфекции ухудшалась. Продолжалось увеличение числа новых выявленных случаев ВИЧ, увеличивалось общее число инфицированных, увеличивался показатель распространенности ВИЧ-инфекции, росла смертность среди инфицированных ВИЧ (по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом).

Для того чтобы остановить эти негативные тенденции, необходимо значительное усиление профилактических мероприятий, а также повышение эффективности реализуемых программ. Решение этих задач невозможно без усиления межведомственного взаимодействия, привлечения дополнительных ресурсов частного сектора и НКО, применения современных методов управления программами, мониторинга и оценки.

Одним из факторов дополнительной поддержки регионов в создании эффективных программ по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа и обеспечению их финансовой устойчивости является **обучение представителей органов власти, руководителей и сотрудников** профильных ведомств и организаций (здравоохранение, образование, социальная защита, молодежная политика и т.д.). Важнейшим аспектом при подготовке и проведении такого обучения



является участие представителей НКО, сообщества людей, живущих с ВИЧ, религиозных деятелей, представителей фондов местного сообщества и частного сектора. Подготовка государственных и муниципальных служащих по вопросам организации противодействия социально значимым заболеваниям должна стать неотъемлемой частью системы повышения квалификации управленческих кадров в каждом субъекте Российской Федерации.

Пилотный обучающий курс «Эффективные стратегии разработки и реализации региональных программ противодействия распространению ВИЧ-инфекции» был проведен в Оренбургской области в 2008 году. По итогам курса было разработано данное информационно-методическое пособие.

Помимо методической части, предназначенной для преподавателей вузов, курсов повышения квалификации государственных и муниципальных служащих, преподавателей кафедр организации здравоохранения медицинских вузов и др., пособие включает обзор современного состояния эпидемии ВИЧ-инфекции, законодательных основ разработки и реализации региональных программ противодействия ВИЧ-инфекции, методов повышения эффективности профилактических программ с использованием потенциала НКО и бизнеса, эффективных стратегий предотвращения дальнейшего развития эпидемии.

Информационные материалы, раскрывающие понятия комплексного подхода, межведомственного и межсекторного взаимодействия, современные подходы к финансированию комплексных программ профилактики, будут полезны руководителям и сотрудникам региональных органов исполнительной власти, государственным и муниципальным служащим в развитии навыков стратегического планирования, управления, мониторинга и оценки для разработки и реализации программ противодействия ВИЧ/СПИДу и другим социально значимым инфекционным заболеваниям.

# Раздел I. Методический

## Краткое содержание

---

- **Цель, задачи курса**
- **Структура курса**
- **Знания и умения**
- **Методические рекомендации по организации учебного процесса**
- **Учебно-методический план**

## Цель, задачи курса

---

### **Цель**

Способствовать повышению уровня информированности государственных и муниципальных служащих по вопросам законодательства, политики и бюджетирования в сфере ВИЧ/СПИДа и формированию навыков использования современных подходов разработки и реализации комплексных межведомственных и межсекторных программ противодействия ВИЧ /СПИДу.

### **Задачи обучения**

1. Предоставить информацию о современном состоянии эпидемии ВИЧ-инфекции и эффективных стратегиях предотвращения дальнейшего ее распространения.
2. Предоставить информацию о законодательных основах разработки и реализации региональных программ противодействия ВИЧ-инфекции.
3. Раскрыть понятие комплексного подхода, межведомственного и межсекторного взаимодействия в разработке и реализации программ противодействия ВИЧ/СПИДу.
4. Сформировать навыки использования стратегического планирования, управления, мониторинга и оценки для разработки и реализации бюджетных целевых программ.
5. Сформировать навыки использования современных подходов к финансированию комплексных программ профилактики и борьбы со СПИДом.
6. Дать представление о способах повышения эффективности профилактических программ с использованием потенциала НКО и бизнеса.

### **Целевая аудитория курса**

Государственные и муниципальные служащие, сотрудники государственных организаций, работающие в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты, труда и занятости населения, молодежной политики, а также руководители и сотрудники ФСКН, ФСИН, МВД. Руководители некоммерческих организаций, работающих в области сохранения здоровья.

### **Целевая аудитория пособия**

Преподаватели вузов государственной службы и курсов повышения квалификации государственных и муниципальных служащих. Преподаватели кафедр организации здравоохранения медицинских вузов, факультетов усовершенствования врачей, институтов повышения квалификации работников образования.

**Тема 1. Общие сведения о ВИЧ-инфекции и подходах к предупреждению ее распространения**

1.1 Общие сведения о ВИЧ-инфекции

Общие сведения о ВИЧ/СПИДе. Развитие эпидемии ВИЧ в России и последствия эпидемического распространения ВИЧ-инфекции.

Основные подходы к организации профилактики ВИЧ-инфекции

1.2 Некоторые аспекты предупреждения распространения ВИЧ среди населения. Модели полового поведения, снижающие риск инфицирования ВИЧ. Уровни профилактики ВИЧ-инфекции среди населения. Особенности информирования населения о способах предупреждения инфицирования ВИЧ. Профилактика ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях. Группы населения, наиболее уязвимые к ВИЧ. Роль медицинских и других учреждений в профилактике ВИЧ-инфекции. Комплексность мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции.

**Тема 2. Законодательная основа программ по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа**

Уровни принятия решений (международный, национальный, региональный). Права лиц с ВИЧ/СПИДом и меры их социальной поддержки.

**Тема 3. Стратегический подход к разработке и реализации бюджетной целевой программы**

Этапы стратегического планирования. Выявление факторов, влияющих на реализацию программы (анализ среды). Определение миссии и целей программы. Выработка и выполнение стратегии программы, внесение корректировок в стратегию. Мониторинг и контроль реализации стратегии программы. Стратегические альянсы.

**Тема 4. Практика разработки и реализации бюджетных целевых программ**

Бюджетирование, ориентированное на результат. Роль бюджетных целевых программ в системах управления по результатам и бюджетного планирования. Формулирование целей, задач и показателей результативности бюджетной целевой программы. Методика расчета затрат на реализацию бюджетной целевой программы.

**Тема 5. Комплексный и межведомственный подходы в разработке и реализации бюджетных целевых программ**

Руководящие принципы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа. Система взаимодействия ведомств. Практический опыт создания координационных механизмов в области противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации. Механизмы реализации комплексного подхода на региональном уровне.

**Тема 6. Межсекторное взаимодействие в разработке и реализации программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа**

Система межсекторного взаимодействия. Выработка и продвижение социально значимых инициатив. Государственный социальный заказ. Осуществление коммуникации между властными органами и обществом,

гражданский контроль. Отстаивание общественно значимых интересов и прав граждан.

### ***Тема 7. Использование потенциала некоммерческого и частного секторов в реализации программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа***

#### **7.1 Некоммерческий сектор**

Роль некоммерческих организаций в реализации программ по ВИЧ/СПИДу. Роль государства в организации взаимодействия с гражданским обществом.

#### **7.2 Частный сектор**

Потенциал частного сектора в реализации программ по ВИЧ/СПИДу. Социально ответственный бизнес. Влияние международных инициатив на социальную ответственность бизнеса. Преимущества социально ответственных компаний. Сферы социальной деятельности бизнес-компаний и механизмы реализации социальных программ.

### ***Тема 8. Частно-государственное партнерство – перспективная форма взаимодействия бизнеса и государства в противодействии распространению социально значимых заболеваний***

Нормативно-правовое регулирование частно-государственного партнерства (ЧГП) в России. Концессия, как основная форма ЧГП в России и ее использование в здравоохранении. Проблемы, существующие в деятельности ЧГП. Межсекторное взаимодействие в развитии ЧГП. Особенности бюджетного планирования, препятствующие деятельности частно-государственных партнерств.

### ***Тема 9. Мониторинг и оценка региональных целевых программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа***

Понятия и концепция мониторинга и оценки (МиО). Формирование системы МиО на региональном уровне. Программный мониторинг и оценка. Разработка и отбор индикаторов. Оценка результативности и достижения запланированных целей бюджетных целевых программ. Оценка эффективности деятельности субъекта бюджетного планирования.

## ***Знания и умения***

---

По завершении курса ожидается, что участники смогут:

- ориентироваться в международных, федеральных, региональных и муниципальных законодательных актах в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу;
- сформировать рекомендации по совершенствованию финансирования региональных программ комплексной профилактики и борьбы со СПИДом;
- сформировать рекомендации по совершенствованию системы межсекторного и межведомственного взаимодействия в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу в своем регионе;
- самостоятельно на практике применять основные навыки стратегического управления программами и проектами;
- овладеть базовым инструментарием планирования расходов и планировать региональные целевые программы в системе управления результатами;

- использовать набор основных инструментов мониторинга и оценки при планировании и реализации программ в своем регионе;
- формулировать ключевые современные эффективные стратегии противодействия ВИЧ-инфекции и обосновать применение этих стратегий;
- формировать предложения для частного сектора по поддержке инициатив в сфере ВИЧ/СПИДа;
- разработать концепцию программ частно-государственного партнерства в сфере профилактики ВИЧ/СПИДа;
- формировать рекомендации по разработке и/или совершенствованию существующей региональной системы противодействия ВИЧ/СПИДу.

### *Методические рекомендации по организации учебного процесса*

---

Формы и методы изучения дисциплины: лекции, практические занятия (в тренинговой форме), анализ литературы и источников, дискуссии, деловые игры, работа в малых группах, анализ примеров из практики (материал для подготовки лекций находится в Разделе II данного пособия, практических занятий – в Разделе III, Приложение 10).

Ввиду большого объема теоретической части курса, включающей в себя разные дисциплины из разных областей знаний: законодательство, финансирование, взаимодействие с частным сектором и НКО и т.д., в рамках курса предполагается, что часть информации будет самостоятельно изучаться слушателями.

Итоговая проверка знаний предполагает разработку и защиту проекта, в котором слушатели курса представляют подробный анализ региональных программ противодействия социально значимым заболеваниям с точки зрения современных подходов к планированию, бюджетированию, мониторингу и оценке.

*Список литературы для самостоятельного изучения см. в Разделе III «Список использованной и рекомендуемой литературы».*

*Практические задания см. Приложение 10.*

*Обзор международного опыта организации повышения квалификации государственных чиновников по вопросам ВИЧ/СПИДа см. Приложение 11.*

Таблица. Распределение часов

№	Тема	Кол-во часов	Лекции	Семинарские занятия	Самостоятельная работа	Формы контроля
1	Общие сведения о ВИЧ-инфекции и подходах к предупреждению ее распространения					Контрольные вопросы
	1.1. Общие сведения о ВИЧ-инфекции	2	2	—	—	
	1.2. Основные подходы к организации профилактики ВИЧ-инфекции	4	2	2	—	
2	Законодательная основа программ по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа	6	2	2	2	Контрольные вопросы
3	Стратегический подход к разработке и реализации бюджетной целевой программы	6	3	1	2	Контрольные вопросы, защита проекта
4	Практика разработки и реализации бюджетных целевых программ	6	1	3	2	Контрольные вопросы
5	Комплексный и межведомственный подходы в разработке и реализации бюджетных целевых программ	6	2	2	2	Контрольные вопросы
6	Межсекторное взаимодействие в разработке и реализации программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа	8	2	4	2	Контрольные вопросы
7	Использование потенциалов некоммерческого и коммерческого секторов в реализации программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа					Контрольные вопросы
	7.1. Некоммерческий сектор	8	3	3	2	
	7.2. Частный сектор	8	2	4	2	
8	Частно-государственное партнерство – перспективная форма взаимодействия бизнеса и государства в противодействии распространению социально значимых заболеваний	8	2	2	4	Контрольные вопросы
9	Мониторинг и оценка региональных целевых программ по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа	10	2	2	6	Контрольные вопросы, разработка и защита проекта, рекомендаций
	<b>ИТОГО</b>	<b>72</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	

## Раздел II. Дидактический

### Глава 1.

### Общие сведения о ВИЧ-инфекции и подходах к предупреждению ее распространения

**В.В. Покровский<sup>1</sup>**

#### Краткое содержание

---

- *Общие сведения о ВИЧ-инфекции*
  - *Развитие эпидемии ВИЧ в России*
  - *Последствия эпидемического распространения ВИЧ*
  - *Некоторые аспекты предупреждения распространения ВИЧ среди населения*
  - *Модели полового поведения, снижающие риск инфицирования ВИЧ*
  - *Уровни профилактики ВИЧ-инфекции среди населения*
  - *Особенности информирования населения о способах предупреждения инфицирования ВИЧ*
  - *Массовое информирование населения*
  - *Профилактика ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях*
  - *Обучение других контингентов населения*
  - *Группы населения, наиболее уязвимые к ВИЧ*
  - *Роль различных медицинских учреждений в профилактике ВИЧ-инфекции*
  - *Роль немедицинских организаций в профилактике ВИЧ-инфекции*
  - *Комплексность мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции*
  - *Некоторые показатели эффективности мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ*
- 

Глобальное распространение вируса иммунного дефицита человека (ВИЧ), вызывающего развитие синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД), серьезно затронуло Россию. Ежедневно в России диагностируется более 100 новых случаев заражения ВИЧ. Общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции превысило в 2008 году 470 тысяч, в то время как расчетное число инфицированных граждан России доходит до миллиона. Все эти люди могут погибнуть от СПИДа, если не получат необходимого лечения.

Современная антиретровирусная терапия может не только значительно продлить жизнь людей, живущих с ВИЧ, но и повысить качество их жизни. В случае сохранения высоких темпов распространения ВИЧ будет постоянно увеличиваться и число людей, нуждающихся в такой терапии. Дальнейшее развитие эпидемии в России может иметь отрицательные демографические, экономические и даже геополитические последствия, поэтому предупреждение распространения ВИЧ среди населения РФ является задачей общегосударственного масштаба.

---

<sup>1</sup> В.В. Покровский, академик РАМН, д.м.н., профессор, Руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Правильная организация комплекса мероприятий по профилактике распространения ВИЧ как в масштабах страны, так и в отдельных регионах является ключевым механизмом противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа.

### **Общие сведения о ВИЧ-инфекции**

С 80-х годов XX века на Земле развивается эпидемия (пандемия) ВИЧ-инфекции (СПИДа). Инфекционный агент, вызвавший пандемию, — вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). ВИЧ и СПИД — не одно и то же. ВИЧ — это вирус, подавляющий иммунную систему, а СПИД — это комплекс заболеваний, возникающих на фоне сниженного иммунитета. В настоящее время вирус иммунодефицита человека является одним из самых изученных, но, несмотря на это, он является главным вирусом, уносящим наибольшее число жизней на планете. За всю историю развития эпидемии изменились не только знания о самой ВИЧ-инфекции и ее последней (терминальной) стадии СПИД, изучены все пути передачи, способы защиты, но и поменялось отношение общества к этой проблеме. А проблема дискриминации людей, живущих с ВИЧ, является одной из центральных в сфере общественного здравоохранения.

#### **Возбудитель заболевания — вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).**

Вирус из группы ретровирусов (семейство РНК-содержащих вирусов). Паразитирует в клетках человека, имеющих клеточный рецептор CD-4 (преимущественно клетки лимфоидного ряда), т.е. поражает клетки иммунной системы. ВИЧ крайне неустойчив во внешней среде, так например, он погибает при температуре 56°C через полчаса, а при 100°C — в течение 1-2 минут. Ультрафиолетовое излучение также губительно для него. Но если ВИЧ находится в каком-либо биологическом материале (кровь, сперма) в замороженном состоянии — он сохраняет свою активность в течение нескольких лет. В крови на иглах и шприцах, а также в растворах психотропных препаратов (наркотиков) вирус сохраняет свою активность до 3 недель и более (при комнатной температуре), а в ряде случаев, вероятно, и до месяца, что является одним из важнейших факторов, обусловивших его быстрое распространение в среде потребителей наркотических веществ.

**Пути передачи ВИЧ.** Длительные эпидемиологические наблюдения показали, что ВИЧ распространяется при любых незащищенных половых контактах (вагинальных, оральных, анальных). При переносе инфицированной крови от зараженного лица неинфицированному (переливание крови или ее компонентов, пересадка органов, при использовании инструментов, на которых видима кровь) заражение происходит через поврежденные слизистые и кожные покровы. ВИЧ передается от инфицированной матери ребенку во время беременности и родов, а также при грудном вскармливании.

Для передачи ВИЧ необходимо не только наличие источника инфекции и восприимчивого субъекта, но и возникновение особых условий, обеспечивающих эту передачу. С одной стороны, выделение ВИЧ из зараженного организма в естественных ситуациях происходит ограниченными путями: со спермой, выделениями мужских и женских половых путей, с грудным молоком. С другой стороны, как мы отмечали, для заражения ВИЧ с последующим развитием ВИЧ-инфекции необходимо попадание возбудителя во внутренние среды организма, то есть для этого необходимо нарушение целостности покровов. Другими путями ВИЧ от человека к человеку не передается.



Совпадение обоих условий происходит при половых контактах, сопровождаемых микро- или макро-повреждениями и механическим втиранием инфекционного материала (проникновение ВИЧ из семенной жидкости в кровь, из физиологических экскретов половых путей — в кровь или из крови — в кровь). Наличие ВИЧ в семенной жидкости, по объему и дозе возбудителя превышающей выделения из женских половых путей, обуславливает более высокую вероятность передачи ВИЧ от мужчины к женщине. Очаги воспалительных заболеваний или диспластических процессов (эрозия шейки матки) на покровах половых путей повышают уровень передачи ВИЧ в обоих направлениях, являясь выходными или входными воротами для ВИЧ. С одной стороны, в этих очагах могут концентрироваться клетки, поражаемые ВИЧ; с другой стороны, в воспалительных и деструктивных очагах легче происходит травматизация, открывающая путь ВИЧ. Такие физиологические моменты, как менструация, с предшествующими ей изменениями структуры эпителия, естественно, увеличивают риск передачи ВИЧ в обоих направлениях, если вагинальное половое сношение происходит незадолго или во время месячных. Вероятность заражения за год полового общения с ВИЧ-инфицированным партнером составляет 30–40%. Различные воспалительные процессы мочеполовых путей у мужчин и женщин, часто связанные с инфекциями, передаваемыми половым путем, играют роль мощного фактора, поддерживающего гетеросексуальную передачу ВИЧ в развивающихся странах. Несоизмеримо более высокий уровень профилактики и лечения заболеваний, передающихся половым путем, в экономически развитых странах является одним из факторов, обуславливающих сравнительно низкий уровень гетеросексуальной передачи ВИЧ в Северной Америке, Западной Европе и Австралии.

**Восприимчивость к ВИЧ-инфекции.** Эпидемиологические наблюдения говорят о существовании среди населения небольшого процента лиц, невосприимчивых или, скорее, менее восприимчивых к заражению ВИЧ половым путем. В то же время имеются данные, что такие лица могут заразиться при непосредственном попадании ВИЧ в кровь (при переливании крови или при парентеральном потреблении наркотиков). Наличие отдельных случаев невосприимчивости к ВИЧ или случаев замедленного развития СПИДа, иногда связанное с определенными генетическими маркерами, представляет интерес в основном для научных исследований и пока не имеет существенного значения для организации проведения массовых профилактических мероприятий.

У небольшого процента людей в течение 10 лет и более после заражения ВИЧ-инфекция протекает практически незаметно. В это время ВИЧ-инфекцию можно обнаружить, только проведя специальное диагностическое лабораторное исследование крови или других материалов. Однако ВИЧ постепенно истощает защитные механизмы человека. В среднем через 8–10 лет после заражения ВИЧ у инфицированного человека наблюдается ослабление защитной системы организма — иммунитета, то есть развивается синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД). СПИД выражается в развитии угрожающих для жизни больного инфекционных поражений, вызванных малоопасными для здоровых людей микроорганизмами (оппортунистических заболеваний). При отсутствии специального лечения, направленного на подавление ВИЧ, больной СПИДом умирает в течение одного года. Таким образом, средняя продолжительность жизни человека после заражения ВИЧ при отсутствии лечения составляет 10–12 лет. Доказанных случаев излечения от ВИЧ-инфекции не отмечено.

Не высокий уровень заражения ВИЧ-инфекцией, а многолетнее скрытое течение ВИЧ-инфекции явилось основной причиной того, что ВИЧ в течение 20–25 лет постепенно и часто незаметно распространился по всем континентам и странам мира. Интенсивная международная миграция различных групп населения, обусловленная быстрым развитием мирового рынка, привела к заносу ВИЧ из зон первоначального распространения (США и страны Центральной Африки) практически во все государства мира.

Глобальная эпидемия ВИЧ/СПИДа продолжает развиваться. К концу 2008 года, по оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), всего в мире число людей, живущих с ВИЧ, составляло 33,4 [31,1- 35,8] миллиона человек<sup>1</sup>. С момента начала эпидемии ВИЧ-инфекцией заразились почти 60 миллионов человек и 25 миллионов человек умерли от заболеваний, связанных с ВИЧ; только за один 2008 год число новых случаев ВИЧ-инфекции составило 2,7 [2,4 - 3,0] миллиона, а число умерших от заболеваний, связанных с ВИЧ - 2 миллиона человек. Вопреки сложившимся стереотипам, подавляющее число ВИЧ-инфицированных и умерших от причин, связанных с ВИЧ/СПИДом в мире, не относится к группам риска - гомосексуалам и наркоманам, а принадлежит к населению с обычным (гетеросексуальным) половым поведением. Уровень пораженности взрослого гетеросексуального населения более 1% является индикатором перехода эпидемии в генерализованную стадию, при которой ВИЧ-инфекция переходит в общее население и представляет угрозу безопасности государства. Предупредить разрастание эпидемии в условиях отсутствия специфической профилактики (вакцин) возможно только путем изменения поведения населения в сторону менее рискованного.

### *Развитие эпидемии ВИЧ в России*

До середины 90-х годов XX века распространение ВИЧ-инфекции на территории России носило характер очаговой заболеваемости: выявлялись отдельные цепочки передачи ВИЧ, в которых преобладали случаи передачи при гомосексуальных контактах. В то же время были отмечены случаи гетеросексуальной передачи ВИЧ, а также случаи передачи ВИЧ при переливании крови, а в конце 80-х годов — внутрибольничные вспышки, произошедшие в результате нарушений противэпидемического режима в стационарах. В середине 90-х годов ВИЧ попал в быстро растущую популяцию внутривенных наркоманов и начал там стремительно распространяться. Из-за многократного использования загрязненных кровью шприцев и игл, а подчас и загрязненных ВИЧ растворов наркотиков, ВИЧ быстро поразил наркоманов на большинстве территорий России и сопредельных государств. Пик выявляемости ВИЧ-инфекции в России пришелся на 2001 год, когда было зарегистрировано 85 000 новых случаев ВИЧ-инфекции, преимущественно среди наркоманов.

Начиная с 2001 г. число ежегодно регистрируемых новых случаев ВИЧ-инфекции стало постепенно снижаться, достигнув 35 000 в 2004 г. В 2005 г. было отмечено не снижение, а небольшое увеличение числа вновь выявленных случаев. В половине регионов России большая часть новых случаев была связана с гетеросексуальной передачей ВИЧ, а не с употреблением наркотиков. Те же тенденции сохранялись и в 2006 г. Число зарегистрированных живых ВИЧ-инфицированных лиц на 100 000 населения России (пораженность) продолжало увеличиваться и в декабре 2006 г.

<sup>1</sup> Доклад об эпидемии ВИЧ/СПИДа, декабрь 2009. ВОЗ/ЮНЭЙДС.

достигло 246,8, тогда как в конце 2005 г. этот показатель равнялся 225,6. (По сравнению с 1995 г. показатель пораженности увеличился в 407 раз.) В 2006 г. 0,5% взрослого населения страны в возрасте от 15 до 49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные. В возрастной группе 18–24 лет было зарегистрировано более 1% ВИЧ-инфицированных. Среди молодежи 18–24 лет был инфицирован ВИЧ 1% (т.е. жил с ВИЧ каждый сотый). Почти треть (более 110 000) всех зарегистрированных ВИЧ-позитивных россиян составляли женщины.

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, начиная с 1987 года в России зарегистрировано 470 689 ВИЧ-инфицированных. С диагнозом СПИД зарегистрировано 5819 человек, из них 255 детей. За этот период умерли по разным причинам 31 636 человек, из них по причине развития СПИДа – 4713 человек. В 2008 г. по данным мониторинга национального приоритетного проекта умерло 12 759 ВИЧ-инфицированных российских граждан, в 2007 г. – 8547.

В 2008 г. в России продолжало возрастать число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции. В течение 2008 г., когда тестирование на ВИЧ-инфекцию прошли около 24 млн россиян, было сообщено о 53 687 новых случаях ВИЧ-инфекции, что на 19,9% больше, чем в предыдущем году (в 2007 г. было зарегистрировано 44 794, в 2006 г. — 39 704 новых случаев). К концу 2008 года число людей, проходящих курс антиретровирусной терапии выросло до 55 тыс. человек.

Главной причиной заражения ВИЧ-инфекцией в России продолжает оставаться внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментарием. На конец 2008 г. 82,4% от всех лиц с известными причинами заражения были инфицированы ВИЧ при употреблении наркотиков. В общей структуре ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации по-прежнему преобладают мужчины (66,5%). С 2002 года отмечается увеличение пропорции молодых женщин, что свидетельствует о вовлечении в эпидпроцесс основного гетеросексуального населения страны. Доля женщин среди ВИЧ-инфицированных, впервые выявленных в 2006–2008 гг., составила 43–44%.

Всего в России зарегистрировано более 157 тысяч инфицированных ВИЧ женщин. По сообщенным сведениям к концу 2008 г. у них родилось 51 947 детей, в том числе в 2008 г. — 8927, в 2007 г. — 7880, в 2006 г. — 7014. Благодаря проведению химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку за весь период эпидемии от матерей заразились ВИЧ-инфекцией только 3422 ребенка. В России ВИЧ-инфекция чаще поражает молодое население. У 73% впервые ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте до 30 лет, по данным на конец 2008 г.

### **Последствия эпидемического распространения ВИЧ**

Массовое распространение ВИЧ с последующей массовой гибелью зараженных ВИЧ вызывает многофакторное деструктивное воздействие на социальную и экономическую жизнь общества.

**Уменьшение численности населения и продолжительности жизни.** Половой путь передачи ВИЧ обуславливает преимущественное заражение молодой части населения. Чаще всего инфицирование происходит среди лиц репродуктивного возраста. Это в свою очередь ведет к уменьшению рождаемости. Таким образом, ВИЧ/СПИД становится мощным фактором, вызывающим

уменьшение численности населения и средней продолжительности жизни. В наиболее пораженных СПИДом регионах Африки отмечено снижение средней ожидаемой продолжительности жизни на 15–20 лет, то есть возвращение к показателям 50-х годов прошлого века. Для стран с отрицательным приростом населения, таких как Россия, масштабная эпидемия ВИЧ-инфекции может усугубить демографические проблемы.

***Уменьшение работающей части населения и увеличение числа иждивенцев.***

Болезнь и смерть части населения в наиболее работоспособном возрасте приводит к уменьшению трудовых ресурсов. Больные в стадии СПИДа теряют трудоспособность и переходят в категорию иждивенцев. Их дети, оставшиеся без кормильца, также пополняют ряды нуждающихся в материальной поддержке.

***Снижение качества рабочей силы.*** Зараженные ВИЧ люди из-за сниженного иммунитета больше подвержены сезонным инфекциям (грипп, ОРЗ и др.), в связи с этим может возрастать количество их обращений к врачу и уходов на больничный.

***Увеличение затрат в сфере здравоохранения.*** Медицинское обслуживание больных СПИДом, современное комбинированное лечение, меры по противодействию эпидемии требуют привлечения дополнительных средств и перераспределения имеющихся ресурсов здравоохранения. Отток средств и кадров на лечение ВИЧ-инфекции негативно влияет на другие области здравоохранения.

***Экономический ущерб от эпидемии*** обуславливается в первую очередь уменьшением рабочей силы и ухудшением качества труда, увеличением неработающей части населения, возрастанием пенсионной нагрузки на работающих, увеличением затрат в области здравоохранения.

***Рост социальной напряженности*** может быть обусловлен недовольством населения плохо организованным противодействием эпидемии.

***Геополитическое ослабление государства,*** пораженного эпидемией ВИЧ/СПИДа, обусловлено как экономическим ущербом, так и непосредственным снижением числа потенциальных военнослужащих.

### ***Некоторые аспекты предупреждения распространения ВИЧ среди населения***

---

Распространение ВИЧ среди представителей общего, преимущественно гетеросексуального, населения, не использующего наркотические препараты, является наиболее неблагоприятным сценарием распространения эпидемии ВИЧ-инфекции, который приводит к наиболее драматическим последствиям. В настоящее время в России уже сформировался значительный резервуар инфицированных ВИЧ потребителей наркотиков, имеющих многочисленные гетеросексуальные контакты, в связи с чем риск массового гетеросексуального распространения ВИЧ в России достаточно высок. Хотя данные опросов выявляют достаточно высокий уровень знаний населения РФ о путях передачи ВИЧ и способах предохранения от заражения, тем не менее поведение значительной части населения остается достаточно рискованным. Сохраняющийся высокий

уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), указывает на то, что половое поведение населения опасно и в плане заражения ВИЧ. По этой причине основное население Российской Федерации должно быть не только проинформировано о риске заражения ВИЧ, но и мотивировано на изменение рискованного поведения.

Предупреждение распространения ВИЧ должно являться частью общей цели формирования в России культуры, ориентированной на здоровый образ жизни в целом, включая половое воспитание. В связи с отсутствием в обозримом будущем возможности проведения всеобщей вакцинации населения от ВИЧ, предупреждение распространения ВИЧ среди населения должно основываться на изменении полового поведения в сторону менее рискованного. Этот подход не является методом, обеспечивающим полное прекращение циркуляции ВИЧ, однако снижение числа половых контактов, при которых потенциально может происходить передача ВИЧ от одного партнера другому, может существенно уменьшить уровень циркуляции ВИЧ среди населения. Широко используя только методы обучения населения менее опасному половому поведению, многие страны Северной и Западной Европы, Канада и Австралия уже в середине 90-х годов добились стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции на низком уровне, не представляющем существенной угрозы для дальнейшего развития этих государств.

Не менее важным компонентом общепрофилактических мероприятий является предупреждение передачи ВИЧ, связанной с использованием наркотических препаратов. Наряду с информацией о непосредственной вреде психотропных препаратов необходимо распространять также информацию о повышенной опасности заражения ВИЧ и другими инфекциями непосредственно при внутривенном употреблении наркотиков. Необходимо также информировать население о том, что использование различных препаратов, воздействующих на психическое состояние, включая алкоголь, может провоцировать их потребителя на более опасное поведение, приводящее к риску заражения половым путем ВИЧ и другими инфекциями, передаваемыми половым путем. Информацию о способах предупреждения заражения ВИЧ целесообразно сочетать с информацией о возможности получить современное лечение ВИЧ-инфекции и о возможности пройти добровольное (в том числе анонимное) обследование на наличие ВИЧ-инфекции. Таким образом, достигается дополнительная возможность обнаружения источников ВИЧ-инфекции и проведения противоэпидемических и лечебных мероприятий.

### ***Модели полового поведения, снижающие риск инфицирования ВИЧ***

***Уменьшение числа половых партнеров*** снижает риск встречи с инфицированным партнером. Полное отсутствие половых партнеров исключает риск инфицирования ВИЧ половым путем. Однако полное воздержание от половых контактов может быть постоянным методом защиты от заражения лишь небольшой части населения. Рекомендовать полное воздержание как универсальный метод защиты вряд ли возможно, но снизить риск заражения помогает временное отсутствие половых партнеров, например добрачное воздержание, воздержание во время пребывания в путешествиях. Уменьшение числа половых партнеров должно носить характер исключения из круга половых партнеров лиц, о которых можно предполагать, что они имели большую вероятность заразиться ВИЧ; лиц, о которых известно, что у них было много половых партнеров, или лиц, потреблявших наркотики. В то же время заражение может произойти и при

наличии у человека в течение жизни только одного полового партнера, который был инфицирован ВИЧ от третьего лица. Предварительное (до начала половых отношений) обследование потенциальных половых партнеров на ВИЧ-инфекцию может рекомендоваться в порядке добровольного соглашения и согласия.

**Использование менее опасной сексуальной практики.** Половые контакты (поцелуи, петтинг и т.п.), осуществляемые без непосредственного контакта с половыми органами, спермой (эякулятом), вагинальным секретом, кровью, являются малоопасными в плане передачи ВИЧ.

Использование презервативов механическим образом предохраняет от непосредственного контакта с половыми органами и потенциально опасными выделениями, благодаря чему обеспечивается механическая защита от инфицирования ВИЧ. Использование презервативов обеспечивает высокий уровень защиты от инфицирования ВИЧ, а также существенно снижает риск заражения другими инфекциями, передающимися половым путем.

**Профилактика и лечение воспалительных заболеваний половых органов.** Профилактика заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), и других воспалительных заболеваний половой сферы приводит к снижению числа воспалительных процессов, увеличивающих риск передачи ВИЧ. Профилактика заражения ИППП проводится методами просвещения, имеющими ту же направленность, что и профилактика ВИЧ-инфекции: снижение числа партнеров и использование презервативов при каждом половом контакте. Систематическое лечение инфекционных поражений половой сферы, обеспечивающее снижение частоты и интенсивности воспалительных процессов, также потенциально уменьшает риск передачи ВИЧ.

### **Уровни профилактики ВИЧ-инфекции среди населения**

---

Развертывание всех мероприятий по профилактике распространения ВИЧ необходимо начинать с просвещения и вовлечения в профилактическую деятельность руководителей администрации и лиц, обладающих общественным авторитетом. Лица, принимающие решения — особая целевая группа, в первую очередь нуждающаяся в индивидуальном обучении относительно способов предотвращения распространения ВИЧ. К этой группе принадлежат руководители администрации, общественные деятели, партийные и религиозные активисты. Эти лица могут влиять как на распределение финансов, так и на возможность осуществления того или иного проекта профилактики. Различного рода популярные лица, например артисты и т.п., также должны быть объектом обучения, так как их мнение может усиливать (или ослаблять) эффективность просвещения населения.

Обучение населения методам снижения риска заражения ВИЧ может осуществляться на трех уровнях:

- массовом, осуществляющем общее обеспечение информацией, вне зависимости от особенностей получателя информации;
- групповом, предоставляющем информацию, направленную на однородную группу населения или специфичную для определенной группы населения;
- индивидуальном, когда информация касается особенностей жизни отдельного лица.



Проведение профилактической работы на каждом из перечисленных уровней имеет свои плюсы и минусы, поэтому конечный эффект достигается только при одновременной работе на всех трех уровнях информирования и обучения. Обучение, осуществляемое через средства массовой информации (СМИ), охватывает большие массы населения, но, как правило, не доходит до традиционных групп риска, например потребителей наркотиков и лиц, занимающихся коммерческим сексом. Кроме того, такие стигматизированные группы, как мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), могут воспринимать послания об опасности заражения при гомосексуальных контактах, распространяемые через СМИ, как средство подавления нетрадиционных меньшинств государством и т.п. В связи с этим отдельным важным элементом профилактической работы является специфическая работа с группами повышенного риска заражения: мужчинами, имеющими секс с мужчинами; коммерческими секс-работниками; потребителями наркотиков; молодежью; мигрантами; заключенными и лицами, имеющими профессиональные риски заражения (медицинские работники, сотрудники МВД, ФСИН и др.); людьми, живущими с ВИЧ (ЛЖВ).

Индивидуальное обучение, обычно осуществляемое в виде консультирования, наиболее эффективно, так как позволяет сконцентрировать внимание на индивидуальных рисках заражения обучаемого лица. Однако этот индивидуальный метод подразумевает малый охват населения и дает ощутимый профилактический эффект только при наличии большого числа обученных консультантов.

### ***Особенности информирования населения о способах предупреждения инфицирования ВИЧ***

---

Сравнительно высокий общий уровень образования населения Российской Федерации, вполне сравнимый с уровнем образования населения Европы, Канады и Австралии, может обеспечить достижение создания достаточного уровня информированности населения в короткие сроки. Особую проблему для успешного информирования населения о путях предупреждения заражения ВИЧ создает постоянно отмечающееся противодействие между двумя подходами к предупреждению распространения ВИЧ. Сторонники традиционной морали полагают, что для предупреждения распространения ВИЧ достаточно пропагандировать воздержание от добрачного секса и строгие моногамные половые отношения в пожизненно заключаемом браке. Их оппоненты сосредоточиваются исключительно на обучении населения методам «безопасного секса», которые сводятся преимущественно к использованию презервативов, вне контекста воздержания и выбора половых партнеров. Очевидно, что правильная подача информации должна основываться на объективном освещении проблемы и предоставлении населению полной информации, необходимой для того, чтобы каждый мог выбрать тот путь поведения, который соответствует его убеждениям и обстоятельствам его жизни.

Преподнесение информации должно быть основано на достоверных фактах и объективных подходах, исключающих неправильную трактовку распространенной информации. Например, выражение «к СПИДУ приводят беспорядочные половые связи», можно толковать в нескольких взаимоисключающих вариантах.

**Информация не должна связывать возможность инфицирования ВИЧ исключительно с уязвимыми группами.** Исключаются фразы типа «СПИДом болеют в основном наркоманы, проститутки и гомосексуалисты», так как в этом случае получатель информации, не относящий себя к этим группам, будет недооценивать степень своего риска заражения ВИЧ.

**Информация должна быть нейтральна по отношению к получателю информации.** Например, провоцирующая фраза «утратившее моральный облик молодое поколение подвергает себя риску заражения ВИЧ», вызовет негативное отношение молодежи ко всему блоку преподносимой информации.

**Информация должна быть нейтральна в идеологическом плане.** Предпочтение, отдаваемое в информационных материалах концепции воздержания, в том числе в религиозном контексте, как единственному способу предупреждения заражения ВИЧ или, наоборот, явное предпочтение использования презервативов перед другими способами уменьшения риска заражения, может вызвать неприятие всей информации частью аудитории.

**Информация НЕ должна содержать стигматизирующих утверждений по отношению к людям, живущим с ВИЧ.** Толерантный характер информации снижает уровень негативного отношения к людям, живущим с ВИЧ, а, следовательно, и уровень дискриминации.

Негативные элементы информации, направленные на инфицированных ВИЧ, могут снижать ее эффективность. Так, формулировка: «этот иностранец (или человек из другого города, например «москвич», «сибиряк» и т.п.) заразил пять российских (кубанских, дагестанских и т.п.) девушек ВИЧ», предполагает активное и злонамеренное участие «чужака» в заражении. Более правильно писать, что девушки заразились от иностранца, что подчеркивает реальность ситуации и допускает возможность активного предупреждения заражения.

**Информация должна содержать элементы формирования позитивного отношения к использованию презервативов,** что обусловлено негативным отношением к презервативам у части общества. В известной степени использование презервативов как способ регулирования рождаемости может быть противопоставлено все еще широко распространенным в России абортам.

**Необходимо информировать население о неэффективности использования других средств контрацепции,** кроме презерватива, в качестве защиты от ВИЧ, и о том, что эффективность различных дезинфицирующих средств, используемых до, во время или после полового сношения, не доказана.

## **Массовое информирование населения**

---

Массовый уровень информирования осуществляется с использования средств массовой информации: телевидения, радиовещания, периодической печати, интернет-сайтов, плакатов и т.п. Этот метод позволяет быстро распространить общую информацию о рисках инфицирования и способах



предотвращения заражения ВИЧ. Однако такой способ информирования не достигает ряда групп, которые могут не интересоваться такого рода информацией или воспринимать ее неправильным образом. Кроме того, использование средств массовой информации не всегда позволяет распространить специфическую информацию, связанную, например, с техникой использования презерватива и т.п.

Информационные кампании с использованием СМИ должны проводиться постоянно и дополнять друг друга для того, чтобы достигнуть максимального охвата информацией потребителей телевизионных и радиопередач. Так, не имеет смысла организовывать передачи о профилактике ВИЧ в утренние или дневные часы. Расчет охвата населения информацией достигается использованием имеющихся данных о привлечении той или иной категории зрителей и слушателей в тот или иной период вещания. В частности, информационные блоки о предупреждении ВИЧ-инфекции рекомендуется комплектовать с передачами, наиболее привлекательными для молодежи: спортивными, концертами молодежной музыки и т.п. Другие средства информации целесообразно размещать таким образом, чтобы они были доступны максимальному числу жителей. Плакаты и другие наружные информационные материалы следует размещать в местах, наиболее часто посещаемых молодежью: вблизи спортивных сооружений, клубов, дискотек и т.п. Сами места проведения времени молодежью могут быть использованы для размещения наглядной агитации, распространения листовок, брошюр, проведения лекций, акций и подобных мероприятий, направленных на снижение уровня передачи ВИЧ.

Массовые мероприятия (концерты, соревнования) также могут быть использованы для распространения информации о способах предупреждения заражения ВИЧ, однако при этом следует учитывать, что содержание таких мероприятий часто отвлекает их участников от профилактики ВИЧ/СПИДа. Информация о способах предупреждения заражения ВИЧ должна широко распространяться в общественном транспорте: автобусах, поездах, на остановках, на вокзалах и в аэропортах. Для информации индивидуальных водителей информационные материалы могут быть размещены или распространяться на автозаправочных станциях.

Кроме того, для распространения информации о путях предупреждения заражения в виде средств наглядной агитации и т.п. должны быть использованы все медицинские учреждения, а также аптеки.

Торговые организации могут привлекаться к мероприятиям по предупреждению распространения ВИЧ, размещая наглядную агитацию. Их участие может проявляться включением в ассортимент товаров презервативов, снабженных информационными материалами. Информационные материалы могут вкладываться в упаковку широко используемых товаров.

Для обеспечения массового охвата населения информацией может быть использована и массовая почтовая рассылка информационных материалов. Могут использоваться также интернет-сайты, содержащие информацию о профилактике передачи ВИЧ, однако обеспечить их массовое посещение и изучение информации не представляется возможным.

Групповое обучение в форме лекций и бесед применяется в группах со специфическими факторами риска заражения ВИЧ. Например, к разнородным группам следует отнести молодежь, учащуюся в образовательных учреждениях.

### *Профилактика ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях*

Огромный социально-демографический урон, наносимый эпидемией ВИЧ/СПИДа, заставляет рассматривать вопросы о борьбе с эпидемией в качестве приоритетных направлений деятельности российского государства. Необходимость проведения просветительных мероприятий среди населения, в особенности среди молодежи, которая подвергается наибольшему риску заражения ВИЧ, не вызывает сомнения. У 75% россиян, живущих с ВИЧ, ВИЧ-инфекция была впервые зарегистрирована, когда они были в возрасте до 30 лет, а у 16% — в возрасте до 20 лет. При этом следует учесть, что все они заразились ВИЧ за несколько лет до того, как заболевание было диагностировано.

Целесообразность использования для профилактики ВИЧ-инфекции именно образовательных учреждений определяется возможностью охватить обучением в организованном порядке большую часть молодежи. Среди гарантий, взятых на себя государством в области противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа, в тексте статьи 6 Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» упоминаются:

- регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;
- включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию.

Таким образом, в России имеется правовая база для внедрения в образовательных учреждениях программ обучения в области предупреждения заражения ВИЧ, по крайней мере, в рамках тематических вопросов по половому воспитанию. Учащиеся всех учебных заведений РФ независимо от формы собственности, программ обучения и других различий, имеют право на получение адекватной и полной информации, которая помогла бы им избежать заражения ВИЧ. Конечной целью обучения является создание у молодого человека мотивации на самостоятельный и осознанный выбор поведения, препятствующего риску заражения ВИЧ.

Планирование мероприятий по обучению учащихся общеобразовательных учреждений в рамках программ по предупреждению распространения ВИЧ/СПИД и ИППП должно координироваться в рамках тесного межсекторного и межведомственного взаимодействия. Согласованная позиция администрации, органов образования и здравоохранения, политических и общественных организаций, которая может быть достигнута в рамках деятельности межсекторных координационных советов/комиссий по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, должна стать базой, обеспечивающей снижение уровня конфликта подходов и интересов, которые могут возникать по описанным выше мотивам.

В то же время следует учитывать, что ни религиозные, ни иные общественные и негосударственные объединения и организации не имеют права определять

концепцию и информационное наполнение государственных программ по информированию населения, в том числе учащихся, по вопросам, связанным с профилактикой ВИЧ-инфекции. Программы по обучению учащихся навыкам предупреждения заражения ВИЧ разрабатываются образовательными учреждениями и согласуются с органами управления образования и здравоохранения. При их составлении может учитываться мнение политических и общественных организаций, однако лишь в том случае, если оно не противоречит задачам противодействия эпидемии. Например, нельзя согласиться с мнением каких-либо организаций, отрицающих возможность использования презервативов для предупреждения заражения ВИЧ.

Общественные объединения, включая религиозные, могут осуществлять информирование населения о путях предупреждения ВИЧ-инфекции в рамках прав, определенных их уставными документами, вне государственных учебных заведений. При этом следует учитывать, что заявленные некоторыми организациями программы «по профилактике распространения ВИЧ-инфекции среди молодежи» на практике могут не соответствовать провозглашенным целям. Программы обучения, предлагаемые неправительственными организациями, не должны содержать противоречивых материалов или навязывать односторонний подход к решению проблемы предупреждения распространения ВИЧ/СПИДа.

Учитывая возможность нежелательной интерпретации некоторыми родителями несовершеннолетних учащихся как самого факта обучения вопросам, связанным с сексуальной активностью, так и содержания программ по обучению способам предупреждения заражения, целесообразно предварительно предоставить родителям возможность получить информацию о проводимом обучении и получить их информированное согласие на участие детей в занятиях.

Одним из решений проблемы предвзятого отношения учащихся к «официальной информации» может стать использование для обучения специально подготовленных инструкторов из числа учащихся (использование принципа «равный — равному»). При этом, однако, следует учитывать, что инструкторы из числа учащихся должны заниматься учебой, они могут лишь временно принимать участие в этой деятельности, их интерес к однообразной деятельности быстро ослабевает. По этой причине необходимо постоянно работать над повышением их знаний и навыков и обновлять состав инструкторов.

Необходимо отметить, что помимо лекционного обучения учащихся навыкам предупреждения заражения ВИЧ должны широко использоваться более эффективные в плане обучения ролевые игры и другие интерактивные приемы, подразумевающие участие самих учащихся: тренинги, викторины, дискуссии, самодеятельные спектакли. При подаче информации целесообразно исключать прямые поучительные и назидательные мотивы, которые могут восприниматься подростками негативно.

Имеется много свидетельств того, что часть учащихся образовательных учреждений Российской Федерации уже вовлечена в рискованное по заражению ВИЧ поведение и немало школьников уже заражены ВИЧ. Поэтому предупреждение передачи ВИЧ считается естественной тактической задачей системы образования. Формирование в школе навыков предупреждения заражения ВИЧ решает стратегическую задачу предупреждения распространения

ВИЧ среди населения России, так как после окончания учебных заведений молодежь становится менее доступной для систематического обучения, в то время как риски заражения ВИЧ продолжают возрастать.

Но на практике работа по обучению этой группы ограничивается рядом препятствий организационного и идеологического порядка, и поэтому до настоящего времени в России осуществляется в недостаточном объеме. Основной проблемой идеологического плана является то, что значительная часть как общественности и населения, так и педагогов полагает, что обсуждение вопросов, связанных с путями распространения ВИЧ (например, обсуждение тем, связанных с сексуальной активностью), может не столько препятствовать рискованному поведению, сколько провоцировать такое поведение у детей и подростков. Кроме того, сами работники образования могут не иметь мотивации на обучение учащихся вопросам предупреждения распространения ВИЧ/СПИДа, поскольку могут не иметь достаточных знаний об этой угрозе, или по той причине, что не считают данную деятельность своей обязанностью. Большинство педагогов также не имеют специальной подготовки, позволяющей обсуждать с учащимися интимные вопросы.

В связи с этими причинами обучение учащихся методам предотвращения заражения ВИЧ осуществляется в Российской Федерации в недостаточных объемах. Медленное внедрение систематического обучения молодежи негативным образом сказывается на общем эффекте противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа. Там, где удалось добиться единых согласованных стандартов и программ обучения, например в северных странах Европы, Канаде, Австралии, в целом отмечено их позитивное влияние на изменение поведения основной части населения в сторону менее рискованного. В странах с большим разнообразием подходов и при наличии противоречивых программ обучения эти успехи носили более фрагментарный характер и касались учащихся отдельных школ или ограниченных территорий. В то же время, по отдельным сообщениям, на фоне существования системы обучения молодежи по вопросам сексуального поведения и предупреждения ВИЧ-инфекции и ИППП были отмечены эпизоды роста числа случаев беременностей и заболевания ИППП среди школьников. Подобные сообщения могут вызывать сомнения в эффективности и целесообразности внедрения обучающих программ по ВИЧ/СПИДу в общеобразовательных учреждениях, однако на самом деле неоднозначность международного опыта обусловлена рядом объективных и субъективных факторов. Эти факторы нуждаются в анализе, необходимом для постоянной коррекции проводимых мероприятий. Неудачи в осуществлении обучения учащихся в различных странах были связаны с комплексом препятствий, среди которых можно отметить наиболее важные.

***Сомнения в целесообразности обучения вопросам предупреждения заражения ВИЧ в общеобразовательных учреждениях.*** Встречается мнение, что специальное обучение вопросам предупреждения заражения ВИЧ и другими инфекциями, передаваемыми половым путем, в общеобразовательных учреждениях вообще нецелесообразно. При этом высказываются сомнения относительно реальности угрозы ВИЧ/СПИД, необходимости специально рассматривать такой узкий вопрос, который, по мнению части педагогов, может решаться в общем контексте привития морали и нравственности, т.е. в рамках «тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию».

Наконец, ряд общественных деятелей может публично отрицать существование ВИЧ/СПИДа или реальность угрозы распространения этого заболевания среди населения.

**Опасения относительно провокации более рискованного поведения.** ВИЧ-инфекция передается преимущественно половым путем, а в России значительная часть случаев заражения обусловлена также и потреблением запрещенных наркотических препаратов, вводимых парентерально (внутривенное введение с помощью шприцев и игл). Среди педагогов, со стороны родителей и общественности высказываются опасения, что обучение менее опасному половому поведению (в особенности использование презервативов) или тем более обучение тому, как вводить наркотики, не боясь заразиться ВИЧ, может провоцировать интерес подростков к этим явлениям жизни. В связи с этим значительная часть педагогов выступает против обсуждения этих конкретных вопросов в общеобразовательных учреждениях или считает достаточным «включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию».

**Противоречия между концепцией обучения менее опасному в плане заражения ВИЧ поведению и морально-этическим представлениями.** Значительная часть педагогов и медиков, других представителей общественности полагают, что для предотвращения заражения ВИЧ достаточно обучать детей и подростков традиционному поведению. Этот подход базируется на формировании установки на запрет добрых сексуальных связей, на строгую моногамию, на запрет потребления наркотиков. С этой точки зрения обсуждение вопроса использования презервативов в качестве альтернативного поведения, препятствующего заражению ВИЧ, или вопроса обмена шприцев для потребителей наркотиков кажется бессмысленным или, скорее, вредным. В ряде случаев учащиеся оказываются лишены доступа к объективной информации о ВИЧ-инфекции и способах предупреждения заражения ВИЧ.

**Влияние религиозных и общественных (неправительственных) организаций.** На определенных территориях наиболее распространенные религиозные объединения, а также иные общественные организации, пользующиеся влиянием, могут оказывать прямое или опосредованное давление на учреждения образования по поводу организации обучения или содержания материалов по профилактике заражения ВИЧ. Сторонники религиозных конфессий настаивают на преобладании в обучающих материалах концепции воздержания. Ими допускаются даже такие приемы, как заведомо ложные утверждения о неэффективности использования презервативов. В то же время некоторые неправительственные организации могут чрезмерно акцентировать внимание исключительно на использовании презервативов, «снижении вреда» от занятий коммерческим сексом и от использования наркотиков, как бы игнорируя другие способы снижения риска заражения ВИЧ. В ряде случаев религиозные и общественные организации могут высказывать совершенно противоположные взгляды и требования к обучению учащихся, в результате чего какой-либо эффект от обучения не достигается.

**Отсутствие единого педагогического подхода в предупреждении ВИЧ-инфекции среди учащихся.** В связи с противоречивыми взглядами общественности на целесообразность обучения по вопросам предупреждения

заражения ВИЧ в настоящее время достаточно трудно выработать единую педагогическую концепцию и программы по этой тематике. В связи с расхождениями идеологического характера инструктивные и директивные документы могут не выполняться (саботироваться) педагогами, непосредственно осуществляющими обучение учащейся молодежи. Кроме того, расхождения могут касаться также отдельных аспектов обучения, например возраста учащихся, в котором необходимо начинать обучение, и зависимости объема информации от возраста учащихся.

*О деятельности Министерства образования и науки РФ в сфере противодействия распространению ВИЧ-инфекции см. Приложение 13.*

**Влияние общих тенденций общественного развития.** Проведение обучающих мероприятий в системе учебных заведений на фоне различных фаз развития «сексуальной революции» или изменения отношения общества к потреблению наркотиков может быть затруднено или наоборот облегчено в зависимости от господствующих в обществе тенденций конкретного периода. Так, периодические тенденции стигматизировать или, наоборот, романтизировать занятия коммерческим сексом, однополым сексом и т.п. могут прямо или косвенно отражаться на эффективности сексуального просвещения школьников. Например, время от времени возникающие политизированные дискуссии относительно степени угрозы общественной нравственности, заложенной в материалах по профилактике ВИЧ и ИППП, не могут не отражаться на желании учителей или врачей участвовать в профилактических мероприятиях.

**Разнородность учреждений образования.** Различия образовательных учреждений по ведомственной подчиненности, форме собственности, доминирующим дисциплинам (музыкальные, технические, и т.п.) могут создавать сложности при внедрении программ по предотвращению распространения ВИЧ.

**Стигматизация и дискриминация.** Одной из проблем подачи информации для учащихся является возможная и часто обнаруживаемая на практике стигматизация уязвимых к ВИЧ групп населения: мужчин, имеющих секс с мужчинами, потребителей наркотиков, коммерческих секс-работников, иностранцев, мигрантов и др., а также их дискриминация. Достаточно часто содержание просветительской информации по предупреждению заражения ВИЧ сводится к призыву избегать контактов с представителями «групп риска» («Игла наркомана грозит Вам СПИДом»).

**Дискриминация и стигматизация людей, живущих с ВИЧ,** также может снизить эффективность обучения молодежи. Попытки ассоциации риска заражения ВИЧ только с этими контингентами может привести к тому, что учащиеся не будут ассоциировать свое собственное поведение, например сексуальные связи с одноклассниками, с возможностью заражения. Стигматизация особенно снижает эффективность обучения учащихся, уже вовлеченных в опасное поведение, так как они сами становятся объектами стигматизации и негативно воспринимают внешнюю по отношению к их группе информацию.

**Внутренние противоречия концепции снижения риска инфицирования ВИЧ путем обучения методам предупреждения заражения.** Хотя полное воздержание от половой жизни и может привести к значительному снижению риска инфицирования ВИЧ, этот метод не может рассматриваться как реалистичный.



В то же время ни моногамные отношения, ни постоянное использование презервативов не могут считаться абсолютно надежными способами защиты от ВИЧ-инфекции, так как «единственный» половой партнер может сам иметь других партнеров, в том числе живущих с ВИЧ, а презерватив может порваться в процессе полового акта.

**Психологические особенности молодежи (подростков).** Возможно, наиболее труднопреодолимой проблемой в осуществлении обучения учащейся молодежи навыкам менее опасного поведения являются возрастные психологические особенности подростков: эмоциональная неуравновешенность, юношеский негативизм, потребность испытать все на собственном опыте и т.п. Значительная часть информации, преподносимая в общеобразовательных учреждениях, может негативно интерпретироваться в сознании подростка. Так, информация об угрозе заражения ВИЧ при половых контактах часто расценивается только как формальная угроза абстрактной расплаты за непослушание в области половой морали. Предупреждение об угрозе заражения ВИЧ при приеме наркотиков может расцениваться как дополнительный фактор «запугивания» и без того многочисленными отрицательными последствиями их употребления.

**Противоречия между содержанием обучающих программ и общей работой по профилактике опасного в плане заражения ВИЧ поведения в обществе.** В определенные периоды организации и проведения профилактики ВИЧ-инфекции в отдельных странах и на отдельных территориях могут возникать противоречия между внутренними и внешними (по отношению к системе образования) потоками информационного воздействия. Если обучение в системе образования не поддерживается аналогичной активностью средств массовой информации, то его эффективность может быть значительно снижена.

**Недостаток подготовленных педагогических кадров.** Важным фактором, препятствующим обучению учащихся вопросам предупреждения заражения ВИЧ, является отсутствие достаточного количества специалистов, обученных навыкам практического обучения подростков безопасному в плане заражения ВИЧ поведению. Для педагогов, закончивших профессиональную подготовку в предшествующие эпидемии ВИЧ-инфекции годы, представляет достаточно большую сложность обсуждать соответствующие вопросы с учащимися. Попытки проведения профилактической работы педагогическими кадрами, не имеющими соответствующей подготовки, могут привести к негативному восприятию учащимися информации.

**Содержание информации о предупреждении инфицирования ВИЧ.** Молодые люди имеют право знать, что заражение ВИЧ приводит через несколько лет к развитию смертельного заболевания — синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД), что заболевание это пока неизлечимо, а современная медицина позволяет только на неопределенное время предупредить развитие СПИДа при условии постоянного приема большого количества дорогостоящих лекарственных препаратов.

Информация, предоставляемая учащимся, должна определенным образом доводить до их сведения, что снизить риск инфицирования ВИЧ можно как практикуя воздержание и строгие моногамные отношения, так и путем

использования барьерного способа предупреждения заражения, то есть путем использования презервативов. При этом до сведения учащихся должно быть доведено, что ни тот, ни другой путь не является абсолютно надежным в плане предупреждения заражения ВИЧ, но они в сотни раз снижают риск заражения.

Учащиеся должны получать достаточную информацию, для того чтобы в будущем они могли сделать правильный выбор поведения, обеспечивающий максимальную защиту от ВИЧ в тех условиях, в которых они могут оказаться в будущей жизни.

### **Обучение других контингентов населения**

---

Информирование **военнослужащих, сотрудников милиции и других организованных контингентов** осуществляется в регулярном порядке по специальным методикам и программам, согласованным с органами здравоохранения и учреждениями, в ведомстве которых находятся данные контингенты.

**Обучение рабочих и служащих** навыкам предупреждения заражения ВИЧ должно вменяться в обязанность работодателей и осуществляться под контролем службы надзора в области защиты прав потребителей и благополучия человека.

**Неработающая и неучащаяся молодежь** представляет собой группу, особо уязвимую к заражению ВИЧ. Для работы с этой группой используются различные мероприятия, проводимые в местах ее концентрации, определяемых для каждой территории. К этой деятельности привлекаются также «клиники, дружественные молодежи» и другие аналогичные организации. Для профилактической работы среди подростков и молодежи целесообразно использовать различные молодежные организации и движения.

**Пациенты медицинских организаций.** Малоиспользуемым в настоящее время ресурсом профилактики распространения ВИЧ/СПИДа является обучение населения методам предупреждения заражения ВИЧ, проводимое среди лиц, обращающихся за помощью в медицинские учреждения, которые традиционно называются лечебно-профилактическими учреждениями, но сравнительно редко участвуют в профилактической деятельности. Эта работа проводится в рамках одного медицинского ведомства, поэтому сравнительно легко организуется и контролируется. Учитывая частоту обращения населения за медицинской помощью, целесообразно вовлекать в профилактическую работу максимально возможное число учреждений и организаций, для того чтобы создать надежную информационную преграду на пути распространения ВИЧ. Мероприятия, осуществляемые организациями различного профиля, должны быть четко определены инструктивными материалами, подготовленными территориальными органами здравоохранения.

### **Группы населения, наиболее уязвимые к ВИЧ**

---

Некоторые группы населения, отличающиеся определенными особенностями поведения или образа жизни, могут подвергаться сравнительно более высокому



рisku заражения ВИЧ-инфекцией или отличаться от прочего населения по уровню доступа к информации и профилактическим мероприятиям. Кроме того, эти группы в силу своих особенностей могут подвергаться дискриминации как в области осуществления общих прав человека, так и в области оказания медицинских услуг. Наиболее известными уязвимыми группами по заражению ВИЧ-инфекцией являются потребители вводимых инъекционным путем наркотиков (ПИН), мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), а также коммерческие секс-работники (КСР).

Смешанную по своему составу группу повышенного риска заражения ВИЧ представляют заключенные, которые, кроме того, имеют ограничения по доступу к медицинской помощи и информации. Наряду с этими контингентами повышенному риску заражения подвергаются и некоторые другие группы населения. К ним можно отнести, например, лиц, постоянно меняющих место пребывания, то есть разного рода путешественников и мигрантов. Эти же группы могут иметь ограниченный по сравнению с местным населением доступ к профилактическим мероприятиям.

В отдельных странах и на отдельных территориях к группам повышенного риска заражения ВИЧ могут относиться и благополучные группы населения, например военнослужащие или полицейские.

Иногда уязвимые контингенты населения достаточно трудно дифференцировать, к таковым относятся лица, имеющие большое число половых партнеров, например наниматели (клиенты) секс-работниц. К группам населения, имеющим ограниченный доступ к профилактической информации, могут относиться, например, лица, проживающие в районах без доступа к СМИ, плохо видящие или плохо слышащие люди, лица, страдающие психическими заболеваниями, и т.п. Для всех этих групп населения целесообразно разрабатывать свои подходы к обучению навыкам поведения, безопасного в плане заражения ВИЧ.

### ***Роль различных медицинских учреждений в профилактике ВИЧ-инфекции***

Мероприятия, осуществляемые медицинскими организациями различного профиля, должны быть четко определены директивными документами и обеспечены инструктивными материалами. В федеральной, региональных и городских программах по профилактике и борьбе со СПИДом целесообразно запланировать расходы на обучение медицинского персонала, подготовку учебных и профилактических материалов, необходимых для проведения профилактических мероприятий среди пациентов медицинских учреждений, а также фонд оплаты работы исполнителей. Организация мероприятий возлагается на администрацию медицинского учреждения.

***Лечебно-профилактические учреждения общего профиля.*** Во всех лечебно-профилактических учреждениях, независимо от ведомственного подчинения, должны быть лица, ответственные за проведение профилактических мероприятий по ВИЧ-инфекции и обучение персонала и клиентов учреждения, прошедшие соответствующую подготовку. Учреждения должны иметь в доступном для больных и посетителей месте наглядную агитацию по предупреждению половой передачи ВИЧ и по предупреждению потребления наркотиков, содержащую информацию о возможности передачи ВИЧ и вирусов

гепатитов, в том числе при приеме наркотиков, о методах предупреждения заражения. Рекомендуется предоставлять посетителям в режиме свободного доступа информационные листки и буклеты соответствующего содержания. В случае обнаружения лиц, относящихся к уязвимым по ВИЧ-инфекции группам населения, например, лиц, употребляющих психотропные препараты, лицо, ответственное за профилактические мероприятия по ВИЧ-инфекции, должно провести с таким пациентом беседу (консультирование) по вопросам предупреждения ВИЧ-инфекции. Консультация должна фиксироваться в текущей документации (амбулаторные карты, истории болезни).

**Организации акушерского и гинекологического профиля** должны быть одним из важнейших структурных подразделений, проводящим профилактическую работу среди женского населения, подготовку по предупреждению передачи ВИЧ. В связи с этим весь персонал соответствующих учреждений должен пройти базовое обучение по предупреждению распространения ВИЧ, гепатитов и других ИППП. В каждом учреждении должен быть специалист, имеющий сертификат о том, что он прошел обучение по предупреждению передачи ВИЧ от беременной ВИЧ-инфицированной женщины ее будущему ребенку, а также по консультированию по вопросам ВИЧ-инфекции. Женщины, из уязвимых к ВИЧ контингентов населения, обращающиеся за медицинской помощью, должны получать дополнительную информацию о путях предотвращения заражения ВИЧ. Все учреждения и подразделения акушерско-гинекологического профиля должны быть оснащены информационными материалами по профилактике ВИЧ-инфекции, доступными для пациентов.

**Организации дерматовенерологического профиля** должны, помимо лечения ИППП, проводить постоянное обучение обращающегося за помощью населения методам предупреждения заражения ВИЧ и ИППП. Весь персонал соответствующих учреждений должен пройти базовое обучение по предупреждению распространения ВИЧ, гепатитов и других ИППП. В каждом учреждении должен быть специалист, обученный консультированию по вопросам ВИЧ-инфекции. Все лица с подозрением или диагностированными ИППП должны получать дополнительную информацию о способах предупреждения ВИЧ-инфекции. Все подразделения должны быть оснащены информационными материалами по профилактике ВИЧ-инфекции, доступными для пациентов.

**Инфекционные стационары для лечения пациентов с вирусными гепатитами** являются важными пунктами профилактики заражения ВИЧ, так как заражение вирусными гепатитами с парентеральным путем заражения часто предшествует заражению ВИЧ. В большинстве случаев обнаружение гепатитов В или С указывает на наличие у пациента риска заражения ВИЧ-инфекцией. В связи с этим весь персонал «гепатитных» отделений должен пройти обучение по предупреждению распространения ВИЧ и гепатитов. Все профильные отделения должны быть оснащены информационными материалами по профилактике ВИЧ-инфекции. Кроме мероприятий, общих для всех лечебно-профилактических учреждений, персонал отделений должен проводить консультирование по предупреждению заражения ВИЧ с каждым пациентом с гепатитами В и С, что должно быть отмечено в истории болезни. ВИЧ-инфицированные лица, получающие помощь в данных учреждениях, должны быть проконсультированы специалистами центров СПИД.

**Учреждения для лечения зависимости от психотропных веществ или последствий их применения.** Все учреждения этого профиля, независимо от формы собственности и объема оказываемых услуг, включая научно-исследовательские и образовательные, должны иметь в штате сотрудника, обученного навыкам консультирования по ВИЧ-инфекции. Все пациенты этих учреждений должны в обязательном порядке пройти консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа и способам их предупреждения, что должно быть отражено в документации. Все учреждения, оказывающие услуги этого типа, обязаны оказывать помощь ВИЧ-инфицированным лицам наравне с другими пациентами. ВИЧ-инфицированные лица, получающие помощь в данных учреждениях, должны быть проконсультированы специалистами СПИД-центров.

**Медицинские пункты учебных заведений и предприятий** необходимо использовать для распространения профилактической информации и непосредственного обучения лиц, обращающихся за медицинской помощью.

**Организации, занимающиеся розничной продажей презервативов, шприцев и игл (аптеки).** Во всех аптеках, независимо от формы собственности, должны быть на видном месте расположены материалы, информирующие о путях заражения ВИЧ и способах предупреждения заражения. Аптечные работники обязаны вручать всем лицам, приобретающим шприцы и иглы, печатные информационные материалы о путях предупреждения заражения ВИЧ и вирусными гепатитами.

**Центры по профилактике и борьбе со СПИДом должны:**

- организовывать проведение профилактических мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ на подведомственной территории;
- оказывать методическую и консультативную помощь всем лечебно-профилактическим учреждениям подведомственной территории в области профилактики ВИЧ-инфекции;
- оказывать необходимую консультативную помощь специалистам других учреждений;
- подготавливать инструктивные и информационные материалы и снабжать ими медицинские учреждения;
- проводить консультирование и специфическое лечение ВИЧ-инфицированных лиц;
- постоянно информировать руководство здравоохранения и население о ситуации по ВИЧ/СПИДу в регионе и об эффективности осуществляемых программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

**Роль немедицинских организаций в профилактике ВИЧ-инфекции**

**Организации, занимающиеся санитарным просвещением населения,** должны в обязательном порядке включать в свои программы вопросы профилактики заражения ВИЧ и проводить соответствующую работу среди населения, используя доступные средства, включая электронные средства информации.

**Общественные** (неправительственные, некоммерческие) организации, а также частные лица, декларирующие свое участие в обучении населения, в частности, наркопотребителей, способам предупреждения заражения ВИЧ,

могут осуществлять свою деятельность по программам, согласованным и утвержденным органами санитарно-эпидемиологического контроля и Госнарконтроля.

### ***Промышленные предприятия, производящие шприцы и иглы, медицинское оборудование:***

- обязаны указывать на упаковках производимого товара информацию об их безопасном использовании (предупреждение об опасности повторного использования), а также о путях предупреждения заражения ВИЧ и вирусными гепатитами;
- развивать производство медицинского инструментария, обеспечивающего снижение риска травматизации персонала;
- развивать производство саморазрушающихся шприцев.

### ***Промышленные предприятия, производящие презервативы:***

- обязаны обеспечивать качество продукции;
- снабжать каждую упаковку презервативов информацией о правильном использовании презервативов и сроке годности.

***Органы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека*** должны проводить контроль за своевременным исполнением и надлежащим объемом проводимых на подведомственной территории мероприятий, постоянно информировать органы власти и местные средства массовой информации о ситуации по ВИЧ-инфекции и эффективности проводимых противоэпидемических мероприятий.

### ***Комплексность мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции***

Профилактические мероприятия должны проводиться по всем доступным направлениям без исключения, так как в изолированном виде ни одно из мероприятий и направлений деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции и преодолению ее последствий не может считаться абсолютно эффективным.

***Организация межсекторного и межведомственного взаимодействия в сфере информирования населения*** имеет приоритетное значение. Возглавляемые администрацией комитеты по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом должны организовать и обеспечить вовлечение и взаимодействие органов образования, СМИ, органов внутренних дел, организаций, занимающихся спортивными и концертными мероприятиями, и других участников (общественные и коммерческие организации) в процесс распространения информации. Координация деятельности должна осуществляться на уровне региональных учреждений, способных конт-ролировать и направлять не только ведомственное, но и межсекторное взаимодействие. В ряде случаев необходимо, кроме непосредственно обучающего компонента, использовать и организационные подходы. Например, для улучшения такого показателя, как увеличение уровня пользования презервативами населением, недостаточно одного информирования, наряду с обучением следует решить и такую задачу, как обеспечение постоянного и облегченного доступа населения к презервативам, увеличение числа точек распространения презервативов, снижение их рыночной стоимости, проверка качества распространяемых презервативов и т.п. Центры

по профилактике и борьбе со СПИДом должны обеспечить необходимый информационный и методический уровень проведения профилактических мероприятий на подведомственной территории.

**Финансовое обеспечение** проведения мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ должно быть запланировано в объеме, необходимом для максимального охвата населения необходимыми мероприятиями в долгосрочном проекте бюджета данной административной территории.

**Контроль** проводимых мероприятий и их эффективности должен постоянно осуществляться администрацией и органами Федеральной службы надзора в области защиты прав потребителей и благополучия человека.

### ***Некоторые показатели эффективности мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ***

---

Наиболее явным показателем эффективности профилактической работы может быть снижение числа новых случаев заражения ВИЧ. В то же время изменение числа вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции может длительное время не отражать эффективности проводимых мероприятий, в частности, по той причине, что, как правило, ВИЧ-инфекция выявляется только через несколько лет после заражения. Кроме того, временное снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции может быть связано с неравномерным характером распространения ВИЧ в разных группах населения.

Охват населения информацией, распространяемой через СМИ, должен в начале кампании достигать не менее 50% аудитории и иметь постоянную тенденцию к увеличению. Охват обучением организованных контингентов населения (включая рабочих и служащих) должен постоянно увеличиваться и постепенно приближаться к 100%.

В процессе контрольных исследований, проводимых среди населения, должны быть отмечены не только улучшения знаний о ВИЧ-инфекции, но и выраженные тенденции к снижению числа половых партнеров и увеличению показателей пользования презервативами. Должна быть отмечена тенденция к снижению заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем.

Оценку объема и эффективности мероприятий необходимо проводить в плановом порядке по методикам мониторинга и оценки, утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

*Подробнее об оценке эффективности см. Глава 9 «Мониторинг и оценка региональных целевых программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа».*

### ***Контрольные вопросы и задания по теме***

---

- Опишите, как передается и как НЕ передается ВИЧ.
- Как развивается эпидемия ВИЧ-инфекции на территории России?
- Опишите демографические, экономические, социальные и геополитические последствия эпидемии ВИЧ-инфекции.

- Какие модели полового поведения следует продвигать в профилактических программах для населения? Почему?
- Перечислите особенности информирования населения о способах предупреждения инфицирования ВИЧ.
- Обоснуйте целесообразность использования для профилактики ВИЧ-инфекции именно образовательных учреждений.
- Проанализируйте объективные и субъективные факторы, влияющие на эффективность профилактических программ в образовательных учреждениях.
- Назовите группы, наиболее уязвимые к ВИЧ, и перечислите факторы, влияющие на их уязвимость.
- Почему необходимо вести профилактику распространения ВИЧ среди уязвимых групп населения?
- Опишите роль различных медицинских учреждений и других организаций в профилактике ВИЧ-инфекции.
- Обоснуйте необходимость оценки эффективности профилактических мероприятий.

## Глава 2.

### Законодательная основа программ по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа

**В.М. Донин<sup>2</sup>, М.Н. Гладков<sup>3</sup>, Ю.А. Афанасьева<sup>4</sup>**

#### Краткое содержание

---

- *Международный уровень принятия решений*
  - *Национальный уровень принятия решения*
  - *Уровень субъекта РФ и местный уровень принятия решений*
  - *Права лиц с ВИЧ/СПИДом и меры их социальной поддержки*
- 

Поскольку право является универсальным инструментом социального контроля, рассматривая человека, его жизнь, здоровье, права и свободы среди главных объектов охраны, государства прибегают к правовым средствам предупреждения и контроля ВИЧ-инфекции.

Законодательство о ВИЧ/СПИДе направлено, с одной стороны, на обеспечение интересов общества, а точнее – общественного здравоохранения и здоровья населения в целом, а с другой – служит гарантией соблюдения прав инфицированных ВИЧ и больных СПИДом и других граждан, чье положение в обществе делает их подверженными дискриминации.

Если эти цели признаются государством равнозначными, то результатом с высокой степенью вероятности становится принятие сбалансированного законодательства, соответствующего международно-правовым стандартам в области прав человека и создающего правовые основы для эффективной национальной политики противодействия развитию эпидемии ВИЧ-инфекции.

Если же приоритет отдается какой-либо одной из названных целей, то принимаемые законы с неизбежностью страдают односторонностью в ущерб либо интересам защиты общества от ВИЧ-инфекции, либо правам человека. Поскольку традиционное и в известной степени необходимое для эффективной борьбы с эпидемиями инфекционных заболеваний применение ограничительных мер неизбежно ставит интересы обеспечения здоровья населения впереди интересов личности, требуются специальные усилия для достижения баланса между этими интересами.

Одним из объективных факторов, подпитывающих дискриминацию в контексте ВИЧ/СПИДа, можно считать особенность протекания заболевания, а именно: ВИЧ-инфицированный человек в течение длительного времени является источником инфекции, сохраняя при этом социальную активность и не демонстрируя видимых симптомов болезни. При отсутствии на сегодняшний

---

<sup>2</sup> В.М. Донин, к.э.н., начальник Отдела развития экономики, здравоохранения, физической культуры и спорта Департамента экономики социального развития и приоритетных программ, Министерство экономического развития РФ.

<sup>3</sup> М.Н. Гладков, эксперт, руководитель направления финансово-экономической оценки, Ассоциация частных и приватизируемых предприятий.

<sup>4</sup> Ю.А. Афанасьева, магистр социологии, эксперт, помощник руководителя направления финансово-экономической оценки, Ассоциация частных и приватизируемых предприятий.



день вакцины и лекарств, приводящих к выздоровлению, на фоне недостаточной информированности широких слоев населения о научно доказанных способах передачи вируса страх инфицирования становится одним из доминирующих субъективных факторов такой дискриминации.

Пандемия ВИЧ/СПИДа и сопутствующие ей нарушения прав человека вывели проблему на международный уровень. В сентябре 1996 г. Вторая международная консультация по ВИЧ/СПИДу и правам человека одобрила Международные руководящие принципы «ВИЧ/СПИД и права человека», основанные на нормах и стандартах в области прав человека, принятых на международном уровне. Главная цель названных Принципов, основными пользователями которых предполагаются государства в лице законодательных и исполнительных органов власти, включая должностных лиц, «заключается в том, чтобы на практике реализовать международные нормы, касающиеся прав человека, в контексте ВИЧ/СПИДа».

Появление Международных руководящих принципов стало важным этапом в правовом осмыслении ВИЧ/СПИДа. Соответствие национальных законов в области ВИЧ/СПИДа этим Принципам теперь является одним из критериев для оценки таких законов, прежде всего с точки зрения сбалансированности в них интересов общества и личности.

Таблица 1. Уровни принятия решений и документов в сфере ВИЧ.

Уровни принятия решения/органы принимающие решения	Формы документов
<b>Международный уровень</b>	
Организация Объединенных Наций	Хартии и декларации (например, Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 27 июня 2001 г.)
Агентства, фонды и организации системы ООН (ВОЗ, ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и др.)	Рекомендации, протоколы и т.д.
<b>Национальный уровень</b>	
Федеральное собрание (Совет Федерации, Государственная Дума)	Конституция РФ, законы
Президент	Указы
Правительство РФ	Постановления
Министерство здравоохранения и социального развития, другие министерства	Приказы, протоколы, инструкции, положения, стандарты, руководства, методические рекомендации и т.д.
Главный государственный санитарный врач	Приказы, постановления
<b>Уровень субъекта РФ</b>	
Законодательное собрание (орган представительной власти)	Законы, постановления
Высшее должностное лицо (глава исполнительного органа власти) субъекта РФ	Указы, постановления, распоряжения
Управление (Министерство) здравоохранения субъекта РФ	Приказы, постановления, инструкции, методические рекомендации
Главный государственный санитарный врач субъекта РФ	Приказы, постановления
<b>Местный уровень</b>	
Городское, районное управление (отдел) здравоохранения	Приказы, постановления, инструкции, методические рекомендации
Медицинское учреждение	Приказы, инструкции, положения



В соответствии с ч. 4 ст. 15 Конституции РФ общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры являются частью ее правовой системы. Международные договоры Российской Федерации имеют приоритет, если в них установлены иные правила, чем предусмотренные российскими законами. Несмотря на то, что положение о приоритете международных договоров перед российскими законами сформулировано в ч. 4 ст. 15 Конституции РФ в общей форме, следует признать, что только ратификация международного договора означает, что государство в целом принимает на себя обязательства по договору.

К основополагающим документам в области прав человека относятся Международный пакт о гражданских и политических правах и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. Большинство положений Международных пактов о правах человека фактически инкорпорированы в главу 2 российской Конституции и таким образом положены в основу правового статуса человека и гражданина в России.

Из прав, признаваемых международным сообществом, в связи с ВИЧ/СПИДом, внимания заслуживает ст. 12 **Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах**, признающая право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Меры, которые должны быть приняты каждым из участвующих в Пакте государством, среди прочих, включают в себя мероприятия по предупреждению и лечению эпидемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними, а также по созданию условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни (ч. 2 ст. 12). Таким образом, право на здоровье должно пониматься как право на использование разнообразных учреждений, товаров, служб и условий, необходимых для реализации наивысшего достижимого стандарта здоровья. Существенными и взаимосвязанными элементами права на здоровья являются достижимость, доступность, включая физическую, экономическую и информационную, приемлемость и качество таких учреждений, товаров и служб.

В соответствии с ч. 2 ст. 2 и ст. 3 Пакта реализация права на здоровье должна быть свободна от дискриминации на основании расы, пола, религии, нарушений физического или психического здоровья, приведших к ограничению жизнедеятельности (инвалидности), состояния здоровья, включая ВИЧ/СПИД, сексуальной ориентации и иных причин, влияющих на использование права на здоровье.

Статья 12 накладывает на государства – стороны Международного пакта три вида обязательств в отношении права на здоровье:

- уважать,
- защищать,
- реализовывать.

Для выполнения обязательства первого вида должен быть обеспечен равный доступ для всех без исключения граждан к необходимым учреждениям и службам.

Обязательство защищать включает в себя принятие законодательства, обеспечивающего равный доступ к медицинской помощи и соответствующим службам, в частности, гарантирующего, чтобы приватизация в сфере здравоохранения не стала угрозой для достижимости, приемлемости и качества необходимой помощи. В рамках этого же обязательства государства обязаны контролировать рынок медицинского оборудования и лекарств, как и подготовку квалифицированного медицинского и иного персонала.

Для выполнения обязательства третьего вида право на здоровье должно быть признано в национальном праве, а государству в этой связи необходимо контролировать применение соответствующего законодательства на практике, выработать национальную политику в сфере здравоохранения, принимать и финансировать целевые программы. Применительно к Российской Федерации названные обязательства имеют значение как для Федерации, так и для субъектов Федерации и, следовательно, должны учитываться в законодательстве об охране здоровья граждан в целом и о ВИЧ/СПИДе как составной его части.

Специализированные международно-правовые документы, являющиеся юридически обязательными для России и касающиеся предупреждения распространения ВИЧ-инфекции и прав человека, на сегодняшний день отсутствуют, однако существуют документы рекомендательного характера.

Рекомендательный характер документов не означает, что государства могут игнорировать их положения. Рекомендации, не обладая обязательной юридической силой, тем не менее важны, поскольку в них отражается мнение международного сообщества. Фактически речь идет о выработке на межгосударственном уровне общих принципов, которые в дальнейшем могут трансформироваться в нормы международных договоров, а в настоящее время имеют программный характер и требуют обязательного учета на национальном уровне при разработке и реализации государственной политики в разных сферах общественной жизни.

Одним из важнейших международных документов в области ВИЧ/СПИДа является **Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом**, принятая на специальной сессии по ВИЧ/СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН 27 июня 2001 г.

Главы и представители государств и правительств приняли обязательства по решению проблем ВИЧ/СПИДа путем осуществления ряда мер по следующим направлениям:

- руководство;
- профилактика;
- уход, поддержка и лечение;
- ВИЧ/СПИД и права человека;
- уменьшение уязвимости;
- дети, ставшие сиротами и оказавшиеся в уязвимом положении в связи с ВИЧ/СПИДом;
- ослабление социальных и экономических последствий;
- исследования и разработки;
- ВИЧ/СПИД в регионах мира, затронутых конфликтами и стихийными бедствиями;

- ресурсы;
- последующие меры.

По каждому из направлений в Декларации перечисляются конкретные действия, осуществление которых в установленные в том же документе сроки, по мнению международного сообщества, способно в положительном направлении повлиять на распространение ВИЧ-инфекции и СПИДа и сократить неблагоприятные последствия эпидемии.

Так, в рамках принятых по Декларации обязательств, государства к 2005 году должны были обеспечить реализацию широкого круга профилактических программ, направленных на уменьшение рискованного поведения, обеспечивающих снижение вреда в связи с употреблением наркотиков и расширяющих доступ к стерильному инъекционному инструментарию, безопасной донорской крови, лечению инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем, а также услуги по добровольному и конфиденциальному консультированию и тестированию (п. 52).

Также к 2005 году было рекомендовано принять меры для того, чтобы 90% (а к 2010 г. – 95%) молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет имели доступ к информации, образованию, включая методы просвещения сверстниками и ориентированные на молодежь просветительские программы по ВИЧ, и услугам, требуемым для развития жизненных навыков, необходимых для снижения уязвимости к инфицированию ВИЧ (п. 53).

Напомним, что декларация констатировала необходимость разработки к 2003 году национальной стратегии в целях укрепления системы здравоохранения и рассмотрения факторов, влияющих на доступность лекарств, необходимых в связи с ВИЧ, в том числе антиретровирусной терапии (п. 55). К тому же году следовало обеспечить принятие, укрепление и соблюдение соответствующего законодательства, положений и иных мер в целях прекращения всех форм дискриминации инфицированных ВИЧ и представителей уязвимых групп – для обеспечения полного осуществления ими всех прав человека, в частности доступа к трудоустройству, охране здоровья, социальным и медицинским услугам, предотвращению, поддержке, лечению, информации и правовой защите при соблюдении принципов конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни (п. 58).

В отношении выделения необходимых ресурсов в Декларации рекомендовано увеличить и обеспечить приоритетность национальных бюджетных ассигнований на программы ВИЧ/СПИДа (п. 83).

Характеристика международно-правовых компонентов российского законодательства о ВИЧ/СПИДе будет неполной без упоминания документов, принятых в рамках Совета Европы, членом которого является и Россия:

- Гражданские и политические права регламентируются **Конвенцией о защите прав человека и основных свобод от 4 ноября 1950 г.**
- Экономические и социальные права – **Европейской социальной хартией от 18 октября 1961 г.**

Европейская конвенция в отличие от инструментов ООН не требует предоставления государствами-участниками регулярных отчетов, но дает право

частным лицам обращаться с жалобами в Европейский суд по правам человека. В этом и состоит, пожалуй, основное практическое значение Европейской конвенции для российского законодательства о ВИЧ/СПИДе и деятельности по его исполнению.

Право российских граждан обращаться в Европейский суд по правам человека с индивидуальными жалобами гарантируется ч. 3 ст. 46 Конституции РФ, в соответствии с которой «каждый вправе в соответствии с международными договорами Российской Федерации обращаться в межгосударственные органы по защите прав и свобод человека, если исчерпаны все имеющиеся внутри государственные средства правовой защиты». Отметим, что в практике Европейского суда по правам человека уже встречались дела о нарушениях прав лиц с ВИЧ/СПИДом.

### **Национальный уровень принятия решений**

---

Российская Федерация является федеративным государством, и полномочиями в сфере правового регулирования наделены как Федерация в целом, так и субъекты Федерации.

**Конституция РФ** выделяет три группы предметов ведения – предметы исключительного ведения Российской Федерации (ст. 71), предметы совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации (ст. 72) и исключительная сфера ведения субъектов Российской Федерации (ст. 73).

К предметам исключительного ведения Российской Федерации относятся, в том числе, принятие и изменение федеральных законов, контроль за их соблюдением; регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина; установление основ федеральной политики и федеральных программ в области государственного, экономического, экологического, социального, культурного и национального развития Российской Федерации; международные договоры России и иные «сферы, области, объекты, прерогативы и т.п., находящиеся под воздействием федеральной государственной власти».

По предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, исчерпывающий перечень которых закреплен в ст. 72 Конституции РФ, правовое регулирование осуществляется как на федеральном уровне, так и субъектами Федерации.

К предметам совместного ведения РФ и субъектов РФ, среди прочих, относятся защита прав и свобод человека и гражданина; координация вопросов здравоохранения; защита семьи, материнства, отцовства и детства; социальная защита, включая социальное обеспечение.

Вне пределов ведения Российской Федерации и совместного ведения Федерации и ее субъектов последние осуществляют собственное правовое регулирование, включая принятие законов и иных нормативных правовых актов (ч. 4 ст. 76 Конституции РФ).

Таким образом, часть полномочий в области законодательства о ВИЧ/СПИДе относится к исключительной компетенции Российской Федерации, в частности,

регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина и федеральные программы в социальной сфере.

Регулирование прав и свобод человека и гражданина «означает, что делом Федерации является определение перечня прав и свобод, их конституционно-правовое закрепление, установление конституционных и иных гарантий, механизмов и процедур их реализации, ответственности за их нарушение». Защита прав и свобод предполагает регламентацию способов и средств их обеспечения.

Основным инструментом реализации государственной политики РФ по противодействию ВИЧ/СПИДу является Федеральная целевая программ. В настоящее время действует Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы», утвержденная **постановлением Правительства РФ № 280 от 10.05.2007 г.**, частью которой является подпрограмма «ВИЧ/СПИД».

*Подробнее о подпрограмме «ВИЧ/СПИД» см. Приложение 1.*

Подробное правовое регулирование в области ВИЧ/СПИДа относится к совместной компетенции Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Именно в рамках этих полномочий был принят **Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» № 38-ФЗ от 30 марта 1995 г.**

В Российской Федерации признается и гарантируется местное самоуправление, самостоятельное в пределах своих полномочий (ст. 12 Конституции РФ). Муниципальные правовые акты могут приниматься как по вопросам местного значения, так и по вопросам осуществления отдельных государственных полномочий, переданных органам местного самоуправления федеральными законами и законами субъектов Российской Федерации (ч. 2 ст. 7 Федерального закона «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» от 6 октября 2003 г. (с изм. и доп.).

Говоря о конституционных положениях, касающихся статуса личности, следует указать, прежде всего, ст. 17 Конституции РФ, в которой признаются и гарантируются права и свободы человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с настоящей Конституцией.

Права и свободы человека и гражданина в Российской Федерации закреплены в главе 2 Конституции РФ. По содержанию положения этой главы в значительной степени совпадают с основными международно-правовыми актами в этой области. Не принижая значения всех гарантируемых Конституцией РФ прав и свобод человека, особого внимания в контексте ВИЧ/СПИДа заслуживает **ст. 41 Конституции РФ**, гарантирующая каждому право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Гарантиями реализации права граждан на охрану здоровья является создание соответствующих медицинских учреждений, доступность квалифицированной медицинской помощи, включая необходимые лекарственные средства.

В соответствии с ч. 1 ст. 41 Конституции РФ медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Действующий Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» № 38-ФЗ от 30 марта 1995 г. (с изм. и доп.), вступивший в действие с 1 августа того же года, стал уже третьим законодательным актом, специально посвященным ВИЧ/СПИДу.

Первый законодательный акт в этой области – **Указ Президиума Верховного Совета СССР «О мерах профилактики заражения вирусом СПИД» от 25 августа 1987 г.** – отдавал приоритет интересам общественного здравоохранения и носил ограничительный характер в отношении прав личности. В соответствии с положениями Указа вводилось обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ для отдельных категорий граждан с принудительным доставлением в медицинские учреждения в случаях уклонения от такого освидетельствования. Для иностранных граждан и лиц без гражданства предусматривалась возможность выдворения из пределов СССР. Устанавливалась и уголовная ответственность за заведомое поставление другого лица в опасность заражения и заражение ВИЧ-инфекцией, сохраняющаяся в Уголовном кодексе РФ и сегодня.

Права лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, впервые получили признание в отечественном законодательстве в **Законе СССР «О профилактике заболевания СПИД» от 23 апреля 1990 г.**, принятом после выявления случаев заражения детей в результате небрежности медицинских работников, когда уже нельзя рассматривать случаи ВИЧ-инфекции как единичные и попавшие в страну из-за ее пределов. Такие лица получили права на медицинскую и социальную помощь, бесплатный проезд к месту лечения и обратно, бесплатные лекарства при амбулаторном лечении и пенсионное обеспечение. В законе СССР содержалась и общая антидискриминационная норма, согласно которой не допускалось увольнение с работы, отказ и приеме на работу, приеме в лечебные и учебные заведения, приеме детей в детские дошкольные учреждения, а также ущемление иных прав и ограничение законных интересов лиц с ВИЧ/СПИДом только на основании того, что они являются носителями вируса или больными СПИДом. Признавались также и права родных и близких ВИЧ-инфицированных, в частности, родители или лица, их заменяющие, получили право на совместное пребывание в стационарах с детьми в возрасте до 14 лет с освобождением их от работы на срок пребывания и выплатой по месту работы за это время пособия по временной нетрудоспособности. Заражение ВИЧ-инфекцией медицинских и фармацевтических работников при исполнении служебных обязанностей было отнесено к профессиональным заболеваниям.

В настоящее время обязанности государства по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в РФ регламентируются в Федеральном законе № 38-ФЗ от 30.03.1995. В ст. 4, устанавливающей гарантии государства, названы следующие:

- регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции; эпидемиологический надзор за ее распространением на территории страны;



- производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;
- доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного, с до- и послетестовым консультированием и обеспечение его безопасности как для освидетельствуемого, так и для лица, его проводящего.

Гарантируется также

- предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам России в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи; социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным гражданам России, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;
- обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях и федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, устанавливаемом Правительством РФ, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, в порядке, установленном органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Кроме того, государство обязуется

- развивать научные исследования по проблемам ВИЧ-инфекции,
- готовить специалистов для реализации мер по предупреждению ее распространения,
- включать в учебные программы образовательных учреждений тематические вопросы по нравственному и половому воспитанию,
- развивать международное сотрудничество и регулярный обмен информацией в рамках соответствующих международных программ.

### ***Постановления Правительства РФ (некоторые примеры)***

Болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) в соответствии с постановлением Правительства РФ «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» от 1 декабря 2004 г. № 715 включена в оба перечня. Такое решение имеет несколько юридических последствий:

- во-первых, оно значимо для определения объема обязательств государства (в лице Российской Федерации и субъектов Федерации) по отношению к болеющим ими гражданам,
- во-вторых, влияет на правовой статус самих граждан, но только страдающих заболеваниями, отнесенными ко второму перечню.

В отношении социально значимых заболеваний в ст. 41 *Федерального закона № 5487-1 от 22.07.1993 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»* (с изм. и доп.) предусматривается бесплатное или на льготных условиях оказание медико-социальной помощи и обеспечение диспансерного наблюдения в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях.

Виды и объем такой помощи устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития РФ, а определение мер социальной поддержки в ее



оказании и лекарственном обеспечении относится к компетенции субъектов РФ. На них же ложится и финансирование мероприятий по оказанию медико-социальной помощи, за исключением помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями по перечню, утверждаемому Правительством РФ.

Что касается заболеваний, представляющих опасность для общества, то страдающим ими гражданам медико-социальная помощь оказывается в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Органы государственной власти субъектов РФ устанавливают для таких граждан меры социальной поддержки, в том числе и при оказании медико-социальной помощи. Они же осуществляют финансовое обеспечение такой помощи, за исключением помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими организациями по утверждаемому Правительством РФ перечню (ст. 42 Основ). Кроме того, в соответствии со ст. 34 Основ в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, допускается оказание медицинской помощи (освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без их согласия либо без согласия их законных представителей. В соответствии со ст. 9 Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30.03.1995 для некоторых категорий граждан предусматривается обязательное медицинское освидетельствование, а иные виды медицинской помощи оказываются ВИЧ-инфицированным на общих основаниях (ст. 14 того же Закона).

Осуществление перечисленных в Федеральном законе от 30.03.1995 гарантий возлагается на федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией (п. 2 ст. 4). Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых федеральными специализированными медицинскими учреждениями и иными организациями федерального подчинения, относится к расходным обязательствам Российской Федерации, а финансирование мероприятий, проводимых учреждениями, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации, – к расходным обязательствам субъектов РФ (п. 1 и п. 1.1. ст. 6 Федерального закона от 30.03.1995). С учетом необходимости защиты личной безопасности граждан, а также безопасности общества и государства финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции рассматривается в приоритетном порядке (п. 3 той же статьи).

Гарантии государства конкретизируются в подпрограмме «ВИЧ-инфекция» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы», утвержденной *постановлением Правительства РФ № 280 от 10.05.2007*.

В субъектах РФ работа по профилактике распространения ВИЧ/СПИДа также осуществляется в рамках региональных целевых программ, которые должны учитывать как обязательства, сформулированные на федеральном уровне, так и потребности каждого региона.

Координационным органом, образованным для обеспечения согласованных действий федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов РФ в области предупреждения (профилактики) ВИЧ-инфекции и оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам является Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), образованная в соответствии с *Постановлением Правительства РФ № 608 от 9.10.2006*. В состав Комиссии вошли представители различных секторов, и в том числе Государственной Думы РФ, министерств и ведомств, медицинских и научных организаций, гражданского общества. Решения, принимаемые Комиссией в соответствии с ее компетенцией, являются обязательными для всех представленных в Комиссии федеральных органов исполнительной власти.

Основными задачами Комиссии являются:

- обеспечение согласованных действий федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по реализации основных направлений государственной политики в области предупреждения (профилактики) ВИЧ-инфекции и оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам, в том числе эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции среди населения;
- организация межведомственных мероприятий, направленных на обеспечение доступности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам;
- подготовка предложений по вопросам совершенствования законодательства в области предупреждения (профилактики) ВИЧ-инфекции среди населения, обеспечения доступности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, а также медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам.

В 2006 году начал осуществляться и продолжается по настоящее время приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения по направлению «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ». В рамках нацпроекта в 2009 году запланированы следующие контрольные и целевые параметры:

- охват полным курсом профилактики вертикальной передачи ВИЧ 81,3% ВИЧ-положительных беременных женщин;
- доля донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества, – 100,0%;
- обследование населения с целью выявления инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С – 22 млн человек;
- лечение ВИЧ-инфицированных – 52 тыс. человек;
- лечение ВИЧ-инфицированных, инфицированных вирусами гепатитов В и С, а также остро нуждающихся в лечении больных вирусными гепатитами В и С – 3 тыс. человек;
- проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С.

*В Отчете о деятельности Министерства здравоохранения и социального развития РФ в 2008 году и о планах на 2009 год в разделе 1.3 «Профилактика*

ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ, гепатитами В и С» указывается следующее:

- Снижение темпов роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией – важнейшая задача приоритетного национального проекта «Здоровье». В 2006–2008 гг. на диагностику и лечение ВИЧ-инфекции было выделено 18,7 млрд. руб. В регионах объем финансирования мероприятий по борьбе со СПИДом увеличился практически вдвое.
- За эти годы была усовершенствована лабораторная база Центров по профилактике и борьбе со СПИДом: закуплено современное лабораторное оборудование, освоены новые методы исследований, позволяющие оценить качество и эффективность проводимой терапии. Минздравсоцразвития утверждены новые стандарты оказания медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией и гепатитами В и С, в том числе стандарты медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией, и профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Проводится переподготовка медицинских кадров по вопросам диагностики и лечения ВИЧ.
- Проведенные мероприятия позволяют улучшить выявляемость заболевания, с тем чтобы своевременно назначить необходимое лечение.
- В 2009–2011 гг. Правительство РФ планирует выделить более 30 млрд руб. на профилактику и лечение ВИЧ-инфицированных.
- В 2007 г. было принято решение о финансировании в размере 1 млрд руб. в 2008–2010 гг. исследований по разработке вакцины против ВИЧ-инфекции и создании механизма координации данных исследований в регионе Восточной Европы и Центральной Азии.

Ежегодно принимаемые *постановления Правительства РФ о программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи* на текущий год устанавливают случаи, в которых медицинская помощь предоставляется гражданам на безвозмездной основе, и распределение финансовой нагрузки по выполнению этих обязательств между бюджетами различного уровня.

Согласно постановлению 2008 года, «медицинская помощь на территории Российской Федерации предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования и средств бюджетов всех уровней». В частности, за счет средств бюджетов субъектов РФ предоставляются: «специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь; специализированная медицинская помощь, оказываемая в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических и онкологических заболеваниях, отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период, а также высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации».

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой, установлены в расчете на 1 человека в год (без учета расходов федерального бюджета) и составляют в среднем 7633,4 руб., из них: 4059,6 руб. – за счет средств обязательного медицинского страхования; 3573,8 руб. – за счет средств соответствующих бюджетов, предусматриваемых на оказание скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, а также на содержание медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании.

### ***Приказы и другие документы Минздрава России***

Ввиду большого количества и постоянного обновления приказов и инструкций Министерства здравоохранения и социального развития РФ в контексте ВИЧ/СПИДа мы не приводим цитаты из них в данном обзоре. Хотелось упомянуть, что в настоящее время в РФ проведена большая работа по унификации и стандартизации подходов в профилактике, лечении и сопровождении в связи с ВИЧ-инфекцией. Так, например, в 2007 году приказами Минздрава России утверждены:

- Стандарт медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- Стандарт медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (при оказании специализированной помощи).

Пакет документов, подготовленных и утвержденных МЗСР РФ «*Нормативно-правовые акты и методические документы по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний*» в 5 томах (Москва, 2007), носит для регионов рекомендательный характер. Детальное и функциональное наполнение рекомендаций остается за самими регионами.

В данном сборнике также есть ряд методических рекомендаций и действующих приказов, позволяющих развивать профилактические программы для населения и уязвимых групп, сервис для больных ВИЧ-инфекцией и повышать эффективность проводимой лечебно-диагностической работы. Важно отметить, что в сборнике помимо традиционных для медицинских кругов стандартов оказания лечебно-диагностической помощи появились разделы, касающиеся социального, психологического и правового сопровождения ЛЖВ, мониторинга и оценки осуществляемых программ.

### ***Уровень субъекта РФ и местный уровень принятия решений***

Законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не могут противоречить федеральным законам, принятым по предметам ведения Российской Федерации и предметам совместного ведения.

В случае противоречия между федеральным законом и иным актом, изданным в Российской Федерации, действует Федеральный закон (ч. 5 ст.

76 Конституции РФ, ч. 1 ст. 3 Федерального закона «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» от 6 октября 1999 г. (с изм. и доп.). Субъекты Российской Федерации вправе осуществлять собственное правовое регулирование по предметам совместного ведения, но после принятия соответствующего федерального закона все акты субъектов РФ в течение трех месяцев подлежат приведению в соответствие с федеральным законом (ч. 2 ст. 3 Федерального закона от 6 октября 1999 г.).

*Практические примеры применения федерального законодательства на региональном уровне см. Приложение 2.*

### ***Права лиц с ВИЧ/СПИДом и меры их социальной поддержки***

---

В ст. 5 Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995 г. установлено, что ВИЧ-инфицированные граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации. Права и свободы граждан в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции могут быть ограничены только федеральным законом.

Более подробно запрет на дискриминацию лиц с ВИЧ/СПИДом и меры их социальной поддержки регламентируются в главе III Федерального закона от 30 марта 1995 г.

Не допускается увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом (ст. 17 Федерального закона от 30 марта 1995 г.).

Применительно к трудовым правам Международной организацией труда разработан и в 2001 г. принят Свод практических правил по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда». Целью этого документа является определение основных подходов к проблеме ВИЧ/СПИДа в сфере труда с выделением следующих ключевых направлений действий: профилактика ВИЧ/СПИДа; управление последствиями ВИЧ/СПИДа в сфере труда и смягчение их влияния; обеспечение ухода и помощи для работников, инфицированных ВИЧ или больных СПИДом; борьба со стигматизацией и дискриминацией в связи с действительным или приписываемым инфицированием ВИЧ. Свод практических правил распространяется на всех работодателей и работников (в том числе и на подавших заявление о приеме на работу) в государственном и частном секторах и на все формальные и неформальные формы труда. Положения Свода могут быть использованы при выработке мер, направленных как на профилактику ВИЧ-инфекции на рабочем месте, так и на защиту от дискриминации в трудовых отношениях.

В Приложении 2 к Своду практических правил приводится перечень мер по контролю за инфекцией на рабочих местах. Общие меры предосторожности относятся к крови и другим жидкостям организма и должны применяться при уходе за всеми больными «с целью минимизации опасности контакта с содержащимися в крови патогенными микроорганизмами». Такие меры можно рассматривать, в том числе и в рамках обеспечения безопасных условий труда медицинских работников, подвергающихся риску заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении служебных обязанностей они способны существенно повлиять на снижение стигматизации лиц с ВИЧ/СПИДом и повышение эффективности всей системы медицинской профилактики ВИЧ-инфекции.

Среди мер социальной поддержки лиц с ВИЧ/СПИДом и членов их семей Федеральным законом от 30 марта 1995 г. предусмотрено совместное пребывание родителей с ВИЧ-инфицированными детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию. Кроме того, одному из родителей или иному законному представителю несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет сохраняется непрерывный трудовой стаж в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста. Время ухода за несовершеннолетним с ВИЧ-инфекцией включается в общий трудовой стаж (ст. 18).

До 1 января 2005 г. в ст. 18 Федерального закона предусматривалось право на бесплатный проезд одного из родителей или иного законного представителя ВИЧ-инфицированного несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет при его сопровождении к месту лечения и обратно, а также право родителей и иных законных представителей, если несовершеннолетний с ВИЧ/СПИДом проживает совместно с ними, на внеочередное предоставление жилых помещений в домах государственного, муниципального или общественного жилищного фонда, если они нуждаются в улучшении жилищных условий. Однако эти права были отменены Федеральным законом «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» от 22 августа 2004 г. Правда, п. 2 ст. 18 Федерального закона от 30 марта 1995 г. предоставляет право субъектам Российской Федерации устанавливать своими законами и иными нормативными правовыми актами другие меры социальной поддержки ВИЧ-инфицированных и членов их семей, дополнительно к предусмотренным на федеральном уровне. Однако на практике реализация этого положения Федерального закона напрямую зависит от экономических и финансовых возможностей конкретных регионов, поскольку финансирование таких мер они должны будут принять на себя. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных может финансироваться не только из бюджетов регионов и муниципальных образований.

В соответствии со ст. 19 Федерального закона от 30 марта 1995 г. ВИЧ-инфицированным несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначается социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные законодательством Российской Федерации для детей-инвалидов.



Лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Дополнительные меры социальной поддержки детям с ВИЧ могут устанавливаться нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Социальными сиротами становятся примерно до 10% детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами. Чаще всего такие дети помещаются в специализированные дома ребенка государственной системы здравоохранения. Организация содержания детей, как рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, так и детей с ВИЧ, оставшихся без попечения родителей, осуществляется региональными и муниципальными властями.

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. устанавливает также гарантии в области труда для работников предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющих диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также для лиц, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ (ст. 22). Они имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда. Кроме того, они подлежат обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей, а также обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

### ***Контрольные вопросы и задания по теме***

---

- Какие международные акты, содержащие общепринятые правовые стандарты в сфере противодействия распространению ВИЧ/СПИДа, Вы знаете? Опишите их влияние на российское законодательство?
- Опишите практику применения Федерального законодательства РФ в области предупреждения распространения ВИЧ/СПИДа.
- Назовите подзаконные акты Российской Федерации в области предупреждения распространения ВИЧ/СПИДа?
- Какие документы регламентируют права и свободы лиц с ВИЧ/СПИДом?
- Какие законы и нормативные акты в сфере ВИЧ/СПИДа, приняты на местном уровне в Вашем регионе?



## Глава 3.

### Стратегический подход к разработке и реализации бюджетной целевой программы

А.М. Зобов<sup>5</sup>, Е.С. Киселева<sup>6</sup>

#### Краткое содержание

- **Этапы стратегического планирования**
- **Выявление факторов, влияющих на реализацию программы (анализ среды)**
- **Определение миссии и целей программы**
- **Выработка стратегии программы**
- **Выполнение стратегии программы, внесение корректировок в стратегию**
- **Мониторинг и контроль реализации стратегии программы**
- **Стратегические альянсы**

В настоящее время стратегическое управление является важнейшим фактором успешного выживания в усложняющихся рыночных условиях не только для частных компаний, но и для государственных организаций, занятых реализацией политики в различных сферах, включая здравоохранение.

Концепция стратегического управления сформировалась в 1960–1970 гг. в ответ на необходимость на уровне организации соответствующим образом и своевременно реагировать на изменения среды, влияющие на ее деятельность. Стратегическое управление опирается на человеческий потенциал как основу организации, ориентируется на запросы среды, позволяет гибко реагировать

Таблица 2. Сравнение оперативного и стратегического управления

Параметры сравнения	Оперативное	Стратегическое
<b>Миссия</b>	Удовлетворение текущих потребностей	Обеспечение устойчивого развития
<b>Объект концентрации внимания менеджмента</b>	Взгляд внутрь организации, поиск путей более эффективного использования ресурсов	Отслеживание и адаптация к изменениям внешней среды
<b>Учет фактора времени</b>	Ориентация на краткосрочную перспективу	Ориентация на долгосрочную перспективу
<b>Основа построения системы управления</b>	Функции и организационные структуры, процедуры	Люди, системы информационного обеспечения, рынок
<b>Подход к управлению персоналом</b>	Взгляд на работников как на исполнителей отдельных работ и функций	Взгляд на работников как на основу организации, ее главную ценность и источник ее благополучия
<b>Критерий эффективности управления</b>	Рациональность	Своевременность и точность реакции на новые запросы и изменения среды

<sup>5</sup> А.М. Зобов, доцент кафедры менеджмента Высшей школы бизнеса, МГУ им. М.В. Ломоносова; зав. кафедрой маркетинга, Российский университет дружбы народов.

<sup>6</sup> Е.С. Киселева, ведущий специалист Института комплексных стратегических исследований, преподаватель Высшей школы бизнеса, МГУ им. М.В. Ломоносова.

и проводить своевременные изменения в организации, что в совокупности дает возможность выживать в долгосрочной перспективе, достигая при этом поставленных целей.

Наиболее часто при разработке и реализации государственной политики допускаются следующие проявления нестратегичности, приводящие к снижению эффективности действий государственных органов:

- выработка программы действий начинается с анализа внутренних возможностей и ресурсов организации;
- при разработке программ и планов мероприятий утверждается, что внешнее окружение либо вообще не будет меняться, либо в нем не будет происходить качественных изменений, влияющих на выполнение составленных планов;
- составляется план конкретных действий, как в настоящем, так и в будущем, а возможности оперативно вносить изменения в план существенно ограничены;
- управленческие решения принимаются инерционно и стереотипно, «по шаблону».

Стратегический подход предусматривает, что организация или орган исполнительной власти при разработке политики должен отталкиваться не от текущих возможностей, а от видения будущего и своей миссии. Видение будущего представляет собой совокупность качественных пожеланий к тому, например, каким в перспективе должен стать регион, на какие позиции в стране и мире он выйдет.

В основе стратегического управления лежит своевременная реакция на изменения среды. Непредсказуемость изменений среды предопределяет отсутствие каких-либо инструкций, предписывающих, что и как делать при решении определенных задач или в определенных ситуациях. Поэтому от всех участников процесса требуется способность к согласованным ситуационным решениям, активное включение в реализацию задач, в поиск наилучших путей достижения целей.

### *Этапы стратегического планирования*

---

Важным элементом стратегического управления является стратегическое планирование. Стратегическое планирование – это управленческий процесс, который направлен на разработку целей политики и путей их достижения, соответствующих ситуации во внешней среде.

Стратегическому планированию предшествует определение ключевых партнеров. Ключевые партнеры – это конкретные люди, организации и институты общества, от деятельности которых зависит деятельность организации или реализация программы (проекта) и которые могут влиять на организацию (программу, проект), реализуя свои специфические интересы. В широком понимании, к ключевым партнерам относятся такие носители интересов, как госорганы; потребители услуг; соотрудники; местное сообщество; общество в целом.

Успех стратегического планирования во многом зависит от того, вовлечены ли ключевые партнеры в разработку и реализацию программы, разделяют ли

они идеи, заложенные в программе. Необходимо обеспечить их вовлечение в стратегическое планирование на самых ранних стадиях этого процесса.

При определении ключевых партнеров нужно поставить вопрос: от каких сил во внешней среде зависит разработка и реализация программы? Ответ на этот вопрос позволяет выделить ключевых партнеров, а затем понять их роль и интересы в процессе выработки стратегии. Жизнеспособность стратегии и эффективность программы будет зависеть от того, в какой мере удастся согласовать интересы ключевых партнеров.

Очевидно, что при планировании программы по ВИЧ/СПИДу ядром этого процесса выступает медицинское сообщество. Однако, учитывая многоплановость проблемы ВИЧ/СПИДа, усилий одного только медицинского сообщества недостаточно. Необходимо привлечение к разработке и реализации программы и других участников. Кто может быть этими участниками? Например, учреждения образования (среднего, высшего, дополнительного).

Какие есть возможности для налаживания взаимодействия с учреждениями образования? Например, через выстраивание партнерских отношений на уровне органов управления образованием; на уровне ректорского сообщества (через совет ректоров); посредством привлечения общественных организаций.

При определении ключевых партнеров и выстраивании с ними партнерских отношений часто бывает полезно отказаться от сложившихся стереотипов и начать искать новых партнеров и новые каналы взаимодействия. Таким новым каналом взаимодействия может стать, например, обращение к ректорскому сообществу через ректоров медицинских вузов с предложением о включении в вузовскую программу информационного блока о профилактике ВИЧ/СПИДа. Можно ожидать, что такой канал взаимодействия окажется более эффективным, чем взаимодействие с официальными органами управления образованием.

Помимо определения основных ключевых партнеров на подготовительной стадии необходимо выстроить сам процесс планирования, т.е. «спланировать план». Смысл «планирования плана» в том, чтобы предложить такой процесс планирования, который наилучшим образом отражает специфику программы (проекта), учитывает интересы ключевых партнеров и пользуется поддержкой у высшего руководства.

Осознание необходимости стратегического планирования и готовность высшего руководства взять на себя ответственность за этот процесс является одним из важнейших факторов успеха программы (проекта). Выраженная поддержка процесса стратегического планирования со стороны высших органов власти позволяет привлечь требуемые для реализации программы (проекта) ресурсы, а также способствует внедрению нового подхода к разработке программ и изменениям в стиле принятия управленческих решений.

По итогам подготовительной стадии на уровне ключевых партнеров и высшего руководства должна быть выработана согласованная позиция, касающаяся применяемой модели стратегического планирования, процесса работы над планом, распределения ролей и ответственности.

Стратегическое планирование предполагает реализацию 5 этапов:

1. Анализ среды
2. Определение миссии и целей
3. Выработка стратегии
4. Выполнение стратегии, внесение корректировок в стратегию
5. Мониторинг и оценка реализации стратегии

Ниже приводится подробное описание этих этапов.

### **Выявление факторов, влияющих на реализацию программы (анализ среды)**

---

Исследование внешней среды осуществляется с целью выявить обстоятельства или тенденции, которые могут повлиять на реализацию программы (проекта). Для органа государственной власти внешняя среда может включать законодательную базу, политические процессы, тенденции в экономике, социальной сфере, демографии, научно-техническое развитие, инфраструктуру. Анализ производится с целью выявить угрозы и возможности внешней среды, связанные с реализацией задач, на решение которых направлена программа.

Вслед за анализом внешней среды, необходимо рассмотреть внутренние ресурсы, возможности и ограничения (сильные и слабые стороны), а затем соотнести внутренние ресурсы с внешними угрозами и возможностями. Как правило, при соотнесении внутренних ресурсов с внешними угрозами и возможностями возникают следующие вопросы: достаточны ли финансовые и кадровые ресурсы, чтобы справиться с вызовами, выявленными во внешней среде? Эффективно ли организовано управление и процедуры принятия решений? Какие изменения во внутренней среде должны произойти, чтобы можно было адекватно ответить на вызовы внешней среды?

Анализ среды позволяет сформировать базу для определения миссии, целей и выработки стратегии, позволяющей достичь этих целей и реализовать миссию. Для анализа среды удобно использовать технологию SWOT-анализа, которая позволяет определить:

- сильные стороны (strengths) – преимущества вашей организации (программы, проекта);
- слабости (weaknesses) – недостатки вашей организации (программы, проекта);
- возможности (opportunities) – факторы внешней среды, использование которых создаст преимущества вашей организации (программы, проекта);
- угрозы (threats) – факторы, которые могут потенциально ухудшить положение вашей организации (программы, проекта).

### **Определение миссии и целей программы**

---

**Миссия** представляет собой сложный сплав объективных и субъективных параметров и установок относительно будущего организации или программы (проекта). В широком понимании, миссия – это философия и предназначение, смысл существования организации (программы, проекта). В узком понимании,

миссия – это сформулированное утверждение относительно того, для чего или по какой причине существует организация (программа, проект).

Выражение через миссию смысла осуществления программы, ее предназначения особенно необходимо в случае реализации крупных совместных проектов с достаточно широким кругом участников. Чтобы их совместные действия были успешны, участников должно объединять одинаковое понимание базовых ценностей и общий взгляд на то, чего они хотят добиться в будущем.

Опыт реализации крупных проектов в бизнесе показывает, что объединение усилий нескольких участников для реализации конкретных действий (так называемый стратегический альянс участников – аналог межведомственного взаимодействия при реализации целевых программ), со временем может оказаться нежизнеспособным только потому, что участники будут расходиться в понимании базовых ценностей. Именно поэтому на начальном этапе стратегического планирования важно в краткой форме, в виде миссии, сформулировать систему установок, определяющую представления всех участников о будущем проекта.

Формулирование миссии, как правило, осуществляется на уровне координационного органа, представляющего интересы участников программы. Причем документ, представляющий миссию, не должен быть формальным. Содержание миссии действительно должно представлять общие ценности и подходы, которые разделяют все участники процесса. В некоторых случаях миссия может быть оформлена как декларация или меморандум, с которым соглашаются (подписывают) участники программы.

**Цели** – это конкретное состояние отдельных характеристик, достижение которых является желательным и на достижение которых направлена данная деятельность. Система целей обычно включает 5–7 позиций, которые описывают желаемый образ будущего посредством ключевых качественных и количественных показателей.

При формулировании целей используются как финансовые, так и нефинансовые показатели. Финансовые показатели, используемые, например, при разработке целевой программы по противодействию распространения ВИЧ/СПИДа, отражают планируемый на среднесрочную перспективу (3–5 лет) объем бюджета программы по источникам финансирования (средства федерального и регионального бюджетов, средства внебюджетных фондов). Нефинансовые показатели характеризуют, например, планируемое изменение ситуации с заболеваемостью ВИЧ-инфекцией в регионе, наличие консультационных центров по проблеме ВИЧ/СПИДа, ситуацию с подготовкой медицинских кадров и социальных работников, оказывающих помощь ВИЧ-инфицированным и т.д.

При формулировании целей необходимо соблюдать ряд требований:

**Достижимость целей.** Постановка нереалистичных целей лишает исполнителей программы ориентира, к которому следует стремиться. Однако в то же время цели не должны быть слишком легкими для достижения, в них должен содержаться определенный вызов, стремление изменить ситуацию.

**Гибкость целей.** Цели следует устанавливать таким образом, чтобы они оставляли возможность для их корректировки в соответствии с теми изменениями, которые могут произойти в окружении.

**Измеримость целей.** Цели должны быть сформулированы таким образом, чтобы их можно было количественно измерить, либо же можно было бы каким-то другим объективным способом оценить, была ли цель достигнута.

**Конкретность целей.** Цель должна четко фиксировать, что необходимо получить в результате деятельности, в какие сроки следует ее достичь и кто должен ее достигать. Чем более конкретна цель, тем легче выработать стратегию ее достижения.

**Совместимость целей.** Цели должны не противоречить друг другу и соответствовать миссии.

**Приемлемость целей.** Цели должны быть приемлемы для основных субъектов влияния (ключевых партнеров) и в первую очередь для тех из них, кому придется эти цели достигать.

## **Выработка стратегии программы**

---

**Стратегия**, как она понимается в стратегическом управлении, представляет собой долгосрочное качественно определенное направление развития, которое включает сферу, средства и формы деятельности, систему внутренних взаимоотношений, а также позицию по отношению к внешней среде, обеспечивающую реализацию поставленных целей.

В таком понимании стратегия определяет направление в сторону конечного состояния, но оставляет свободу выбора в способах достижения поставленных целей с учетом изменяющейся ситуации. Таким образом, в рамках концепции стратегического управления программа перестает быть планом действий, в котором четко зафиксировано, что необходимо сделать в данный промежуток времени (месяц, квартал, год), чтобы добиться конечной цели. Программа дает возможность гибко реагировать на изменения ситуации и получать преимущества от этих изменений.

**Описание стратегии начинается с формулирования задач.** Задачи конкретизируют сформулированные на предыдущем этапе цели, фиксируют основные направления деятельности, необходимые для их достижения, выявляют приоритеты в планируемых действиях.

Для реализации каждой цели обычно разрабатывается несколько задач. Задачи, как правило, имеют количественную и временную определенность, т.е. измеримы количественно и рассчитаны на реализацию в течение определенного периода времени.

После определения задач разрабатывается план действий, формулируется способ достижения поставленных целей, который и называется стратегией. Стратегия отвечает на вопрос, каким из возможных способов, как будет осуществляться достижение цели. Выбор стратегии означает выбор средств, с помощью которых будут решаться стоящие задачи.

Процесс выработки стратегии предусматривает активное взаимодействие с ключевыми партнерами, обсуждение с ними приоритетов, согласование ролей и распределение ответственности.

В программе может быть предложено несколько стратегий в зависимости от доступных ресурсов (финансовых, человеческих), политической поддержки, участия партнеров, прогноза изменений внешней среды. Выбор стратегии из нескольких возможных определяется рядом факторов, в том числе такими, как:

- содержание поставленных целей;
- обязательства по предыдущим стратегиям;
- отношение высшего руководства;
- позиция ключевых партнеров;
- финансовые ресурсы;
- квалификация сотрудников;
- степень зависимости от внешней среды.

В соответствии с выбранной стратегией планируется бюджет, программные мероприятия, необходимые изменения в организационной структуре, кадровая политика.

### **Выполнение стратегии программы, внесение корректировок в стратегию**

В концепции стратегического управления особенность процесса выполнения стратегии состоит в том, что он не является процессом реализации предварительно подготовленного плана, а лишь создает базу для реализации стратегии и достижения поставленных целей. Создание базы для реализации стратегии заключается в проведении необходимых стратегических изменений: привлечении требуемых человеческих и финансовых ресурсов, проведении перестройки организационной структуры и организационной культуры, формировании партнерств. Другими словами, выполнение стратегии – это приведение организаций–исполнителей стратегии в такое состояние, в котором они будут готовы осуществить намеченную стратегию.

Анализ бизнес-практики показывает, что успешная реализация стратегий основывается на выполнении следующих правил:

- цели, стратегии и планы подробно доведены до непосредственных исполнителей с тем, чтобы добиться их неформального вовлечения в процесс выполнения стратегии и выработать у исполнителей обязательства перед организацией по реализации стратегии;
- обеспечено своевременное поступление всех необходимых для реализации стратегии ресурсов;
- разработан план реализации стратегии в виде целевых установок с обязательной фиксацией достижения каждой цели.

Те же правила применимы и к реализации программ (проектов) социальной направленности в государственном секторе.

В процессе реализации стратегии решающая роль принадлежит высшему руководству. Его деятельность на стадии реализации стратегии может быть представлена в виде пяти последовательных этапов:

- углубленное изучение состояния среды, целей и разработанных стратегий;
- принятие решений по эффективному использованию имеющихся ресурсов (и по их маневру при изменении стратегии);



- принятие решений по поводу организационной структуры;
- проведение необходимых изменений в организации, без которых невозможно приступить к реализации стратегии; организация «пропаганды» смысла и необходимости стратегических изменений;
- корректировка плана осуществления стратегии (в том случае, если этого настоятельно требуют вновь возникающие обстоятельства).

При этом в процессе реализации стратегии ее разработчики и высшее руководство постоянно взаимодействуют с исполнителями, работниками организации таким образом, чтобы работники воспринимали идеи, заложенные в стратегии, и своим трудом проводили их в жизнь.

Корректировка стратегического плана возможна, если этого требует меняющаяся среда. Однако следует избегать пересмотра плана каждый раз, когда появляются новые обстоятельства. Пересмотр стратегии уместен только в том случае, когда изменения в среде делают реализацию выбранной стратегии затруднительной, и она уже не сможет обеспечить достижение поставленных целей.

Таким образом, принимая решение о необходимости корректировки стратегии нужно дать ответ на следующие вопросы:

- Соответствуют ли выбранные цели текущему состоянию среды?
- Насколько изменения в среде затрудняют реализацию стратегии?
- Может ли выбранная стратегия привести к достижению поставленных целей?

В случае если проведенный анализ не выявляет изменений во внешней среде, которые являются серьезным препятствием к реализации стратегии, но при этом работа по реализации стратегии признается неудовлетворительной, причины следует искать внутри организации. Возможно, нуждаются в корректировке один или несколько из приведенных ниже элементов:

- организационная структура;
- система информационного обеспечения;
- функциональное распределение обязанностей;
- выполнение отдельных операций и процессов;
- уровень квалификации и система мотивации сотрудников.

### *Мониторинг и контроль реализации стратегии программы*

Система мониторинга и контроля реализации стратегии обеспечивает устойчивую обратную связь между ходом процесса достижения целей и собственно поставленными целями. Задача мониторинга и стратегического контроля – понять, приведет ли реализация стратегии к достижению поставленных целей.

Принципиальное отличие стратегического контроля от управленческого или оперативного контроля состоит в том, что стратегический контроль не направлен на выяснение того, правильно или неправильно осуществляется стратегия; правильно или неправильно выполняются отдельные работы, функции и операции. Стратегический контроль сфокусирован на выяснении того, возможно ли в дальнейшем реализовывать принятую стратегию и приведет ли ее реализация к достижению поставленных целей.

Для выполнения мониторинга и контроля реализации стратегии требуется:

- определить, что и по каким показателям контролировать;
- оценить состояние контролируемого объекта в соответствии с установленными показателями;
- выяснить причины отклонений, если таковые можно выявить по результатам проведенной оценки;
- осуществить корректировку, если она необходима и возможна (при этом корректировка по результатам стратегического контроля может касаться как реализуемой стратегии, так и поставленных целей).

Проведение стратегического контроля имеет очень большое значение для организации или программы (проекта). Неправильно организованная работа по контролю может создавать трудности в работе и даже наносить вред. К числу возможных негативных проявлений функционирования системы контроля относятся следующие:

- подмена целей организации (программы, проекта) параметрами контроля в результате того, что сотрудники начинают ориентировать свою деятельность на те показатели, по которым их контролируют;
- чрезмерное контролирование деятельности подразделений и сотрудников;
- перегрузка руководителей информацией, поступающей из системы контроля.

Для того чтобы система стратегического контроля была эффективной, она должна удовлетворять целому ряду требований. Наиболее важными из этих требований являются следующие:

- мониторинг должен производиться по заранее определенному перечню показателей, которые позволяют оценить прогресс в реализации стратегии и будут понятны ключевым партнерам и лицам, принимающим решения;
- информация должна содержать правильные данные, относящиеся к указанному периоду времени и адекватно отражающие состояние контролируемых процессов;
- мониторинг и контроль должны осуществляться на регулярной основе; информация должна поступать своевременно, чтобы можно было принять необходимые решения по корректировке стратегии;
- функционирование системы мониторинга и контроля требует выделения достаточных финансовых и человеческих ресурсов, а также установления ответственности за предоставление, сбор, обработку информации.

### **Стратегические альянсы**

Стратегические альянсы – это один из современных подходов в рамках концепции стратегического управления, который активно развивается и реализуется на практике в последние 15–20 лет. Альянс предусматривает взаимодействие и партнерство участников при реализации программы (проекта).

Применительно к программам противодействия распространению ВИЧ/СПИДа, стратегическим альянсом является межведомственное взаимодействие на уровне организаций и учреждений, представляющих различные сектора: здравоохранение, социальную защиту, образование, службу занятости, правоохранительные органы и т.д.

Стратегический альянс базируется на новом отношении к конкуренции и внешним ключевым партнерам и требует принципиально иного стиля управления, основанном на дипломатии, компромиссах, стремлении понять интересы партнера. Новизна стратегических альянсов с точки зрения стратегии развития организации состоит в том, что организация развивается, используя возможности партнеров, но при этом не теряет своей самостоятельности, тогда как в период до появления стратегических альянсов доминировало два варианта развития организации: либо органический рост (обособленное развитие с опорой на собственный потенциал) либо стратегия слияний и поглощений (доминирование, включение в себя конкурирующих организаций).

Организационная основа стратегических альянсов представляет собой реализацию следующих этапов:

- выбор партнеров (на основе внешних факторов и близости ценностей, установок, личных и профессиональных связей);
- формирование общего видения, миссии альянса;
- организация стратегического комитета альянса (кто в него входит?);
- организация исполнительного (рабочего) комитета или группы (кто в него входит?);
- разработка стратегического плана (программы) альянса.

Типичные проблемы, возникающие при создании стратегических альянсов:

- возникновение внутренних конфликтов, связанных с несовпадением интересов участников альянса;
- неспособность рабочих органов управления принимать оперативные решения (все требует согласования и поиска консенсуса);
- изменение настроения участников альянса: «эйфория» первых совместных действий сменяется сложной рутинной операционных процессов;
- снижение, «затухание» общественного интереса;
- уход энтузиастов, авторов альянсов, лично связавших себя с данным проектом.

### *Контрольные вопросы и задания по теме*

---

- Что такое стратегическое управление? Сравните стратегическое и оперативное управление.
- Дайте характеристику этапов стратегического планирования программы.
- Опишите технологию SWOT-анализа и подробно охарактеризуйте каждый его этап.
- Что такое цель программы и каким требованиям она должна соответствовать?
- Опишите систему мониторинга и контроля реализации стратегии программы.
- Дайте определение и опишите функции стратегических альянсов.

## Глава 4. Практика разработки и реализации бюджетных целевых программ А.А. Сохнев<sup>7</sup>

### Краткое содержание

---

- *Бюджетирование, ориентированное на результат*
  - *Бюджетные целевые программы в системе управления по результатам*
  - *Роль бюджетных целевых программ в системе бюджетного планирования*
  - *Формулирование целей, задач и показателей результативности бюджетной целевой программы*
  - *Методика расчета затрат на реализацию бюджетной целевой программы*
- 

### Бюджетирование, ориентированное на результат

---

В настоящее время в России продолжается бюджетная реформа и осуществляется внедрение принципов бюджетирования, ориентированного на результат.

Бюджетирование, ориентированное на результат, предполагает, что распределение ресурсов между бюджетными целевыми программами (БЦП) осуществляется с привязкой к конкретным результатам их реализации и с учетом среднесрочных приоритетов государственной социально-экономической политики.

В этих условиях перед органами государственной власти, в том числе на региональном и муниципальном уровнях, встает задача совершенствования бюджетного процесса. Это возможно осуществить путем внесения изменений в процедуры разработки и исполнения бюджетных целевых программ с целью вывода их на более высокий качественный уровень.

Как показывает мировой опыт, внедрение бюджетирования, ориентированного на результат, способствует повышению эффективности бюджетных расходов. В частности, при более эффективном расходовании средств появляется возможность сохранить достигнутый уровень оказания бюджетных услуг в условиях дефицитности бюджетного финансирования. Это представляется особенно важным при реализации мер по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа и других социально значимых заболеваний в условиях несбалансированности бюджета на уровне региона или муниципалитета.

Новые требования, предъявляемые к бюджетным целевым программам, заключаются в осуществлении планирования на среднесрочную перспективу на основе выявления проблем, постановки целей и задач, разработки комплекса мероприятий и обоснования потребности в ресурсах, которые непосредственно увязаны с достигаемыми результатами (целевыми показателями).

Совершенствование подходов к разработке региональных программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа с учетом принципов

<sup>7</sup> А.А. Сохнев, к.э.н., эксперт в области управления по результатам, начальник экспертно-аналитического отдела, Министерство культуры РФ.

бюджетирования, ориентированного на результат, позволит сделать программы более прозрачным, понятным и эффективным инструментом реализации национальной политики в области ВИЧ/СПИДа, включая достижение целей по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции.

### **Бюджетные целевые программы в системе управления по результатам**

Реформирование процессов бюджетного планирования в соответствии с «Концепцией реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004–2006 гг.», предполагает переход от «управления ресурсами» к «управлению результатами».

В рамках концепции «управления ресурсами» бюджет, как правило, формируется путем корректировки прежнего распределения расходов, составленного в соответствии со статьями бюджетной классификации. При этом распределение ресурсов не всегда увязывается со стратегическими целями, ожидаемые результаты бюджетных расходов не обосновываются. В рамках такой концепции управление бюджетом сводится главным образом к контролю за объемом расходуемых ресурсов, а не за обоснованностью и эффективностью их использования.

В рамках концепции «управления результатами» бюджет формируется исходя из целей и планируемых результатов государственной политики. Бюджетные ассигнования имеют четкую привязку к функциям (услугам, видам деятельности), при их планировании основное внимание уделяется обоснованию конечных результатов в рамках бюджетных программ.

Основные различия между двумя подходами к осуществлению бюджетного процесса представлены в Таблице 3.

Таблица 3. Различия в подходах к разработке бюджетов в рамках концепций «управления ресурсами» и «управления результатами»

Параметры сравнения	Управление ресурсами	Управление результатами
Цель бюджета	<ul style="list-style-type: none"> <li>Утвердить сумму расходов по каждому из бюджетополучателей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Установить приоритеты расходов</li> <li>Дать простор для оперативного управления расходами</li> <li>Создать стимулы для экономии средств</li> </ul>
Распределение бюджетных расходов	<ul style="list-style-type: none"> <li>Между госорганами и бюджетными учреждениями</li> <li>Приоритетность экономической и ведомственной структуры расходов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>По видам деятельности и функциям, с указанием определенных конечных результатов</li> <li>Приоритетность программной структуры расходов</li> </ul>
Планирование бюджета	<ul style="list-style-type: none"> <li>Осуществляется снизу вверх</li> <li>Обосновывается потребность в ресурсах, а не ожидаемые результаты деятельности</li> <li>Планирование на основе планов и смет ведомств</li> <li>Планирование на 1 год</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Осуществляется сверху вниз</li> <li>Обосновываются приоритеты и ожидаемые результаты; привязка расходов к показателям результатов</li> <li>Программный метод планирования</li> <li>Устанавливаются 3-летние объемы ассигнований с их ежегодной корректировкой</li> </ul>

В основе «управления по результатам» лежит организация бюджетного процесса по принципам бюджетирования, ориентированного на результат. Суть бюджетирования, ориентированного на результат, состоит в распределении бюджетных ресурсов между администраторами бюджетных средств и (или) реализуемыми ими бюджетными программами с учетом или в прямой зависимости от достижения конкретных результатов (предоставления услуг) в соответствии со среднесрочными приоритетами социально-экономической политики и в пределах прогнозируемых на долгосрочную перспективу объемов бюджетных ресурсов.

Распределение бюджетных ресурсов между бюджетными программами с учетом достижения конкретных результатов, а не по принципу сметного финансирования, нацелено на повышение отдачи от использования бюджетных средств и оптимизацию управления ими на всех уровнях бюджетной системы.

### ***Роль бюджетных целевых программ в системе бюджетного планирования***

---

Бюджетная целевая программа представляет собой комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленных на достижение социально значимых результатов в рамках решения задач, относящихся к компетенции данного органа исполнительной власти. В целом, при подготовке бюджетной целевой программы должна соблюдаться следующая логика: общественные потребности в данной сфере → соответствующая функция государственного управления → ресурсы → деятельность → непосредственные (прямые) результаты → конечные результаты → показатели эффективности.

Внедрение принципов бюджетирования, ориентированного на результат, базируется на применении в бюджетной практике таких инструментов, как:

- доклады о результатах и основных направлениях деятельности субъектов бюджетного планирования, в которых определяется стратегия деятельности органов государственной власти;
- перспективный финансовый план, обеспечивающий среднесрочное планирование объемов и структуры бюджетных расходов как основание для установления целевых показателей деятельности органов государственной власти;
- реестр расходных обязательств, позволяющий структурировать и оценить расходные обязательства каждого из уровней бюджетной системы;
- бюджетные целевые программы, которые конкретизируют действия по реализации стратегии, позволяют установить взаимосвязь затрат и результатов на микроуровне.

### ***Формулирование целей, задач и показателей результативности бюджетной целевой программы***

---

В общем случае, бюджетная целевая программа содержит следующие разделы:

1. паспорт программы;
2. характеристика проблемы;
3. основные цели и задачи программы;
4. описание ожидаемых результатов реализации программы и целевые индикаторы;
5. перечень и описание программных мероприятий;

6. срок реализации программы;
7. описание социальных, экономических и экологических последствий реализации программы, оценка рисков;
8. оценка эффективности расходования бюджетных средств по годам или этапам;
9. методика оценки эффективности программы (с учетом ее особенностей);
10. обоснование потребностей в необходимых ресурсах;
11. описание системы управления реализацией программы.

Далее говорится подробнее о каждом из разделов и рассматриваются типичные ошибки при планировании бюджетной целевой программы.

**«Паспорт программы»** представляет собой краткое изложение содержания программы, в котором представлены все разделы программы.

Раздел **«Характеристика проблемы»** содержит краткое описание проблемы, на решение которой направлена программа. При описании проблемы могут быть приведены статистические данные, подчеркивающие ее значимость, а также обозначены угрозы, связанные с дальнейшим развитием проблемной ситуации в случае отсутствия каких-либо действий, направленных на ее разрешение. Важно помнить, что описание проблемы тесно связано с целями и задачами, сформулированными в соответствующем разделе программы.

В разделе **«Основные цели и задачи программы»** формулировка цели должна отражать ожидаемый конечный общественно значимый результат реализации программы, который соответствует стратегии государства в данной области. Другими словами, цель – это представление о результате, который мы намерены получить по итогам реализации программы. При этом заявленная цель должна соответствовать полномочиям и возможностям органа власти по ее достижению, закрепленным в соответствующих нормативно-правовых и официальных документах.

Цель должна охватывать все направления, по которым реализуется программа. В зависимости от специфики программы, целей может быть несколько. Однако избыточное число целей может привести к необоснованному расширению сферы действия программы и рассредоточению усилий по ее реализации.

**Пример.** Структура целей Министерства здравоохранения и социального развития

*Цель 1. Обеспечение доступности услуг здравоохранения для населения*

*Задача 1.1. Повышение доступности специализированной медицинской помощи*

*Задача 1.2. Повышение доступности обычных видов медицинской помощи*

*Задача 1.3. Повышение доступности санаторно-курортной помощи*

*Цель 2. Полное удовлетворение потребностей населения в услугах здравоохранения и повышение их качества*



- Задача 2.1. Повышение качества услуг здравоохранения*  
*Задача 2.2. Повышение обеспеченности населения высокотехнологичной медицинской помощью, требующей специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий*  
*Задача 2.3. Полное удовлетворение потребностей населения в лекарственной помощи*  
*Задача 2.4. Повышение уровня здоровья матери и ребенка*

*Цель 3. Снижение уровня заболеваемости и предотвращение других угрожающих здоровью состояний*

- Задача 3.1. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и экстренной медицинской помощи в случае стихийных бедствий и катастроф*  
*Задача 3.2. Снижение уровня заболеваемости социально значимыми болезнями*

Согласно методическим рекомендациям по подготовке докладов о результатах, обязательные требования к выработке целей таковы:

- релевантность (цель должна соответствовать области компетенции субъекта бюджетного планирования);
- измеримость (достижение цели проверяется с помощью количественных индикаторов);
- достижимость (цель должна быть потенциально достижима в среднесрочной перспективе).

***Пример.*** Цели для Департамента здравоохранения Администрации Архангельской области

*Дана следующая формулировка цели: Повышение доступности и качества медицинской помощи, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия.*

*Предлагается изменить формулировку следующим образом, разбив данную цель на три отдельных:*

*Цель 1: Обеспечение доступности услуг здравоохранения для населения*

*Цель 2: Полное удовлетворение потребностей населения в услугах здравоохранения и повышение их качества*

*Цель 3: Снижение уровня заболеваемости и предотвращение других угрожающих здоровью состояний*

Продумывая логику реализации бюджетной целевой программы, разработчик должен сформулировать ряд задач, реализация которых в совокупности приведет к достижению поставленной цели. Задачи конкретизируют отдельные направления достижения цели, а их решение означает получение к определенному сроку количественно измеримых результатов, обеспечивающих достижение цели.

***Пример.*** Структура задач бюджетной целевой программы

1. Организация широкомасштабных профилактических программ.

2. Социальная защита ВИЧ-инфицированных и членов их семей.
3. Внедрение новых методик и технологий работы с ВИЧ-инфицированными.
4. Организация и реализация эффективной профилактики вертикальной передачи инфекции от матери к ребенку.
5. Обеспечение безопасности медицинских манипуляций, донорской крови.
6. Реализация основных направлений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ-инфекцией».

При формулировании целей и задач следует избегать следующих типичных ошибок:

- использование формулировки, в которой приводится абстрактная характеристика желаемого эффекта («улучшение ситуации», «создание условий» и т.д.);
- использование в формулировке терминов и понятий, непонятных для лиц, не обладающих специальными профессиональными знаниями в данной области;
- неоднозначность формулировки с точки зрения трактовки планируемого результата;
- указание в формулировке на иные цели, задачи, эффекты и результаты, которые являются следствиями достижения данной цели или задачи;
- использование формулировки, в которой цель или задача является описанием методов и средств достижения самой себя.

**Пример.** Цели и значения целевых показателей БЦП «Совершенствование профилактики и усиление мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа»

Цели и целевые показатели	Единица измерения	Базовый показатель на 2007 год	Планируемый показатель на 2008 год	Фактическое выполнение в 2008 г.
Стабилизация темпов прироста новых случаев ВИЧ-инфекции	(ед.)	480	580	581
Регистрация случаев заражения ВИЧ-инфекцией при переливании донорской крови и медицинских манипуляциях	(ед.)	0	0	0
Противодействие переходу эпидемии ВИЧ-инфекции из стадии концентрации в наиболее уязвимых группах в стадию распространения в общем населении	%	рост на 42%	рост на 10%	рост на 21%
Обеспечение эффективности профилактики вертикального пути передачи ВИЧ от матери к ребенку до 95%	%	71,7	95,0	86,8

<i>Цели и целевые показатели</i>	<i>Единица измерения</i>	<i>Базовый показатель на 2007 год</i>	<i>Планируемый показатель на 2008 год</i>	<i>Фактическое выполнение в 2008 г.</i>
<i>Обеспечение доступности качественной диагностики и антиретровирусной терапии ВИЧ для большинства нуждающихся:</i>				
<i>% выполнения плана обследований на ВИЧ-инфекцию</i>	<i>%</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>% выполнения плана исследований для определения иммунного статуса (СД4)</i>	<i>%</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>106,7</i>
<i>% выполнения плана исследований для определения вирусной нагрузки</i>	<i>%</i>	<i>100</i>	<i>95,0</i>	<i>94,2</i>
<i>обеспечение антиретровирусной терапией всех нуждающихся</i>	<i>%</i>	<i>46,1</i>	<i>92,1</i>	<i>92,1</i>
<i>Увеличение охвата ВИЧ-инфицированных диспансерным наблюдением</i>	<i>%</i>	<i>81,0</i>	<i>85,0</i>	<i>89,6</i>

Типичная ошибка при формулировании задач состоит в том, что задачи не характеризуют конечных результатов государственной политики. Например, задача сформулирована следующим образом: Совершенствование материально-технической базы в целях обеспечения качественного обслуживания населения.

Однако решение практически каждой задачи в целевой программе предусматривает в том числе и совершенствование материально-технической базы. Поэтому предлагается отказаться от отдельного выделения данной задачи.

Раздел **«Описание ожидаемых результатов реализации программы и целевые индикаторы»** должен давать четкое представление об основных общественно значимых результатах, получаемых в результате реализации программы. Планируемые результаты выражаются через систему целевых показателей, по возможности, поддающихся количественному измерению. В разделе приводится формулировка целевых показателей и их планируемые значения.

Выделяют следующие **виды целевых показателей**:

- показатели непосредственных результатов программы (outputs) – позволяют оценить объем, качество, доступность предоставляемых бюджетных услуг для получателей (например, охват населения медицинской помощью разных видов, количество мест в медучреждениях, среднее время предоставления медицинской помощи)
- показатели конечных результатов программы (outcomes) – позволяют оценить общественно значимый эффект, достигаемый благодаря

предоставлению данных бюджетных услуг их получателям (например, снижение смертности и заболеваемости, повышение средней продолжительности жизни).

При разработке системы целевых показателей предпочтение должно отдаваться показателям конечных результатов, при обоснованной невозможности их использования – показателям непосредственных результатов. В случае сложностей с определением показателей непосредственных результатов для характеристики процесса реализации программы допускается использование:

- показателей процесса (описывают суть проводимых мероприятий и их существенные количественные и качественные характеристики (например, количество проведенных профилактических мероприятий в процентах от необходимого уровня);
- показателей ресурсов (описывают количество и качество материальных и нематериальных активов, используемых для реализации программ).

С точки зрения временного периода, целевые показатели могут быть как итоговыми (достигаются в конце реализации всей программы), так и промежуточными (достигаются в конце отдельных периодов реализации программы: месяц, квартал, год).

Предлагаемые к использованию целевые показатели должны отвечать следующим требованиям:

- адекватность: показатель должен очевидным образом характеризовать прогресс в достижении цели или решении задачи и охватывать все существенные аспекты происходящих социально-экономических изменений;
- объективность: не допускается использование показателей, улучшение отчетных значений которых возможно при ухудшении реального положения дел, что сокращает возможности для искажения результатов деятельности исполнителей программы;
- однозначность: формулировка показателя должна быть понятной как для специалистов в данной предметной области, так и для неспециалистов;
- достоверность: способ сбора и обработки исходной информации должен допускать возможность проверки точности полученных данных в процессе независимого мониторинга и оценки программы;
- экономичность: получение отчетных данных должно производиться с минимально возможными затратами; применяемые показатели должны в максимальной степени основываться на уже существующих программах сбора и обработки информации;
- сопоставимость: выбор показателей следует осуществлять исходя из необходимости непрерывного накопления данных и обеспечения их сопоставимости за отдельные периоды, а также, по возможности, с показателями, используемыми в международной практике;
- своевременность и регулярность: отчетные данные должны поступать со строго определенной периодичностью и с незначительным временным лагом между моментом сбора информации и сроком ее использования;
- точность: погрешности измерения показателя не должны приводить к искаженному представлению о результатах деятельности субъекта бюджетного планирования;

- уникальность: показатели достижения цели не должны представлять собой объединение нескольких показателей, характеризующих решение отдельных относящихся к этой цели задач.

Целевые значения показателей могут устанавливаться с учетом и на основе:

- значений показателя за предыдущие периоды;
- метода прямого счета, когда целевое значение устанавливается на уровне, означающем, что проблема, породившая какую-то задачу, полностью решена;
- показателей аналогичных программ;
- показателей других федеральных органов исполнительной власти (организаций), являющихся примерами «лучшей практики», в том числе показателей частных (коммерческих) организаций;
- значений аналогичных показателей в развитых странах, международных рейтингов и других показателей, применяемых для межстрановых сопоставлений.

Достижение количественных показателей отслеживается посредством проведения мониторинга (т.е. регулярного отслеживания прогресса в достижении поставленной задачи), а также оценки эффективности действий, запланированных в программе, для решения той или иной задачи.

### ***Типичные ошибки при формулировании целевых показателей***

Показатели результативности сформулированы таким образом, что не отражают степени решения поставленных задач.

***Пример.*** Для задачи «Повышение качества медицинской помощи» предлагаются следующие целевые показатели:

- число консультативных приемов;
- количество выездов специальных врачебных мобильных бригад;
- уровень принудительной госпитализации больных с психическими расстройствами (в процентах от числа всех госпитализированных);
- больничная летальность.

*Предлагается изменить формулировку задачи: «Повышение качества услуг здравоохранения»*

*Тогда целевые показатели будут звучать следующим образом:*

- среднее время получения скорой медицинской помощи в отдаленных и труднодоступных муниципальных образованиях (часов);
- коэффициент своевременности оказания специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи (в процентах);
- уровень госпитализации (человек на 100 жителей);
- среднее время ожидания для помещения в стационар (дней);
- доля помощи, оказанной в круглосуточных стационарах (в процентах).

Показатели результативности выражены в абсолютных величинах.

**Пример.** Для задачи «Повышение доступности для граждан высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи» предлагается целевой показатель:

- численность больных, пролеченных в федеральных учреждениях, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь.

Предлагается изменить данный целевой показатель следующим образом:

- коэффициент обеспечения потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи (в процентах).

Показатели результативности не относятся к содержанию поставленной задачи.

**Пример.** Для задачи «Расширение доступности санаторно-курортной помощи и повышение обеспеченности профильным санаторно-курортным лечением» предложены следующие целевые показатели:

- коэффициент использования мест в санаторно-курортных учреждениях (в процентах);
- средняя занятость койки в санаторно-курортных учреждениях (дней).

Предлагается изменить формулировку задачи и целевых показателей следующим образом:

Задача 1: «Повышение доступности санаторно-курортной помощи»

Целевой показатель: уровень развития лечебно-оздоровительных местностей субъекта РФ (мест в расчете на 100 тыс. населения).

Задача 2: «Повышение качества услуг здравоохранения»

Целевой показатель: среднее время ожидания предоставления санаторно-курортной помощи за счет средств областного бюджета (дней).

Сформированная в рамках бюджетной целевой программы структура целей, задач и показателей деятельности должна в точности соответствовать полномочиям субъекта бюджетного планирования в данной сфере.

Раздел **«Перечень и описание программных мероприятий»** содержит список мероприятий, которые планируется реализовать в рамках заявленных целей и задач программы. Для каждого мероприятия должно быть приведено:

- наименование, сформулированное в краткой и ясной форме;
- краткое описание, которое должно отражать состав мероприятия (например, работы, проводимые в рамках мероприятия; перечень приобретаемого оборудования; тематику проводимых НИОКР);
- срок реализации данного мероприятия (примерные дата начала и дата окончания);
- примерный объем финансирования в действующих ценах каждого года,

с указанием источников финансирования (федеральный, региональный, местный бюджет и внебюджетные источники) и направлений расходования средств (текущая деятельность, НИОКР, расходы инвестиционного характера, субсидии и субвенции).

Планирование мероприятий осуществляется в рамках нескольких вариантов финансирования, как правило, инерционного (базового) и инновационного (ожидаемого).

***Пример. Структура блоков мероприятий областной бюджетной целевой программы по ВИЧ/СПИДу***

- 1. Развитие системы информирования населения о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции.*
- 2. Совершенствование эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции и государственного контроля за проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий.*
- 3. Организация реализации профилактических программ среди населения, в т.ч. в группах риска.*
- 4. Обеспечение безопасности медицинских манипуляций, донорской крови, биологических жидкостей и тканей.*
- 5. Совершенствование диагностики, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции.*
- 6. Кадровое обеспечение.*

Раздел **«Срок реализации программы»** содержит информацию о сроках и этапах реализации бюджетной целевой программы. В большинстве случаев начало реализации программы совпадает с началом календарного года, т.е. с 1 января соответствующего года.

В разделе **«Описание социальных, экономических и экологических последствий реализации программы, оценка рисков»** приводится:

- наименование и краткое описание основных и дополнительных социальных, экономических и экологических последствий, которые могут возникнуть при реализации программы;
- оценка стоимости возможных социальных, экономических и экологических последствий;
- общая оценка вклада бюджетной целевой программы в достижение стратегических целей субъекта бюджетного планирования;
- перечень внешних факторов, которые могут повлиять на отклонения фактически достигнутых результатов программы от первоначально запланированных.

В рамках данного раздела необходимо обозначить важность результатов программы для достижения стратегических целей и задач субъекта бюджетного планирования, а также проанализировать внешние факторы, которые не поддаются контролю со стороны исполнителей программы и могут негативно повлиять на достижение целевых показателей. Следующим шагом после определения этих факторов является выработка предложений по воздействию на них с целью снижения их негативного влияния на результаты программы.



Раздел **«Оценка эффективности расходования бюджетных средств по годам или этапам»** содержит анализ эффективности расходования бюджетных средств, который состоит в соотнесении полученных результатов с затраченными на это средствами и проводится путем расчета следующих показателей:

- экономическая эффективность: соотношение величины показателя непосредственного результата деятельности в рамках программы и затрат на его достижение (млн. руб.);
- общественная эффективность: соотношение величины показателя конечного результата деятельности (общественно значимого эффекта деятельности) и показателя непосредственного результата деятельности;
- общественно-экономическая эффективность: соотношение величины показателя конечного результата деятельности и затрат на его достижение (млн руб.).

Для того чтобы показатели эффективности не искажали реальную динамику эффективности по годам, необходимо привести расходы каждого года к ценам некоторого базового года с помощью индексов дефляторов цен.

Раздел **«Методика оценки эффективности программы (с учетом ее особенностей)»** содержит описание того, каким образом в рамках данной программы будет контролироваться достижение запланированных целевых показателей во взаимосвязи с объемом произведенных затрат, как будут анализироваться причины отклонений фактических результатов от запланированных.

Как правило, для контроля достижения запланированных целевых показателей фактические результаты сопоставляются с запланированными, и фиксируются абсолютные и относительные отклонения фактических результатов от запланированных. То же самое делается и в отношении объема произведенных затрат. Далее рассчитываются показатели экономической и общественно-экономической эффективности. Для оценки эффективности программы, достигнутые показатели эффективности за данный период сопоставляются с показателями прошлых лет; показатели общественно-экономической эффективности сравниваются с аналогичными показателями в других странах.

При выявлении значительных отклонений фактического уровня от запланированного (или от уровня прошлых лет, или от аналогичных показателей в других странах) проводится анализ внутренних и внешних факторов, вызвавших такое расхождение. По итогам этого анализа принимается решение о корректировке целей, задач, системы целевых индикаторов и объема расходов данной бюджетной целевой программы.

Описание методики оценки эффективности программы должно включать:

- наименование показателей оценки эффективности программы, их единицы измерения и алгоритм расчета;
- источники данных для расчета показателей;
- орган, учреждение или организацию, ответственную за сбор и анализ данных для оценки эффективности программы;
- сроки и порядок предоставления данных об эффективности программы лицам, ответственным за ее реализацию, и другим заинтересованным сторонам.

Раздел **«Обоснование потребностей в необходимых ресурсах»** содержит информацию о финансовых средствах, необходимых для реализации отдельных мероприятий и программы в целом, с указанием источников финансирования (федеральный, региональный, местный бюджет и внебюджетные источники) и направлений расходования средств (текущая деятельность, НИОКР, расходы инвестиционного характера, субсидии и субвенции).

Оценка потребности в ресурсах, необходимых для реализации запланированных мероприятий, производится с выделением статей функциональной и экономической классификации расходов бюджетов для двух вариантов финансирования – бюджет действующих обязательств (БДО) и бюджет принимаемых обязательств (БПО).

Под бюджетом действующих обязательств понимаются расходные обязательства, зафиксированные уже принятыми нормативно-правовыми актами, заключенными договорами и соглашениями или действующими бюджетными программами. Бюджет принимаемых обязательств – это расходные обязательства, возникающие в связи с решениями, принимаемыми непосредственно в ходе формирования бюджета на очередной финансовый год. Примеры таких решений – увеличение заработной платы, повышение размеры социальных пособий и т.п.

Выделение бюджета действующих и бюджета принимаемых обязательств подразумевает внедрение процедур обоснования необходимости дополнительных бюджетных расходов.

В условиях внедрения принципов бюджетирования, ориентированного на результат, распределение ресурсов по статьям функциональной и экономической классификации бюджетных расходов должно быть увязано (полностью или частично) с целевыми показателями, на достижение которых направлена программа. При определении необходимого объема финансирования, как правило, за основу может приниматься текущий уровень финансирования аналогичных мероприятий, который корректируется в зависимости от установленных значений целевых показателей и возможностей получения финансирования. Ресурсы, необходимые для управления программой, выделяются отдельно.

В большинстве случаев заявляемая разработчиком программы потребность в ресурсах превышает доступный объем финансирования. В такой ситуации особое внимание должно уделяться повышению эффективности расходов, достигаемому, в том числе, за счет применения следующих подходов:

- определение стандарта оказания бюджетной услуги как гарантируемого минимума ответственности бюджета и контроль за выполнением этого стандарта;
- создание механизма учета особенностей потребителей лечебно-профилактических услуг, в том числе для целей разработки стандарта (например, стандарт послетестового консультирования представителя уязвимых групп) – для обоснования объема финансирования и повышения качества оказания услуг;
- применение нормативно-подушевого принципа формирования бюджетных расходов;
- заключение контрактов на оказание услуг (с исполнителями, предложившими наиболее выгодные условия контракта);

- поиск возможностей для управления финансовыми средствами (перераспределения ресурсов) внутри программ;
- разграничение бюджетных полномочий и введение субвенций на выполнение программ для нижестоящих бюджетов (например, передача полномочий, подкрепленных финансированием, из регионального бюджета на муниципальный уровень).

***Пример.** Экономическая классификация расходов при планировании ресурсов, необходимых для реализации мероприятий программы*

Код	Наименование статей	БДО	БПО
210	Оплата труда и начисления на оплату труда (пример – ФОТ Департамента)		
220	Приобретение услуг (пример – командировки, кроме «суточных», НИОКР и др.)		
230	Обслуживание долговых обязательств		
240	Безвозмездные и безвозвратные перечисления организациям (пример – подведомственные бюджетные учреждения)		
250	Безвозмездные и безвозвратные перечисления бюджетам		
260	Социальное обеспечение		
290	Прочие расходы		
310	Увеличение стоимости основных средств		
320	Увеличение стоимости нематериальных активов		
340	Увеличение стоимости материальных запасов		
540	Увеличение задолженности по бюджетным ссудам и кредитам		

В разделе **«Описание системы управления реализацией программы»** должна содержаться следующая информация о системе управления программой:

- ответственные за реализацию программы в целом и достижение утвержденных целевых индикаторов цели, задач и мероприятий программы;
- ответственные за реализацию конкретного мероприятия программы, за достижение показателей, характеризующих степень выполнения данного мероприятия, и использование ресурсов, направленных на его реализацию;
- ответственные за финансирование программных мероприятий;
- ответственные за осуществление мониторинга реализации программы;
- ответственные за формирование отчетности о ходе реализации программы (управленческой, бухгалтерской и статистической).

Кроме того, в данном разделе необходимо обозначить общие принципы принятия решений по управлению программой и сформулировать шаги по организации системы мониторинга.

В целом, можно выделить следующие общие требования к разработке бюджетных целевых программ:

- четкая формулировка цели в соответствии со сферой деятельности распорядителя бюджетных средств;
- адекватное обоснование потребности в ресурсах для достижения цели и решения поставленных задач;

- четкое разграничение полномочий и ресурсов между бюджетными учреждениями, находящимися в ведении субъекта бюджетного планирования;
- наличие системы показателей для оценки программы;
- формулировка количественно выраженных ожидаемых результатов реализации программы.

Для обеспечения внедрения принципов бюджетирования, ориентированного на результат, при разработке и реализации бюджетной целевой программы необходимо уделить первостепенное внимание таким параметрам, как:

- полная стоимость бюджетной программы;
- факторы, влияющие на изменение стоимости реализации бюджетной программы;
- расчет стоимости единицы непосредственного результата реализации программы (экономическая эффективность реализации программы);
- разграничение прямых и косвенных затрат в рамках бюджетной программы.

Определение стоимости оказываемых бюджетных услуг во взаимосвязи с оценкой конечных результатов бюджетных программ является основой для определения приоритетов государственной социально-экономической политики, в том числе политики в области здравоохранения.

### *Методика расчета затрат на реализацию бюджетной целевой программы*

Использование современных методов расчета затрат является одним из важных элементов реформирования бюджетного процесса и перехода к бюджетированию, ориентированному на результат. Расчет затрат необходим для осуществления контроля за расходами и выбора наиболее эффективного варианта использования бюджетных средств.

В рамках концепции бюджетирования, ориентированного на результат, под затратами понимаются ресурсы, которые необходимо использовать для получения конкретного результата (предоставления конкретной государственной услуги, реализации конкретного мероприятия и т.п.).

Затраты разделяются на прямые и косвенные. Стоимость программы формируется как сумма прямых и косвенных затрат. Прямые затраты – это затраты, которые можно непосредственно и исключительно отождествить с данной бюджетной программой. Примерами прямых затрат являются затраты на оплату труда лиц, занятых реализацией конкретного мероприятия программы, капитальные вложения, осуществляемые в рамках решения конкретной задачи, заявленной в программе, и т.п.

В отличие от прямых, косвенные затраты не могут быть непосредственно и полностью отнесены на определенный объект затрат и предполагают распределение по ряду объектов затрат. В качестве примера косвенных затрат можно привести расходы на содержание управленческого персонала, бухгалтерии или юридического отдела, занятых обеспечением реализации не только данной программы, но и другими видами деятельности; затраты на обслуживание здания, в котором располагаются все эти службы и т. п.

При определении стоимости бюджетной программы часто возникает проблема: какую часть косвенных затрат (т.е. затрат «обслуживающих» структур и служб) следует включить в расходную часть разрабатываемой программы. В этих случаях относимые на программу косвенные затраты можно распределить путем оценки трудозатрат лиц, задействованных в разработке и реализации программы, или путем учета использования помещений, износа оборудования, расходов на содержание транспортных средств в части, относящейся именно к данной программе.

Обычно с помощью оценок и наблюдений удается выяснить, как распределяется рабочее время, площадь офисных помещений, парк компьютерной техники между работой по данной программе и другой деятельностью. Далее, исходя из структуры рабочего времени сотрудников, распределяются затраты на оплату их труда между деятельностью в рамках данной программы и иной деятельностью. Аналогично, площадь офисных помещений распределяется между сотрудниками, задействованными в данной программе и остальными сотрудниками, и в той же пропорции распределяется, например, арендная плата и оплата за коммунальные услуги. По тому же принципу оценивается доля компьютерной техники, используемой для целей данной программы, и пропорционально распределяются затраты на содержание компьютеров и другого оборудования.

**Пример.** Расчет прямых и косвенных затрат условной организации, занятой оказанием бюджетных услуг

Предположим, что в условной организации есть 3 основных подразделения и 2 подразделения по обеспечению основной деятельности. Основное подразделение «А» оказывает консультационные услуги населению (500 консультаций); подразделение «Б» занимается обучением (400 часов занятий); подразделение «В» выполняет контрольные функции (200 проверок). Деятельность основных подразделений обеспечивают бухгалтерия, а также транспортная и коммунальная службы.

#### Общие затраты организации

Статья затрат	А	Б	В	Бухгалтерия	Транспортная служба	Коммунальная служба
Оплата труда	20,000	30,000	25,000	10,000	5,000	5,000
Увеличение стоимости мат. запасов	20,000	10,000	15,000	—	—	—
Транспортные услуги	—	—	—	—	10,000	—
Коммунальные услуги	—	—	—	—	—	20,000
<b>Всего затрат (руб.)</b>	<b>40,000</b>	<b>40,000</b>	<b>35,000</b>	<b>10,000</b>	<b>15,000</b>	<b>25,000</b>
Объем пр-ва услуг (ед.)	500	400	200	—	—	—
<b>Прямые затраты в расчете на ед. услуги (руб.)</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>

*Затраты организации в целом складываются из оплаты труда, увеличения стоимости материальных запасов, оплаты коммунальных и транспортных услуг. Распределение затрат по подразделениям представлено в таблице. Необходимо определить прямые и косвенные затраты на оказание каждой из бюджетных услуг и рассчитать общие затраты на единицу оказываемых услуг.*

*Таким образом, мы смогли рассчитать прямые затраты на оказание бюджетных услуг. Теперь перед нами стоит задача распределить косвенные затраты по каждому из подразделений: «А», «Б» и «В».*

*Будем распределять косвенные затраты исходя из следующих предпосылок. Пусть трудозатраты бухгалтерии для каждого из подразделений составляют: «А» 30%; «Б» 40%; «В» 30%. Затраты транспортной службы распределены: «А» 10%; «Б» 20%; «В» 70%.*

*Затраты коммунальной службы распределены: «А» 30%; «Б» 40%; «В» 30%. Эти пропорции определены путем различных оценок и наблюдений. Результаты распределения косвенных затрат представлены в таблице ниже.*

*Распределение косвенных затрат*

	<b>А</b>	<b>Б</b>	<b>В</b>	<b>Итого</b>
<b>Объем производства услуг (ед.)</b>	<b>500</b>	<b>400</b>	<b>200</b>	<b>1,100</b>
<b>Затраты:</b>				
Бухгалтерия	3,000	4,000	3,000	<b>10,000</b>
Транспортная служба	1,500	3,000	10,500	<b>15,000</b>
Коммунальная служба	7,500	10,000	7,500	<b>25,000</b>
<b>Всего косвенных затрат (руб.)</b>	<b>12,000</b>	<b>17,000</b>	<b>21,000</b>	<b>50,000</b>
<b>Косвенные затраты в расчете на ед. услуги (руб.)</b>	<b>24</b>	<b>42,5</b>	<b>105</b>	
<b>Общие затраты (прямые + косвенные) на единицу услуги, (руб.)</b>	<b>104</b>	<b>142,5</b>	<b>280</b>	

*Таким образом, мы распределили косвенные затраты пропорционально вкладу «обслуживающих» подразделений в оказание бюджетных услуг и рассчитали общие затраты на единицу оказываемых услуг.*

Представленный здесь расчет затрат позволяет оценить не только общий объем затрат на оказание каждой из бюджетных услуг, но и их распределение на прямые и косвенные. Эта информация дает возможность анализировать соотношение между затратами основных и «обеспечивающих» подразделений, оценивать потенциальный рост затрат в случае увеличения количества оказываемых бюджетных услуг.

После расчета и распределения всех затрат по мероприятиям программы важно выделить факторы, влияющие на изменение стоимости реализации бюджетных программ, рассчитать стоимость единицы непосредственного результата реализации программы (экономическую эффективность реализации программы).

Бюджет достижения целевых значений показателей результативности должен быть определен не только на уровне мероприятий, но и на уровне цели и задач программы.

Внедрение методов расчета прямых и косвенных затрат в практику разработки бюджетных целевых программ является одной из наиболее сложных задач, и потому требует соблюдения нескольких обязательных требований:

- утверждение четких обязательных процедур и методик, регламентирующих процесс расчета и распределения затрат;
- наличие специалистов, которые станут ответственными за внедрение рассматриваемых элементов бюджетирования, хорошо знающих существующие административные правила и процедуры, организационную структуру, где будут внедряться методы;
- ясное и полное определение и понимание сотрудниками, участвующими в расчете и распределении затрат, содержания своих обязанностей и полномочий;
- реализация программ обучения ответственных специалистов и руководства;
- постепенная реализации изменений, запланированных в методах бюджетного планирования.

*Пример возможной системы показателей результативности деятельности Департамента здравоохранении, см. Приложение 3.*

*Финансирование комплексных программ профилактики и борьбы со СПИДом на примере Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы» и Программы Оренбургской области «Предупреждение распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 2007–2010 годы», см. Приложение 4.*

### **Контрольные вопросы и задания по теме**

---

- Что такое бюджетирование, ориентированное на результат?
- Опишите механизмы функционирования бюджетных целевых программ в системе управления по результатам.
- Опишите, как формулируются цели, задачи и показатели результативности бюджетной целевой программы.
- Перечислите типичные ошибки при формулировании целевых показателей.
- Чем отличается бюджет действующих обязательств (БДО) от бюджета принимаемых обязательств (БПО)? Поясните.
- Охарактеризуйте методику расчета затрат на реализацию бюджетной целевой программы.



## Глава 5.

### Комплексный и межведомственный подходы в разработке и реализации бюджетных целевых программ

В.М. Донин<sup>8</sup>, М.Н. Gladkov<sup>9</sup>, Ю.А. Афанасьева<sup>10</sup>

#### Краткое содержание

---

- *Руководящие принципы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа*
  - *Система взаимодействия ведомств, вовлеченных в процесс противодействия ВИЧ/СПИДу*
  - *Практический опыт создания координационных механизмов в области противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации*
  - *Механизмы реализации комплексного подхода на региональном уровне*
- 

Необходимость комплексного подхода к противодействию распространения ВИЧ-инфекции вызвана в первую очередь тем, что проблема вышла за рамки медицинской и является медико-социальной. Огромны и ее медико-экономические последствия. По оценкам ЮНЭЙДС, в 2020 г. расходы на борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИДа могут составить до 20% валового мирового продукта. Таким образом, противодействие эпидемии является вопросом стратегической, экономической и социальной безопасности всего общества и требует широкой мобилизации институциональных и финансовых ресурсов.

Требования комплексного подхода закреплены в *Методических рекомендациях о разработке региональных программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний (туберкулез, ИППП, гепатиты, наркомании)*.

В документе определены следующие требования к качеству разрабатываемых программ:

- полнота охвата всех аспектов данной проблемы;
- включение в число исполнителей широкого круга специалистов государственных и негосударственных учреждений;
- возможное сотрудничество с международными организациями и т.д.;
- возможность внедрения новых технологий и оптимизация использования ресурсов системы здравоохранения, материально-технической базы и кадрового потенциала.

При разработке региональных и федеральных программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции важно учитывать не только эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям в данном регионе в настоящее время, но данные прогноза на годы, предусмотренные для реализации программы. Эта проблема требует комплексного подхода к

---

<sup>8</sup> В.М. Донин, к.э.н., начальник Отдела развития экономики, здравоохранения, физической культуры и спорта Департамента экономики социального развития и приоритетных программ, Министерство экономического развития РФ,

<sup>9</sup> М.Н. Gladkov, эксперт, руководитель направления финансово-экономической оценки, Ассоциация частных и приватизируемых предприятий,

<sup>10</sup> Ю.А. Афанасьева, магистр социологии, эксперт, помощник руководителя направления финансово-экономической оценки, Ассоциация частных и приватизируемых предприятий.

решению, что возможно только при целенаправленных скоординированных действиях органов исполнительной власти региона, общественных организаций, средств массовой информации.

### *Руководящие принципы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа*

---

В апреле 2004 года в ходе международной консультации, организованной Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), представители правительств, донорских организаций, людей, живущих с ВИЧ, сформулировали и приняли в качестве руководства к действию «три ключевых принципа» эффективной координации противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, а именно:

1. единая национальная согласованная стратегия борьбы с ВИЧ/СПИДом, обеспечивающая основу для координации работы всех партнеров;
2. единый национальный координационный орган высокого уровня по борьбе с ВИЧ/СПИДом с участием представителей ключевых секторов, обладающий широкими полномочиями;
3. единая согласованная система мониторинга и оценки.

Цель первого принципа – разработка, широкое обсуждение и официальное утверждение единого всеобъемлющего национального стратегического плана по противодействию ВИЧ/СПИДу с определением приоритетов, целей, мероприятий и финансового обеспечения.

Цель второго принципа – создание в странах единого легитимного координационного органа по ВИЧ/СПИДу с широким представительством ключевых секторов общества, обладающего полномочиями и необходимыми техническими и финансовыми возможностями для координации, мобилизации ресурсов, финансового контроля, управления стратегической информацией, мониторинга и оценки.

Цель третьего принципа – создание единой системы мониторинга и оценки, интегрированной в национальную стратегию деятельности по борьбе с ВИЧ/СПИДом, с набором стандартизированных показателей.

### *Система взаимодействия ведомств, вовлеченных в процесс противодействия ВИЧ/СПИДу*

---

Необходимость выработки согласованной политики и координации мероприятий по борьбе с эпидемией определяется также большим количеством вовлеченных в этот процесс организаций. Среди организаций, работающих в сфере противодействия распространения ВИЧ/СПИДу, выделяют два типа участников: институциональные – это в первую очередь государственные органы (федеральные и региональные) и негосударственные организации, работающие в этой сфере, но не получающие соответствующего целевого финансирования из бюджета.

Медицинские вопросы борьбы со СПИДом находятся в компетенции Министерства здравоохранения и социального развития РФ и поднадзорных ему исполнительных органов. Также в этой сфере задействованы Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков, Министерство обороны, Министерство

юстиции, Министерство образования и науки, Министерство экономического развития, Министерство финансов.

Негосударственные участники представлены международными организациями, осуществляющими (финансирующими) проекты по противодействию эпидемии ВИЧ на территории России, такими как ВОЗ, ЮНЭЙДС, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и др., и российскими организациями федерального, регионального и местного уровней. На данный момент на территории России в сфере ВИЧ/СПИДа действует около 200 российских НКО.

Эффективное противодействие распространению ВИЧ/СПИДа на национальном и региональном уровнях предполагает интеграцию соответствующих стратегий и программ в деятельность всех ветвей власти, а также координацию их деятельности единым координирующим органом соответствующего уровня с межведомственными полномочиями с участием представителей других секторов (бизнес, общественные организации и представители сообщества людей живущих с ВИЧ, религиозные общины, академические круги).

Необходимость координации определяется следующими факторами:

- Сложный характер проблемы, решение которой требует комплексного межведомственного и межсекторного подходов.
- Необходимость объединения усилий разных партнеров для решения проблемы, а именно: государства, гражданского общества, людей, живущих с ВИЧ, международного сообщества, деловых кругов.
- Увеличение государственного финансирования, выделяемого на борьбу с ВИЧ/СПИДом из различных источников (приоритетный национальный проект «Здоровье», Федеральная целевая программа, региональные и местные бюджеты), при одновременном сокращении финансирования из международных источников).
- Децентрализация деятельности в области ВИЧ/СПИДа и передача значительной части полномочий с федерального уровня в регионы (см., например, Федеральный закон № 122-ФЗ от 22.08.2004).
- Необходимость формулировки стратегии как национального, так и регионального уровней, со стандартизированными подходами в обеспечении универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции, единой системой мониторинга и оценки реализуемых программ и проектов.

### *Практический опыт создания координационных механизмов в области противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации*

Первая правительственная комиссия по ВИЧ/СПИДу была создана в СССР в 1991 году под председательством заместителя председателя Совета Министров СССР, курировавшего вопросы науки и техники. В эту комиссию были включены руководители Министерства финансов, Министерства здравоохранения, Министерства образования и др., несмотря на то, что в то время в стране было зарегистрировано менее 500 человек с ВИЧ-инфекцией. Комиссия решала вопросы, касающиеся финансирования научно-исследовательских разработок, развития лабораторной базы и другие. Комиссия прекратила свое существование в связи с распадом СССР.

Начиная с 2003 года, в России было создано несколько органов, призванных выполнять консультационные и координирующие функции: Координационный совет по проблемам ВИЧ/СПИДа Минздравсоцразвития РФ; Страновой координационный механизм по участию в Глобальном фонде для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; Координационный совет по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и др.

Создание нескольких координационных механизмов свидетельствует, с одной стороны, о признании важности проблемы ВИЧ/СПИДа, с другой – об определенной ведомственной разобщенности и необходимости совершенствовать координацию действий на национальном уровне.

При всей важности координирующих механизмов и их деятельности ни один из координационных органов не обладал всеми качествами и уровнем полномочий, которые необходимы для формирования и реализации единой национальной политики в отношении ВИЧ/СПИДа. При отсутствии реальных полномочий принятия решений, существовавшие до последнего времени органы могли достичь «координации» в рамках систематического информационного обмена между заинтересованными участниками по конкретным специализированным направлениям деятельности, например по решению вопроса разработки ключевых нормативных документов, профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и др.

Политически важным событием стало обсуждение неотложных мер по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции в России на заседании президиума Государственного совета в апреле 2006 года, по итогам которого Президент РФ В.В. Путин утвердил поручение о создании комиссии при Правительстве РФ по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.

Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), под председательством Министра здравоохранения и социального развития РФ была создана в октябре 2006 года (Постановление Правительства РФ № 608 от 9.10.2006; обновленный состав Комиссии утвержден Распоряжением Правительства РФ от 27.01.2009 № 58-р).

Комиссия является координационным органом, образованным для обеспечения согласованных действий федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области предупреждения (профилактики) ВИЧ-инфекции и оказания медико-социальной помощи людям, живущим с ВИЧ. В состав Комиссии вошли представители различных секторов, и в том числе Государственной Думы РФ, министерств и ведомств, медицинских и научных организаций, гражданского общества.

Основные задачи Комиссии:

- обеспечение согласованных действий федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по реализации основных направлений государственной политики в области предупреждения (профилактики) ВИЧ-инфекции и оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам, в том числе эпидемиологического надзора за распространением ВИЧ-инфекции среди населения;

- организация межведомственных мероприятий, направленных на обеспечение доступности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам;
- подготовка предложений по вопросам совершенствования законодательства в области предупреждения (профилактики) ВИЧ-инфекции среди населения, обеспечения доступности медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, а также медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным лицам.

Принципиальным отличием комиссии от всех существующих координационных органов в области ВИЧ/СПИДа является то, что принимаемые в соответствии с ее компетенцией решения являются обязательными для всех представленных в комиссии федеральных органов исполнительной власти.

Несмотря на то, что в настоящее время функции и взаимодействие координирующих органов и рабочих групп по вопросам ВИЧ/СПИДа, которые были образованы до создания Правительственной комиссии, могут пересматриваться, продолжают работать и выполняют определенные функции в соответствии с положениями и приказами, регулирующими их деятельность, например, следующие органы:

***Координационный совет по проблемам ВИЧ/СПИДа Минздравсоцразвития РФ.*** Совет является консультативным органом и служит, главным образом, в качестве форума для обсуждения противодействия ВИЧ/СПИДу с учетом межведомственного подхода, координации деятельности и оптимизации сотрудничества государственных и общественных организаций, работающих в сфере профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом. В состав Совета входят представители целого ряда министерств, в большинстве случаев это руководители отделов, заместители руководителей (Министерство финансов) или ведущие специалисты отделов (Министерство образования) и представители гражданского общества. Члены совета имеют возможность встречаться на регулярной основе и делиться опытом. Решения совета носят рекомендательный характер.

***Страновой координационный механизм (СКМ) по борьбе с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом.*** В соответствии с требованиями Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией в России был создан Страновой координационный механизм (СКМ) по борьбе с ВИЧ/СПИДом и туберкулезом. Цель СКМ – подача согласованных заявок в Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. В состав СКМ входят представители Министерства здравоохранения и социального развития, Министерства юстиции, представители научных и общественных организаций, международных структур, ВОЗ, ЮНЭЙДС, сообщества людей, живущих с ВИЧ. СКМ отвечает за ряд вопросов, связанных с реализацией программ Глобального фонда в России, в соответствии с требованиями Глобального фонда.

***Рабочая группа высокого уровня (РГВУ) по борьбе с туберкулезом.*** Группа была создана по инициативе ВОЗ в августе 1999 года с целью обеспечения совместного формирования стратегии по контролю туберкулеза (ТБ) в России. В нее входят представители МЗСР, Министерства юстиции, Российской академии медицинских наук, Совета Европы и ВОЗ. К настоящему моменту этот координационный орган имеет секретариат, тематические

рабочие группы, устав и систематические протоколы собраний. В рамках РГВУ действует тематическая группа по «ТБ у ВИЧ-инфицированных пациентов» под председательством руководителя Центра лечения ТБ у ВИЧ-инфицированных пациентов МЗСР, которая, в частности, разработала рекомендации по организации контроля за ТБ/ВИЧ.

***Межфракционная депутатская рабочая группа Государственной Думы ФС РФ по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями.***

Руководство Государственной Думы поддержало инициативу ряда депутатов о продолжении в Государственной Думе пятого созыва работы по дальнейшему совершенствованию национальной стратегии РФ по борьбе с социально значимыми инфекционными заболеваниями и укреплению законодательной базы, необходимой для обеспечения эффективных мер в данной сфере. Для этих целей в 2009 году была сформирована Межфракционная депутатская рабочая группа по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями. Представители всех четырех фракций Государственной Думы получили приглашения принять участие в работе группы. Возглавила группу заместитель Председателя Государственной Думы Н.В. Герасимова.

Основные направления деятельности Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями:

- совершенствование законодательной базы, необходимой для реализации эффективных мер в сфере противодействия распространению социально значимых заболеваний, а также их финансового обеспечения;
- проведение тематических заседаний, парламентских слушаний, конференций и круглых столов;
- организация экспертных рабочих групп для проведения комплексного анализа и изучения эффективности применяемых мер профилактики ВИЧ-инфекции и охраны общественного здоровья;
- взаимодействие с Правительственной комиссией по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции);
- взаимодействие с другими координирующими органами;
- взаимодействие с общественными организациями и частным сектором в ходе разработки и реализации неотложных мер по противодействию распространению социально значимых заболеваний в РФ;
- развитие сотрудничества и обмен опытом с парламентскими объединениями зарубежных стран.

*Решения совместных заседаний Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека см. Приложение 12.*

Отметим также наиболее крупные объединения организаций гражданского общества, работающих в сфере противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации:



**Национальный Форум НКО, работающих в области ВИЧ/СПИДа.** На сегодняшний день в состав Форума входит 89 организаций из различных городов, областей, краев и республик 7 округов страны. Форум является добровольным объединением некоммерческих организаций и создан по инициативе группы НКО при поддержке Минздравсоцразвития РФ и ЮНЭЙДС в соответствии с решением всероссийской конференции, которая прошла 10–11 сентября 2003 г. Основной задачей Форума является противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции путем участия в формировании механизмов, обеспечивающих эффективную работу и самостоятельное развитие НКО, работающих в области ВИЧ/СПИДа, и смежных проблем в России.

**Всероссийское объединение ЛЖВ.** Объединение призвано представлять интересы людей, живущих с ВИЧ, на международном, национальном, региональном и местном уровнях. В рамках Объединения ВИЧ-положительные люди содействуют достижению универсального доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, повышению качества ухода и поддержки, снижению стигмы и дискриминации, защите прав ЛЖВ, более широкому вовлечению ЛЖВ в процесс принятия решений. Структура объединения была принята в феврале 2007 года – Межрегиональная общественная организация (МРОО) с отделениями во всех Федеральных округах России.

**Всероссийская сеть снижения вреда (ВССВ).** Сеть работает в области общественного здравоохранения и реализует стратегии снижения вреда, связанного с употреблением наркотиков. ВССВ объединяет представителей государственных учреждений здравоохранения и общественных организаций. Основные направления деятельности: сетевая и информационная работа, обучение и адвокация.

Для координации усилий организаций-доноров и международных агентств ООН в 1999 году был учрежден **Партнерский форум** (до марта 2007 года – Расширенная тематическая группа ООН по ВИЧ/СПИДу) – совещательный орган для обмена информацией и выработки согласованных действий с целью поддержки всестороннего противодействия ВИЧ/СПИДу. В работе Форума принимают участие представители государственных структур (Роспотребнадзор, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом и др.), российских и международных НКО. Встречи членов партнерского форума открыты для всех заинтересованных организаций.

### **Механизмы реализации комплексного подхода на региональном уровне**

На региональном уровне координация осуществляется в рамках *региональных программ по борьбе с ВИЧ-инфекцией и сопутствующими заболеваниями*, отражающих основные положения соответствующей федеральной целевой программы и способствующих реализации государственной политики по борьбе с ВИЧ-инфекцией и сопутствующими заболеваниями в конкретном субъекте Российской Федерации. Основные мероприятия региональных программ направлены на стабилизацию эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции в субъекте Российской Федерации, внедрение в медицинскую практику эффективных методов диагностики, профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний, что, в итоге, должно приводить к снижению показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией, уровня смертности, инвалидизации, повышению качества и продолжительности жизни больных.



Региональная программа по ВИЧ может быть разработана как самостоятельный документ с отдельным финансовым обеспечением мероприятий либо входить в состав региональной целевой программы по предупреждению и борьбе с социально значимыми заболеваниями.

Для обеспечения координации выполнения программ в каждом субъекте Российской Федерации Министерство здравоохранения и социального развития рекомендует создать *единый координирующий орган* – региональный аналог Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции). В состав таких комиссий должны входить представители администрации, медицинские специалисты субъекта по отдельным направлениям (инфекционные болезни, фтизиатрия, дерматовенерология, педиатрия, акушерство и гинекология, наркология и др.), представители территориальных управлений Роспотребнадзора и т.д.

На заседания Комиссии помимо медицинских специалистов рекомендуется приглашать представителей территориальных органов ФСИН, ФСКН, медико-санитарных частей МВД, ГУВД, УВД, органов управления образованием субъекта РФ, службы социальной помощи, средств массовой информации, а также представителей территориального совета профсоюзов и негосударственных организаций, осуществляющих помощь ЛЖВ.

*Об организации межведомственного и межсекторного взаимодействия на региональном уровне см. Приложение 5.*

### **Контрольные вопросы и задания по теме**

---

- Чем обусловлена необходимость комплексного программного подхода в противодействии эпидемии?
- Опишите роли законодательной и исполнительной власти в системе межведомственного взаимодействия.
- Опишите практические механизмы реализации комплексного подхода на региональном уровне.

## Глава 6.

### Межсекторное взаимодействие в разработке и реализации программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа

*Н.Л. Хананашвили<sup>11</sup>, Д.О. Камалдинов<sup>12</sup>*

#### Краткое содержание

---

- Система межсекторного взаимодействия
  - Выработка и продвижение социально значимых инициатив
  - Государственный социальный заказ
  - Осуществление гражданского контроля
  - Осуществление коммуникации между властными органами и обществом
  - Отстаивание общественно значимых интересов и прав граждан
- 

#### Система межсекторного взаимодействия

---

В настоящее время представляется вполне очевидной истина, что любая, а в особенности острая и злободневная проблема общества не может решаться только одной частью этого общества. Наиболее эффективным становится то решение, которое опирается на поддержку всех граждан, кого в принципе может затронуть такая проблема. Поскольку неправительственные (негосударственные, немунципальные) некоммерческие организации создаются, как правило, именно для решения тех или иных социальных проблем и объединяют неравнодушных к таким проблемам людей, для системы государственного управления представляется разумным опираться, прежде всего, именно на этот организационный ресурс. Однако и социально ответственный бизнес, по той или иной причине заинтересованный в решении социальных проблем, может стать важным и весьма полезным ресурсом. В связи с этим высокую степень актуальности приобретают способы, технологии партнерского взаимодействия между неправительственными некоммерческими организациями, органами власти и бизнесом.

Взаимодействие неправительственных некоммерческих организаций (НКО) с другими субъектами публичной активности (органы власти и частный сектор) осуществляется по пяти основным направлениям:

- выработка и продвижение социально значимых инициатив;
- оказание социальных услуг (социальное служение);
- осуществление гражданского контроля;
- осуществление коммуникации между властными органами и обществом;
- отстаивание общественно значимых интересов и прав граждан и иных категорий нуждающихся в такой защите (например, природа и животный мир).

Каждое из названных направлений имеет более или менее определенные, устоявшиеся формы и методы реализации. Очевидно также, что в любом из этих направлений возможна как активность НКО в профильной сфере (в частности,

<sup>11</sup> Н.Л. Хананашвили, вице-президент, Национальная ассоциация благотворительных организаций.

<sup>12</sup> Д.О. Камалдинов, к.м.н., председатель правления МОО Независимая консалтинговая группа «Развитие общественного здравоохранения».

противодействия распространению ВИЧ/СПИД и помощи ЛЖВ), так и создание системного взаимодействия с органами власти и местного самоуправления, бизнесом. Рассмотрим кратко эти направления.

### *Выработка и продвижение социально значимых инициатив*

---

Изначально социально ориентированная деятельность НКО начинается там, где неравнодушные граждане, видя существующие острые или застарелые проблемы, начинают заниматься решением этих проблем.

Наиболее эффективным и общепризнанным в мировой практике инструментом для создания и продвижения эффективных решений в сфере социальной политики считается **механизм гранта**. В поиске решения существующих, но пока не признанных государством приоритетными, социальных проблем органы государственной власти (ОГВ) и местного самоуправления (МСУ) вправе финансировать различные инновационные разработки, в том числе предложенные НКО, направленные на решение указанных проблем. Такое финансирование способствует наиболее экономичному поиску решений проблем, возникающих в процессе жизнедеятельности общества, поскольку изначально не предполагает масштабных расходов на всей территории страны. Пилотные проекты точечного или крайне ограниченного масштаба позволяют выработать алгоритм решения проблемы в целом без значительных ресурсных затрат. В настоящее время (с января 2008 года) данный механизм, к сожалению, стал менее применимым в силу изъятия понятия гранта из Бюджетного кодекса. Теперь властные органы могут осуществлять поддержку социальных инициатив граждан и их объединений в форме субсидий, выделяемых на конкурсной основе, либо путем передачи функций заказчика какой-либо уполномоченной НКО – так, как это сегодня происходит с грантами Общественной палаты РФ.

Необходимо также отметить и то, что грант способствует развитию профессионально работающих НКО, способных эффективно и в соответствии с требованиями налогового, бюджетного и договорного права выполнять социальные проекты и программы.

Таким образом, в настоящее время имеются, по меньшей мере, три способа поддержки гражданских инициатив:

- через инструмент целевых субсидий (на основе нынешней редакции Бюджетного кодекса);
- через механизмы гранта, выдаваемого уполномоченными властью негосударственными организациями. Сейчас подобный подход применяется при выдаче грантов Общественной палаты РФ, через поручение уполномоченным негосударственным организациям – операторам. Профильные, по теме противодействия распространению ВИЧ/СПИД и помощи ЛЖВ, гранты вполне доступны по некоторым тематическим направлениям: защита прав и свобод человека и правовое просвещение граждан; пропаганда здорового образа жизни, охрана здоровья населения и окружающей среды; поддержка и социальное обслуживание малоимущих и социально незащищенных категорий граждан; поддержка молодежных инициатив, проектов молодежных движений и организаций;

- за счет средств частных благотворителей и организаций и иных внешних структур (гранты международных и зарубежных организаций).

Для поддержки и развития социальных инноваций, способствующих территориальному развитию, кроме грантовых программ используются фонды местного сообщества, фонды целевого капитала и ярмарки социальных и культурных проектов.

Содержательной сущностью технологии **фондов местного сообщества** (ФМС) является формирование суммы средств, которую условно можно назвать «капиталом», на проценты от которого осуществляется:

- выдача грантов различного рода, направленных на выполнение социально значимых уставных целей и задач; такие гранты могут быть самыми разнообразными:
  - целевые (направляемые на оказание содействия какому-либо событию или мероприятию);
  - тематические (предназначенные для поддержки инициатив в какой-либо области социально значимой деятельности, например развитие детского творчества или трудоустройства инвалидов);
  - именные (выделяемые каким-либо предпринимателем или компанией) и многие другие способы поддержки общественной активности;
- управление данным капиталом и иными привлеченными средствами (в том числе оплата административных расходов на обеспечение деятельности фонда; данная сумма, как правило, не превышает 20% от поступающих на счета фонда средств);
- накопление указанной постоянной суммы средств.

Субъектами взаимодействия в рамках фондов местного сообщества являются учредители участники рассматриваемого фонда. А учредителями фонда местного сообщества должны стать:

- органы местного самоуправления;
- группа коммерческих организаций (в которую могут войти и лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица), объединенных в формализованную или неформализованную коалицию;
- группа некоммерческих организаций, объединенных в формализованную или неформализованную коалицию.

Формализованными коалициями могут стать специально созданные ассоциации соответственно коммерческих и некоммерческих организаций, ставящих своей целью учреждение фонда местного сообщества и участие в нем. Такими коалициями могут служить уже действующие ассоциации соответственно коммерческих и некоммерческих организаций, созданные для преследования каких-либо иных целей, но взявшие на себя функции представительства соответствующих организаций в фонде местного сообщества. В качестве формализованных коалиций могут выступать и иные организации, представляющие интересы коммерческих либо некоммерческих организаций. Например, для предпринимателей такой организацией может послужить торгово-промышленная палата.

Неформализованной коалицией вполне может стать периодически созываемая конференция (съезд, форум) представителей соответственно коммерческих либо

некоммерческих организаций. В промежутках между конференциями (съездами, форумами) организации могут наладить обмен новостями, данными, мнениями. В любом случае для эффективного участия в фонде местного сообщества необходимо устойчивое внутрисекторное общение.

Упомянутые коалиции упорядочивают взаимоотношения между организациями определенного сектора, упрощают процесс согласования интересов различных организаций внутри «своего» сектора, создают условия для нормальной ротации представителей одного и того же сектора в органах фонда местного сообщества.

Если для НКО и МСУ такие преимущества участия в ФМС относительно очевидны (НКО получают финансовую поддержку своей деятельности, а органы МСУ – возможность внебюджетного решения социально значимых проблем сообщества), то для бизнеса плюсы не столь очевидны, хотя и могут быть весьма заметными. Остановимся кратко на этих возможных «выгодах».

Основным существенным преимуществом ФМС перед другими формами социально значимой деятельности, в которой может принять участие бизнес, является технологичность. Сама по себе социальная технология – фонд местного сообщества устроена так, что позволяет бизнесмену:

- не заботиться о том, насколько разумно отданы средства, поскольку управление этими средствами осуществляется профессиональными сотрудниками по вполне прозрачным правилам, что не приведет к ненужным для имиджа бизнеса финансовым, налоговым или иным конфликтам;
- быть уверенным в том, что выдача ФМС грантов на публичной конкурсной основе сделает расходование этих средств целенаправленным социальным инвестированием;
- не сомневаться, что его активность будет замечена обществом, в силу того, что данная задача стоит непосредственно перед ФМС, как структурой, заинтересованной в позитивном имидже коммерсантов, принявших участие в фонде.

Разницу между неорганизованной, хаотичной благотворительностью и сотрудничеством в ФМС легко увидеть в сравнении, приведенном в следующем примере. Почти каждый бизнесмен (а особенно, крупный) в своей ежедневной практике сталкивается с огромным количеством посетителей-просителей. Просьбы самые разные: нужна инвалидная коляска, лекарства или требуется оплатить операцию тяжелобольному. Однако если представить, что на все обращения бизнесмен (или возглавляемая им структура) будут реагировать, можно не сомневаться: бизнес будет разорен, поскольку ни на что другое не останется, ни времени ни средств. В случае же с ФМС практически все функции «внешнего общения» с нуждающимися категориями граждан или организациями берет на себя фонд.

Возможны и иные способы аккумуляирования и целевого расходования средств – для социального развития. Например, **фонды целевого капитала** могут создаваться как для деятельности на определенной территории, так и экстерриториально, для решения какой-либо конкретной социальной проблемы или проблемы определенной социальной группы.

Предложение общественных инициатив возможно путем разнообразных публичных мероприятий. Удобным способом для демонстрации социальных достижений и инновационных разработок являются **ярмарки социальных и культурных проектов**, проводимые в различных российских регионах с середины 1990-х годов.

### *Государственный социальный заказ*

---

Наиболее эффективной формой привлечения НКО к реализации социальных услуг является государственный (или муниципальный) социальный заказ. Несмотря на достаточно долгую историю существования в России данного механизма оказания социально значимых услуг на публично-конкурсной и программно-целевой основе, такая норма на уровне Федерации до сих пор отсутствует.

Практика применения действующего в настоящее время ФЗ-94 «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» показывает, что данный закон, к сожалению, оказывается малоэффективным.

Перспективы реализации ФЗ-94 для целей противодействия распространению ВИЧ/СПИД, а также помощи ЛЖВ трудно охарактеризовать однозначно. Казалось бы, применение данного закона допустимо и возможно. Однако, как показывает практика, система критериев и индикаторов эффективности деятельности до настоящего времени разработана весьма слабо, а многочисленные дефекты закона позволяют подчас осуществлять выбор исполнителя с помощью исключительно формальных показателей, таких как цена услуги, что, очевидно не обеспечивает их эффективности. Кроме того, указанный закон не предусматривает, при определении победителя возможности опоры на предыдущий опыт работы организаций-претендентов. В таком случае вовсе не исключены ситуации, когда подряд на услугу получает совершенно случайное юридическое лицо.

Поэтому актуальным для регионального законодательства становится выработка собственных правовых норм, основанных на возможности формирования и размещения социального заказа, лишь отчасти опирающихся на положения ФЗ-94.

Необходимо также отличать механизмы гранта и социального заказа. Если постараться предельно кратко охарактеризовать различие между грантом и социальным заказом, как механизмами реализации гражданской активности, то можно сказать, что грант направлен на поиск и содействие выявлению эффективных технологичных решений для актуальных социальных проблем, а социальный заказ – на поиск эффективного исполнителя для уже найденных (в том числе, возможно – с помощью гранта) эффективных решений.

### *Осуществление гражданского контроля*

---

Одним из основных движущих мотивов партнерства власти и общества является доверие, которое граждане и их объединения могут проявлять (или не проявлять) к властным структурам. Доверие к власти достижимо за счет:

- максимально возможной прозрачности деятельности ее институтов;

- высокой процедурно регламентированной открытости указанных институтов для обеспечения гражданского контроля и участия в их работе граждан и их объединений;
- вовлечения граждан в такое практическое участие.

Правовым образом регламентированные прозрачность и открытость власти позволяют применить соответствующие процедурные, экономико-правовые и организационные формы взаимодействия властных структур и институтов гражданского общества.

Одной из основополагающих форм процедурного взаимодействия НКО с органами государственной власти и местным самоуправлением является гражданский контроль (ГК).

Целями гражданского контроля являются:

- содействие повышению эффективности деятельности ОГВ и МСУ, их организаций и учреждений;
- обеспечение соблюдения общепризнанных норм международного права и законодательства РФ должностными лицами органов и организаций в процессе выработки и реализации ими государственной и муниципальной политики. А также соблюдение этих норм иными организациями и их должностными лицами и гражданами при осуществлении своей деятельности.

Основными задачами НКО при осуществлении гражданского контроля в РФ являются:

- содействие обеспечению прозрачности и открытости деятельности ОГВ и МСУ при выработке и реализации государственной политики;
- содействие обеспечению и отстаиванию прав и законных интересов граждан в продвижении общественных интересов при формировании и реализации государственной политики в РФ;
- создание и развитие процедур, механизмов и форм широкого публичного обсуждения всего спектра общественно значимых проблем и перспектив развития России;
- содействие формированию кадрового резерва государственного и муниципального управления;
- содействие выявлению негативных тенденций, расследованию фактов нарушения прав человека, установленных признанными нормами международного права и законодательства РФ, и ликвидации нарушений указанных норм.

Гражданский контроль реализуется в нескольких основных формах: мониторинга, исследования, расследования, гражданской экспертизы, в иных формах.

**Мониторинг деятельности** ОГВ и МСУ предусматривает непрерывное, процедурно и правовым образом регламентированное наблюдение за соответствующей деятельностью со стороны представителей профильных и заинтересованных институтов гражданского общества (ИГО).

**Гражданское исследование** – изучение силами ИГО, их представителями и привлекаемыми специалистами деятельности ОГВ и МСУ, законодательства РФ, состояния гражданского общества с целью выработки замечаний и конструктивных предложений по их усовершенствованию.



**Гражданское расследование** – изучение силами ИГО, их представителями и привлекаемыми специалистами причин и обстоятельств событий, повлекших существенное нарушение общепризнанных норм международного права или законодательства РФ, нарушение прав граждан, иные негативные общественно значимые последствия.

Под **гражданской экспертизой** понимается публичное осуществление ИГО и их представителями научно обоснованного анализа и оценки правоприменительной практики, разрабатываемых законопроектов, программных и проектных разработок, направленных на формирование и реализацию государственной политики в РФ, результатов и последующих эффектов их выполнения – на предмет их соответствия базовым гуманитарным ценностям, признанным нормам международного права и законодательству РФ.

Ключевыми организационными формами для осуществления гражданского контроля являются:

- система уполномоченных по правам человека (включая институт уполномоченного по правам ребенка);
- система общественных палат (советов).

В настоящее время и тот и другой институты, хотя и распространены, однако не имеют прочной нормативно-правовой основы, позволяющей полноценно осуществлять задачи, возлагаемые на эти институты. В данном случае НКО важно направлять свою активность на продвижение (внедрение и распространение) процедур, способствующих полноценной работе уполномоченных и общественных советов, в том числе профильных, по проблемам противодействия распространения ВИЧ/СПИД, помощи ЛЖВ, или более широких по функциональному предназначению, включающих данную тему в перечень вопросов своего внимания.

### **Осуществление коммуникации между органами власти и обществом**

---

Процедуры и формы коммуникации между ОГВ (и МСУ) и обществом разнообразны. В этом смысле важно понимать, что НКО ни в коей мере не вправе претендовать на монополизацию прав на такую коммуникацию и являются лишь дополнительным инструментом.

Помимо традиционных мероприятий текущего характера (круглые столы, конференции, форумы) удобными формами коммуникации являются также общественные слушания, ярмарки социальных проектов, иные переговорные площадки, позволяющие с той или иной степенью регулярности осуществлять обсуждение актуальных социальных проблем и вопросов развития институтов гражданского общества.

В качестве центрального элемента насыщенной системы коммуникации должны выступать средства массовой информации. При этом принципиально важным является формирование социально ориентированного (неагрессивного, конструктивного) информационного пространства.

### **Отстаивание общественно значимых интересов и прав граждан**

---

Общественно полезная деятельность, осуществляемая институтами гражданского общества в современной России, проходит один из начальных этапов

своего становления. С каждым годом растет количество НКО, занимающихся решением вопросов оказания социальной помощи нуждающимся, защиты прав граждан, разработки и продвижения собственных, общественно значимых инициатив. Естественно, растет и степень их активности, повышается уровень профессионализма общественных институтов в решении социальных проблем и в достижении общественно полезных целей. Вместе с тем во многих случаях данным организациям не хватает знаний и навыков. В том числе в сфере адвокации (защиты и продвижения общественных интересов).

**Адвокация** – процесс мобилизации участия граждан с целью осуществления изменений в политике, программах или способах действия государственной власти или любого другого сектора общества.

Действия по адвокации интересов граждан могут быть следующими:

- выступления, привлекающие внимание к важной проблеме и предлагающие решение;
- разъяснение сути проблемы широкой публике и лицам, ответственным за принятие решений;
- процесс привлечения граждан к защите общественных интересов, побуждение людей к действию, развитие в гражданах осознания имеющегося у них права выбора;
- оказание общественного влияния на процесс принятия решений на всех уровнях с целью достижения желаемого результата;
- содействие повышению прозрачности и открытости процессам выработки, принятия и реализации решений путем разъяснения того, каким образом и какие решения принимаются;
- обеспечение отчетности лиц, ответственных за принятие решений, перед людьми, на которых повлияют такие решения.

Адвокация является ценным навыком для всех, кто желает так или иначе повлиять на политику, и дает ряд существенных преимуществ.

*Адвокация совершенствует процесс принятия решений.* Основным преимуществом общественной адвокации является то, что она выносит вопрос на обсуждение заинтересованных сторон. В результате окончательные решения имеют определенную поддержку общественности. Обеспечивая участие всех заинтересованных сторон в процессе принятия решения, гражданские общественные организации формируют демократический институт власти, учитывающий общественные требования, и обеспечивают принятие решений, более благоприятных для общества в целом.

*Адвокация предоставляет людям право выбора, а сообществам — полномочия.* Люди, обладающие властью, в любом обществе могут сами выражать свои интересы и имеют возможность заявлять о своих позициях. Также в каждом обществе есть те, кто не обладают такой властью и чье мнение редко принимается во внимание. Адвокация предоставляет возможность быть услышанным. Кампании по адвокации призывают к активной позиции и предоставляют гражданам возможность понять, какой силой они обладают, благодаря объединению и слаженным действиям.

*Адвокация усиливает ответственность руководителей.* Общество лучше выполняет свои функции, когда лица, принимающие решения, передают волю

людей, которых они представляют, и несут ответственность за свои действия. Обеспечивая участие граждан, адвокатура создает заинтересованные группы, которые достаточно велики или обладают необходимым весом для того, чтобы привлечь к ответственности лиц, принимающих решения, в связи с выполнением или невыполнением обещаний, которые они давали.

*Адвокатура служит интересам общественности.* Адвокатура поднимает вопросы беспристрастности и справедливости. Если с какой-то социальной группой обошлись несправедливо, правозащитники и организации, занимающиеся адвокатией, могут высказаться в ее защиту или помочь участникам такой группы самим встать на защиту своих интересов. Если принятая политика и законодательство порождают проблему, адвокатура помогает определить эту проблему и найти ее решение.

*Планирование адвокативной кампании см. Приложение 6.*

### **Контрольные вопросы и задания по теме**

---

- Опишите основы системы взаимодействия неправительственных некоммерческих организаций с другими субъектами публичной активности.
- Какие задачи ставятся и могут решаться при использовании гранта как инструмента социальной политики?
- Как осуществляются функции гражданского контроля?
- Каким образом возможно отстаивание общественно значимых интересов и прав граждан и иных категорий, нуждающихся в такой защите?

## **Глава 7.**

# **Использование потенциала некоммерческого и частного секторов в реализации программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа**

**Л.Н. Коновалова<sup>13</sup>**

### **Краткое содержание**

---

- **Роль некоммерческих организаций в реализации программ по противодействию ВИЧ/СПИДу**
  - **Роль государства в организации взаимодействия с гражданским обществом**
  - **Потенциал частного сектора в реализации программ по противодействию ВИЧ/СПИДу**
  - **Социально ответственный бизнес**
  - **Влияние международных инициатив на социальную ответственность бизнеса**
  - **Преимущества социально ответственных компаний**
  - **Социальные программы бизнес-компаний**
  - **Сферы социальной деятельности бизнес-компаний**
  - **Инструменты и механизмы реализации социальных программ компаний**
- 

Руководство многих стран мира, накопивших большой опыт осуществления программ борьбы с ВИЧ/СПИДом, пришло к пониманию того, что сотрудничество с общественными организациями, объединение знаний и опыта различных секторов общества, готовность учиться на лучших примерах – ключевой фактор успеха в противодействии эпидемии. Только объединение усилий государства, НКО, частного сектора позволит добиться реальных результатов. Опыт показывает, что это сотрудничество будет эффективным лишь в том случае, если оно основано на консенсусе и взаимном доверии. В тех государствах, где организован процесс консультаций и созданы механизмы постоянного диалога с общественными объединениями, ответные меры более эффективны.

### **Роль некоммерческих организаций в реализации программ по противодействию ВИЧ/СПИДу**

---

Неправительственные, некоммерческие, общественные организации вот уже более двух десятилетий находятся в первых рядах борьбы с ВИЧ-инфекцией. НКО доказали свою эффективность, добиваясь обеспечения доступного лечения, медико-социального ухода, поддержки для уязвимых групп – то есть для тех, кто часто отторгается обществом и неохотно идет на контакт с государственными структурами. Участие общественности в борьбе с ВИЧ/СПИДом дает государству уникальные преимущества. Неправительственные организации не только знают о нуждах людей и сообществ, которым служат, но и способны быстро и эффективно реагировать на них. Общественные организации, как правило, обладают высокой мотивацией и преданы своему делу. В силу своей приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом они готовы идти на риск ради достижения результатов.

---

<sup>13</sup> Л.Н. Коновалова, к.э.н., профессор, зав. кафедрой ЮНЕСКО, Российский государственный социальный университет.

С помощью НКО государство может разрабатывать и внедрять инновационные и альтернативные стратегии, отрабатывать новые технологии, на основе которых впоследствии нередко формируется общепризнанная практика.

Перечислим некоторые из преимуществ, которые дает государству сотрудничество с НКО:

**Возможность выхода на уязвимые группы.** Поскольку в идеале НКО находятся в непосредственном контакте с уязвимыми группами, маргинальными сообществами, они чутко воспринимают их нужды, знают их язык и субкультуру. Это позволяет общественным организациям преодолеть стигму и дискриминацию и завоевать доверие уязвимых групп.

**Обеспечение участия ЛЖВ.** НКО вовлекают в свою работу ЛЖВ, что дает государственным руководителям уникальную возможность взглянуть на проблему «изнутри», повысить эффективность оказываемых государственными учреждениями услуг. ЛЖВ и уязвимые группы лучше других знают, каковы приоритетные потребности людей, затронутых эпидемией, и как удовлетворить эти потребности.

**Усиление действенности принимаемых Правительством мер.** Взаимодействие с НКО обеспечивает эффективное использование ресурсов, поскольку общественные организации реагируют на реальные запросы общества и могут быстро включить в сферу своей деятельности тех, кто оказался за пределами внимания государственных служб. Кроме того, НКО, как правило, используют эффективные и малозатратные методы работы с труднодоступными группами.

**Участие гражданского общества.** Обмен опытом, участие НКО в координационных советах, комитетах, в разработке и реализации программ и политики позволяет государству более эффективно реагировать на реально существующие потребности. В разных странах Европы и мира механизмы действия, структуры и достижения НКО различны, однако почти во всех странах государство систематически взаимодействует с общественными организациями и ценит их уникальный вклад в борьбу со СПИДом.

*Примеры участия гражданского общества в программах по ВИЧ/СПИД см. Приложение 7.*

### **Роль государства в организации взаимодействия с гражданским обществом**

---

Для активного участия гражданского общества в борьбе с эпидемией необходима моральная и материальная поддержка со стороны государства. Из опыта известно: когда гражданское общество и государство видят друг в друге противников, а не партнеров, значительных результатов добиться не удастся. Для развития сотрудничества необходимы следующие компоненты:

**Стратегическая установка на сотрудничество.** Государство и региональные лидеры должны на самом высоком уровне признать ценность вклада НКО в борьбу с эпидемией и обеспечить благоприятную среду для выполнения общественными структурами своей уникальной роли.

**Партнерство.** Для того чтобы признать в НКО партнеров, необходима дальновидность и смелость со стороны руководителей госструктур, особенно если НКО решительно критикуют политику государства. Если представители власти считают, что НКО лишь мешают выполнению задач государства и отвлекают на себя ресурсы, общественные организации не смогут охватить своей деятельностью уязвимые группы, что сделает малоэффективными все государственные программы по борьбе с эпидемией.

**Преодоление стигмы.** На государстве лежит ответственность за принятие соответствующих законодательных и нормативных актов, направленных на преодоление стигмы и дискриминации. Государство также должно обеспечить соблюдение этих норм. Иногда для этого требуется, чтобы сами госструктуры отказались от предвзятого отношения к НКО, представляющим интересы конкретных уязвимых групп, в том числе к объединениям ЛЖВ, МСМ, ПИН, секс-работников, молодежи, женщин и др.

**Государственное финансирование.** Иногда на начальных этапах партнерства с гражданским обществом государство сомневается в том, можно ли доверять НКО управлению государственными средствами. Необходимо создать четкие механизмы развития НКО и государственного финансирования, которые отражают государственные приоритеты, а также обеспечивают справедливую и ответственную оценку потенциала НКО и своевременное предоставление ресурсов.

**Мониторинг и оценка.** Чтобы партнерство было реальным, государственные структуры должны доверять неправительственным организациям. Как свидетельствует опыт, сформировать такое доверие помогают мониторинг и оценка деятельности НКО. Когда государство и другие структуры видят, что средства расходуются эффективно и НКО добиваются ощутимых результатов, отношения сотрудничества укрепляются и часто обретают институциональную основу.

*Примеры из международного опыта формирования политики в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу см. Приложение 8.*

### **Потенциал частного сектора в реализации программ по противодействию ВИЧ/СПИДу**

---

Ассоциацией менеджеров России был проведен опрос руководителей предприятий с целью оценки роли отечественного бизнеса в решении общественно значимых проблем, возникающих в процессе социального обслуживания населения. Базовый вопрос этого исследования сводился к выяснению позиции российских менеджеров о том, какая модель взаимодействия бизнеса и государства в социальной сфере является наиболее эффективной с точки зрения соответствия цели устойчивого социального развития страны.

По результатам опроса, большинство респондентов (около 53%) занимают позицию сотрудничества с государством при определении приоритетов социальной политики и выявлении областей, где бизнес готов нести «социальную нагрузку» с учетом своих интересов. Эту позицию можно охарактеризовать как «позицию сотрудничества и диалога».

Почти вдвое меньшее число опрошенных (29,5%) выбрало вариант, при котором государственная социальная политика и социальные инициативы компаний существуют отдельно и независимо друг от друга. И еще меньше респондентов (17,6%) полагают, что государство должно лишь определять приоритеты социальной политики, а бизнес брать на себя основную часть функций в вопросах разработки и реализации социальных программ.

Такой результат является естественным и достаточно точно отражающим практический баланс сегодняшних возможностей и интересов государства и частного сектора. Руководители предприятий считают нежелательной ситуацию, при которой основные задачи по социальному обеспечению населения перекладываются на плечи бизнеса, осознавая, что бизнес не предназначен для их осуществления, а государство обладает необходимыми ресурсами для выполнения такой деятельности, включая и те средства, которые поступают в казну в качестве налогов от деятельности корпораций. Респонденты понимают также, что нерационально оставлять социальные программы государства и бизнеса полностью разобщенными. Существенно, что, несмотря на распространенное мнение об узости «частнособственнических» интересов предпринимателей, отечественные бизнесмены готовы взять на себя реализацию части важных социальных функций.

Ответы на вопрос о том, какие основные направления социальной политики уже реализуются их компаниями на практике позволили выявить широкий спектр фактического участия бизнеса в социальной жизни страны. Это – охрана здоровья и создание безопасных условий труда (88%), развитие местного сообщества через благотворительность и спонсорство (85%), развитие персонала (65%), следование нормам добросовестной деловой практики (59%), социально-ответственная реструктуризация (29%), природоохранная деятельность (24%).

Однако потенциал участия частного сектора в решении социальных задач используется в России далеко не полностью. Пока можно скорее говорить не о готовности, а о понимании бизнесом тех дополнительных преимуществ, которые можно «приобрести», заботясь о социальных проблемах своих сотрудников, их семей, клиентов, общества в целом.

Иными словами результатами исследования подтверждается тезис о готовности бизнеса активнее участвовать в решении социальных проблем. Наиболее отработанным механизмом при этом и на внутрикорпоративном и на внешнем уровне является модель социального партнерства в социально-трудовой сфере. В последние годы для упорядочения участия бизнеса в разработке и реализации социальной политики на местном уровне стали создаваться и применяться новые механизмы. Примерами могут служить региональные социальные программы.

Чтобы максимально использовать потенциал частного сектора, необходимо создание ряда благоприятствующих внешних условий, включая, развитие специализированных некоммерческих неправительственных организаций и ясную и недвусмысленную политику государства по проблемам взаимодействия в социальной сфере.

Нормативно-правовое поле федерального уровня содержит достаточно большое количество рамочных условий для развития механизмов взаимодействия



коммерческих организаций с государством. Это и отдельные Федеральные законы (например, «О государственной поддержке малого предпринимательства в РФ» от 14 июня 1995 года №88-ФЗ (с изменениями от 31 июля 1998 г.), «О финансово-промышленных группах» от 6.12.1995г., «Об акционерных обществах» от 26.12.1995г., «Об объединениях работодателей» от 27.11.2002г., №156-ФЗ), специальные федеральные программы и распоряжения Правительства. Указанные законы и нормативные правовые акты создают основу для взаимодействия государства и бизнеса, но их крайне не достаточно для формирования эффективной политики в области поддержки и поощрения социально ответственного бизнеса.

## **Социально ответственный бизнес**

---

Сегодня можно говорить о том, что в России существует **социально ответственный бизнес** (СОБ) и строится он часто с учетом тех преимуществ, которые в нем заложены. Но это, в первую очередь, относится к крупным компаниям и корпорациям и, в меньшей степени, к среднему и малому бизнесу. Особенно слабо мотивирован к СОБ малый бизнес, в значительной степени, из-за отсутствия собственных свободных финансовых ресурсов.

В ходе исследований, проведенных Ассоциацией менеджеров России, и других исследовательских работ были определены причины сдерживания в развитии СОБ. Две из них, пожалуй, основные по оценке крупного бизнеса, находятся в поле взаимодействия «государство-бизнес»:

- государство проводит неэффективную политику в области поддержки и поощрения социально ответственных компаний;
- отсутствует или не развита законодательная база, создающая благоприятные условия для социально ответственного бизнеса.

Исследования, проведенные для уточнения факторов, определяющих наличие этих двух причин, дали следующие результаты: на первом месте «отсутствие налоговых льгот» и на втором месте «преференции по государственным заказам и экспертной поддержке». Стимулами для СОБ респонденты также назвали «публичное признание высокой репутации социально ответственных компаний со стороны государства» и «доступ к льготному финансированию со стороны государства» (по последней позиции количество голосов почти в 4 раза ниже, чем по «налоговым льготам»).

К проблемам СОБ сегодня можно отнести и недостаток квалифицированных кадров менеджеров по управлению социальными программами компаний. При опросе респондентов выявлено, что этой работой, в основном, занимаются кадровые службы – 56%, в ряде компаний функции возложены на PR-службы. Только около 30% имеют специализированные подразделения по социальному развитию. Это, безусловно, снижает эффективность мероприятий социальной направленности, особенно при реализации внешних программ компании. Поэтому актуальным становится внедрение системы управления социальными программами, разработка соответствующей методологии и применение эффективных механизмов именно из отечественной практики.

В ходе многих дискуссий, семинаров и конференций отмечалось, что средства массовой информации (особенно центральные) играют скорее негативную роль

в становлении СОБ в России, донося до читателей и зрителей, в первую очередь, скандальную хронику в области благотворительности в социальной сфере с участием бизнеса. Положительная же информация о социальных проектах бизнеса рассматривается СМИ как реклама. Очевидно, здесь также необходимы усилия по изменению сложившейся тенденции как со стороны бизнес-сообществ, так и государства с активным участием средств массовой информации.

Особо отметим, что в настоящее время только происходит формирование рынка социальных услуг в стране.

Со стороны коммерческих структур придется приложить определенные усилия по разработке, финансированию и реализации внутрикорпоративных социальных программ по отдельным разделам социальной сферы, чтобы оказать определенные социальные услуги своим работникам, членам их семей и пенсионерам, а также по разработке, финансированию и участию в реализации внешних корпоративных программ, чаще всего связанных с развитием местных сообществ в регионах пребывания компаний. Кроме этого, целесообразно отслеживать, а в ряде случаев и участвовать в создании механизмов конкурсного финансирования работ по предоставлению социальных услуг, разработке муниципальных бюджетов (особенно в городах, где компания является градообразующей) и др.

Некоммерческие и общественные организации могут и должны участвовать в разработке и определении приоритетных направлений социальной политики, в бюджетном процессе и в создании механизмов взаимодействия с государством и корпорациями в области предоставления социальных услуг.

И наконец, организации всех трех секторов должны предпринять скоординированные усилия по выработке стратегии развития рынка социальных услуг, начиная от расширения сферы предложения (разнообразии, масштабы и качество предлагаемых услуг с учетом потребностей различных категорий населения и возможностей потенциальных потребителей), включая мероприятия по развитию спроса на социальные услуги (повышение доходов населения, укрепление среднего класса, проведение рекламных и маркетинговых исследований и др.), а также принимая участие в разработке работоспособных рыночных механизмов и конкурсных процедур, стимулирующих добросовестную конкуренцию на рынке социальных услуг. Потребуется и существенная доработка нормативно-правовой базы. Отметим, что на региональном уровне уже существует и соответствующая нормативная база и опыт создания и применения конкурсных механизмов, например, таких как социальный заказ (Пермь, Томск, В.Новгород и др.).

### ***Влияние международных инициатив на социальную ответственность бизнеса***

---

Как уже отмечалось, проблемы становления социальной ответственности бизнеса возникли не сегодня и не только в России. Они занимают важное место в деятельности высокоавторитетных международных организаций, объединяют усилия деловых кругов, общественных и государственных структур различных стран. Далее приводятся наиболее значимые документы и события в сфере социально ответственного бизнеса.

**Доклад Генерального Секретаря ООН «Разработка руководящих принципов относительно роли социальной ответственности частного сектора»** (документ A/AC.253/21) – 2000 г. Причины, потребовавшие разработки руководящих принципов социальной ответственности: глобализация; сокращение государственного сектора в социальной сфере; перемещение частного капитала через национальные границы (экономическое ослабление стран); значительное возрастание частных активов и прибыли (влияние на процесс принятия политических решений).

В данном документе:

- введены определения и понятия, позволяющие сформулировать элементы СОБ, оценить степень развития его форм;
- дан общий обзор предпринятых инициатив (в первую очередь, разработки кодексов поведения);
- сформулированы межправительственные подходы к СОБ;
- определены механизмы международной стандартизации СОБ;
- даны выводы и рекомендации.

**Ежегодные встречи в рамках Экономического форума в Давосе** отражают намерение мировой экономической и бизнес-элиты осуществлять постоянные консультации с политическим руководством государств. Темы конференций касаются экономических, торговых, финансовых проблем, но исходят из политических тенденций мирового развития. Именно на Давосском форуме в январе 1999 г. была озвучена инициатива Генерального Секретаря ООН по заключению Глобального договора (The UN Global Compact) с бизнес-сообществом.

Данная инициатива была выдвинута в связи с:

- нарастающими темпами глобализации, сопровождающимися ростом социальной напряженности;
- значительным влиянием, которое оказывают на процессы мирового развития 500 самых крупных международных промышленных корпораций, контролирующих 25% мирового объема производства;
- повышением уровня социальной ответственности мирового бизнеса, который обладает громадными ресурсами.

**Глобальный договор (The UN Global Compact) с бизнес-сообществом** содержит десять принципов в области прав человека, трудовых отношений, защиты окружающей среды и борьбы с коррупцией. Эти принципы были взяты из всеобщей декларации прав человека, Декларации Международной организации труда об основополагающих принципах и правах на производстве, Рио-де-Жанейрской декларации по окружающей среде и развитию, Конвенции ООН против коррупции:

- Права человека  
Принцип 1: Деловые круги должны поддерживать и уважать защиту провозглашенных на международном уровне прав человека;  
Принцип 2: Деловые круги не должны быть причастны к нарушениям прав человека.
- Трудовые отношения  
Принцип 3: Деловые круги должны поддерживать свободу объединения и реальное признание права на заключение коллективных договоров;

Принцип 4: Деловые круги должны выступать за ликвидацию всех форм принудительного и обязательного труда;

Принцип 5: Деловые круги должны выступать за полное искоренение детского труда;

Принцип 6: Деловые круги должны выступать за ликвидацию дискриминации в сфере труда и занятости.

- Окружающая среда

Принцип 7: Деловые круги должны поддерживать подход к экологическим вопросам, основанный на принципе предосторожности;

Принцип 8: Деловые круги должны предпринимать инициативы, направленные на повышение ответственности за состояние окружающей среды;

Принцип 9: Деловые круги должны содействовать развитию и распространению экологически безопасных технологий.

- Противодействие коррупции

Принцип 10: Деловые круги должны противостоять всем формам коррупции, включая вымогательство и взяточничество.

Сегодня к Глобальному договору присоединились сотни крупнейших компаний из разных стран, в числе первых – США, Швейцарии, Норвегии и т.д.

**Правила корпоративного поведения**, которые являются еще одним международным механизмом СОБ. Они обычно разрабатываются в виде кодексов поведения и кодексов деловой этики.

По данным Международной организации труда (МОТ) к началу 2000 года было разработано 215 международных корпоративных кодексов поведения, 80% из них – транснациональными корпорациями. Таким образом, воздействие на конкретную компанию осуществляет и профессиональное сообщество посредством корпоративных процедур.

Кодексы поведения являются, бесспорно, важным механизмом СОБ, но не дадут каких-либо существенных результатов, если отсутствует внешний и внутренний контроль за их соблюдением. Механизмами контроля являются устанавливаемые стандарты, которые разрабатываются различными международными организациями. Это – показатели и правила представления информации о социальной ответственности в деятельности корпораций (социальные отчеты).

Организации, осуществляющие разработку стандартов:

- Организация по промышленным стандартам (ОПС) – международная организация, в состав входят представители частного и государственного секторов. Она выполняет роль главного форума для обсуждения различных форм социального аудита;
- Аккредитационное агентство Совета по экономическим приоритетам (СЕПАА). Учреждено в 1997 г. представителями частного и государственного секторов. Им разработан на основе подходов ОПС и внедрен стандарт социального учета «Социальная отчетность» SA 8000;
- Институт социальной и этической ответственности разработал в 1999 г. международный стандарт AA 1000. В состав стандарта включены индикаторы, по которым может быть проведен социальный и этический аудит;

- Глобальная инициатива по составлению отчетов (GRI). Учреждена по инициативе Коалиции за экологически чистую экономику (CERES) в 1997 г., объединяет компании, бизнес-ассоциации, неправительственные организации, организации системы ООН, экспертов. Занимается разработкой отчетности по устойчивости компаний, включая показатели по социальной деятельности.

К стандартизации своей социальной деятельности приступили многие транснациональные корпорации, крупные компании, которые заинтересованы в укреплении своей деловой репутации, клиентской базы, привлечении инвестиций, углублении диалога с государством и обществом.

### **Преимущества социально ответственных компаний**

**Укрепление репутации и имиджа компании.** Социальная направленность в деятельность компании, соблюдение кодекса корпоративного поведения и деловой этики приводят к укреплению ее репутации и имиджа в обществе и государстве. Социально ответственная практика компании в реализации социальных внутренних и внешних проектов делает ее деятельность более открытой и прозрачной для общества, устанавливает партнерские связи, тем самым снижая представительские и рекламные издержки и закрепляя квалифицированные кадры в компании.

**Повышение эффективности ведения бизнеса.** Компания, осуществляющая социально направленные программы и проекты, получают дополнительные преимущества через повышение производительности труда, сокращение операционных затрат, расширение клиентской базы, стабилизацию партнерских отношений (страховые и рекламные компании, поставщики), привлечение акционеров.

**Повышение инвестиционной привлекательности.** Вовлечение компании в систему международной отчетности (в том числе социальной) расширяет возможности участия в международном бизнесе, привлечения инвесторов, что ведет к увеличению капитализации и расширению инвестиционных пакетов компании.

Таким образом, осуществляя собственные программы или программы в партнерстве с местной властью и некоммерческими организациями, компания получает выгоды как внутреннего, так и внешнего свойства:

- повышается лояльность и инициативность сотрудников;
- укрепляются репутация и имидж;
- осуществляется доступ к рынку рабочей силы, в том числе высокопрофессиональной;
- развиваются умение и навыки сотрудников, что ведет к карьерному росту и закреплению кадров;
- укрепляются отношения с клиентами;
- привлекаются новые партнеры;
- расширяется число акционеров;
- внедряются инновационные модели;
- повышается качество продукта и/или услуг;
- снижаются риски и повышается устойчивость при кризисах;

- укрепляются связи с местным сообществом и местной властью;
- возникают преимущества перед конкурентами;
- расширяется доступ на новые рынки;
- улучшаются финансовые показатели.

**Пример. Социальный кодекс ОАО "Лукойл"**

**ЧАСТЬ I. КОРПОРАТИВНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ГАРАНТИИ РАБОТНИКАМ И НЕРАБОТАЮЩИМ ПЕНСИОНЕРАМ ОРГАНИЗАЦИЙ ГРУППЫ "ЛУКОЙЛ"**

**1.1. Социально ответственное регулирование вопросов труда, занятости и производственных отношений**

1.1.1. Социально ответственное реструктурирование

1.1.2. Политика оплаты и мотивации труда

1.1.3. Промышленная безопасность, охрана труда и окружающей среды

1.1.4. Социальная политика в отношении молодых работников

**1.2. Качество условий труда и жизни работников и их семей**

1.2.1. Охрана здоровья

1.2.2. Оздоровление, спорт, физкультура и организация отдыха

1.2.3. Жилищная политика

**1.3. Гармоничное сочетание трудовых и семейных обязанностей**

1.3.1. Дополнительные дни отдыха и отпуска

1.3.2. Социальная поддержка семей с детьми и инвалидами

**1.4. Корпоративное социальное обеспечение и страхование**

1.4.1. Добровольное медицинское страхование

1.4.2. Негосударственное пенсионное обеспечение

1.4.3. Корпоративная система личного страхования

**1.5. Социальная поддержка инвалидов и неработающих пенсионеров организаций Группы "ЛУКОЙЛ"**

1.5.1. Социальная поддержка неработающих пенсионеров

1.5.2. Социальная поддержка пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

1.5.3. Социальная поддержка неработающих инвалидов

**ЧАСТЬ II. СОЦИАЛЬНО ОТВЕТСТВЕННОЕ УЧАСТИЕ КОМПАНИИ В ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА**

2.1. Развитие монопроизводственных населенных пунктов

2.2. Природоохранная деятельность

2.3. Развитие науки, образования, технологии и инноваций

2.4. Сохранение национально-культурной самобытности

2.5. Поддержка культуры и спорта

2.6. Содействие социальным группам и общественным объединениям, нуждающимся в поддержке

2.7. Благотворительная деятельность Компании и работников

### ЧАСТЬ III. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОСНОВА СОЦИАЛЬНЫХ ИНИЦИАТИВ

#### 3.1. Осуществление непрерывного контроля над социальными расходами

3.1.1. Механизмы контроля над корпоративными пенсионными расходами

3.1.2. Контроль над потреблением медицинских услуг в корпоративной системе охраны здоровья

#### 3.2. Оптимизация содержания социальной инфраструктуры

3.2.1. Формы участия в содержании социальных объектов

#### 3.3. Повышение эффективности производства социальных услуг

3.3.1. Аутсорсинг производителей социальных услуг на конкурсной основе

#### 3.4. Реализация принципов совместного финансирования

3.4.1. Долевое участие работников в корпоративном социальном страховании и обеспечении

3.4.2. Совместные платежи работников, членов их семей и местного населения за пользование социальной инфраструктурой организаций Группы "ЛУКОЙЛ"

3.4.3. Долгосрочное жилищное кредитование (ипотека)

3.4.4. Долевое участие в программах социально-экономического развития, предусмотренных муниципальными, региональными и федеральными бюджетами

#### 3.5. Умножение нематериальных активов

3.5.1. Социально ответственное инвестирование

3.5.2. Социальные аспекты деловой репутации

3.5.3. Социально ответственные отношения с подрядчиками и поставщиками

### Социальные программы бизнес-компаний

В широком смысле социальные программы компании являются целевыми. Совершенно очевидно, что социальные программы должны быть согласованными по ресурсам, исполнителям и срокам осуществления комплексом мероприятий, обеспечивающим эффективное решение внутренних корпоративных социальных задач (внутренняя социальная программа компании) или внешних социальных проблем территории пребывания (внешняя социальная программа компании).

Социальные программы также являются специфической формой организации расходования средств бюджета компании, с учетом норм федеральных законов (внутренние) или долевым участием территориальных бюджетов (внешние).

Практика разработки и реализации социальных программ компаний в России и за рубежом позволяет выделить их основные направления:

- развитие персонала;
- охрана здоровья и безопасные условия труда;
- социально-ответственная реструктуризация;
- природоохранная деятельность и ресурсосбережение;
- развитие местного сообщества;
- добросовестная деловая практика.



**Развитие персонала.** Этот вид программ связан с повышением уровня квалификации (опережающим обучением), стимулированием, закреплением персонала и созданием условий для эффективного, инициативного и качественного труда, включая:

- обучение и профессиональное развитие,
- применение мотивационных схем оплаты труда,
- предоставление сотрудникам расширенного социального пакета,
- создание условий для отдыха и досуга,
- поддержание внутренних коммуникаций в организации,
- участие сотрудников в принятии управленческих решений и т.п.

**Охрана здоровья и безопасные условия труда.** Эта деятельность направлена на создание и поддержание дополнительных, по отношению к законодательно закрепленным, норм охраны здоровья и условий безопасности на рабочих местах, например:

- охрана труда и техника безопасности,
- медицинское обслуживание персонала на предприятии,
- поддержание санитарно-гигиенических условий труда,
- поддержание материнства и детства,
- создание эргономичных рабочих мест,
- профилактика профессиональных заболеваний и т.п.

**Социально ответственная реструктуризация** – намеренное изменение формальных отношений между составляющими элементами компании, подразумевающее использование одного или ряда способов учета интересов всех заинтересованных ключевых партнеров, включая персонал компании. Такая реструктуризация включает в себя:

- реорганизацию трудовых процессов,
- уменьшение уровней иерархии,
- упразднение структурных элементов посредством аутсорсинга, распродаж и придания самостоятельности структурным подразделениям,
- отказ от некоторых видов деятельности,
- ответственное сокращение рабочих мест и т.п.

Социально ответственная реструктуризация предполагает проведение указанных выше изменений:

- в партнерстве с объединениями работодателей и местными, региональными, а в некоторых случаях и федеральными органами власти,
- через информационные кампании, освещающие предстоящие в компании структурные изменения,
- посредством организации мероприятий по профессиональной переподготовке,
- оказание содействию в трудоустройстве,
- осуществление компенсационных выплат сотрудникам, попавшим под сокращение и т.п.

**Природоохранная деятельность и ресурсосбережение** – разнообразные инициативы компании, направленные на сокращение вредного воздействия их производственной деятельности на окружающую среду, включая:

- меры по экономному потреблению природных ресурсов,

- действия по повторному использованию и утилизации отходов,
- мероприятия по предотвращению загрязнения окружающей среды,
- организация экологически безопасного производственного процесса,
- организация экологически безопасных транспортных перевозок,
- акции по озеленению и уборке территории,
- использование процедуры экологического аудита и т.п.

**Развитие местного сообщества.** Это направление связано с вовлечением компании в жизнь и развитие местного сообщества на территориях пребывания посредством:

- осуществления различных социальных программ,
- проведения акций поддержки социально незащищенных слоев населения,
- оказания поддержки детству и юношеству,
- участия в сохранении и развитии жилищно-коммунального хозяйства и объектов культурно-исторического значения,
- спонсирования местных культурных, образовательных и спортивных организаций и мероприятий,
- поддержки социально значимых исследований и кампаний,
- участия в благотворительных акциях и т.п.

**Добросовестная деловая практика.** Это направление имеет целью содействовать принятию и распространению добросовестной деловой практики между поставщиками, бизнес-партнерами и клиентами компании. Реализуется посредством:

- политики информационной открытости компании в отношении собственников, поставщиков, бизнес-партнеров, клиентов и заинтересованных сторон,
- организации крупными компаниями программ содействия малому бизнесу,
- выполнения программ по добровольному ограничению сфер ведения бизнеса (например, введение запрета на курение на рейсах авиакомпаний или политики отказа табачных компаний от продажи сигарет несовершеннолетним),
- реализации программ сотрудничества с органами государственного управления, ассоциациями потребителей, профессиональными объединениями и иными общественными организациями.

**Пример.** Участие российского бизнеса в программах противодействия распространению ВИЧ/СПИДа:

- Направление признано актуальным бизнес-сообществом России (ряд конференций и форумов в 2003–2005 гг.);
- На предприятиях компании «Восток-Сервис» созданы первые рабочие группы по профилактике ВИЧ/СПИДа среди активно работающего населения (2005 г.);
- Создана Национальная ассоциация «Бизнес против СПИДа» (2005). Председатель – В.А. Головнев, руководитель компании «Восток-Сервис», депутат ГД РФ. В ассоциацию входит свыше 100 крупнейших компаний – Автоваз, Альфа-Банк, СУАЛ-Алюминий, Вимм-Билль-Данн, Кока-Кола, Дженерал Моторс, Трансаэро и др.

- *Признаны лучшими 8 компаний: «Шеврон» (рабочие места), Кока-Кола (местное сообщество – 13.06.2007 г.);*
- *Программная статья «Бизнес развивает наступление на СПИД» («Известия», 21.04.08);*
- *Проведение Госсовета с участием бизнеса (21 апреля 2008 г.), встреча представителей бизнеса (16.04.08 г.).*

### **Сферы социальной деятельности бизнес-компаний**

Сферы деятельности (направления), в которых могут быть реализованы социальные программы компании:

- содействие укреплению престижа и роли семьи в обществе;
- содействие защите материнства, детства и отцовства;
- содействие деятельности в сфере образования и науки;
- содействие развитию культуры, искусства, просвещения, духовному развитию личности;
- содействие деятельности в сфере профилактики и охраны здоровья граждан, а также пропаганда здорового образа жизни, улучшение морально-психологического состояния граждан;
- содействие деятельности в сфере физической культуры и массового спорта;
- охрана окружающей природной среды и защита животных;
- охрана и должное содержание зданий, объектов и территорий, имеющих историческое, культурное, культурное или природоохранное значение, и мест захоронения;
- поддержка детства и юношества;
- социальная поддержка и защита граждан, включая улучшение материального положения малообеспеченных, социальную реабилитацию безработных, инвалидов и иных лиц, которые в силу своих физических или интеллектуальных особенностей, иных обстоятельств не способны самостоятельно реализовать свои права и законные интересы;
- подготовка населения к преодолению последствий стихийных бедствий, экологических, промышленных или иных катастроф, к предотвращению несчастных случаев;
- оказание помощи пострадавшим в результате стихийных бедствий, экологических, промышленных или иных катастроф, социальных, национальных, религиозных конфликтов, жертвам репрессий, беженцам и вынужденным переселенцам;
- содействие укреплению мира, дружбы и согласия между народами, предотвращению социальных, национальных, религиозных конфликтов.

При рассмотрении этих направлений трудно определить корреляции между профилем деятельности компании и выбранными этими компаниями приоритетами социальных внешних программ (может быть, кроме природоохранных для компаний в химической промышленности и металлургии). Таким образом, скорее всего приоритеты выбираются из личностных или текущих предпочтений, хотя скорее всего основной причиной является социальная целесообразность (см. Рис. 1).

На рисунке приведены данные исследования по факторам, влияющим на выбор по участию компании в социальных программах, оказания благотворительной помощи.

Рис. 1. Факторы, влияющие на принятие решения об оказании помощи



Подходы компаний к определению (выбору) направлений социальных программ и инструментов их реализации различаются в зависимости от отраслевой и региональной специфики, размера компании, корпоративной культуры и позиции ее руководителей.

Выбор направлений основывается, прежде всего, на оценке потенциала влияния социальных программ на развитие компании и повышение ее эффективности. Причем это необязательно экономическая эффективность.

### **Инструменты и механизмы реализации социальных программ компаний**

Среди основных инструментов реализации социальных программ компании выделяют следующие:

**Денежные гранты** – форма адресной финансовой помощи, выделяемой компанией на реализацию социальных программ в области образования и на цели проведения прикладных исследований. Гранты – один из наиболее доступных и традиционных инструментов реализации социальных программ. Как правило, гранты в той или иной степени связаны с основной деятельностью компании и стратегическими целями бизнеса.

**Благотворительные пожертвования и спонсорская помощь** – форма адресной помощи, выделяемой компанией для проведения социальных программ, как в денежной, так и в натуральной форме (продукция, административные помещения, помещения для проведения мероприятий, транспорт, оборудование, призовые фонды, оплата счетов организаций – получателей помощи и др.).

Эти формы можно отнести к разовым внешним инструментам реализации социальной программы компании.

**Социально значимый маркетинг** – форма адресной финансовой помощи, которая заключается в направлении процента от продаж конкретного товара на проведение социальных программ компании.

**Долевое финансирование** – форма адресной финансовой помощи, которая заключается в совместном финансировании социальных программ со стороны компании, органов государственного управления и некоммерческого сектора.

**Социальные инвестиции** – форма финансовой помощи, выделяемой компанией на реализацию долгосрочных и, как правило, совместных партнерских социальных программ, направленных на снижение социального напряжения в регионах присутствия компании и повышение уровня жизни различных слоев общества. Для этих способов характерна долгосрочность действия, что требует планирования, организации и управления данными формами СП-компании.

**Делегирование сотрудников компании** – вовлечение на принципах добровольности сотрудников компании в социальные программы внешней направленности через безвозмездное предоставление получателям времени, знаний, навыков, информации, контактов и связей сотрудников. (Например, в США многие граждане добровольно тратят 5-6 часов в неделю, участвуя в различных социальных акциях, программах и мероприятиях.)

**Административный / Социальный бюджет** – финансовые средства, выделяемые компанией на реализацию собственных социальных программ.

Реализация этих двух форм носит внутрикорпоративный характер, требует изменений корпоративного менеджмента, координации деятельности различных служб компании.

Когда мы говорим о механизме реализации социальных программ компании, то должны ответить на три вопроса: кто является исполнителем программы (отвечает за ее реализацию), каким образом она финансируется (каков инструмент реализации) и как оценивается и контролируется ее осуществление и использование результатов. Множественность подходов к реализации программы дает возможность выбора наиболее приемлемого механизма.

В любом случае, если компания считает необходимым реализовать программу с получением наилучших результатов, она будет стремиться к выбору наиболее эффективного механизма для достижения поставленных программой целей. Выбор этот осуществляется, когда компанией точно определено, какой из инструментов реализации социальной политики компаний будет использован (грант, спонсорская помощь, долевое участие и др.).

Таким образом, сегодня корпоративная социальная ответственность в российских компаниях – объективный процесс экономического развития. Отметим ряд важных инициатив, осуществляемых бизнес-объединениями и ведущими крупными компаниями: «Социальная хартия» (РСПП), «Меморандум о принципах корпоративной социальной ответственности» (Ассоциация менеджеров России, 2006), «Позиция менеджеров по развитию корпоративной социальной ответственности» (AMP, 2007) и др.

Многие компании реализуют свои внешние социальные программы, передавая управление проектами некоммерческим организациям (аутсорсинг), используя ресурсы НКО (людские, технологические, информационные и т.д.).

Предложения о сотрудничестве с бизнесом вносятся в соответствии с технологическими циклами бизнес-планирования и должны быть оформлены в виде бизнес-проектов с определением имеющихся и требуемых ресурсов.

### ***Контрольные вопросы и задания по теме***

---

- Какова роль и ресурсы некоммерческого сектора в программах противодействия ВИЧ?
- Опишите возможные формы привлечения ресурсов НКО.
- Какова роль НКО во внедрении новых подходов, в том числе в работе с уязвимыми группами?
- Дайте понятие социальной ответственности и корпоративной ответственности бизнеса, опишите его возможности в осуществлении социальных программ.
- Какими могут быть направления партнерства бизнеса с госструктурами, местным сообществом в совместных программах?
- Опишите формы деятельности бизнеса в противодействии распространению ВИЧ/СПИДа.

## Глава 8.

# Частно-государственное партнерство – перспективная форма взаимодействия бизнеса и государства в противодействии распространению социально значимых заболеваний

В.А. Евсеев<sup>14</sup>

### Краткое содержание

---

- *Преимущества частно-государственного партнерства*
  - *Нормативно-правовое регулирование частно-государственного партнерства в России*
  - *Концессия как основная форма частно-государственного партнерства в России*
  - *Основные формы использования концессии в здравоохранении*
  - *Проблемы, существующие в деятельности частно-государственных партнерств*
  - *Межсекторное взаимодействие в развитии частно-государственных партнерств*
  - *Особенности бюджетного планирования, препятствующие деятельности частно-государственных партнерств*
- 

Частно-государственное партнерство (ЧГП) является одной из наиболее перспективных форм взаимодействия бизнеса и государства в современной экономике, позволяющей эффективно использовать ресурсы частного и государственного секторов для различных целей. В России дискуссия о необходимости развития ЧГП велась начиная с начала 90-х годов, однако активные действия, способствующие развитию ЧГП стали предприниматься лишь в последние 4 года.

О необходимости развития ЧГП неоднократно заявляли Президент, Премьер Министр и многие министры. Инициатива, озвученная на высоком политическом уровне, получила поддержку и развитие со стороны государственного аппарата. Это выразилось, в частности, в усиленной проработке нормативно-правовой среды для развития ЧГП со стороны парламента и профильных министерств и ведомств, прежде всего МЭРТ РФ, а также в постепенном начале развития институциональной среды ЧГП. Официальный статус механизм ЧГП получил в 2004 г. в принятых «Основных направлениях деятельности Правительства РФ на период до 2008 года».

Ключевым ведомством, действующих в сфере развития ЧГП, является Министерство экономического развития РФ. В то же время активную роль призваны играть отраслевые министерства и ведомства, в сфере которых могут реализовываться проекты ЧГП: Министерство промышленности и торговли РФ, Министерство транспорта РФ, Министерство культуры и массовых коммуникаций РФ, Министерство здравоохранения и социального развития РФ и другие.

Парламент РФ также играет немаловажную роль в формировании нормативно-правовой базы ЧГП. Во-первых, это касается утверждения федерального бюджета, в котором предусматриваются общие расходы государства, в том числе и в возможных проектах ЧГП. Во-вторых, Парламент может инициировать и осуществлять принятие

---

<sup>14</sup> В.А. Евсеев, к.э.н., советник исполнительного директора, Ассоциация менеджеров.



поправок в уже существующие законодательные акты, относящиеся к сфере ЧГП, чтобы ускорить «настройку» нормативно-правовой среды под концепции ЧГП. В Комитете по экономической политике Государственной Думы РФ создан специальный подкомитет по развитию ЧГП, который сейчас играет важную роль в развитии законодательного регулирования ЧГП в стране.

Важно отметить, что, несмотря на то, что работа ведется достаточно активно, Россия находится еще только в начале долгого пути по использованию ЧГП. Проблема усложняется тем фактом, что в России нормативное регулирование приходится развивать одновременно с закладыванием институционального фундамента и определением самой концепции ЧГП.

### *Преимущества частно-государственного партнерства*

---

Следует обратить внимание, что нередко в общественной дискуссии происходит путаница понятий ЧГП, корпоративной социальной ответственности (КСО) и межсекторного взаимодействия.

ЧГП – это, прежде всего партнерство, где оба партнера преследуют свои цели. Несмотря на то, что цели и задачи деятельности государства и компаний сильно отличаются друг от друга, универсальность концепции ЧГП заключается в том, что в результате такого партнерства и государство, и частный сектор остаются в выигрыше. ЧГП позволяет эффективно и оперативно решать множество социальных и экономических вопросов путем объединения ресурсов частного и государственного секторов, что в конечном итоге служит повышению качества жизни населения и усилению конкурентоспособности экономики страны в мировом масштабе.

КСО – это добровольный вклад бизнеса в развитие общества в социальной, экономической и экологической сферах, связанный напрямую с основной деятельностью компании и выходящий за рамки определенного законом минимума. Поэтому следует отметить отдельно роль компаний по поддержке и развитию здравоохранения, которую они осуществляют в рамках корпоративной социальной ответственности.

Многие крупные компании осознают свою ответственность за поддержание здоровья своих работников и вкладывают существенные ресурсы в развитие больниц, поликлиник, лечебных центров, санаториев, особенно в регионах своего присутствия. Создаваемые и поддерживаемые таким образом объекты инфраструктуры здравоохранения служат важным вкладом в поддержание должного уровня медицинского обслуживания населения. Компании также финансируют проекты в сфере профилактики, лечения, диагностики, вакцинации против различных заболеваний.

Но следует отметить, что в данном случае речь идет о проектах КСО или даже благотворительности со стороны компаний, а не ЧГП. Основное отличие состоит в том, что проекты ЧГП с точки зрения бизнеса направлены на извлечение прибыли, в то время как КСО и благотворительность не ставят перед собой таких целей.

И, наконец, межсекторное взаимодействие – это взаимодействие и влияние друг на друга органов государственной власти, бизнес-организаций и неправительственных организаций, что проявляется в различного рода кон-

тактах названных институтов, сформировавшихся в ходе такой деятельности. В чем же заключаются преимущества от реализации проектов ЧГП? Можно выделить несколько факторов с точки зрения интересов государства:

- позволяет повысить качество государственных услуг населению;
- помогает успешно осуществлять крупные инфраструктурные проекты, которые вряд ли могли быть реализованы в обозримом будущем;
- способствует эффективному развитию объектов государственного имущества;
- снижает финансовую нагрузку на налогоплательщиков и предоставляют возможность доведения средств до конечных потребителей;
- позволяет успешно использовать опыт и профессионализм частного сектора при сохранении государственного контроля над активами;
- способствует развитию новаторских форм проектного финансирования;
- стимулирует предпринимательское мышление и способствует внедрению передовых методов управления в органах власти;
- способствует развитию диалога между бизнесом и властью в разных сферах.

### *Нормативно-правовое регулирование частно-государственного партнерства в России*

---

В настоящее время законодательное регулирование ЧГП в России осуществляется в рамках общего и специального законодательства. К общим законам относятся Гражданский кодекс, Бюджетный кодекс, Градостроительный кодекс, Налоговый кодекс антимонопольное законодательство и проч. К специальным законам можно отнести федеральные законы: № 115-ФЗ от 21 июля 2005г. «О концессионных соглашениях», ФЗ «Об особых экономических зонах» № 94-ФЗ от 21 июля 2005 г., «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» №225-ФЗ от 30 декабря 1995 г. «О соглашениях о разделе продукции», постановление Правительства РФ № 57 от 6 февраля 2004 г., «Об инвестиционном фонде РФ». Помимо этого, к группе специального законодательства можно отнести отраслевые законы и нормативно-правовые акты: федеральный закон № 29-ФЗ от 27 февраля 2003 г. «Об особенностях управления и распоряжения имуществом железнодорожного транспорта», законопроекты о платных автомобильных дорогах и о магистральном трубопроводном транспорте и проч.

Необходимо отметить появления специальных законов «О частно-государственном партнерстве» на региональном уровне. В отсутствие федерального законодательства и проработанных механизмов взаимодействия региональные власти пытаются таким путем обозначить свои приоритеты в развитии ЧГП и создать благоприятный климат на региональном уровне для привлечения частных инвестиций. Примером здесь может служить закон Санкт-Петербурга.

Последнее время в стенах Государственной Думы РФ также стали возникать инициативы по обсуждению необходимости принятия базового федерального закона «О частно-государственном партнерстве».

Как было отмечено выше, в России только идет процесс формирования различных моделей использования ЧГП. На настоящий момент выделить несколько основных форм ЧГП, используемых в России:

- государственный контракт,
- концессия,
- соглашение о разделе продукции.

### **Концессия как основная форма частно-государственного партнерства в России**

---

В то время как государственный контракт является как бы усеченной формой ЧГП, направленной на поставку товаров и услуг для государственных органов, а соглашения о разделе продукции были разработаны прежде всего для сферы природных ресурсов, наибольший интерес и наибольшие возможности для использования ЧГП в России представляет форма концессии. Концессия – это наиболее универсальная, но и наиболее сложная форма ЧГП.

В 2005 году принят ФЗ «О концессионных соглашениях», который разрабатывался более 12 лет. Закон направлен на создание частному инвестору благоприятных условий для вложения своих средств в государственные объекты. Согласно целям закона, он призван обеспечить эффективное использование имущества, находящегося в государственной или муниципальной собственности, и повышение качества товаров, работ и услуг, предоставляемых потребителям. Установленный формат концессионных соглашений содержит в себе элементы различных договоров, в основном подряда и аренды. Согласно международной классификации форм ЧГП – это схемы «строительство-управление-передача» и «строительство-владение-управление-передача». В то же время в мире существует гораздо больше различных моделей использования ЧГП в форме концессий.

Согласно закону, реализация конкретных концессионных проектов должна осуществляться на основе типовых концессионных соглашений (ТКС), утверждаемых Правительством РФ для каждой сферы использования ЧГП отдельно. Нормы ТКС служат основой для заключения уже непосредственно концессионных соглашений для тех или иных проектов.

В настоящее время создание и подписание типовых концессионных соглашений – это важнейшие этапы для развития ЧГП в конкретных сферах. В течении 2006–2007 годов Правительство РФ приняло ряд типовых концессионных соглашений. В частности, постановление Правительства РФ от 09.02.2007 №90 «Об утверждении типового концессионного соглашения в отношении объектов культуры, спорта, организации отдыха граждан и туризма и иных объектов социально-культурного назначения», постановление Правительства РФ от 22.12.2006 №791 «Об утверждении типового концессионного соглашения в отношении метрополитена и другого транспорта общего пользования», постановление Правительства РФ от 05.12.2006 №747 «Об утверждении типового концессионного соглашения в отношении гидротехнических сооружений» и прочие.

До внесения изменения в структуру органов исполнительной власти РФ подготовка проектов ТКС осуществлялась Департаментом инвестиционной политики Министерства экономического развития и торговли РФ в сотрудничестве с отраслевыми министерствами и ведомствами. После согласования проекта ТКС с аппаратом Правительства РФ, документ выходит в форме постановления Правительства РФ.

Таким образом, разработка и принятие ТКС является достаточно длительной процедурой, требующей согласования между различными ведомствами. Поэтому динамика принятия отдельных ТКС будет зависеть от сложившихся межведомственных отношений, а также от наличия политической воли и лоббистского ресурса по каждому из направлений.

По мнению многих экспертов, нельзя сказать, что практика заключения ТКС – это оптимальный и наиболее быстрый путь для развития ЧГП, ведь ЧГП может использоваться в сотнях областей, что потребует принятия сотен ТКС. Это работа потребует многих затрат и усилий. Более того, недавно принятые ТКС уже вызывают нарекания со стороны делового сообщества, поскольку быстро устаревают. Однако другого пути развития концессий пока не предусмотрено.

### ***Основные формы использования концессии в здравоохранении***

---

В законе «О концессионных соглашениях» в статье 4 «Объекты концессионного соглашения» прямо предусмотрены объекты, используемые для осуществления лечебно-профилактической, медицинской деятельности, а также объекты здравоохранения.

Использование концессионных механизмов может существенно повысить качество медицинского обслуживания населения, обеспечения современным оборудованием, а также госпиталями, поликлиниками, исследовательскими центрами и прочими объектами сферы здравоохранения.

Согласно мировой практике использование концессий в сфере здравоохранения осуществляется в основном при строительстве, реконструкции и управлении объектами.

Таким образом, для развития ЧГП в области здравоохранения необходима разработка специализированного ТКС, которое закрепит основы взаимодействия частного сектора и государства при работе с объектами здравоохранения. Такого ТКС пока не было принято.

### ***Основные преимущества от использования концессионных схем в сфере здравоохранения:***

- возможность привлечения дополнительных ресурсов, а значит возможность строительства новых или модернизация существующих объектов в сфере здравоохранения;
- повышение качества медицинского обслуживания для населения;
- снижение инвестиционных рисков для органов государственной власти;
- возможность использования частных инвестиций для осуществления приоритетных проектов в сфере здравоохранения;
- снижение финансовой нагрузки на налогоплательщиков;
- максимальная отдача на вложенные средства;
- эффективное развитие и управление объектами здравоохранения;
- введение новых объектов в эксплуатацию в срок;
- снижение расходов на содержание малоиспользуемых помещений лечебно-профилактических учреждений и развитие на этой основе других конкурентоспособных и востребованных видов медицинской помощи.

Реализация проектов в сфере ЧГП часто проходит на объектах государственной или муниципальной собственности. Однако деятельность на таких объектах с участием частного сектора в настоящее время имеет значительные пробелы в нормативном регулировании. Впрочем, Россия не единственная страна, сталкивающаяся с этими проблемами. Деятельность на объектах государственной собственности требует значительного изменения законодательства во многих странах.

Бизнес, инвестируя в объекты государственной собственности, существенно рискует, так как не обладает правом собственности на эти объекты и фактически не защищен законодательно. Вследствие этого изменение государственных приоритетов, перемены в законодательстве или просто действия конкретных чиновников могут нанести существенный урон компании-инвестору. Это является важным сдерживающим фактором для инвестирования в объекты социальной инфраструктуры, и, в частности, в сфере здравоохранения.

Использование концепции ЧГП позволяет открыть для бизнеса сферы, ранее считавшиеся исключительной прерогативой государства и не доступные для инвестирования и работы в них. Например, инфраструктурные объекты. Компании рассматривают ЧГП, прежде всего, как проекты, из которых они могут извлекать прибыль. Если проекты ЧГП не являются рентабельными, то бизнес-сообщество не будет иметь интереса к инвестированию в эти сферы.

Интерес государства к проектам ЧГП также очевиден. Потребности, существующие в настоящее время в различных секторах социальной и экономической сферы, требуют значительного финансирования, которое не под силу осуществить государству самостоятельно. Прорабатываемые в настоящее время сферы ЧГП имеют высокий мультипликативный эффект и способны оказать влияние на всю экономику страны в целом.

Развитие ЧГП как в области здравоохранения, так и в других сферах требует четкого законодательного разграничения объектов государственной и муниципальной собственности, а также объектов, которые могут передаваться бизнесу в управление, владение и пользование.

Помимо недостаточной ясности с правами собственности, законодательство «О концессионных соглашениях» содержит в себе ряд недоработок, усложняющих действия частных инвесторов. В частности, законом не урегулированы исключительные коммерческие права концессионера на объект концессии, отсутствует механизм разделения возможных рисков между сторонами, не закреплены права действующих операторов на приоритет в конкурсе на заключение договора концессии при прочих аналогичных предложениях и т.п. По мнению многих специалистов в сфере ЧГП, с экономической точки зрения концессия – это видоизмененный и узконаправленный вариант договора аренды с чрезмерным уклоном в сторону интересов государства.

Как уже было отмечено выше, законодательно закрепленная необходимость принятия ТКС также вызывает нарекания в профессиональной среде. Нередко

звучат предложения изменить норму закона, касающуюся ТКС и придать им не обязательный, а рекомендательный характер.

### **Межсекторное взаимодействие в развитии частно-государственных партнерств**

---

Нормативно-правовое регулирование сферы ЧГП должно быть реализовано на основе прямого и открытого диалога бизнеса и власти с участием заинтересованных НКО. Только в данном случае, когда будут учтены и закреплены в нормах права интересы всех сторон «партнерства» оно будет иметь шансы на устойчивое воплощение в жизнь.

Роль НКО важна как на этапе разработки ТКС, так и при реализации конкретных проектов ЧГП. НКО, представляющие гражданское общество, должны оказывать конструктивное давление на органы власти в дальнейшем развитии и расширении сфер использования ЧГП. НКО могут успешно транслировать существующий российский и зарубежный опыт реализации проектов ЧГП, привлекать внимание общественности, бизнеса и власти к наиболее насущным сферам, требующим безотлагательных действий.

НКО, представляющие интересы делового сообщества, могут более активно лоббировать внесение поправок в существующее законодательство или участвовать в разработке ТКС. НКО, представляющие интересы потребителей, могут отслеживать качество выполняемой работы и услуг в ходе реализации проектов ЧГП. Однако в современных российских условиях не следует преувеличивать возможности НКО в сфере ЧГП, так как понимание процессов и специфики ЧГП в этой среде пока невелико.

Несмотря на то, что в настоящее время основной акцент при реализации проектов ЧГП делается на инфраструктурные проекты общегосударственного значения, требуется привлекать внимание органов власти, бизнеса, НКО к многообразию форм и сфер использования ЧГП. В развитых странах проекты ЧГП – это не только и не столько крупные многомиллиардные проекты, это, прежде всего, проекты среднего или даже небольшого масштаба, направленные на улучшение качества жизни населения в конкретных регионах или муниципалитетах.

В этом направлении должно развиваться и ЧГП в России. Создавая возможности для реализации крупных проектов общенационального масштаба, необходимо также способствовать развитию условий для проектов среднего уровня. Такая задача потребует более широкого распространения модели ЧГП на региональном уровне, а также вовлечения в эту сферу среднего и малого бизнеса.

Сфера здравоохранения – это именно та область, в которой такие проекты крайне необходимы в настоящее время для существенного повышения качества медицинских услуг населению и привлечения современных технологий профилактики и лечения заболеваний.

Представляется, что для более активного использования ЧГП в области здравоохранения государство, бизнес и общество должны в равной мере проявить активность.

Прежде всего, акцент должен быть сделан на привлечение внимания федеральных и региональных властей на возможности использования ЧГП в здравоохранении. Здравоохранение не воспринимается в настоящее время как приоритетная сфера для реализации проектов ЧГП со стороны государства. Более того, по утверждениям некоторых специалистов, в среде российского здравоохранения нет пока даже интереса к использованию ЧГП и тем более специализированных подразделений, ответственных за ЧГП.

Рис. 2. В каких сферах ЧГП в России будет наиболее эффективным?



Здравоохранение также не воспринимается и деловым сообществом как важная область для совместной кооперации с государством. Согласно исследованиям Ассоциации Менеджеров проекты в сфере транспортной инфраструктуры, ЖКХ, энергетики, строительства и промышленности представляют для компаний гораздо больший интерес, чем сфера здравоохранения. Так, интерес компаний к сфере транспортной инфраструктуры более чем в 3,5 раза выше, чем к здравоохранению, а к ЖКХ – более чем в 3 раза.

Показательным примером по использованию модели ЧГП в здравоохранении служит план создания Нижегородского онкологического научного центра (НОНЦ). Этот проект разрабатывается уже несколько лет. Для разработки плана развития проекта с использованием механизмов ЧГП были привлечены ведущие британские консультанты, имеющие 25 летний опыт в этой области. Однако же проект продвигается очень медленно. По мнению директора российского офиса «Грант Торнтон» Вячеслава Кипчатова, в российском здравоохранении до сих пор нет интереса к ЧГП, до сих пор нет не то, что подразделения – ни одного лица, отвечающего за такую работу. «Чтобы построить НОНЦ, эту глыбу придется сдвигать не только на региональном, но и на общегосударственном уровне». По мнению участников проекта, внедрение успешного мирового опыта ЧГП в об-



ласти здравоохранения на опыте НОНЦ будет означать сдвиг и начало глубокого реформирования существующего в российской медицине порядка.

Одной из причин такой ситуации является недостаточная информированность делового сообщества и органов власти о возможных формах взаимодействия с использованием механизмов ЧГП в области здравоохранения. Другая причина – недостаточно высокая стоимость проектов в сфере здравоохранения. В данном случае компаниям порой проще самостоятельно профинансировать строительство больницы или лечебного центра и затем оперировать этим объектом на праве частной собственности, чем использовать сложный и недостаточно проработанный механизм ЧГП.

### ***Особенности бюджетного планирования, препятствующие деятельности частно-государственных партнерств***

---

Проекты ЧГП, как правило, имеют существенную стоимость и, как следствие, долгий период окупаемости. Только само строительство крупного объекта может осуществляться на протяжении нескольких лет. В связи с этим частный инвестор должен иметь гарантии, что после запуска проекта его финансирование со стороны государства (прямое или косвенное) не будет приостановлено после очередного бюджетного года, что, учитывая специфику бюджетного процесса, представляется вполне реальным.

Государственное финансирование имеет еще один существенный недостаток – зависимость бюджетных расходов от политических дебатов в Государственной Думе РФ и от стратегических приоритетов, которые государство ставит перед собой. Что создает нестабильность с точки зрения бизнеса в реализации проектов ЧГП, поскольку в зависимости от изменения политической ситуации или приоритетов руководства страны бюджетное финансирование проектов может быть приостановлено.

Наглядным примером возможностей и рисков, связанных с бюджетным финансированием, служат осуществляемые в настоящее время национальные проекты. Например, на национальный проект в сфере здравоохранения в настоящий момент выделяются огромные средства. Однако совершенно неясно, что станет с финансированием этого направления после завершения 2009 года, когда политические приоритеты могут существенным образом измениться.

*Варианты использования механизма ЧГП в сфере здравоохранения см. Приложение 9.*

### ***Контрольные вопросы и задания по теме***

---

- Дайте понятия: ЧГП, межсекторное взаимодействие и КСО.
- Опишите нормативно-правовое поле деятельности проектов ЧГП в России.
- Опишите основные формы ЧГП в мире и в России.
- Каковы возможности использования ЧГП в сфере здравоохранения и, в частности, в сфере профилактики ВИЧ/СПИД?

## Глава 9.

# Мониторинг и оценка региональных целевых программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа

А.А. Сохнев<sup>15</sup>, Е.С. Киселева<sup>16</sup>

### Краткое содержание

---

- *Понятия мониторинга и оценки*
  - *Единая концепция мониторинга и оценки*
  - *Формирование системы мониторинга и оценки на региональном уровне*
  - *Программный мониторинг и оценка*
  - *Разработка и отбор индикаторов*
  - *Оценка результативности бюджетных целевых программ*
  - *Оценка достижения запланированных целей*
  - *Оценка эффективности деятельности субъекта бюджетного планирования*
- 

Создание системы мониторинга и оценки (МиО) программ, направленных на противодействие распространению ВИЧ/СПИДа и других социально значимых заболеваний, позволяет в регулярно отслеживать эпидемиологическую ситуацию, оценивать развитие эпидемии, планировать вмешательства и повышать их эффективность. Информация, собираемая и обрабатываемая в рамках системы мониторинга и оценки, является основой для принятия решений и выработки единой стратегии противодействия эпидемии на всех уровнях – от муниципального и регионального до общенационального.

В целом, система мониторинга и оценки программ по ВИЧ/СПИДу необходима для того, чтобы:

- проводить сравнительный анализ эпидемиологической ситуации;
- оценивать степень достижения установленных целевых показателей по программе в целом или по конкретным мероприятиям;
- отслеживать динамику результативности программной деятельности;
- контролировать исполнение соглашений с партнерами по реализации программы;
- стимулировать деятельность исполнителей конкретных мероприятий программы;
- формировать обратную связь с потребителями услуг.

### Понятия мониторинга и оценки

---

**Мониторинг** подразумевает регулярное отслеживание ключевых параметров программы (объема произведенных затрат, достигнутых результатов в ходе проведения мероприятий). Мониторинг осуществляется по средствам регулярного эпиднадзора, сбора данных из различных форм отчетности, наблюдений и интервью с заинтересованными сторонами (с работниками учреждений здравоохранения, участвующими в реализации мероприятий

---

<sup>15</sup> А.А. Сохнев, к.э.н., эксперт в области управления по результатам, начальник экспертно-аналитического отдела, Министерство культуры РФ.

<sup>16</sup> Е.С. Киселева, ведущий специалист Института комплексных стратегических исследований, преподаватель Высшей школы бизнеса, МГУ им. М.В. Ломоносова.

программы, с пациентами, обращающимися в учреждения здравоохранения за помощью, предусмотренной данной программой). Далее, собранные данные регистрируются, систематизируются, обрабатываются и анализируются. На основе проведенного анализа принимаются решения относительно того, какие направления работы требуют более значительных усилий и вложения дополнительных средств, какие меры следует предпринять для повышения качества оказания услуг, какие корректировки в оперативном режиме должны быть внесены в программу.

**Оценка** связана с определением и измерением конечных результатов программы, ее ценности и целесообразности. Оценка позволяет увязать возникающие краткосрочные и долгосрочные эффекты с конкретным мероприятием по истечении определенного периода времени после начала реализации программы.

### **Единая концепция мониторинга и оценки**

В последние годы на международном уровне была разработана единая концепция мониторинга и оценки в области ВИЧ/СПИДа, которая может применяться как на национальном, так и на региональном уровне. Основными компонентами системы МиО представлены ниже (Таблица 4).

Таблица 4. Основные компоненты системы МиО

Компонент	Краткое описание
<b>Информационная система</b>	Организация сбора данных, формирование базы данных и системы обработки информации
<b>Эпиднадзор</b>	Эпидемиологический/поведенческий надзор за уровнем распространенности и тенденциями развития ИППП/ВИЧ/СПИДа/ТБ
<b>Специальные исследования</b>	Исследования в дополнение к осуществлению надзора
<b>Финансовый мониторинг</b>	Мониторинг расходования и использования ресурсов госсектора, гражданского общества и организаций-доноров
<b>Программный мониторинг</b>	Мониторинг программ в области ВИЧ/СПИДа и отдельных услуг, оказываемых всеми секторами

Единая система МиО предполагает разработку индикаторов и осуществление мониторинга и оценки на следующих уровнях:

- вклад (input): затрачиваемые ресурсы (материальные, трудовые, финансовые);
- процесс (process): деятельность, осуществляемая в рамках программы, вмешательства (например, тренинги, консультации, лечение);
- результат – немедленный эффект (output): охват обучением, тестированием, иными услугами;
- последствия – промежуточный эффект (outcome): изменение знаний, поведения, качества жизни целевой аудитории;
- влияние – долгосрочный эффект (impact): эпидемические индикаторы (распространенность ВИЧ-инфекции и ИППП, заболеваемость СПИДом).

Индикаторы вклада, процесса и результата рассчитываются в рамках программного мониторинга на основе данных о реализации программы и исполнении ее бюджета. Индикаторы последствий и влияния рассчитываются на основе данных.

## *Формирование системы мониторинга и оценки на региональном уровне*

---

Согласно международным рекомендациям, для формирования системы мониторинга и оценки на региональном уровне необходимо:

- создать единый орган мониторинга и оценки и разработать единый междисциплинарный план МиО, при необходимости выбрать партнерские организации для реализации этого плана;
- разработать и согласовать единый набор стандартизированных индикаторов и алгоритм, описывающий процесс сбора данных;
- создать единую информационную систему и разработать информационную политику – четкие инструкции и протоколы по распространению и использованию данных;
- объединить усилия по подготовке специалистов в области МиО;
- разработать и утвердить ежегодный план деятельности по мониторингу и оценке (цели, задачи, направления деятельности, объем работ по мероприятиям), включающий бюджет для исполнения запланированных мероприятий.

Важно, чтобы единый орган мониторинга и оценки объединил все основные заинтересованные стороны, принимающие участие в разработке и реализации политики противодействия распространению ВИЧ/СПИДа в регионе. Участники должны совместно сформировать систему управления и план действий в области мониторинга и оценки, а также организационную структуру для технической поддержки МиО. При формировании региональной системы мониторинга и оценки необходимо четко распределить сферы деятельности и установить ответственность участников за своевременное и качественное выполнение работ.

Не менее важной задачей является распространение результатов МиО, доведение информации до лиц, принимающих решения, с целью активизации усилий по разработке и расширению финансирования программ в области ВИЧ/СПИДа и других социально значимых заболеваний.

Как показывает практический опыт, условиями формирования эффективной системы мониторинга и оценки на региональном уровне являются:

- нормативно-правовое обоснование системы МиО, в том числе заключение межведомственных соглашений между партнерами по вопросам предоставления и обмена информацией;
- организационное и кадровое обеспечение процесса формирования системы МиО;
- на стадии планирования – оценка затрат на формирование системы МиО в сравнении с результатами (выгодами), ожидаемых от ее внедрения;
- наличие механизмов для доведения результатов МиО до лиц, принимающих решения, и общественности (личное приглашение представителей госорганов, публикации, проведение круглых столов и общественных слушаний);
- методическая и организационная поддержка усилий по созданию системы МиО со стороны международных организаций и доноров.

## *Программный мониторинг и оценка*

---

Разработка механизмов программного мониторинга и оценки должна осуществляться на стадии планирования конкретной программы для того, чтобы в ходе ее реализации была возможность получать ответы на такие вопросы, как:

- Способствуют ли текущие действия достижению ожидаемых результатов программы?
- Правильно ли спланированы вмешательства?
- Насколько эффективно расходуются ресурсы?
- Каковы изменения в эпидемиологической ситуации?
- Отвечают ли ожидаемые результаты программы тем вызовам, которые формируются в ходе развития эпидемиологической ситуации?

Таким образом, программный мониторинг обеспечивает получение информации об использовании ресурсов, о текущей работе по реализации программы и достижении промежуточных результатов, а также дает исходную информацию для оценки достижения конечных результатов.

Вместе с тем, при планировании и проведении программного мониторинга часто основное внимание уделяется именно сбору отчетности о произведенных затратах и количестве организованных мероприятии, а не анализу эффективности этих затрат и оценке степени достижения поставленных целей и задач программы. Недостаточное внимание к оценке конечных результатов повышает риск того, что исполнители программы в своих действиях будут ориентированы на освоение выделенных средств, а не на их эффективное использование для достижения конечных целей.

Кроме того, часто первоочередное внимание уделяется сбору данных с целью подготовки и предоставления форм отчетности, а не анализу этих данных и обеспечению доступа к ним лиц, принимающих решения, и заинтересованной общественности. Такая практика снижает ценность результатов мониторинга и нуждается в корректировке.

### **Разработка и отбор индикаторов**

Ключевое значение для осуществления качественного программного мониторинга имеет разработка и отбор индикаторов вклада, процесса, результата, последствий и воздействия.

**Пример.** *Индикаторы эффективности мероприятий по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции, используемые в России:*

- *индикаторы выполнения приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по вопросам ВИЧ/СПИД и гепатитов В и С;*
- *индикаторы выполнения подпрограммы «ВИЧ-инфекция» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)»;*
- *национальные индикаторы Российской Федерации по мониторингу и оценке эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, 2007;*
- *ключевые индикаторы ЮНЭЙДС по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, 2007 г.;*
- *национальные цели универсального доступа к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, 2008.*

В случае наличия нескольких источников финансирования (например, средства бюджета и средства донорских организаций) **индикаторы вклада** разрабатываются отдельно для каждого из источников финансирования, при этом состав индикаторов может совпадать. Индикаторы вклада включают:

- объем финансовых ресурсов;
- материально-техническую базу (помещения, оборудование, транспорт);
- характеристики кадровых ресурсов (количество специалистов, уровень квалификации);
- прочие ресурсы.

Источниками данных для определения индикаторов вклада являются материалы программы, включая бюджет, а также отчетность учреждений и организаций, участвующих в реализации мероприятий программы. Сбор данных для мониторинга индикаторов вклада осуществляется на регулярной основе.

**Индикаторы процесса** фиксируют достижение поставленных целей на уровне конкретных мероприятий. Примеры индикаторов процесса:

- количество проведенных тренингов по данной теме, суммарное число учебных часов;
- число обученных специалистов, представляющих различные учреждения;
- количество проведенных информационных кампаний в СМИ;
- количество организованных встреч, обсуждений, совещаний, круглых столов по проблеме ВИЧ/СПИДа;
- количество проведенных консультаций с представителями целевых групп;
- количество и качество информационных материалов по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и ИППП.

При мониторинге индикаторов процесса, прежде всего, следует обращать внимание на сравнение фактических показателей с плановым значением или с желаемым уровнем показателя (бенчмарк).

**Индикаторы результата** отражают, в какой степени реализованные вмешательства охватили целевые группы. Индикаторы результата измеряют охват различного рода услугами, а также доступность и востребованность этих услуг. Примеры индикаторов результата:

- охват молодежи в возрасте 15–24 лет информационно-консультационными мероприятиями в сфере ВИЧ/СПИДа;
- доля молодых людей в возрасте 15–24 лет, правильно ответивших на вопросы о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции;
- доля специалистов из числа обученных в рамках тренингов, применяющих в своей работе после прохождения обучения новые технологии противодействия распространению ВИЧ/СПИДа;
- доля молодых людей в возрасте 15–24 лет, пользующихся услугами информационно-консультационных центров и клиник, дружественных к молодежи;
- доля молодых людей в возрасте 15–24 лет, повторно обратившихся в информационно-консультационный центр или клинику, дружественную к молодежи.

**Индикаторы последствий** отражают изменение знаний в отношении путей передачи и профилактики ВИЧ/СПИДа, а также изменение поведения и качества жизни целевой группы в результате реализации программы. Примерами индикаторов последствий являются:

- доля молодых людей в возрасте 15–24 лет, указывающих на использование презерватива при половых контактах с нерегулярным половым партнером;
- доля лиц от общего числа представителей группы риска, указавших на совместное использование инъекционного оборудования при последнем приеме наркотиков.

Таким образом, индикатор последствий чаще всего рассчитывается как доля лиц, изменивших по результатам программы отношение к проблеме, выразившееся в новых принятых решениях. Источником данных для расчета таких показателей являются данные специальных выборочных обследований (опросов), интервью, фокус-групп.

**Индикаторы влияния** отражают изменения в эпидемиологической ситуации (прежде всего, тенденции распространения ВИЧ-инфекции) в связи с реализацией программы. Изменения в эпидемиологической ситуации должны возникнуть вследствие предпринятых мероприятий программы, направленных на изменение знаний, поведения и качества жизни. Примерами индикаторов влияния являются:

- число вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции;
- доля молодых людей определенной возрастной группы с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция».

**В настоящее время действуют Методические рекомендации в области мониторинга ВИЧ-инфекции, утвержденные Минздравсоцразвития России в 2007 году:**

- Мониторинг и оценка эффективности мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции – утверждено (Методические рекомендации от 20.09.07 № 6965);
- Об организации работ по сбору информации о случаях ВИЧ-инфекции и СПИДа – утверждено (Методические рекомендации от 06.08.2007 № 5962);
- О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию – утверждено (Методические рекомендации от 06.08.07 № 5950);
- О проведении поведенческого надзора – утверждено (Методические рекомендации от 20.09.2007 № 6966);
- Методика анализа эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и сопутствующим заболеваниям – утверждено (Методические рекомендации от 20.09.2007 № 6964);
- Порядок осуществления надзора за циркуляцией генетических вариантов ВИЧ, включая циркуляцию штаммов, резистентных к антиретровирусным препаратам – утверждено (Методические рекомендации от 06.08.07 № 5958).

### **Оценка результативности бюджетных целевых программ**

Оценка итогов реализации бюджетной целевой программы основывается на логической схеме, представленной ниже. Эта схема отражает переход к оценке эффективности бюджетных расходов по конечным результатам (outcomes) и итоговому воздействию на объект регулирования (impact).



Рис. 3. Логика оценки результативности бюджетных расходов и виды показателей результативности



Для оценки итогов бюджетной целевой программы разрабатывается система показателей результативности, которые формулируются на уровне целей, задач, отдельных мероприятий и программы в целом. Система показателей результативности включает следующие виды показателей: показатели ресурсов, показатели непосредственных и конечных результатов, показатели воздействия. В целом, система показателей для оценки результативности бюджетной целевой программы соответствует рекомендованной концепции мониторинга и оценки программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа.

Показатели ресурсов (inputs) – количественные показатели, характеризующие объем ресурсов (материальных, трудовых, временных и др.), затраченных на реализацию отдельных мероприятий или программы в целом.

Непосредственные результаты (outputs) – количественные и качественные показатели, в абсолютном или относительном выражении характеризующие результаты проведенных мероприятий (количество произведенных благ, объем оказанных услуг в абсолютном выражении или относительно общего объема необходимых благ или услуг и др.). Непосредственные результаты могут сравниваться с затратами, осуществленными для их получения, что позволит рассчитать отдачу на вложенные бюджетные средства (в частности, определить производительность субъекта бюджетного планирования).

Конечные результаты (outcomes) – количественные или качественные показатели, характеризующие достижение запланированных целей отдельных мероприятий, а также решение задач и достижение целей программы в целом. Показатели конечных результатов измеряют общественно значимое воздействие мер госполитики на качество жизни индивидов. Например, характеристики заболеваемости населения можно рассматривать как составляющие уровня здоровья – одного из важных параметров качества жизни. Поэтому показатель уровня заболеваемости по различным видам болезней относится к показателям конечного результата.

Показатели воздействия государственной политики (impact) оценивают степень изменений в состоянии, поведении, предпочтениях и мотивах деятельности целевых групп, на которых направлены меры государственной политики. Показатели воздействия являются интегральными по отношению к показателям конечных результатов или характеризуют комплексный результат воздействия на объект политики (результат более высокого порядка). Например, для показателя конечного результата «уровень заболеваемости данной хронической болезнью» показателем воздействия будет «средняя продолжительность жизни больных с хронической патологией после установления данного заболевания».

В системе показателей результативности выделяют две группы показателей:

***Группа «А»: Показатели эффективности управляющей системы (т.е. внутренней эффективности субъекта бюджетного планирования):***

Подгруппа А.1: Показатели оценки качества планирования и исполнения бюджета;

Подгруппа А.2: Показатели степени ориентации на развитие внутренних управленческих процессов и кадрового потенциала;

Подгруппа А.3: Показатели открытости бюджетного процесса и взаимодействия с потребителями бюджетных услуг.

***Группа «В»: Показатели достижения запланированных результатов государственной политики:***

Подгруппа В.1: Показатели степени достижения поставленных целей и задач – показатели конечных результатов;

Подгруппа В.2: Показатели степени достижения непосредственных результатов;

Подгруппа В.3: Показатели степени достижения показателей общественно-экономической и экономической эффективности деятельности субъекта бюджетного планирования

Удельный вес этих двух групп показателей распределяется следующим образом: 30 % приходится на показатели эффективности субъекта бюджетного планирования и 70% – на показатели достижения результатов госполитики. Оценка результативности бюджетных расходов проводится путем расчета

показателей результативности и сравнения фактических и плановых значений этих показателей.

### **Оценка достижения запланированных целей**

---

Оценка достижения запланированных целей (решения задач) производится путем расчета соответствующего коэффициента результативности по формуле:

$$O_{ц} = \frac{\sum_1^n \frac{P_{\text{факт.}} * 100}{P_{\text{план.}}}}{n}, \text{ где}$$

$O_{ц}$  – коэффициент результативности достижения цели (решения задачи), %;

$P_{\text{факт.}}$  – фактическое значение показателя результативности;

$P_{\text{план.}}$  – плановое значение показателя результативности;

$n$  – количество показателей результативности достижения цели (решения задачи).

Оценка результативности проходит в несколько этапов:

1-й этап – расчет показателей результативности за отчетный период;

2-й этап – комплексная оценка результативности реализации бюджетной целевой программы;

3-й этап – анализ наибольших отклонений фактических значений показателей от плановых.

### **Оценка эффективности деятельности субъекта бюджетного планирования**

---

Оценка эффективности деятельности субъекта бюджетного планирования производится путем расчета соответствующего коэффициента результативности по формуле:

$$O_{\text{бцп}} = \frac{\sum_1^n O_{ц}}{n}, \text{ где}$$

$O_{\text{бцп}}$  – коэффициент результативности деятельности субъекта бюджетного планирования, %;

$O_{ц}$  – коэффициент результативности достижения цели деятельности субъекта бюджетного планирования, %;

$n$  – количество целей деятельности субъекта бюджетного планирования.

Как правило, оценка результативности бюджетных расходов в текущем периоде является основанием для принятия решений относительно выделения бюджетного финансирования программы в будущем. При этом важно понимать, что невыполнение установленных целевых показателей в текущем периоде не может являться причиной отказа в выделении бюджетного финансирования данного направления программы в следующем периоде или сокращения объемов этого финансирования.

Напротив, невыполнение целевых показателей может указывать на недостаточность текущих объемов финансирования. Однако не исключен и такой вариант, что невыполнение целевых показателей вызвано недостаточной эффективностью выбранного способа достижения цели. В этом случае необходима корректировка выбранного подхода, поиск наиболее результативных методов и инструментов воздействия на проблему.

На практике стимулом для поиска и внедрения наиболее эффективных подходов к расходованию бюджетных средств может стать создание на региональном уровне специального фонда для поощрения субъектов бюджетного планирования, занявших высокие места в рейтинге, составленном по итогам оценки результатов реализации бюджетных целевых программ. При этом, для сотрудников, внесших свой вклад в разработку и реализацию наиболее эффективных программ должен быть выделен отдельный премиальный фонд. В этом случае возникнет личная мотивация к повышению качества бюджетного планирования и наращиванию эффективности бюджетных расходов, возникнет конкуренция за право получения дополнительных бюджетных ассигнований из специального фонда. Таким же образом, на конкурентной основе и с учетом достигнутых результатов, между субъектами бюджетного планирования может распределяться бюджет принимаемых обязательств.

### ***Контрольные вопросы и задания по теме***

---

- Что такое мониторинг и оценка?
- Опишите специфику программного мониторинга и оценки программ по ВИЧ/СПИДу.
- Как осуществляется разработка и отбор индикаторов?
- Назовите виды индикаторов.
- Опишите общепринятую рамку мониторинга и оценки.
- Как проводится оценка результативности бюджетных целевых программ?

## **Раздел III. Приложения**

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Подпрограмма «ВИЧ/СПИД» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы»**

---

Основными целями подпрограммы «ВИЧ/СПИД» является снижение числа заразившихся ВИЧ-инфекцией, увеличение числа наблюдаемых ВИЧ-инфицированных беременных женщин, включенных в программу профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции, увеличение доли отечественных препаратов в общем объеме закупаемых антиретровирусных препаратов.

Для достижения заявленных целей подпрограммы предполагается решить следующую группу задач:

- совершенствование методов профилактики распространения ВИЧ-инфекции;
- совершенствование методов диагностики, лечения и реабилитации при ВИЧ-инфекции;
- снижение уровня смертности больных с ВИЧ-инфекцией;
- разработка и внедрение отечественных антиретровирусных препаратов;
- строительство и реконструкция зданий и сооружений специализированных медицинских учреждений и оснащение их современным медицинским и техническим оборудованием.

Объем финансирования подпрограммы за счет средств федерального бюджета в 2007 – 2011 годах составит 4833,4 млн руб. По направлению расходов «капитальные вложения» за счет средств федерального бюджета в 2007 – 2011 годах объем финансирования подпрограммы составит 4160,7 млн. руб. По направлению расходов «прочие нужды», которые включают в себя мероприятия по совершенствованию профилактики, диагностики и лечения ВИЧ/СПИДа, развитию информационной системы мониторинга и оценки, за счет средств федерального бюджета, в 2007 – 2011 годах объем финансирования подпрограммы составит 530,1 млн руб.

Таким образом, в ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы» 86% расходов федерального бюджета составляют капитальные вложения, а на остальные меры приходится лишь 14% выделяемых средств, т.е. мерам профилактики все еще не уделяется должного внимания. В этой ситуации вопросы, связанные с приоритетами и механизмами использования средств бюджета в среднесрочной перспективе, выходят на первый план. При определении приоритетов финансирования и осуществлении мер противодействия ВИЧ-инфекции органам государственной власти целесообразно ориентироваться на наиболее эффективные подходы к работе, на практике доказавшие свою действенность, а именно на усиление массовых профилактических мероприятий. При этом целесообразно использовать опыт и методы работы как международных, так и российских негосударственных организаций.

Профилактика должна стать приоритетным направлением при разработке и реализации целевых программ и получить адекватное финансирование

из государственных средств. Одним из важнейших аспектов профилактики наркомании и ВИЧ/СПИДа является подготовка и переподготовка персонала, занятого в сфере противодействия эпидемии ВИЧ. Решение проблемы дефицита кадров, в первую очередь на местах, возможно путем внедрения единой системы подготовки и переподготовки специалистов различного профиля (врачей, педагогов, социальных работников) на федеральном и региональном уровнях. Важной задачей является укрепление инфраструктуры медицинских учреждений и социальных служб.

В сложившихся условиях при значительном увеличении финансирования программ и мероприятий по ВИЧ/СПИДу назрела необходимость создания и внедрения инструмента, позволяющего проводить мониторинг (систематический анализ распределения ресурсов) и оценку финансовых затрат для определения наиболее эффективных направлений вложения средств. Система мониторинга и оценки текущих расходов на ВИЧ/СПИД должна быть согласована с прогнозируемыми потребностями в расходах на основе данных о развитии эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Практические примеры применения федерального законодательства на региональном уровне**

### **Алтайский край и Волгоградская область**

Основное правовое регулирование в **Алтайском крае** идет путем утверждения целевых региональных программ и принятия иных нормативных правовых актов, специально посвященных проблемам профилактики распространения ВИЧ-инфекции. Среди таких актов можно указать закон Алтайского края «Об утверждении краевых целевых программ в области здравоохранения»; постановление Алтайского краевого Совета народных депутатов «О ходе выполнения Закона Алтайского края «Об утверждении краевых целевых программ в области здравоохранения» в части выполнения неотложных мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в Алтайском крае» от 29 апреля 2003 г. № 134 и постановление Администрации Алтайского края «О неотложных мерах по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в Алтайском крае» от 6 августа 2001 г. № 505.

В **Волгоградской области** Закон «О предупреждении распространения в Волгоградской области заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» был принят 26 мая 2000 г. По содержанию этот региональный Закон шире, чем аналогичный правовой акт Алтайского края, и состоит из 10 статей, регламентирующих полномочия органов исполнительной власти области и органов местного самоуправления, а также Волгоградской областной Думы в вопросах предупреждения ВИЧ-инфекции (ст. 3, 3-1), обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции (ст. 4), права и обязанности ВИЧ-инфицированных (ст. 6, 6-1). В Законе содержатся и гарантии в сфере труда лицам, подвергающимся риску заражения ВИЧ при исполнении служебных обязанностей (ст. 7). Как указано в ст. 10 Закона, все иные вопросы предупреждения распространения ВИЧ-инфекции, не предусмотренные этим Законом, решаются в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1995 г.

Среди муниципальных правовых актов в **Волгоградской области** тоже можно найти посвященные ВИЧ/СПИДу, например Положение о Фонде социальной поддержки населения Волгограда, утвержденное постановлением главы администрации города от 19 ноября 1996 г. № 933, постановление Администрации г. Волгограда «Об организации содержания, обучения и воспитания ВИЧ-инфицированных несовершеннолетних детей, оставшихся без попечения родителей» от 17 апреля 2002 г. № 289, постановление Волжской городской Думы Волгоградской области «О дополнительном ежемесячном пособии ВИЧ-инфицированным детям г. Волжского» от 24 марта 2004 г. № 105/10 и постановление Волжской городской Думы Волгоградской области «О внесении изменений в постановление Волжской городской Думы № 26/8 от 26.09.2001 г. «О целевых городских программах» от 8 ноября 2001 г. № 31/16, которым перечень городских целевых программ на 2002 г. был дополнен Межведомственной программой мероприятий по предупреждению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).

В Уставе (Основном законе) **Алтайского края** положение Конституции РФ конкретизируется и звучит следующим образом: «гражданам Российской Федерации на территории Алтайского края обеспечиваются равные возможности



для получения бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных медицинских учреждениях в объемах, предусмотренных федеральными законами и территориальной программой оказания медицинской помощи» (ч. 2 ст. 11). Решение вопросов здравоохранения отнесено Уставом к компетенции администрации Алтайского края (ст. 79), а утверждение программ социально-экономического развития региона – к полномочиям Алтайского краевого Совета народных депутатов (ст. 73).

В Уставе (Основном законе) **Волгоградской области** правовое положение личности регламентируется в общем виде в ст. 3, но предусмотрены полномочия органов законодательной и исполнительной власти по обеспечению реализации конституционных прав, включая право на охрану здоровья (п. «к» ст. 27 и п. «г» ст. 42). Кроме того, в Волгоградской области принят закон «Об охране здоровья граждан в Волгоградской области» от 29 октября 1997 г., в ст. 4 которого закреплено право жителей региона на «получение медицинской, оздоровительной и лекарственной помощи, финансируемой за счет средств обязательного медицинского страхования, областного и местных бюджетов в соответствии с государственными гарантиями по предоставлению населению медицинской, оздоровительной и лекарственной помощи, качество которых соответствует утвержденным медико-экономическим стандартам».

### **Медицинская деятельность по профилактике ВИЧ/СПИДа и лечение лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом**

Работа кабинета дотестового и послетестового консультирования в **Алтайском крае** регламентируется приказом краевого Комитета по здравоохранению «О мерах по повышению эффективности оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и предупреждению распространения ВИЧ-инфекции на территории Алтайского края» от 1 декабря 1999 г. № 346/472, в приложении № 4 к которому подробно освещены задачи такого консультирования и порядок действий проводящих его медицинских работников.

В **Волгоградской области**, в совместном приказе Комитета по здравоохранению Волгоградской области и Центра Госсанэпиднадзора в Волгоградской области «Об упорядочении обследования населения Волгоградской области на ВИЧ-инфекцию» от 4 апреля 2004 г. № 3081/1-98 в примечаниях к Перечню контингентов, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ (Приложение № 1), и Перечню контингентов, рекомендованных для добровольного медицинского освидетельствования на ВИЧ (Приложение № 2), указывается, что «медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции должно проводиться с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики этого заболевания».

В **Волгоградской области** для профилактики передачи ВИЧ-инфекции при переливании донорской крови действует информационно-методическое письмо областного Комитета по здравоохранению от 28 июня 2002 г. № 01-47/630.

В Волгоградской области Перечни контингентов, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ и рекомендованных для добровольного медицинского освидетельствования на ВИЧ, а также Перечень клинических показаний к обследованию на ВИЧ и Правила проведения

обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека утверждены совместным приказом Комитета по здравоохранению области и территориального Центра Госсанэпиднадзора «Об упорядочении обследования населения Волгоградской области на ВИЧ-инфекцию» от 4 апреля 2001 г. № 3081/1-98. Следует отметить, что данный нормативный правовой акт полностью соответствует Федеральному закону «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995 г. Так, хотя круг лиц, входящих в контингенты, рекомендованные для добровольного медицинского освидетельствования очень широк и охватывает практически все «группы риска» и эпидемиологические показания, в приказе специально подчеркивается, что принудительное обследование таких лиц на ВИЧ запрещается.

**Обмен информацией между медицинскими учреждениями** в выявленных случаях ВИЧ-инфекции в **Алтайском крае** установлен совместным приказом краевого Комитета по здравоохранению и Центра Госсанэпиднадзора в Алтайском крае «О порядке передачи информации о выявленных случаях ВИЧ-инфекции и проведении противэпидемических мероприятий в очагах ВИЧ/ СПИДа на территории Алтайского края» от 22 ноября 2002 г. № 328/597. В названном приказе, а также и в других нормативных правовых актах Алтайского края, посвященных профилактике ВИЧ/СПИДа, обращается специальное внимание на обязанность медицинских работников и иных лиц, занятых в названной сфере, не допускать распространения сведений, составляющих медицинскую тайну. Так, в уже упоминавшемся приказе Комитета Алтайского края по здравоохранению от 1 декабря 1999 г. № 346/472 запрещается давать ответ о сомнительном или положительном результате исследования на ВИЧ-инфекцию по телефону, а в приложении № 9 содержатся рекомендации по ограничению распространения конфиденциальной информации, сформулированные в виде принципов, которым обязан следовать медицинский работник. Согласно этим принципам, больной должен быть по возможности основным и единственным источником первичной информации о себе, объем этой информации должен быть ограничен необходимым для эффективного обслуживания и оказания помощи. Внутри лечебного учреждения информацию о больном следует раскрывать только определенным сотрудникам и в объеме, необходимом для помощи больному. Необходимость для обслуживания ограничивает документирование информации о больном и ее сообщение консультантам и специалистам.

В **Волгоградской области** порядок обмена информацией между учреждениями здравоохранения регламентируется совместным приказом Комитета по здравоохранению области и территориального Центра Госсанэпиднадзора от 9/13 июля 2001 г. № 706/1-158. Однако специальных положений, касающихся сохранения врачебной тайны, в упомянутом приказе не содержится. В то же время обязанность руководителей органов управления здравоохранением городов и районов области, главных врачей медицинских учреждений государственной и муниципальной форм собственности «обеспечить соблюдение медицинскими работниками конфиденциальности информации о ВИЧ-инфицированных пациентах» закреплена в совместном приказе Комитета по здравоохранению и Центра Госсанэпиднадзора в Волгоградской области «Об организации оказания медицинской помощи носителям ВИЧ и больным СПИД в Волгоградской области» от 26 января 2001 г. № 83/1-20. В соответствии

со ст. 14 Федерального закона от 30 марта 1995 г. медицинская помощь ВИЧ-инфицированным оказывается на общих основаниях по клиническим показаниям. При этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Это означает, в частности, что необходимым условием любого медицинского вмешательства является информированное согласие лица, живущего с ВИЧ/СПИДом (ст. 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан). Они имеют право отказаться от медицинского вмешательства (ст. 33 Основ), а также получать в доступной форме всю имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья (ст. 32 Основ).

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Возможная система показателей результативности деятельности департамента здравоохранения**

#### **Цель 1. Обеспечение доступности услуг здравоохранения для населения**

1. Оценка гражданами доступности услуг здравоохранения (по данным социологических исследований);
2. Оценка гражданами доступности лекарственного обеспечения (по данным социологических исследований).

#### **Задача 1.1. «Повышение доступности специализированной медицинской помощи»**

3. Охват отдаленных и труднодоступных муниципальных образований специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощью (в процентах);  
[Рассчитывается как: «Количество отдаленных и труднодоступных муниципальных образований, расположенных на территории субъекта РФ, по отношению к которым налажен регулярный доступ специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи (единиц)» \* 100% / «Общее количество отдаленных и труднодоступных муниципальных образований, расположенных на территории субъекта РФ (единиц)»].
4. Количество стационарных мест в специализированных медицинских учреждениях на 100 тыс. населения (мест), в том числе по видам специализированных учреждений: кожно-венерологических, туберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и др.;
5. Количество действующих мест в дневных стационарах всех типов на 100 тыс. населения (мест).

#### **Задача 1.2. «Повышение доступности обычных видов медицинской помощи»**

6. Установленная мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, (посещений в год на 1 тыс. населения);
7. Охват населения врачами общей практики (в процентах от общей численности населения);
8. Количество мобильных врачебных бригад, (единиц на 1 тыс. населения);
9. Обеспеченность населения области врачами (человек на 1 тыс. жителей);
10. Охват неработающего населения обязательным медицинским страхованием (в процентах);  
[Рассчитывается как: «Численность неработающего населения, охваченного обязательным медицинским страхованием (млн чел.)» \* 100% / «Общая численность неработающего населения в субъекте РФ (млн чел.)»].

#### **Задача 1.3. «Повышение доступности санаторно-курортной помощи»**

11. Уровень развития лечебно-оздоровительных местностей субъекта РФ (мест в расчете на 100 тыс. населения);  
[Рассчитывается как: «Общее число мест в лечебно-оздоровительных организациях на территории субъекта РФ (мест)» \* 100 / «Общая численность населения субъекта РФ (тыс. чел.)»].

## **Цель 2. Полное удовлетворение потребностей населения в услугах здравоохранения и повышение их качества**

12. Уровень детской смертности (на 1000 детей в возрасте до 5 лет);
13. Средняя продолжительность жизни больных с хронической патологией после установления заболевания (лет);
14. Оценка гражданами качества медицинской помощи (по данным социологических исследований).

### **Задача 2.1. «Повышение качества услуг здравоохранения»**

15. Коэффициент своевременности оказания специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи (в процентах); [Рассчитывается как: «Число случаев своевременно оказанной специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи на территории субъекта РФ (единиц)» \* 100% / «Общее число вызовов специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи на территории субъекта РФ (единиц)»].
16. Среднее время получения скорой медицинской помощи в отдаленных и труднодоступных муниципальных образованиях (часов);
17. Среднее время прибытия специализированных врачебных мобильных бригад (часов);
18. Среднее время ожидания предоставления санаторно-курортной помощи за счет средств областного бюджета (дней);
19. Среднее время ожидания для помещения в стационар (дней);
20. Уровень госпитализации (чел. на 100 жителей);
21. Смертность от пневмонии (случаев на 100 000 населения);
22. Доля помощи, оказанной в круглосуточных стационарах (в процентах); [Рассчитывается как: «Объем стационарной помощи (койко-дней)» \* 100% / («Объем стационарной помощи, (койко-дней)» + «Объем помощи в дневных стационарах всех типов (дней лечения)»)].

### **Задача 2.2. «Повышение обеспеченности населения высокотехнологичной медицинской помощью, требующей специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий»**

23. Коэффициент обеспечения потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи (в процентах); [Рассчитывается как: «Количество пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь (чел.)» \* 100% / «Общая численность населения, нуждающегося и имеющего законное право на получение высокотехнологичной медицинской помощи (чел.)»].

### **Задача 2.3. «Полное удовлетворение потребностей населения в лекарственной помощи»**

24. Уровень удовлетворения потребности в лекарственных средствах различных категорий граждан, имеющих право на получение социальной поддержки в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (в процентах);

### **Задача 2.4. «Повышение уровня здоровья матери и ребенка»**

25. Доля родов, принятых медицинским персоналом в стационарном специализированном учреждении (в процентах от общего количества родов);

26. Доля новорожденных с пониженным весом при рождении (менее 2,5 кг), (в процентах от общего числа родившихся живыми);
27. Уровень материнской смертности (чел. на 100 тыс. родившихся живыми).

**Цель 3. Снижение уровня заболеваемости и предотвращение других угрожающих здоровью состояний.**

28. Количество лиц с тяжелыми хроническими заболеваниями (чел. на 100 тыс. населения);
29. Смертность от несчастных случаев, отравлений и травм (ед. на 100 тыс. населения);
30. Смертность в результате инфекционных заболеваний (ед. на 100 тыс. населения).

**Задача 3.1. «Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения»**

31. Охват населения эпидемиями, заболеваний (на 100 тыс. населения); [Рассчитывается как: «Численность заболеваний в результате эпидемий на 100 тыс. населения субъекта РФ (на 100 тыс. заболеваний)»].
32. Смертность в результате эпидемий (ед. на 100 тыс. населения);
33. Число смертельных случаев в результате пищевых отравлений (ед. на 100 тыс. населения);
34. Удельный вес объектов, относящихся к III группе санэпидблагополучия по отношению к общему количеству объектов.

**Задача 3.2. «Снижение уровня заболеваемости социально значимыми болезнями»**

35. Уровень заболеваемости кожно-венерическими заболеваниями в расчете на 100 тыс. населения области (единиц новых случаев заболеваний на 100 тыс. населения); [Рассчитывается как: «Число новых случаев заболеваний кожно-венерическими заболеваниями в области (единиц)» \* 100 / «Общая численность населения области (тыс. чел.)»].
36. Уровень заболеваемости туберкулезом в расчете на 100 тыс. населения области (единиц новых случаев заболеваний на 100 тыс. населения); [Рассчитывается как: «Число новых случаев заболеваний туберкулезом в области (единиц)» \* 100 / «Общая численность населения области (тыс. чел.)»].
37. Уровень заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя в расчете на 100 тыс. населения области (единиц новых случаев заболеваний на 100 тыс. населения); [Рассчитывается как: «Число новых случаев заболеваний синдромом зависимости от алкоголя в области (единиц)» \* 100 / «Общая численность населения области (тыс. чел.)»].
38. Уровень заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ в расчете на 100 тыс. населения области (единиц новых случаев заболеваний на 100 тыс. населения); [Рассчитывается как: «Число новых случаев заболеваний синдромом зависимости от наркотических веществ в области (единиц)» \* 100 / «Общая численность населения области (тыс. чел.)»].

39. Уровень заболеваемости онкологическими заболеваниями в расчете на 100 тыс. населения области (единиц новых случаев заболеваний на 100 тыс. населения);  
[Рассчитывается как: «Число новых случаев заболеваний онкологическими заболеваниями в области (единиц)» \* 100 / «Общая численность населения области (тыс. чел.)»].
40. Уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в расчете на 100 тыс. населения области, (единиц новых случаев заболеваний на 100 тыс. населения);  
[Рассчитывается как: «Число новых случаев заболеваний ВИЧ инфекцией в области (единиц)» \* 100 / «Общая численность населения области (тыс. чел.)»].
41. Уровень излечимости болезней, общих для человека и животных и выявленных у животных на территории субъекта РФ (в процентах);  
[Рассчитывается как: «Число новых случаев заболеваемости животных, излеченных в отчетном и предшествующем отчетному периодах (единиц)» \* 100% / «Общее число новых случаев заболеваемости животных, выявленных на территории субъекта РФ в отчетном и предшествующем отчетному периодах (единиц)»].
42. Уровень заболеваемости болезнями, общими для человека и животных, в расчете на 100 тыс. населения субъекта РФ (единиц новых случаев заболеваний);  
[Рассчитывается как: «Число новых случаев заболеваний болезнями, общими для человека и животных, выявленных у населения субъекта РФ (единиц)» \* 100 / «Общая численность населения субъекта РФ (тыс. чел.)»].



**ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Финансирование комплексных программ профилактики и борьбы со СПИДом на примере Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы» и Программы Оренбургской области «Предупреждение распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 2007–2010 годы»**

Территориальные программы противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ тесно связаны с федеральными программами. С целью «увязки» этих программ в ФЦП индикативно указываются объемы расходов субъектов РФ.

**Индикативные показатели объемов территориальных целевых программ в составе ФЦП**

Направление расходов	2007	2008	2009	2010	2011	% к итогу
Всего, млн руб. в ценах соответствующих лет:	710	763,5	820,8	857,4	894,5	100%
В том числе:						
Профилактика, диагностика, лечение заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, подготовка кадров, млн руб.	500	543,5	590,8	617,4	644,5	71%
НИОКР, млн руб.						0%
Капитальные вложения, млн руб.	210	220	230	240	250	29%

**Объемы расходов региональной программы «Предупреждение распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 2007 – 2010 годы» (включая внебюджетные источники финансирования, международные программы)**

Направление расходов	2007	2008	2009	2010
Всего, млн руб. в ценах соответствующих лет:	40,352	52,037	53,877	57,235
В том числе:				
Профилактика, диагностика, лечение заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, подготовка кадров, млн руб.	40,352	52,037	53,877	57,235
НИОКР, млн руб.				
Капитальные вложения, млн руб.				

**Объемы расходов региональной программы «Предупреждение распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 2007 – 2010 годы», финансируемых из альтернативных источников**

Направление расходов	2007	2008	2009	2010
Всего, млн руб. в ценах соответствующих лет:	5,040	1,260	1,260	1,260
В том числе:				
Профилактика, диагностика, лечение заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека, подготовка кадров, млн руб.	5,040	1,260	1,260	1,260

В целом областная программа Оренбургской области имеет профилактическую направленность.

Распространение ВИЧ-инфекции и рост числа больных со стадией СПИД, наличие сочетанной патологии (вирусные гепатиты, туберкулез, венерические заболевания) в Оренбургской области выходят за рамки чисто медицинской проблемы. Это вопрос стратегической, экономической и социальной безопасности всего общества. Принятие эффективных комплексных мер, направленных на предотвращение дальнейшего распространения эпидемии, и обеспечение их устойчивости расценивается как насущная необходимость. Для противодействия требуется широкая мобилизация институциональных и финансовых ресурсов.

Актуальность проблемы ВИЧ-инфекции для Оренбургской области определяется также уровнем пораженности населения. По этому показателю область занимает второе место в Приволжском федеральном округе и входит в число десяти территорий Российской Федерации с наиболее высоким уровнем пораженности. Наиболее неблагоприятная и нестабильная ситуация отмечается в городах восточного Оренбуржья: Орске, Гае, Новотроицке.

В общей структуре заболевших прогрессивно увеличивается число женщин, заразившихся половым путем, и число беременных с диагнозом «ВИЧ-инфекция». В результате увеличивается число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, общее число их составило 927, из них 55 поставлен диагноз «ВИЧ-инфекция», и число отказных детей (61).

Сохраняется вероятность заражения лиц, употребляющих психоактивные препараты инъекционным способом.

Значительная часть ВИЧ-инфицированных находится в учреждениях Управления Федеральной службы исполнения наказаний по Оренбургской области, что определяет необходимость реализации в них профилактических мероприятий.

Характерно также наличие у больных ВИЧ-инфекцией различных форм вирусных гепатитов, увеличение числа случаев заболеваний, передающихся половым путем, и туберкулезом. В связи с этим необходимо комплексное лечение ВИЧ-инфицированных, организация контроля его эффективности, но материально-техническое обеспечение центров по профилактике и борьбе со СПИДом в городах Орске и Новотроицке, филиалах областного центра, в городе Бузулуке и поселке Шарлыке не соответствует нормативным требованиям.

Комплексное решение проблемы ВИЧ-инфекции возможно только при эффективном взаимодействии исполнительных и законодательных органов, различных государственных и негосударственных учреждений, в том числе людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Необходимо государственное финансирование решения проблемы ВИЧ-инфекции, в первую очередь реализации профилактических программ.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Организация межведомственного и межсекторного взаимодействия на региональном уровне**

---

### **Красноярский край**

Орган, координирующий работу по противодействию ВИЧ-инфекции был создан в 1998 году в *Красноярском крае* под названием краевой штаб по профилактике заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ/СПИДа, туберкулеза, наркомании. В состав штаба входят представители структурных подразделений управления здравоохранения Красноярского края, территориального управления Роспотребнадзора по Красноярскому краю, соответствующих краевых государственных учреждений здравоохранения. Штаб осуществляет свою деятельность во взаимодействии с органами исполнительной власти края, органами местного самоуправления и другими учреждениями и организациями. В компетенцию штаба входит разработка оперативных и стратегических мероприятий, направленных в том числе и на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа на территории края, организация совещаний и слушаний по этой проблематике, осуществление экспертизы программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом, другими заболеваниями, передающимися половым путем, туберкулезом и наркоманией. Также штаб готовит предложения для органов государственной власти и местного самоуправления по координации всей деятельности в указанной области.

Кроме этого, для координации работы по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и контроля за выполнением краевой целевой программы в 1999 году при администрации края на правах совещательного органа была создана краевая межведомственная комиссия по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа. В 2004 году эта комиссия была упразднена, но вместо нее в настоящее время действует краевая межведомственная комиссия по противодействию распространению наркомании, алкоголизма и СПИДа в крае. Эта комиссия является совещательным органом, обеспечивающим взаимодействие всех органов и организаций на территории края в указанной сфере.

### **Республика Татарстан**

Успешным примером организации региональной системы по противодействию ВИЧ-инфекции считается программа, созданная в *Республике Татарстан*. Основой для разработки мероприятий в сфере ВИЧ/СПИДа в 2005–2007 гг. являлась Республиканская программа по снижению в Республике Татарстан распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции). В 1997 году в республике была организована Межведомственная комиссия по борьбе со СПИДом при Кабинете министров Республики Татарстан, выполняющая функции координации и обеспечения согласованных действий заинтересованных министерств и ведомств Республики Татарстан, администраций городов и районов Республики Татарстан, предприятий, учреждений и организаций в решении задач, направленных на профилактику и борьбу с вирусом иммунодефицита человека (СПИД) среди населения Республики Татарстан.

Позитивный опыт регионов в сфере решения проблем противодействия распространению эпидемии ВИЧ/СПИДа может быть успешно использован при разработке соответствующих программ и построении систем взаимодействия участников разработки и выполнения этих программ другими регионами.

## **Алтайский край**

В Алтайском крае накоплен большой опыт выстраивания системы межведомственного и межсекторального взаимодействия. В качестве примера приведем список некоторых документов, регламентирующих взаимодействие и детализирующих ответственность партнеров в противодействии эпидемии ВИЧ-инфекции, помимо действующей межведомственной комиссии.

**Соглашение о двухстороннем взаимодействии** Центра Госсанэпиднадзора в г. Барнауле и Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями.

**Межведомственное соглашение** о порядке взаимодействия Главного управления внутренних дел Алтайского края, Федеральной службы исполнения наказаний Министерства Юстиции РФ по Алтайскому краю, комитета администрации Алтайского края по здравоохранению, Главного управления администрации Алтайского края по социальной защите населения и преодолению последствий ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, Федеральной службы России по контролю за оборотом наркотиков по Алтайскому краю, комитета администрации Алтайского края по печати и информации в рамках реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу».

**Соглашение** о порядке взаимодействия комитета администрации Алтайского края *по здравоохранению* и Главного управления Алтайского края *по социальной защите населения* и преодолению последствий ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне по медико-социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в рамках реализации приоритетного Национального проекта в сфере здравоохранения и программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу».

**Межведомственная инструкция** о порядке взаимодействия подразделений управления внутренних дел, главного управления исполнения наказаний МЮ и учреждений здравоохранения по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции на территории Алтайского края. Подписанная Управлением внутренних дел Алтайского края, Главным управлением исполнения наказаний МЮ по Алтайскому краю и Краевым комитетом администрации Алтайского края по здравоохранению.

**Договор о совместной деятельности** между Алтайским Краевым Центром по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и Барнаульской Епархией Русской Православной Церкви, Московского Патриархата.

**Соглашение о взаимодействии** Управления Алтайского края по печати и информации и государственного учреждения здравоохранения «Алтайский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями».

**Протокол о намерениях** сотрудничества ГУЗ «Краевой центр СПИД» и некоммерческих общественных СПИД-сервисных организаций Алтайского края в рамках приоритетного Национального проекта в сфере здравоохранения и

программы «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИДу» (всего подписано 8-ю местными общественными некоммерческими организациями).

Здесь приводится полный текст утвержденного положения о **краевой межведомственной комиссии** по профилактике и борьбе со СПИДом.

УТВЕРЖДЕНО  
постановлением Администрации  
Алтайского края  
от \_\_12 марта\_\_ 2007 г.

## **ПОЛОЖЕНИЕ**

### **о краевой межведомственной комиссии по профилактике и борьбе со СПИДом**

1. Краевая межведомственная комиссия по профилактике и борьбе со СПИДом (далее именуется «Комиссия») является органом, организующим взаимодействие органов исполнительной власти Алтайского края, а также других государственных ведомств, некоммерческих организаций в сфере противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа на территории Алтайского края.

2. Комиссия в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, законами Алтайского края, постановлениями и распоряжениями Администрации края, а также настоящим Положением.

3. Основными задачами Комиссии являются:  
участие в формировании и проведении государственной политики в сфере противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа в Алтайском крае;  
организация взаимодействия заинтересованных территориальных органов власти, структурных подразделений Администрации края, органов местного самоуправления по вопросам противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа;  
обеспечение разработки и реализации программ по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа.

4. Комиссия в пределах своих полномочий для выполнения возложенных на нее задач осуществляет следующие функции:

разрабатывает меры по реализации государственной политики по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа в Алтайском крае;

рассматривает в пределах своих полномочий вопросы, связанные с реализацией Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)»;

разрабатывает меры по повышению эффективности контроля за ходом реализации краевых целевых программ по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа, а также осуществляемых в связи с этим мероприятий;

обеспечивает комплексный анализ ситуации, складывающейся в Алтайском крае в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа, и разработку мер, направленных на ее предупреждение ВИЧ/СПИДа;

способствует созданию постоянно действующей системы информирования населения о мерах личной и общественной профилактики ВИЧ/СПИДа и проведению кампаний по пропаганде здорового образа жизни и профилактике ВИЧ-инфекции среди молодежи.

5. Для реализации поставленных перед ней задач Комиссия имеет право: заслушивать в пределах своей компетенции должностных лиц органов исполнительной власти Алтайского края о ходе выполнения рекомендаций и поручений Комиссии по вопросам, ей подведомственным; запрашивать в пределах своей компетенции у государственных, муниципальных органов и организаций необходимые для ее деятельности документы, материалы, информацию; рассматривать ход реализации целевой комплексной подпрограммы «Неотложные меры по предупреждению распространения в Алтайском крае заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»; представлять по поручению главы Администрации края заключения по проектам законов и других нормативных актов, по проблеме ВИЧ/СПИДа; при необходимости образовывать экспертные комиссии и рабочие группы, привлекать по согласованию специалистов для проведения разработок, экспертиз, научных исследований, анализа и подготовки материалов по проблеме ВИЧ/СПИДа; вносить в установленном порядке предложения по вопросам, требующим решения главы Администрации края.

6. Состав Комиссии утверждается постановлением Администрации края.

7. Комиссию возглавляет председатель, который определяет основные направления деятельности Комиссии, организует ее работу и ведет заседания.

8. Комиссия осуществляет свою деятельность в соответствии с планом работы, который принимается на заседании Комиссии и утверждается ее председателем.

9. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в 3 месяца, и считаются правомочными, если на них присутствуют не менее половины ее членов.

Дату, повестку дня заседаний и порядок их проведения определяет председатель Комиссии. По поручению председателя Комиссии заседание может вести его заместитель.

10. Представители территориальных федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти Алтайского края, структурных подразделений Администрации края, органов местного самоуправления, других заинтересованных организаций и средств массовой информации могут участвовать в заседаниях Комиссии в установленном порядке.

11. Решения Комиссии принимаются простым большинством голосов присутствующих на заседании членов Комиссии и оформляются протоколом, который подписывает председатель.

Комиссия информирует граждан через средства массовой информации о вопросах, рассмотренных на своих заседаниях, и о принятых по этим вопросам решениях.

12. К работе Комиссии при необходимости могут привлекаться по согласованию должностные лица органов государственной власти и представители заинтересованных организаций, не входящие в ее состав.

13. Организационно-техническое и информационное обеспечение деятельности Комиссии осуществляет секретарь.

14. Для реализации возложенных на Комиссию задач секретарь: осуществляет подготовку проектов планов работы Комиссии и контроль за их реализацией, а также подготовку необходимых документов и аналитических материалов к заседаниям Комиссии; обеспечивает проведение заседаний в установленный срок;

оформляет протоколы заседаний Комиссии, участвует в соответствии с поручениями в подготовке проектов докладов для главы Администрации края, а также информационных материалов по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа для председателя Комиссии и органов государственной власти; организует по поручению председателя Комиссии привлечение специалистов для проведения исследований и представления заключений по вопросам разработки и внедрения в практику новых средств, форм и методов профилактики ВИЧ/СПИДа.



## **ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Планирование адвокационной кампании**

---

Основные этапы планирования кампании по адвокации включают в себя четко определенную проблему, продуманную стратегию, тщательно проработанный план действий и способность эффективно обмениваться информацией и передавать ее.

### **Этапы планирования кампании**

1. Определение и анализ проблемы
2. Формулирование цели и обращения
3. Исследование цели и задач и их уточнение
4. Разработка стратегии кампании
5. Разработка графика действий
6. Формирование бюджета
7. Определение инструментов и процедур контроля проведения кампании

### **Определение и анализ проблемы**

- Состоит из поисков ответов на следующие вопросы:
- В чем суть основной нежелательной ситуации?
- Причина такого положения?
- Какова первопричина?
- Что можно сделать?

Вслед за ответами на эти вопросы имеет смысл попытаться найти потенциальные решения обозначенной в качестве ключевой проблемы.

### **Формулирование цели и обращения**

В данном случае, с учетом тематической специфики планируемой кампании, прежде всего, следует исходить из корректности формулируемой цели и обращения – по отношению ко всем группам населения, являющимся целевой аудиторией.

При формулировании цели и обращения кампании необходимо учитывать следующие основные положения.

Формулируемая цель кампании должна выглядеть актуальной для целевой аудитории (понятной и достаточно близкой, реальной для всех, к кому обращена кампания). В случае неактуальности формулировки ваша кампания обречена на провал, прежде всего потому, что она не будет «задевать за живое». Анализируя обращение кампании, важно вычлнить те группы населения, которые являются целевой аудиторией. Это вовсе не обязательно могут быть только те, кого проблема касается непосредственно в силу наличия заболевания.

Тема распространения ВИЧ/СПИД и помощи ЛЖВ может приобрести актуальность по разным причинам. Например, если эта проблема будет в каждой семье. Однако, стоит ли дожидаться, пряча голову в песок? Такая постановка самого вопроса способна, на мой взгляд, всерьез затронуть общество.

Помимо актуальности, значимым становится и такое свойство формулировки кампании, как посильность достижения ее цели. Не стоит задаваться целью спасти

все человечество, сконцентрируйтесь на тех, до кого вы можете «дотянуться» в ходе кампании.

Вполне реалистичными могут быть общественные кампании, направленные на:

- повышение уровня информированности населения о проблемах ВИЧ/СПИД и защиты прав ЛЖВ;
- повышение доступа к лечению и прав ЛЖВ;
- развитие взаимодействия с органами государственной власти и местного самоуправления и другие.

### **Исследование цели и задач**

Исследование сформулированных цели и задач осуществляется для того, чтобы:

- убедить участников кампании в важности цели;
- убедить союзников присоединиться к вашему делу;
- лучше понять ваших оппонентов;
- обеспечить точное планирование; и
- просветить общественность

С другой стороны, сформулированная цель и задачи нуждаются в уточнении, которое можно сделать, только исследовав их. Дополнительная информация о проблеме, получаемая от такого исследования, позволяет иметь большее количество аргументов за необходимость решения проблемы. Кроме того, задачи кампании, которые формулируются и затем уточняются, должны обладать определенным набором свойств. Задачи должны быть:

- S** – specific (точными);
- M** – measurable (измеримыми);
- A** – achievable (достижимыми);
- R** – relevant (значимыми);
- T** – time-bounded (ограниченными во времени).

Из всех перечисленных свойств самым сложным, с точки зрения определения, является свойство измеримости, поэтому приведем его краткое пояснение. Любой бизнес-проект обладает вполне понятным и простым измерителем – прибыльностью. Достаточно, вложив некую сумму, на выходе проекта получить по излюбленной схеме К. Маркса «деньги-товар-деньги!» (Д-Т-Д<sup>1</sup>); разница между Д<sup>1</sup> и Д будет нашей прибылью. Период времени для возвращения вложений является сроком окупаемости инвестиций.

С кампаниями по защите и продвижению общественных интересов, как и с социальными проектами, несколько сложнее, по крайней мере, по двум показателям: по единицам измерения эффекта и по сроку «окупаемости» вложенных ресурсов. Ресурсы могут быть не столь простыми, как в бизнес-проекте. Здесь мы рассмотрим только две названных позиции – связанные с единицами измерения социальной эффективности и со сроками социальных инвестиций.

Эффекты социального инвестирования<sup>1</sup> сложнее подсчитать, поскольку они могут измеряться в самых разнообразных единицах (снижение уровня преступности, социального сиротства, сокращение числа граждан, требующих социального обеспечения, повышение количества здоровых детей, цифры положительной

динамики опросов, выясняющих социальное самочувствие населения, уровень доверия граждан к власти и т. п.)<sup>2</sup>. В ближайшем будущем предстоит значительная работа по внедрению в практику социальной политики оценочной деятельности, с помощью которой станут возможными системные измерения эффективности вложений в социальную сферу и контроля социальных показателей влияния тех или иных социально направленных действий.

Долгосрочность подобных вложений, не всегда ориентированных на получение быстрого социального и экономического эффекта, заключается в том, что значительная часть социальных показателей становится заметной по мере изменений в самом обществе. Например, повышение уровня грамотности населения в вопросах семейной культуры и по отношению к проблеме заболеваний ВИЧ/СПИД, скорее всего, лишь через 15 лет начнет отражаться на таких показателях, как темпы роста валового внутреннего продукта (ВВП) или демографическая ситуация и ее динамика. Однако если сегодня не сделать правильных инвестиций, позволяющих, например, уберечь подростка от попадания в группу риска, то через некоторое время он станет носителем этой проблемы, поскольку «незнание не освобождает от грядущей ответственности».

Для бизнес-проекта такой срок считается неприемлемым, а вот для общественно значимой кампании или социального проекта – наиболее разумным. В этом состоит основная сложность данного подхода и, одновременно, формулирования задач<sup>3</sup>. В качестве альтернативы и дополнения измерений эффекта может использоваться термин «описание эффекта». Если вы не можете измерить результат, то постарайтесь описать его, уже это действие может оказаться весьма полезным, поскольку позволит вам разобраться с тем, что и как именно вы делали.

Исследование цели и задач состоит из следующих элементов:

- оценка известных фактов, информации и сведений;
- разработка плана получения и сбор дополнительной информации;
- оформление полученных данных и сведений в форме, доступной для восприятия.

## **Разработка стратегии кампании**

Необходимо принимать во внимание шесть основных элементов стратегии:

1. Долгосрочные, промежуточные и краткосрочные (задачи).
2. Объекты воздействия – люди, на которых необходимо оказывать влияние для принятия значимого решения, а также те, кто может оказывать влияние на них.
3. Сторонники и оппоненты – те, кто может помочь вам, и те, кто будет, вероятно, вам противостоять.
4. Ресурсы кампании (в т.ч. организационные, финансовые, добровольческие и пр.) – то, что вы можете брать из фонда.
5. Тактика — что и как именно вы будете делать.
6. Механизмы оценки – как вы будете оценивать ваши достижения.

Для удобства выполнения данной части работы по планированию и реализации кампании указанные элементы можно расположить в свернутом виде в таблице.

	Объекты воздействия	Сторонники и оппоненты	Ресурсы кампании	Тактика (действия)	Механизмы мониторинга и оценки
Долгосрочные задачи					
Промежуточные задачи					
Краткосрочные задачи					

### **Разработка графика действий**

Графики также вносят в кампанию по адвокации необходимый элемент логики, поскольку каждое действие или мероприятие лежит в основе следующего. Например, если вы планируете провести митинг в начале кампании до того, как вы выступите со своим обращением и получите общественную поддержку, он соберет мало людей. Митинг, в котором участвует лишь несколько сторонников, принесет вам больше вреда, чем пользы, и может быть использован оппонентами для дискредитации вашей кампании.

Но если вы организуете митинг после успешного проведения просветительной кампании, вы сможете привлечь на него сотни сторонников, которые сумеют оказать вам необходимую помощь. Кроме того, лоббирование желательно применять по истечении первой четверти вашей кампании, когда вы будете более компетентны в вопросах, относящихся к вашей цели, и привлечете общественное внимание.

Ориентировочный график кампании, указывающий начало и окончание каждого мероприятия, может выглядеть так:

	Ответственное лицо	Месяц 1	Месяц 2	Месяц 3	Месяц 4	Месяц 5	Месяц 6	Месяц 7
Провести исследование	Т. М.							
Создать коалицию	Б.К.							
Провести пресс-конференцию	С. Б.							
Привлечь добровольцев	С. Б.							
Собрать средства	Г.Л.							
Выпустить информационный бюллетень и брошюру	С.У.							
Организовать мероприятие начала кампании	Б.К.							
И так далее								

Этот примерный график включает общие категории планируемой деятельности. Лица, ответственные за каждую категорию, должны составить отдельный график своей деятельности.

Кроме того, необходимо отметить, что большинство кампаний не всегда строго следуют плану стратегии и графику. Наличие плана и графика помогает обеспечить

лучшую подготовку и дает вам чувство движения в определенном направлении. Помните, три ключевых момента кампании по адвокации это: планирование, оценка результатов и снова планирование.

### **Формирование бюджета**

Разработанный план стратегии поможет вам подготовить бюджет кампании. Исследуйте имеющийся у вас бюджет и прочие ресурсы, которые вы потенциально можете привлечь: взносы участников, внешнее финансирование, предоставленное время, материалы или транспорт, за которые вам почти не придется платить, а также сотрудничество с другими организациями. Определите прочие необходимые ресурсы, при наличии которых вы сможете более эффективно воздействовать на объект и выполнять свои задачи.

Кампании по адвокации могут проводиться с малыми затратами, но, как правило, чем большими ресурсами вы обладаете, тем больше внимания сможете привлечь. Выпуск плакатов, листовок и объявлений, организация почтовых рассылок требуют определенных затрат, а также приходится платить за предоставление транспорта, например, чтобы доставить людей к месту демонстрации. Многие гражданские общественные организации привлекают денежные средства и/или собирают пожертвования для того, чтобы увеличить ресурсы кампании.

Выделите время на мероприятия по привлечению средств и привяжите их к мероприятиям кампании. Например, рассылка писем или раздача листовок проводятся с целью повышения степени информированности общественности, но к ним можно приложить специальную форму для желающих сделать пожертвование. Если вы проводите собрание, вы можете поставить урну для пожертвований, которые люди могут внести, пока они воодушевлены.

Чтобы получить больше возможностей достичь необходимых изменений в обществе, разошлите предложение об оказании материальной поддержки в различные источники финансирования, например, отдельным заинтересованным группам, которые могут поддержать ваш процесс адвокации. Используйте связи, чтобы выйти на лидеров, часто оказывающих поддержку подобного рода, и организовать с ними встречу. Также можно рассылать письма с просьбами об оказании финансовой поддержки ведущим представителям бизнеса и руководителям НПО или прочим потенциальным источникам финансирования. В письме должны указываться цель вашей кампании, польза, которую она принесет обществу, возможный способ ее достижения, партнеры и члены коалиции, привлеченные внешние ресурсы и назначение будущих привлеченных средств.

При составлении писем с просьбами об оказании материальной поддержки, важно соблюдать стиль письма, соответствующий культуре, языку и насущным потребностям целевой аудитории. Письмо родителям должно быть написано в ином тоне, чем письмо ведущим представителям бизнеса или выборным должностным лицам. Мероприятия по привлечению денежных средств должны быть одобрены членами вашей организации. Каждый должен быть согласен с тем, что такие мероприятия не противоречат имиджу вашей организации. Иногда легче получить помощь, выраженную в неденежной форме, как, например, предоставление эфирного времени на радио или транспортных средств и услуг по транспортировке для определенных мероприятий. Вы можете совместно

с прочими участниками составить календарь мероприятий по привлечению денежных средств, которые они помогут организовать. Выделите средства для привлечения средств. Отложите достаточно денег для организации мероприятий по привлечению средств.

Небольшое предостережение — постарайтесь, чтобы процесс поиска источников финансирования не стал для вас более важным, чем ваши основные планы.

### ***Определение инструментов и процедур контроля проведения кампании***

Правильно организованный и своевременный контроль за ходом вашей кампании позволяет не только отслеживать происходящие события и фиксировать достижения и упущения, но и вовремя замечать изменения, важные для нее. Чувствительность контрольно-оценочного инструментария способствует успеху кампании в целом.

Наиболее разумными инструментами оценки являются внутриорганизационные мероприятия (такие как заседание рабочего штаба кампании или группы оперативного управления), которые вы можете расположить внутри графика ваших действий так, чтобы они помогали оперативно наблюдать за происходящими процессами и прошедшими событиями. При наличии возможности организация внешнего контроля (оценки) эффективности тех или иных действий вашей кампании представляются также полезными.

Итак, мы рассмотрели кратко некоторые технологии межсекторного взаимодействия. Пользуясь ими, все общественно активные силы (информированная и имеющая волевой настрой власть, социально ответственный бизнес и конструктивно действующие институты гражданского общества) вправе рассчитывать на создание в своем регионе эффективного партнерства, на основе которого само общество будет способно к решениям острых социальных проблем, в том числе таких сложных, как противодействие распространению ВИЧ/СПИД и помощи людям, живущим с указанными заболеваниями.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Участие гражданского общества в программах противодействия распространению ВИЧ/СПИДа. Международный опыт**

**Испанский** Национальный комитет по координации и оценке программ профилактики СПИДа подчинен Министерству здравоохранения и защиты прав потребителей. В работе комитета участвуют представители всех секторов, включая НКО. Общественные организации принимают участие в разработке Национального плана борьбы с ВИЧ/СПИДом. Испанские общественные организации также сформировали Консультативный совет НКО, который занимается лоббированием.

В **Нидерландах** представители местной власти и НКО вместе работают в Национальном фонде по СПИДу и Национальном фонде по ИППП. НКО отвечают за профилактику и медико-социальный уход в отношении конкретных групп, требующих приоритетного внимания. Государство финансирует деятельность НКО через Национальный фонд по СПИДу, в четырехлетних стратегических планах которого отражены приоритетные направления государственной политики. В планах фонда, представляемых на одобрение правительства, предусмотрена деятельность по координации усилий, информированию, мониторингу, адвокации, консультациям, разработке политики и оценке проектов.

В **Финский** Национальный совет по СПИДу входят представители НКО и ЛЖВ. По мнению Министерства здравоохранения, в стране существуют крепкие традиции координации усилий в области разработки стратегии и реализации проектов НКО.

**Австрийская** комиссия по СПИДу занимается вопросами политики и выделяет финансирование семи местным СПИД/сервисным организациям.

В **Великобритании** в 2001 г. НКО участвовали в консультациях, проведенных Национальной службой здравоохранения (НСЗ), чтобы выявить независимые мнения и идеи по дальнейшему усилению стратегии борьбы со СПИДом, а также получить обратную связь о путях реализации этой стратегии. Помимо участия в шести консультационных заседаниях, национальные СПИД-сервисные организации и другие НКО провели собственные обсуждения для составления рекомендаций правительству. Результаты этих встреч были представлены Министерству здравоохранения и местным органам НСЗ.

В **Германии** общими мероприятиями для населения, как правило, занимается государственный сектор, а НКО ведут работу среди уязвимых групп.

В **Греции** нет традиции активного участия НКО в здравоохранении, но при этом страна уже с успехом использует опыт своих северных соседей, создавая структуры и механизмы поддержки НКО.

В 1995–1999 гг. **Бразилии** удалось наполовину снизить смертность от СПИДа. В 1992 г. правительство организовало конференцию НКО, а два года спустя начало программу грантового финансирования общественных проектов. Государство признало ценный вклад 600 организаций гражданского общества в реализацию национальной программы. НКО принесли в национальную программу такие принципы, как солидарность, преодоление отторжения и дискриминации,



борьбу со стигмой. По словам представителя Министерства здравоохранения Бразилии, НКО лучше, чем государственные структуры, налаживают отношения с отдельными уязвимыми сообществами, поскольку общественные организации близки к этим группам, понимают их субкультуру, язык и обычаи.

Согласно докладу Программы ООН по развитию, в **Таиланде** НКО сыграли важную роль в сокращении числа случаев СПИДа со 143 тыс. в 1991 г. до 20 тыс. в 2003 г. За этот период число НКО, работающих в области ВИЧ/СПИДа, выросло с 50 до 200. НКО боролись со стигмой и дискриминацией, занимались лоббированием, призывая правительство признать реальные масштабы проблемы и организовать эффективные программы по ее решению. Был создан специальный фонд поддержки НКО, который способствовал разработке интерактивных форм просвещения в сфере ВИЧ/СПИДа, ориентированных на клиента служб консультирования и поддержки.

**Евросоюз** поддерживает публичные консультации, формирование партнерств, развитие общественного диалога и других форм участия гражданского общества в принятии решений на европейском, национальном, региональном и местном уровнях. Благодаря созданию консультативных органов НКО принимают прямое участие в процессе формирования политики.

**Австралийские** НКО озабочены воздействием эпидемии ВИЧ в масштабах всего мира с гуманитарной точки зрения. Они организовали политическую поддержку, финансирование и обеспечили распространение в других странах мира накопленного Австралией технического и программного опыта через систему ООН и глобальные неправительственные сети, включая Красный Крест. ЛЖВ отмечают все более высокий уровень социальной поддержки и рост возможностей для самореализации.

В **Швеции** на политику государства в отношении употребления инъекционных наркотиков пытаются влиять НКО с диаметрально противоположными взглядами. Тем, кто выступает против мер по снижению риска, удалось склонить на свою сторону общественное мнение и направить государство по пути репрессивной наркополитики. С ними не согласны другие НКО, которые не считают ужесточение наказания за преступления, связанные с наркотиками, эффективным решением проблемы и выступают за более дифференцированный подход, принятый в других европейских странах.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 8. Выработка политики в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу. Международный опыт**

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу разработала Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека. ЮНЭЙДС призывает все страны «обеспечить путем политической и финансовой поддержки проведение общественных консультаций на всех этапах разработки политики, реализации и оценки программ по ВИЧ/СПИДу».

В отношении к ВИЧ-инфекции под общим термином «политика» мы будем подразумевать формулировку основных проблем и соответственно целей для страны или региона (*греч. **Politika*** – 1) искусство управления государством и обществом), 2) совокупность социальных идей и обусловленная ими целенаправленная деятельность, связанная с формированием жизненно важных отношений между государствами, народами, нациями, социальными группами.

**Эффективная политика** предполагает *дискуссию, участие* в этом процессе и *консенсус* заинтересованных сторон и институтов (гражданского общества, бизнеса, сообщества ЛЖВ, религиозных общин и т.д.) при лидирующей роли государства.

В настоящее время в РФ можно сказать, что политику в области ВИЧ-инфекции определили Цели универсального доступа, утвержденные Правительственной комиссией в апреле 2008 года. Механизмы и стратегии определяют Федеральная целевая программа и Приоритетный национальный проект, а также крупные международные проекты. Об этом говорилось в предыдущих разделах обучения.

Мы рассмотрим на примере европейских государств, какие факторы влияли на содержание и реализацию политики, какие уроки были извлечены в этом процессе. На наш взгляд многие российские регионы при формулировке собственного отношения и политики региона в области ВИЧ-инфекции могут извлечь полезную информацию из опыта именно европейских стран, население которых и масштаб территорий зачастую коррелируют с многими российскими регионами. Мы делаем акцент на том, что европейские страны тоже имеют очень разный опыт, разные подходы и разные социокультуральные особенности

### **Как влияет отношение медиков к проблеме ВИЧ на политику?**

Во Франции медработники играют в обществе исключительно важную роль. Поэтому отсутствие у них интереса к СПИДу как проблеме здоровья общества в значительной мере повлияло на тенденцию игнорирования эпидемии. Соответственно, политики не боялись утратить легитимность, преследуя стратегию отрицания угрозы и преувеличивая риск «стигматизации».

В Италии же, напротив, медики решительно и аргументированно обратились к правительству с предложением о создании национальной комиссии по СПИДу. Комиссией была разработана национальная политика и план действий по борьбе со СПИДом, который в 1990 г. был принят в качестве закона.

В Великобритании специалисты государственного здравоохранения требовали от правительства действий, подчеркивая финансовые последствия, которые

наступят, если не остановить болезнь. В годы начала эпидемии ведущую роль в институционализации подхода и в организации медицинских служб по СПИДУ сыграл главный медицинский специалист – независимый правительственный консультант по вопросам здравоохранения.

В Нидерландах принятие мер на национальном уровне в значительной степени инициировала организация медработников-геев.

В Германии благодаря сотрудничеству между региональными министрами здравоохранения более значительная роль в решении проблемы СПИДа стала отводиться политикам, а не медикам.

### ***С кем необходимо достижение политического консенсуса?***

В Великобритании и Германии политику на законодательном уровне одобрял, оценивал и при необходимости менял парламент страны. В Италии парламент в 1990 г. проголосовал за соответствующий закон, но этот закон практически не выполнялся из-за отсутствия попыток достичь консенсуса с региональными властями и общественными организациями.

Такой консенсус был особенно важен в свете того, что ответственность за формирование политики здравоохранения и организацию медицинского обслуживания была возложена на регионы. Общественные организации, будучи организаторами большинства психологических служб и служб по работе с инъекционными наркопотребителями, возражали против того, что непропорционально большую часть выделяемого на СПИД финансирования (85%) получают больницы. Во Франции парламент намеренно не был задействован в принятии решений.

### ***Каков опыт в дискуссии о добровольном и принудительном тестировании на ВИЧ?***

Медики обосновывали свой призыв проводить более широкое обследование эпидемиологическими соображениями или же тем, что обследование пациентов считали способом защиты медработников от возможного заражения. При этом и в обществе в целом раздавались призывы обследовать как можно большее число людей, чтобы потом отлучить ВИЧ-положительных от общества, лишить их медицинской страховки и даже отказать в праве на жилище, на труд и т.д.

Важным фактором при урегулировании споров о массовом скрининговом обследовании было то, насколько чутко система здравоохранения реагировала на общеполитические дебаты и насколько была способна убедить всех в важности своих аргументов. В Великобритании дебаты о скрининговых обследованиях проходили почти исключительно между эпидемиологами, которые считали либо не считали систематическое обследование полезным инструментом мониторинга хода эпидемии. В Италии на ранних этапах эпидемии обследовали пациентов больниц, наркопотребителей и заключенных. Позднее национальная комиссия по СПИДУ приняла решение создать структуры добровольного обследования для медработников, а также для пенитенциарной системы. Соответственно, о состоянии эпидемии в других группах, в том числе MSM, было неизвестно. Политических дебатов и разногласий по этому поводу практически не было.

В первые годы эпидемии в Германии политики Баварии первыми отказались следовать общенациональной политике тестирования на ВИЧ и стали применять

правила, существующие для других инфекционных заболеваний. Лица, поступающие на государственную службу, иностранцы, подающие просьбу о виде на жительство и секс-работники должны были пройти обследование на ВИЧ. После выборов 1986 г. новый парламент принял новую политику по СПИДу, которая предусматривала медицинское просвещение, а также сотрудничество со СПИД-сервисными общественными организациями.

Во Франции эпидемия стала одним из чувствительных политических вопросов на выборах. Перед каждыми новыми выборами решения о мерах профилактики систематически откладывались на более позднее время. «Национальный фронт» призывал к массовым обследованиям и к физической изоляции людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Это вызвало реакцию противодействия с упором на необходимость проявлять солидарность с согражданами и воспринимать ВИЧ-инфекцию как опасность, касающуюся всех и каждого. Эгалитарные политические тенденции одержали верх над прагматическим призывом медиков не забывать, что некоторые группы подвержены большему риску заражения, чем остальные. Все европейские страны официально приняли политику добровольного обследования, хотя она не всегда строго соблюдалась. Исключением стала Швеция: там ввели обязательное обследование, выявление носителей ВИЧ и отслеживание их половых контактов – по аналогии с принятым ранее законодательством об ИППП. Затем в Швеции изменилась политика обследования и эпиднадзора в целом по инфекционным заболеваниям, и после этого тест на ВИЧ-антитела стали систематически предлагать как «стандартную процедуру» в самых разных ситуациях – при беременности, медицинских обследованиях и наркологической помощи.

### ***Как влияет общественная политика на эффективную профилактику ВИЧ?***

Диапазон возможностей для профилактической работы в значительной степени зависит от способности страны разработать такую публичную политику, которая учитывала бы как государственные, так и частные интересы. Во Франции в силу сложившейся политической культуры проводится четкая грань между тем, что считается частным и государственным – приватным и публичным – и потому существует вероятность политического сопротивления профилактическим мерам. Отсюда сравнительно небольшое число государственных инициатив в этой области во Франции.

Разнообразие политических вариантов и степень их приемлемости для общества также зависят от сформированной ранее политики в области контрацепции и сексуальности. Когда сексуальность не рассматривается как нравственный или общественный вопрос, а системе образования вменяется в обязанность проводить половое просвещение, она может быть мобилизована и на решение новой проблемы – например, в контексте медицинских аспектов полового просвещения в школах, как это принято в Швеции в силу устойчивой традиции.

В Италии католическая церковь затормозила вмешательство государства в сферу полового просвещения. Пропаганда презервативов стала частью публичной политики лишь в результате политических реформ в министерстве здравоохранения и под давлением национальной комиссии по СПИДу. Кампании по пропаганде использования презервативов и сексуальное просвещение должны были в качестве компромисса с этими моральными установками подчеркивать ценность «нормальной семейной жизни».

Во Франции производство, продажа и иногда даже использование презервативов были запрещены законом до конца 60-х гг. С тех пор законодательство радикально изменилось. Однако даже когда в середине 70-х стали доступны бесплатная контрацепция и аборты, реклама любых средств контрацепции, включая презервативы, все еще была законодательно запрещена – в качестве уступки консервативным политикам. В начале 80-х гг. «сексуальная революция» привела, наконец, к отмене уголовной ответственности за гомосексуальность. Наследие 60-х гг. в сочетании со слабой позицией медицинских специалистов не обеспечили благоприятную почву для профилактики СПИДа. Это нашло отражение и в нежелании геевского сообщества заниматься проблемой СПИДа, так как ее воспринимали как угрозу только что обретенной свободе. Кроме того, геевское сообщество не было достаточно организованным.

В Великобритании и Германии в общественных кампаниях по пропаганде презервативов присутствовали упоминания о СПИДе, о конкретных ситуациях риска заражения и о личной ответственности обоих партнеров. Во Франции общественные кампании носили абстрактный характер и намеренно избегали ассоциации между СПИДом и сексуальностью, чтобы никого не отпугнуть. Кампании по пропаганде презервативов Французское агентство по профилактике СПИДа начало проводить лишь в 1989 г. Агентство, прожившее короткую и трудную жизнь, было вынуждено закрыться в 1995 г. Оно воплотило в себе те трудности, с которыми столкнулась Франция в попытке примирить общественные интересы и частную жизнь в рамках одной стратегии профилактики. В конце 90-х гг. вся деятельность Министерства здравоохранения в области СПИДа была передана в отдел, который занимался в целом всеми инфекционными заболеваниями.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 9. Варианты использования частно-государственного партнерства в сфере здравоохранения**

Необходимо тщательное изучение сфер, в которых могут использоваться механизмы ЧГП в области здравоохранения и оценка их рентабельности. Каким образом используется ЧГП в мире в сфере здравоохранения? Изучение мирового опыта позволяет выделить 5 основных направлений.

- Создание новых видов медикаментов и совершенствование существующих. В данной области ЧГП может сыграть существенную роль в развитии НИОКР в сфере здравоохранения, создания и развития научных центров и производственных лабораторий, которые будут разрабатывать новые перспективные виды медикаментов, а также совершенствовать существующие лекарственные препараты.
- Улучшение доступа к фармацевтической продукции. Здесь ЧГП может использоваться, например, для расширения сети аптек, развитие компаний по производству фармацевтической продукции, способствование распространению вакцин и лечебных препаратов.
- Улучшение медицинских услуг. Возможными направлениями ЧГП в этой области могло бы стать развитие больниц, лечебных центров, санаториев и т.п. Обеспечение их современным оборудованием, распространение передовых технологий.
- Улучшение обменом информацией между медицинскими учреждениями и расширение доступа к информации в сфере здравоохранения.
- Повышение качества услуг и совершенствование нормативно-правовой среды здравоохранения.

В сфере информационного обмена существует множество вариантов ЧГП. Например, в штате Миннесота в США была создана специальная электронная сеть по обмену информацией, которая соединила докторов, госпитали и научные центры штата в сфере медицины. Такая информационная сеть позволяет получить мгновенный доступ к информации по каждому больному в случае возникновения экстренных ситуаций или при обычном лечении. Она же позволяет обмениваться информацией о последних достижениях в сфере медицины, о новом опыте и т.п.

С использованием модели ЧГП также создаются специализированные информационные центры, библиотеки, электронные базы данных, проводятся семинары, лекции, публикуется литература и т.п. в сфере здравоохранения, что способствует как профессиональному развитию работников здравоохранения, так и повышению грамотности населения в этой сфере.

В целом мировой опыт подсказывает, что ЧГП в здравоохранении используется в тех сферах, в которых рыночные механизмы не могут привлечь бизнес-сообщество и которые государство самостоятельно не имеет возможности профинансировать. Только объединение усилий обеих сторон создает возможности для воплощения в жизнь таких проектов.

Такого рода проекты не только способны значительно улучшить ситуацию в области здравоохранения, но и создать рабочие места, способствовать более устойчивому развитию местных сообществ.

Таким образом, первоочередной задачей для развития ЧГП в здравоохранении является привлечение внимания государства, бизнеса и общественности к возможностям ЧГП. Здесь активную роль призваны сыграть НКО, которые могут продемонстрировать как органам власти федерального и регионального уровня, а также деловому сообществу возможности использования ЧГП. Целесообразно проведение конференций, круглых столов, распространение материалов по вопросам ЧГП с участием всех заинтересованных сторон. Только совместное обсуждение проектов, поиска путей и форм кооперации между государством и бизнесом способно сформировать понимание, повысить доверие между сторонами и, в конечном итоге, вести к развитию ЧГП.

Но наиболее эффективным способом будет реализация первых проектов ЧГП в здравоохранении, которые наглядно смогут продемонстрировать позитивные возможности от ЧГП.

В дальнейшем необходимо закрепление этих практик в нормативно-правовые рамки. Для этого, согласно нормам ФЗ «О концессионных соглашениях», необходимо разработать типовое концессионное соглашение в отношении объектов здравоохранения. Наличие такого ТКС откроет возможности для дальнейшего распространения этой практики в области здравоохранения.

Здесь активную роль призвано сыграть Министерство здравоохранения и социального развития РФ, профильный комитет Государственной Думы РФ, НКО, представляющие интересы в области здравоохранения.

Также важным направлением могло бы стать формирование единого центра по сбору заявок на проекты ЧГП в здравоохранении. Данный центр мог бы способствовать выстраиванию диалога с профильными ведомствами, обобщать лучшие практики в области ЧГП в здравоохранении, развивать методологию ЧГП и т.п. Этот же центр мог бы более активно лоббировать интересы здравоохранения в различных государственных ведомствах.



## **ПРИЛОЖЕНИЕ 10. Практические задания**

### **Упражнение для работы в группах на тему «Применение комплексного подхода при разработке и реализации региональной программы противодействия ВИЧ/СПИДу в Оренбургской области»**

Целью данного упражнения является выработка у слушателей навыков использования комплексного подхода для решения наиболее актуальных задач в сфере противодействия распространению ВИЧ-эпидемии в Оренбургской области на этапах разработки и реализации региональной программы противодействия ВИЧ-эпидемии.

Инструкция по выполнению задания:

Ознакомьтесь с результатами опроса, проведенного 22 апреля 2008 года в г. Оренбурге среди представителей органов власти областного и муниципального уровня и служащих государственных учреждений, задействованных в процессе разработки областной программы противодействия распространению ВИЧ/СПИДа и в ходе ее реализации, а именно представителей областной законодательной власти, сотрудников городской и областной администрации, министерств и ведомств, управлений и государственных учреждений в сфере здравоохранения, образования, культуры, социальной защиты, финансов, экономического развития, предпринимательства, СМИ, безопасности, внутренних дел, исполнения наказаний, контроля за оборотом наркотиков. Респондентов просили указать наиболее важные проблемы реализации программ по противодействию распространению ВИЧ в Оренбургской области (допускалось выбрать до 4 вариантов ответа).

Основные проблемы реализации программ по противодействию распространению ВИЧ в Оренбургской области.	% от общего числа респондентов
1. Недостаточное финансирование	80%
2. Отсутствие единой четкой стратегии в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу	60%
3. Неправильная расстановка приоритетов в программах противодействия ВИЧ	40%
4. Дублирование и взаимодополняемость программ, реализуемых различными участниками	33%
5. Другое	7%
6. Затрудняюсь ответить	7%

Объединившись в группы по 4–5 человек, разработайте возможные направления решения перечисленных программ и практические пути их реализации.

### **Упражнение для работы в группах на тему «Определение наиболее приоритетных направлений противодействия ВИЧ/СПИДу при разработке региональных программ в Оренбургской области»**

Целью данного упражнения является выработка у слушателей навыков применения комплексного подхода на начальном этапе формирования региональных программ противодействия ВИЧ/ СПИДу в Оренбургской области, а именно при определении приоритетных направлений противодействия эпидемии ВИЧ.

*Инструкция по выполнению задания:*

1. Внимательно изучите информацию, представленную во вставке внизу.

**ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ В  
ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ В 2006–2007 ГГ.**

- Рост числа вновь выявленных случаев заболевания ВИЧ (ежегодный рост составил 10%) и количества людей, живущих с ВИЧ.
  - Большинство случаев ВИЧ-инфекции регистрируется среди социально адаптированных групп: рабочих, служащих, учащихся школ и студентов. За последние годы доля случаев ВИЧ-инфекции, приходящихся на эти группы, увеличилась в полтора раза (с 35,6% в 2000 до 53,5% в 2006 г. среди новых случаев ВИЧ-инфекции).
  - Продолжается активное распространение ВИЧ-инфекции в уязвимых группах .
  - Растет число лиц, инфицированных половым путем (число случаев ВИЧ-инфекции, приходящихся на долю полового пути передачи выросло с 49% до 68% за 2004–2007 гг.).
  - Увеличивается число ВИЧ-инфицированных женщин и детей.
2. Объединившись в группы по 4-5 человек, обсудите и сформируйте единое мнение относительно приоритетности направлений противодействия ВИЧ/СПИДу в Оренбургской области, представленных в таблице. По итогам обсуждения проранжируйте следующие возможные направления противодействия ВИЧ/СПИДу по приоритетности для Оренбургской области (1–наиболее актуальное).

Меры по противодействию распространению ВИЧ/ СПИДу	Степень актуальности
1. Профилактика различных путей передачи ВИЧ-инфекции (вертикального, парентерального, полового) (подчеркните путь профилактики, которому следует уделить наибольшее внимание)	
2. Диагностика и лечение при ВИЧ-инфекции	
3. Социальная поддержка людей, живущих с ВИЧ и членов их семей	
4. Разработка и внедрение антиретровирусных препаратов, новых методик и технологий работы с ВИЧ-инфицированными	
5. Подготовка персонала, задействованного в сфере противодействия распространению ВИЧ (врачей, педагогов, социальных работников)	
6. Строительство и реконструкция медицинских учреждений и их оснащение современным медицинским и техническим оборудованием	
7. Другое ( <i>впишите свой вариант</i> )	
8. Другое ( <i>впишите свой вариант</i> )	

3. Сравните обозначенные Вами приоритеты со списком основных задач областной программы противодействия ВИЧ/СПИДу на 2007–2010 гг. Оренбургской области.

**ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ОБЛАСТНОЙ ПРОГРАММЫ «ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМОГО ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИИ), НА 2007 – 2010 ГОДЫ»**

1. Организация широкомасштабных профилактических программ.
  2. Социальная защита ВИЧ-инфицированных и членов их семей.
  3. Внедрение новых методик и технологий работы с ВИЧ-инфицированными.
  4. Организация и реализация эффективной профилактики вертикальной передачи инфекции от матери к ребенку.
  5. Обеспечение безопасности медицинских манипуляций, донорской крови.
  6. Реализация основных направлений приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ-инфекцией».
4. Отличаются ли выбранные Вами приоритеты от заявленных в программе? Какие рекомендации Вы могли бы дать по изменению приоритетов областной программы?

***Упражнение для работы в группах на тему «Обеспечение комплексного подхода в работе с особыми категориями ВИЧ-положительных: учащимися школ и студентами в Оренбургской области»***

Данное упражнение предназначено для формирования у участников навыков комплексного подхода к разработке программ противодействия ВИЧ-эпидемии на примере особых категорий – учащихся школ и студентов.

***Инструкция по выполнению задания:***

Для выполнения упражнения предлагается следующий регламент. Вначале внимательно изучите информацию, представленную во вставке внизу. Объединившись в группы по 4–5 человек, обсудите вопросы, представленные ниже, и сформируйте общее понимание ситуации. Далее один из представителей группы должен будет представить позицию группы по каждому вопросу.

В последние годы в Оренбургской области наблюдается увеличение доли ВИЧ-положительных среди социально адаптированных слоев населения, в частности учащихся школ и студентов. Так, в Новотроицке к этой категории в 2006 г. относилось около 7% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в Оренбурге – 5,6%.

### *Вопросы:*

1. Назовите программы и проекты, действующие в Оренбургской области, в рамках которых реализуются мероприятия по поддержке ВИЧ-положительных учащихся школ и студентов.
2. Перечислите организации, принимающие участие в разработке и реализации этих программ.
3. Назовите известные Вам проблемы, возникающие в ходе их выполнения.
4. Сформулируйте изменения (по содержанию мероприятий, по составу участников их разработки и реализации), которые Вы рекомендовали бы внести, чтобы обеспечить всесторонний подход к работе с этой категорией ВИЧ-инфицированных.

### ***Упражнение для работы в группах на тему «Технология SWOT-анализа при разработке программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа»***

SWOT-анализ – это метод, широко применяемый в практике стратегического планирования для изучения внешней и внутренней среды организации или отдельной программы (проекта). SWOT расшифровывается как сила (strength), слабость (weakness), возможности (opportunities) и угрозы (threats). В самом названии метода заключена его суть, которая состоит в выявлении сильных и слабых сторон, угроз и возможностей. Последующее установление связей между этими элементами служит основой для выработки стратегии.

При выявлении сильных и слабых сторон программы (проекта), а также заключенных во внешней среде угроз и возможностей для программы (проекта) в области противодействия распространению ВИЧ/СПИДа рекомендуется рассмотреть следующие характеристики:

#### **Сильные стороны:**

- высокая компетентность;
- высокая квалификация персонала;
- наличие эффективной системы принятия решений;
- наличие эффективной организационной структуры;
- наличие политической поддержки;
- адекватные финансовые ресурсы;
- наличие подходящих технологий;
- преимущества в области издержек;
- наличие инновационных решений и возможностей для их реализации.

#### **Слабые стороны:**

- нет ясных стратегических направлений;
- слабое представление о внешней среде;
- отсутствие некоторых типов ключевой квалификации и компетентности;
- недостаток финансовых ресурсов;
- недостаток управленческих навыков и глубины владения проблемами;
- плохое отслеживание процесса выполнения стратегии;
- неспособность финансировать необходимые изменения в стратегии.

#### **Возможности:**

- возможность улучшить стратегию;
- возможность взаимодействия и интеграции с партнерами;

возможность получения дополнительных финансовых, кадровых и др. ресурсов;  
 предложение новых продуктов (услуг, технологий, программ);  
 охват новых сегментов целевой аудитории;

Угрозы:

неблагоприятная реакция на уровне высшего руководства;  
 ухудшение эпидемиологической ситуации;  
 появление альтернативных программ (проектов);  
 несвоевременное выделение финансирования;

Каждая из четырех частей списка может быть дополнена теми характеристиками внешней и внутренней среды, которые отражают конкретные условия, в которых разрабатывается программа.

После того, как конкретный список слабых и сильных сторон, а также угроз и возможностей составлен, наступает этап установления связей между ними. Для установления этих связей составляется матрица SWOT, которая имеет следующий вид:

	Возможности 1. 2. 3. ....	Угрозы 1. 2. 3. ....
Сильные стороны 1. 2. 3. ....	<b>ПОЛЕ СИВ</b>	<b>ПОЛЕ СИУ</b>
Слабые стороны 1. 2. 3. ....	<b>ПОЛЕ СЛВ</b>	<b>ПОЛЕ СЛУ</b>

Слева выделяется два блока (сильные стороны, слабые стороны), в которые соответственно выписываются все выявленные на первом этапе анализа стороны организации. В верхней части матрицы также выделяется два блока (возможности и угрозы), в которые выписываются все выявленные возможности и угрозы.

На пересечении блоков образуется четыре поля: СИВ (сила и возможности); СИУ (сила и угрозы); СЛВ (слабость и возможности); СЛУ (слабость и угрозы). На каждом из полей нужно рассмотреть все возможные парные комбинации и выделить те, которые должны быть учтены при разработке программы.

В отношении тех пар, которые были сформированы на поле СИВ, следует разработать стратегию по использованию сильных сторон программы для того, чтобы получить отдачу от возможностей, которые появились во внешней среде. Для тех пар, которые оказались на поле СЛВ, стратегия должна быть построена таким образом, чтобы за счет появившихся возможностей попытаться преодолеть имеющиеся в программе слабые стороны. Если пара находится на поле СИУ, то стратегия должна предполагать использование силы программы для устранения угрозы.

Наконец, для пар, находящихся на поле СЛУ, нужно вырабатывать такую стратегию, которая позволила бы как избавиться от слабости, так и попытаться предотвратить угрозу. Вырабатывая стратегии, следует помнить, что возможности и угрозы могут переходить в свою противоположность. Так, неиспользованная возможность может стать угрозой или наоборот, удачно предотвращенная угроза может открыть перед программой дополнительные возможности.

### ***Упражнение для работы в группах «Координационный совет»***

Инструкция:

Уважаемые коллеги!

Вашему вниманию предлагается учебная ситуация, описывающая реальные события по близкой вам проблематике в одном из регионов России.

Предлагается следующий порядок работы. Вначале внимательно изучите представленную информацию и составьте собственное представление о ее содержании. Затем в рамках образованных малых групп (по 5–7 чел.) проведите обсуждение данной ситуации с целью сформулировать согласованное понимание тех вопросов, которые даны в конце ситуации. И, на заключительном этапе, один из представителей группы должен будет представить позицию группы по данной ситуации.

В 2004 году в Российской Федерации была начата работа по координации усилий различных ведомств, направленных на реализацию противодействия распространению ВИЧ/СПИДа, которая затем была продолжена в рамках Национального проекта «Здоровье» (компонент по ВИЧ/СПИДу).

Эта работа проходила как на национальном, так и на региональном уровнях. Одним из этапов этой работы стало создание в 2006 году в Липецкой области постоянно действующего Координационного совета по противодействию распространения ВИЧ/СПИДа.

История создания и статус Координационного совета следующие.

Координационный совет возглавляет вице-губернатор Липецкой области. При этом задачи, поставленные перед Советом, и его персональный состав были утверждены постановлением губернатора Липецкой области. Создание Совета было инициировано главным врачом Липецкого областного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями и было полностью поддержано заместителем губернатора по социальным вопросам.

В функции Координационного совета входит:

- разработка мер по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в рамках областной целевой программы по противодействию распространения ВИЧ/СПИДа, а также вне этой программы;

- контроль за осуществлением мер противодействия как в рамках областной целевой программы, так за мероприятиями вне ее.

Участниками Координационного совета являются:

- государственные и муниципальные структуры различного уровня (департаменты, агентства, комитеты: здравоохранения, образования, по делам молодежи, по культуре и спорту, внутренней политике и др.);
- общественные организации;
- молодежное волонтерское движение;
- СМИ;
- Русская православная церковь;
- Федерация независимых профсоюзов;
- Союз предпринимателей, бизнес;
- международные организации (в частности, МОТ — Международная организация труда).

Регламент работы Координационного совета таков:

- разработаны планы работы Координационного совета на год;
- проводятся регулярные заседания Координационного совета: встречи 1 раз в квартал, а в промежутке между этими заседаниями проводятся рабочие встречи.

На этапе создания Координационного совета для аргументации важности межведомственного сотрудничества приводился тот факт, что за период с 2004 по 2006 год в Липецкой области отмечено снижение рискованного поведения среди ПИН (потребители инъекционных наркотиков) и КСР (работницы коммерческого секса) с 82–96% до 14–16% соответственно. Показатель пораженности населения ВИЧ-инфекцией составил 47,4 на 100 тыс. населения, при этом не отмечается тенденции к его росту.

Эти эпидемиологические показатели послужили хорошим мотивационным поводом для политиков и лиц, принимающих решения, поддержать и укрепить усилия по координации и дальнейшему развитию профилактической работы. Для эффективной работы в этом направлении было принято 15 директивных документов (распоряжений, двусторонних меморандумов между различными ведомствами).

В качестве примера эффективности работы Координационного совета и успешной реализации профилактических мер можно привести следующий пример. Первоначально не предполагалось участие Липецкой области в 2007 году в акции «Автопробег Владивосток-Москва против СПИДа с А. Лысенко». Но Координационный совет обратился в российский штаб по организации автопробега, и получил согласие на участие Липецкой области в этом мероприятии. В рамках Областной целевой программы по ВИЧ/СПИДу было выделено финансирование, а также привлечены средства спонсоров через Липецкий союз промышленников и предпринимателей. В реализации акции со стороны Липецкой области участвовали: департамент молодежной политики, комитет по культуре и спорту, волонтерское движение, СМИ, Русская православная церковь и др.

Вопросы:

1. В чем Вы видите «секрет успешности» усилий, направленных на координацию мер противодействия ВИЧ/СПИДу в представленном регионе?



2. Какие учреждения/ведомства не представлены в Координационном Совете и почему?

3. Какие возможные барьеры мешают созданию аналогичных Советов в других регионах и как их преодолеть?

### **Упражнение для работы в группах на тему «Основные разделы бюджетной целевой программы»**

*Задание. Охарактеризуйте какую-либо проблему по следующей схеме:*

1. Наименование проблемы.
2. Анализ причин ее возникновения, обоснование целесообразности и необходимости ее решения на ведомственном уровне.

Наименование соответствующей цели программы.

### **Упражнение для работы в группах на тему «Практика разработки и реализации бюджетных целевых программ»**

Формулирование целей и задач на примере разработанной в Оренбургской области программы «Предупреждение распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 2007–2010 гг.»

Инструкция:

Участникам семинара предлагается уточнить цели и задачи существующей программы по ВИЧ/СПИДу с учетом принципов стратегического управления. Участники делятся на малые группы по 5–7 человек в каждой. Каждой из групп поручается доработать цели и задачи программы по одному из направлений: лечение; профилактика среди молодежи; профилактика среди уязвимых групп.

Пример результатов такой работы приводится ниже.

Направление: Лечение

Цель 1. Замедление темпов роста (стабилизация) распространения ВИЧ-инфекции

Цель 2. Повышение качества и продолжительности жизни, снижение инвалидизации больных с ВИЧ

Индикаторы:

- Средняя продолжительность жизни больных с ВИЧ после установления заболевания

Задача 1. Совершенствование системы взаимодействия медицинских служб, участвующих в обеспечении лечения больных ВИЧ-инфекцией

Индикаторы:

- Своевременность химиопрофилактики у ВИЧ-позитивных женщин и детей
- Охват диспансерным наблюдением
- Охват химиопрофилактикой
- Удовлетворенность качеством медицинской помощи

Задача 2. Совершенствование диагностики и повышение эффективности лечения ВИЧ-инфекции

Индикаторы:

- Полнота выполнения стандарта оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным

- Уровень удовлетворения потребности в лекарственных средствах
- Задача 3. Повышение качества подготовки кадров для обеспечения диагностики и лечения ВИЧ, а также социального сопровождения и паллиативного ухода

Индикаторы:

- Охват подготовкой кадров

Задача 4. Оказание социальной поддержки медицинским работникам, получившим профессиональное заболевание

Индикаторы:

- Полнота охвата мерами социальной поддержки

Направление: Профилактика ВИЧ-инфекции среди молодежи

Цель 1. Снижение уровня заболеваемости среди молодежи

Задача 1. Создание системы информирования молодежи о последствиях опасного поведения и моделях безопасного поведения

Индикаторы:

- % молодых людей, правильно указавших пути передачи ВИЧ-инфекции (по данным социологических обследований)
- % молодых людей, охваченных информационными мероприятиями
- НЕТ показателей, характеризующих наличие системы

Задача 2. Обеспечение доступности медицинских и консультационных услуг

Индикаторы:

- Количество медицинских специалистов и консультантов, оказывающих услуги молодежи, на 1000 молодых людей
- Количество обратившихся за специализированной помощью (за консультацией по вопросам ВИЧ) к общей численности молодых людей
- Оценка молодыми людьми доступности сервисов (по данным социологических обследований)
- Количество учебных заведений, реализующих программы просвещения по теме ВИЧ, к общей численности учебных заведений
- Количество специалистов и консультантов, специально обученных для работы в педагогических программах и сервисах, к общему количеству специалистов и консультантов (педагоги, медики, консультанты)

Направление: Профилактика распространения ВИЧ среди уязвимых групп (ГИН, КРС, МСМ)

Цель 1. Улучшение качества медико-социальной помощи уязвимым группам

Задача 1. Повышение информированности среди уязвимых групп о путях распространения и профилактики

Индикаторы:

- Уровень первичной заболеваемости ВИЧ среди уязвимых групп (снижение показателя)
- Обращаемость представителей уязвимых групп за консультативной и медико-социальной помощью (повышение показателя)

- Охват профилактическими мероприятиями представителей уязвимых групп (отдельно по ПИН, КРС, МСМ) (бенчмарк – 60%)
- Уровень осведомленности уязвимых групп о ВИЧ, по данным социологических обследований (бенчмарк – 80%)

Задача 2. Предоставление АРВ-терапии представителям уязвимых групп и формирование приверженности

Индикаторы:

- Охват нуждающихся АРВ-терапией (повышение показателя)
- Доля представителей уязвимых групп, практикующих безопасное поведение (по данным поведенческих обследований)

Задача 3. Создание системы социально-психологического сопровождения представителей уязвимых групп

Индикаторы:

- Охват медико-социальным сопровождением состоящих на диспансерном учете (бенчмарк – 100%)

Задача 4. Создание системы консультирования в лечебно-профилактических учреждениях (равный равному, раздача информационных материалов)

Задача 5. Реализация программ снижения вреда

Задача 6. Реализация программ социального сопровождения лиц, выходящих из тюрем на свободу

Задача 7. Оказание медико-профилактической помощи заключенным в тюрьмах

Индикаторы:

- Объем лечения ВИЧ-инфицированных в тюрьмах, в % от необходимого уровня

### ***Упражнения для работы в группах по теме «Мониторинг и оценка региональных целевых программ противодействия распространению ВИЧ/СПИДа» (4 варианта)***

#### ***Вариант 1. «Лечение больных СПИДом: сбор данных и организации системы мониторинга и оценки»***

Условие:

В рамках Целевой программы «Предупреждение распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» в 2009 году проводятся мероприятия:

- назначение АРВ-терапии
- лечение туберкулеза и оппортунистических инфекций

В конце года осуществляется МиО этой части Программы.

#### **Вопросы к членам группы:**

- Какие ведомства и учреждения должны собирать данные для МиО этого блока программы. Какова роль каждого из них?
- Кто и как осуществляет организацию и контроль за этой работой?
- Перечислите показатели, которые должны быть собраны, опишите их: показатели вклада, процесса, результата, воздействия. Как собирают и рассчитывают показатели (приведите пример расчета 1-2 показателей)
- Представьте процесс межведомственного и межсекторного взаимодействия в виде схемы.

- Как используют данные МиО (кому их сообщают и как на их основе принимают решения)

**Вариант 2. «Профилактика ВИЧ-инфекции среди молодежи: сбор данных и организации системы мониторинга и оценки»**

Условие:

В рамках Целевой программы «Предупреждение распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», блок «Развитие системы информирования населения о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции», в течение 2009 года проводится ряд мероприятий:

- информационные кампании в СМИ,
- образовательные мероприятия в школах

**Вопросы к членам группы:**

- Какие ведомства и учреждения должны собирать данные для МиО этого блока программы. Какова роль каждого из них?
- Кто и как осуществляет организацию и контроль за этой работой?
- Перечислите показатели, которые должны быть собраны, опишите их: показатели вклада, процесса, результата, воздействия. Как собирают и рассчитывают показатели (приведите пример расчета 1-2 показателей)
- Представьте процесс межведомственного и межсекторного взаимодействия в виде схемы.
- Как используют данные МИО (кому их сообщают и как на их основе принимают решения).

**Вариант 3. «Помощь и поддержка ЛЖВ: сбор данных и организации системы мониторинга и оценки»**

Условие:

В рамках Целевой программы «Предупреждение распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», в 2009 году проводятся мероприятия:

- организация работы службы консультирования для ВИЧ-инфицированных и группы взаимопомощи для людей, живущих с ВИЧ.

В конце года осуществляется МиО этой части Программы.

**Вопросы к членам группы:**

- Какие ведомства и учреждения должны собирать данные для МиО этого блока программы. Какова роль каждого из них?
- Кто и как осуществляет организацию и контроль за этой работой?
- Перечислите показатели, которые должны быть собраны, опишите их: показатели вклада, процесса, результата, воздействия. Как собирают и рассчитывают показатели (приведите пример расчета 1-2 показателей).
- Представьте процесс межведомственного и межсекторного взаимодействия в виде схемы.
- Как используют данные МИО (кому их сообщают и как на их основе принимают решения).

**Вариант 4. «Профилактика ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп: сбор данных и организации системы мониторинга и оценки»**

Условие:

В рамках Целевой программы «Предупреждение распространения заболевания,

вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», блок «Профилактика в уязвимых группах», в течение 2009 года проводится ряд мероприятий:

- Программа снижения вреда.
- Создание системы консультирования представителей уязвимых групп в ЛПУ.

В конце года осуществляется МиО этой части Программы.

**Вопросы к членам группы:**

- Какие ведомства и учреждения должны собирать данные для МиО этого блока программы. Какова роль каждого из них?
- Кто и как осуществляет организацию и контроль за этой работой?
- Перечислите показатели, которые должны быть собраны, опишите их: показатели вклада, процесса, результата, воздействия. Как собирают и рассчитывают показатели (приведите пример расчета 1-2 показателей)
- Представьте процесс межведомственного и межсекторного взаимодействия в виде схемы.
- Как используют данные МИО (кому их сообщают и как на их основе принимают решения).

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 11. Примеры международного опыта в повышении квалификации государственных чиновников по вопросам ВИЧ/СПИДа**

В большинстве мира повышение квалификации управленческих кадров для работы в сфере общественного здравоохранения осуществляется в системе **факультетов** или **школ общественного здравоохранения**, предлагающих широкий спектр как академических программ (в рамках получения с присвоением соответствующих степеней), так и краткосрочных семинаров или тренингов. Опытом организации и проведения таких курсов для политиков в сфере здравоохранения обладают, в частности, различные медицинские университеты и институты в Армении, Бельгии, Болгарии, Великобритании, Израиле, Канаде, США, Финляндии, Швеции, Эстонии и многих других странах.

Так, **Ассоциация школ общественного здравоохранения Европейского региона** (Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER)<sup>17</sup>, основанная в 1966 г. в Бельгии, организует повышение квалификации для специалистов государственного сектора по широкому спектру специальностей учебных курсов, включая различные аспекты здравоохранения. Для решения задачи подготовки кадров общественного здравоохранения в ASPHER объединены усилия более 70 институтов и организаций, более 100 преподавателей и экспертов из 36 стран Европы.

Одним из наиболее известных и авторитетных центров подготовки немедицинских кадров для общественного здравоохранения является **Лондонская школа гигиены и тропической медицины** (London School of Hygiene and Tropical Medicine) при университете Лондона. С 1990 г. в ЛШГТМ на Факультете общественного здравоохранения и политики в сфере здравоохранения открыта специальная Программа по экономическим и финансовым аспектам здравоохранения (Health Economics and Financing Programme (HEFP), которая обеспечивает подготовку медицинских и управленческих кадров по различным аспектам здравоохранения. Подготовкой управленческих кадров и групп специалистов, в том числе по запросам отдельных государственных организаций, занимается также специальное подразделение – Отделение политики в сфере здравоохранения<sup>18</sup>. В списке учебных курсов помимо медицинских специальностей – разработка и проведение реформ, защита от финансовых рисков, стратегии расширения доступа к услугам здравоохранения, развитие партнерств с частным сектором, экономический анализ в здравоохранении, оценка экономической эффективности методов, применяемых в сфере профилактики ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и др. Учебные курсы для повышения квалификации лиц, принимающих решения, разрабатываются и проводятся в HEFP при активной поддержке международных агентств и донорских организаций: Агентства по международному развитию Великобритании (DFID), фонда Wellcome Trust, фонда Билла и Мелинды Гейтс, UK ESRC, ВОЗ, Агентства США по международному развитию (USAID) и Европейской комиссии<sup>19</sup>. Обучение на факультете прошли сотни специалистов из всех стран мира, в том числе из стран с развивающейся экономикой. Лондонская школа тропической медицины предлагает широкий спектр краткосрочных курсов («школ»), которые длятся от 1 дня до 3 мес. Многие

<sup>17</sup> Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) <http://www.aspher.org/>

<sup>18</sup> Health Policy Unit <http://www.lshtm.as.uk/>

<sup>19</sup> Department of Public Health and Policy of the London School of Hygiene and Tropical Medicine <http://www.hefp.lshtm.as.uk/>

из таких краткосрочных обучающих курсов проводятся уже более 70 лет<sup>20</sup> и пользуются большим авторитетом во всем мире.

**Канадская школа государственной службы** (Canada School of Public Service/CSPS) обеспечивает проведение круглогодичных тренингов и программ повышения квалификации для государственных служащих по различным направлениям и в различных форматах, включая курсы лекций, семинары, тренинги по формированию необходимых навыков, онлайн-образовательные курсы через систему дистанционного обучения *Campusdirect*, а также тематические конференции, дискуссии и т.д. В России в рамках совместной **российско-канадской программы «Содействие реформированию государственного управления в Российской Федерации»**<sup>21</sup> проводятся тренинги и семинары по повышению квалификации госслужащих. При этом при проведении межрегиональных российско-канадских семинаров по вопросам стратегического планирования и оценки региональных программ в ряде регионов в материалах использовались данные анализа региональных целевых программ по ВИЧ-инфекции и другим социально значимым заболеваниям<sup>22</sup>.

**Объединенный центр ВОЗ для подготовки в сфере эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией** (WHO Collaborative Centre for Capacity Building in HIV Surveillance<sup>23</sup>), действующий при **Университете Загреба**, обеспечивает подготовку кадров и проведение исследований с целью разработки и реализации научно обоснованных, эффективных мер в сфере профилактики, лечения и поддержки ВИЧ-инфекции в странах региона. С 2003 г. подготовку на учебных курсах и тренингах прошли более 600 специалистов, представителей органов власти и государственных организаций, работающих в сфере общественного здравоохранения, из 54 стран Европы, Северной и Центральной Африки и Ближнего Востока.

Независимый неправительственный **Региональный учебно-информационный центр по проблемам помощи и лечения при ВИЧ/СПИДе в Евразии**<sup>24</sup> учрежден в 2004 году в Украине при поддержке международных агентств и международных организаций<sup>25</sup> с целью формирования кадрового потенциала, повышения квалификации медицинских, преподавательских и других кадров, от которых зависит эффективность услуг и помощи людям, затронутым эпидемией ВИЧ. Центр сотрудничает с международными экспертами и образовательными учреждениями на всей территории региона в разработке и организации учебных

<sup>20</sup> Например, [Diploma in Tropical Medicine & Hygiene \(DTM&H\)](http://www.lshtm.ac.uk/prospectus/short/index.html). Список краткосрочных курсов можно найти на сайте ЛШТМ: <http://www.lshtm.ac.uk/prospectus/short/index.html>.

<sup>21</sup> Российско-канадская программа «Содействие реформированию государственного управления в Российской Федерации» является совместным проектом Администрации Президента Российской Федерации и Канадского агентства международного развития (Canadian International Development Agency/CIDA). Программа рассчитана на 5 лет и проводится до 2009 года включительно. <http://www.formulaprava.ru/about/>

<sup>22</sup> Например, см. материалы межрегионального российско-канадского семинара по вопросам стратегического планирования и оценки региональных программ в Поволжской академии государственной службы им. П.А.Столыпина в Саратовской области, 27–28.05.2008 (<http://www.formulaprava.ru/news/180/>).

<sup>23</sup> Центр расположен на базе Школы общественного здравоохранения медицинского факультета Университета Загреба (Andrija Štampar School of Public Health, Medical School, University of Zagreb): <http://www.surveillancezagreb.org/site2/index.php>

<sup>24</sup> Региональный учебно-информационный центр по проблемам помощи и лечения при ВИЧ/СПИДе в Евразии <http://aidsknowledgehub.org/>

<sup>25</sup> В т.ч. Германского общества технического сотрудничества (GTZ), Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ), Американского международного союза здравоохранения (АМСЗ).



семинаров и курсов, информационных материалов. Решая задачу по «созданию кадров хорошо обученных, компетентных, высококвалифицированных специалистов, которые будут работать в тесном сотрудничестве с местными организациями, занимающимися оказанием помощи и социальной поддержки ВИЧ-инфицированным», Учебно-информационный центр является одним из звеньев сети, в которую входят еще два подобных центра: по проблемам снижения вреда и по вопросам эпидемиологического надзора. Все три центра действуют в рамках единого проекта ЕРБ ВОЗ «Усиление возможностей для более эффективного использования финансовых ресурсов в борьбе с ВИЧ/СПИДом».

Также заслуживает внимания опыт отдельных стран в организации повышения кадров государственных служащих и лиц, принимающих решения, по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом, вне медицинских школ.

Центральная партийная школа **КНР** проводит тренинги по программе разработки политики борьбы со СПИДом. В настоящее время обучение по этой программе проводится в 28 партийных школах, включая партийные школы 20 провинций, муниципальную партийную школу г. Пекина и партийные школы городского уровня. Продолжительность тренингов составляет от 1 до 7 дней. Каждый тренинг включает три компонента: лекции по теме: «Межсекторное взаимодействие в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу под руководством правительства КНР» (включая знакомство с эпидситуацией, информацией о мерах профилактики, роли политиков в сфере противодействия ВИЧ-инфекции, совершенствовании законодательства, вопросах внутренней и внешней политики, связанных с ВИЧ/СПИДом), дискуссию по теме: «Роль политиков и лиц, принимающих решения, в борьбе с ВИЧ/СПИДом» и посещение профильных учреждений здравоохранения (СПИД-центров, центров детоксикации для наркозависимых и др.).

При Госсовете КНР создана выездная агитационная группа, которая с июля 2006 года проводит лекции о профилактике ВИЧ-инфекции для руководителей местных органов власти провинций и муниципалитетов страны. По сообщению Министерства здравоохранения Китая, решение о необходимости проведения таких семинаров было принято «в связи с продолжающимся распространением ВИЧ-инфекции и низким уровнем осознания серьезности и опасности распространения СПИДа среди руководителей регионального уровня»<sup>26</sup>. К концу 2007 года такой переподготовкой планировалось охватить 90% кадровых работников на уровне провинций в масштабе всей страны. Особое внимание уделяется, в частности, обучению чиновников регионального уровня вопросам освещения проблем ВИЧ/СПИДа.

По мнению Отдела пропаганды ЦК КПК, «за содействие освещению проблемы ВИЧ/СПИДа должны нести ответственность ведомства пропаганды провинций, потому что пропаганда и правильное направление деятельности являются самой действенной “вакциной” против СПИДа».

Повышение квалификации представителей органов власти в сфере борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми заболеваниями проводится также на уровне министерств. Министерство общественной безопасности Китая (МОБК) организует лекции по профилактике и борьбе со СПИДом с целью повышения

<sup>26</sup> По данным Китайского института социологических исследований, в 2006 году лишь 40,8% партийных кадров и государственных чиновников КНР владели правильными знаниями и пониманием проблемы СПИДа.

уровня знаний о ВИЧ/СПИДе сотрудников правоохранительных органов<sup>27</sup>. Для проведения тренингов в партийных школах издано учебное пособие «Книга по разработке политики и борьбе со СПИДом для государственных служащих» (автор пособия проф. Дзин Вей из Центральной партийной школы КНР получил премию ЮНЭЙДС за разработку успешной тренинговой программы). В Центральной партийной школе КНР для повышения квалификации госслужащих разработан также тренинговый курс по теме «Государственное здравоохранение и социальные кризисы», направленный на изучение и предотвращение эпидемий различной природы: вспышек инфекционных заболеваний (таких как атипичная пневмония) или постепенного нарастания темпов эпидемий социально значимых заболеваний (таких как ВИЧ/СПИД).

В **Индии**, в штате Бихар создан первый в стране специальный Форум законодателей по вопросам ВИЧ/СПИДа (Bihar Legislative Forum on HIV and AIDS (BLFA)). Цель форума, сформулированная в его официально принятой конституции – повышать осведомленность политиков и представителей органов власти в вопросах профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом<sup>28</sup>.

В странах **Центральной Азии** (Казахстане, Кыргызстане, Узбекистане и др.) при поддержке международных агентств и организаций за последние несколько лет организованы и проведены десятки семинаров, тренингов и конференций для информирования политиков и государственных чиновников, повышения их осведомленности о проблемах, связанных с распространением ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний. Изучаются возможности организации дистанционного образования. Кластерным Бюро ЮНЕСКО и Московским международным институтом информатизации образования опубликован аналитический отчет «Развитие сетей дистанционного образования в Центральной Азии», подготовленный в Кыргызстане в рамках совместного межсекторного проекта ЮНЕСКО «База знаний по открытому и дистанционному высшему образованию для лиц, принимающих решения»<sup>29</sup>.

На основании краткого обзора можно сделать следующий вывод: целью программ краткосрочного обучения и повышения квалификации государственных чиновников, государственных и муниципальных служащих по проблемам противодействия ВИЧ/СПИДу и другим вопросам общественного здравоохранения является информирование, предоставление базовых знаний, необходимых для разработки и реализации соответствующих программ. Институционализация таких программ на базе существующих систем подготовки государственных кадров (академий, университетов, школ, факультетов и др.) позволяет обеспечить строгое соблюдение существующих стандартов и требований, предъявляемых к качеству подготовки кадров для работы в сфере общественного здравоохранения<sup>30</sup>.

<sup>27</sup> Газета «Жэньминь жибао он-лайн» <http://russian.people.com.cn/31516/5142909.html>

<sup>28</sup> [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2006/20060705\\_India\\_Bihar.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2006/20060705_India_Bihar.asp)

<sup>29</sup> «База знаний по открытому и дистанционному образованию для лиц, принимающих решения: опыт Кыргызстана». 18 сентября 2003, Центральная Азия: [http://www.dlnet.unesco.kz/docs/unesco\\_v2.pdf](http://www.dlnet.unesco.kz/docs/unesco_v2.pdf)

<sup>30</sup> В РФ, в частности, действует Постановление Правительства РФ от 6 мая 2008 г. №362 «Об утверждении государственных требований к профессиональной переподготовке, повышению квалификации и стажировке государственных гражданских служащих Российской Федерации». <http://www.lshtm.as.uk/>

**ПРИЛОЖЕНИЕ 12. Решения заседаний Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями**

---

**РЕШЕНИЕ**

расширенного заседания

Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями

**«Обучающие программы как эффективный способ усиления межведомственного взаимодействия в борьбе с ВИЧ-инфекцией и другими социально значимыми заболеваниями»**

Москва, Государственная Дума ФС РФ, 20 марта 2009 г.

*Участники расширенного заседания обсудили меры повышения эффективности противодействия распространению ВИЧ-инфекции и другим социально значимым инфекционным заболеваниям в РФ в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)».*

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, всего по состоянию на 31 декабря 2008 года в России зарегистрировано 470689 случаев ВИЧ-инфекции. Лечение антиретровирусными препаратами в настоящее время получают более 54 тыс. человек. За 2008 год тестирование на ВИЧ прошли 24 млн россиян, выявлено 53687 новых случаев ВИЧ-инфекции. Таким образом, распространение ВИЧ-инфекции в РФ пока остановить не удалось. ВИЧ-инфекция продолжает распространяться, затрагивая прежде всего граждан репродуктивного и трудоспособного возраста.

В сложившейся ситуации одной из приоритетных задач является развитие эффективного межведомственного и межсекторного взаимодействия на региональном и местном уровнях для разработки и реализации программ, направленных на предотвращение дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний.

Для решения этой задачи необходима организация обучения и просвещения руководителей органов исполнительной власти всех уровней, государственных и муниципальных служащих по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа на основе современных подходов к разработке и реализации комплексных межведомственных программ противодействия распространению ВИЧ-инфекции, включая изучение таких компонентов, как:

- определение приоритетов региональной политики на основе комплексной оценки ситуации в регионе,
- стратегическое планирование и разработка механизмов реализации программ,
- законодательное и финансовое обеспечение программ,

- развитие межведомственного взаимодействия и частно-государственного партнерства,
- мониторинг и оценка эффективности программ.

Обучение и повышение квалификации госслужащих в сфере противодействия социально значимым заболеваниям направлено на повышение эффективности государственной службы Российской Федерации и результативности профессиональной служебной деятельности государственных служащих, что является одним из основных направлений Федеральной программы «Реформирование и развитие системы государственной службы Российской Федерации (2009–2013 годы)», принятой в соответствии с Указом Президента РФ №261 от 10.03.2009. Правительство Российской Федерации признает важность разработки и внедрения в практику государственного образования обучающих программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и толерантному отношению к ВИЧ-инфицированным лицам. Так, заседание Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, состоявшееся 26.12.2008, было посвящено обсуждению данной проблемы. В ходе заседания была, в частности, отмечена недостаточная информированность представителей органов власти и государственных организаций по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Обсудив необходимость внедрения обучающих программ для повышения квалификации руководителей органов исполнительной власти всех уровней, государственных и муниципальных служащих в разработке и реализации программ противодействия распространению ВИЧ-инфекции и других социально значимых инфекционных заболеваний, участники расширенного заседания решили:

- Признать повышение квалификации руководителей органов власти, государственных и муниципальных служащих одной из важных задач в сфере разработки и реализации целевых программ противодействия ВИЧ-инфекции и другим социально значимым инфекционным заболеваниям на региональном и муниципальном уровнях.
- Предложить Министерству здравоохранения и социального развития РФ совместно с Министерством регионального развития Российской Федерации рассмотреть вопрос о целесообразности организации обучения (повышения квалификации) руководителей органов исполнительной власти субъектов РФ, государственных и муниципальных служащих в сфере разработки и реализации эффективных программ противодействия ВИЧ-инфекции и другим социально значимым заболеваниям.
- Рекомендовать Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека изучить возможность включения в 2009–2010 гг. в перечень мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, осуществляемых в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)», повышение квалификации руководителей органов исполнительной власти, государственных и муниципальных служащих по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний, а также по вопросам разработки и реализации соответствующих программ.
- Законодательным собраниям и органам исполнительной власти субъектов РФ, осуществляющим управление в сфере противодействия распространению ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний, рекомендовать:

- Принять меры, направленные на организацию обучения и просвещения руководителей органов исполнительной власти, государственных и муниципальных служащих по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и ключевым аспектам разработки целевых программ.
- При формировании региональных целевых программ включать повышение квалификации государственных и муниципальных служащих по данным вопросам в перечень обязательных мероприятий.
- Министерству здравоохранения и социального развития РФ и органам власти субъектов РФ изучить вопрос об определении источников финансирования мероприятий, направленных на повышение квалификации руководителей органов исполнительной власти, государственных и муниципальных служащих по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний.
- Рекомендовать Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федеральному научно-методическому центру по профилактике и борьбе со СПИДом:
  - Разработать интегральные (комплексные) показатели для оценки подготовки государственных и муниципальных служащих по вопросам разработки и реализации целевых программ в сфере здравоохранения.
  - Разработать интегральные (комплексные) показатели, уязвляющие эффективность работы в сфере противодействия ВИЧ-инфекции и развитие эпидпроцесса в субъекте РФ.
  - Предложить Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции рассмотреть вопрос о возможности включения разработанных интегральных показателей в отчетность губернаторов о работе территории, а также об использовании этих показателей при оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления.

Решение направить членам Межфракционной депутатской рабочей группы, докладчикам и участникам расширенного заседания.

Утвержденные рекомендации направить в Администрацию Президента Российской Федерации, Совет при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике, Правительственную комиссию по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерство экономического развития Российской Федерации, Министерство образования и науки Российской Федерации, Министерство регионального развития Российской Федерации, Министерство культуры Российской Федерации, в органы государственной власти субъектов Российской Федерации.

## РЕШЕНИЕ

совместного заседания

Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

**«О мерах, предпринимаемых в Российской Федерации по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции. Роль приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в реализации стратегии борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»**

Москва, Государственная Дума ФС РФ, 9 апреля 2009 г.

*Участники совместного заседания обсудили меры, принимаемые в Российской Федерации в целях противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции, и роль приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в реализации стратегии борьбы с эпидемией.*

Борьба с ВИЧ-инфекцией сегодня является одним из приоритетов в сфере здравоохранения в Российской Федерации. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора), распространение ВИЧ-инфекции в стране продолжается, при этом эпидемия остается сконцентрированной в группах высокого риска в отношении инфицирования ВИЧ. Ведущим путем распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации продолжает оставаться инфицирование при парентеральном употреблении наркотиков (в среднем 65% среди ежегодно регистрируемых новых случаев). По оценкам ФГУ ГНЦ наркологии, регулярно употребляют наркотики около 2% населения или более 2 миллионов человек. Ежегодно в эпидемию ВИЧ/СПИДа вовлекаются тысячи граждан Российской Федерации (53687 новых случаев ВИЧ-инфекции в 2008 году).

Принятие Правительством РФ в 2005 году решения о реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения стало переломным моментом в плане эффективного противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в стране. В результате реализации приоритетного нацпроекта «Здоровье» в 2006–2008 годах тысячи людей получили жизненно необходимое лечение, ежегодно более 20 миллионов человек (около 15% населения страны) проходят тестирование на ВИЧ-инфекцию. Объем финансирования программ противодействия ВИЧ-инфекции в рамках нацпроекта в 2006–2008 гг. составил 18,7 млрд рублей. Основной объем бюджетных средств в рамках нацпроекта в настоящее время направляется на лечение и диагностику ВИЧ-инфекции. Запланированные в 2009 году расходы на профилактические мероприятия составляют 4,3%. Несмотря на то, что в 2009 году финансирование профилактических мероприятий увеличено в 2 раза (до 400 млн руб.) по сравнению с 2008 годом, этого недостаточно для обеспечения адекватных и эффективных мер противодействия распространению ВИЧ-инфекции.

В настоящее время программы профилактики ВИЧ-инфекции в Российской Федерации осуществляются в рамках приоритетного нацпроекта «Здоровье», Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально



значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)» и целевых программ субъектов Российской Федерации, а также за счет других программ, общее число которых составляет, по данным на 2008 год – более 400, из них 75 – в рамках приоритетного нацпроекта).

В Российской Федерации накоплен позитивный опыт реализации масштабных программ противодействия ВИЧ/СПИДу на основе межсекторного партнерства, включая проекты Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией:

- «Стимулирование эффективной национальной стратегии по борьбе с ВИЧ/СПИДом на территории Российской Федерации» (ГЛОБУС), реализуемый консорциумом НКО (Открытый Институт Здоровья, фонд «ФОКУС-МЕДИА», «СПИД инфосвязь», «СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW) и фонд «Центр социального развития и информации» (PSI));
- «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимо к ВИЧ/СПИДу», реализуемый фондом «Российское здравоохранение».

Положительной оценки заслуживают и другие проекты, реализуемые при участии негосударственного и частного секторов: Российское медиапартнерство в борьбе с ВИЧ/СПИДом, национальная ассоциация «Бизнес за здоровое общество» и др. Вместе с тем необходимость в дальнейшем расширении программ профилактики ВИЧ/СПИДа очевидна.

Чтобы остановить распространение ВИЧ-инфекции, необходимо обеспечить реализацию комплексных мер, направленных на обеспечение максимального охвата профилактическими программами всех групп населения, включая группы, наиболее уязвимые к ВИЧ-инфекции.

***Обсудив меры, предпринимаемые в Российской Федерации по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции, и роль приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в реализации стратегии борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, участники совместного заседания выразили поддержку работе, проводимой Роспотребнадзором и российскими неправительственными организациями по распространению опыта профилактики ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения, накопленного в рамках проектов Глобального фонда и реализуемого в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», и решили:***

#### **1. Признать необходимым:**

1.1. С учетом дальнейшего повышения роли приоритетного национального проекта «Здоровье» в сфере противодействия ВИЧ-инфекции, а также, принимая во внимание предстоящее завершение в России проектов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, продолжить в рамках нацпроекта реализацию всестороннего комплекса мер, направленных на профилактику, лечение, уход и поддержку в связи с ВИЧ-инфекцией.

1.2. Для защиты интересов общественного здоровья и в целях снижения темпов распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, обеспечить первоочередное внимание расширению профилактических мероприятий и программ в группах населения, наиболее уязвимых к ВИЧ-инфекции, включая потребителей инъекционных наркотиков (ПИН); лиц,



оказывающих сексуальные услуги за плату; мигрантов и др. Принять во внимание рекомендации ВОЗ и других организаций системы ООН, в соответствии с которыми программы снижения вреда не способствуют распространению наркомании (так как изначально направлены исключительно на наркозависимых лиц) и приводят к сокращению случаев рискованного поведения, приводящих к инфицированию ВИЧ. Данные программы представляют собой важный компонент всесторонней профилактики ВИЧ-инфекции.

Вместе с тем, по мнению Роспотребнадзора, внедрение заместительной терапии метадонем для лечения наркозависимости и профилактики передачи ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков является неприемлемым.

1.3. Принимая во внимание высокий риск инфицирования ВИЧ и высокую распространенность инфекционных заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков, обеспечить комплексное решение проблемы оказания медицинской помощи наркозависимым, включая профилактику, консультирование, диагностику, реабилитацию и уход.

**2. В целях повышения эффективности профилактических мероприятий, осуществляемых в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, рекомендовать:**

2.1. **Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральной службе Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков** ускорить «издание предназначенных для органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и территориальных органов по контролю за оборотом наркотиков методических указаний о возможности и порядке использования необходимых инструментов и оборудования с целью сокращения распространения ВИЧ-инфекции и других опасных инфекционных заболеваний среди потребителей наркотиков», что предусматривается пунктом 35 Перечня мероприятий по реализации Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы» в целях создания механизма реализации примечания к статье 230 УК РФ «Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ».

2.2. **Межфракционной депутатской рабочей группе по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями:**

2.2.1. Согласиться с предложением депутатов Государственной Думы о проведении на основе принципов доказательной медицины комплексного анализа используемых для профилактики распространения ВИЧ-инфекции и охраны общественного здоровья мер, известных как программы снижения вреда, с целью изучения их эффективности.

Сформировать экспертную рабочую группу, в состав которой рекомендовать включить представителей Министерства здравоохранения и социального развития, Министерства внутренних дел, Министерства экономического развития, Министерства регионального развития, Министерства образования и науки, Министерства культуры, Министерства спорта, туризма и молодежной политики, Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН), Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН), Роспотребнадзора, Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, других заинтересованных министерств и ведомств, специалистов-экспертов в области профилактической медицины, наркологии, инфекционных болезней, социологии, психиатрии, а также НКО, работающих в сфере профилактики ВИЧ/СПИДа,

включая сообщества людей, живущих с ВИЧ. Для анализа международного опыта реализации программ в данной сфере привлекать экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС). Результаты работы экспертной группы представить и обсудить на одном из заседаний Межфракционной депутатской рабочей группы в IV квартале 2009 года.

2.2.2. Поддержать инициативу группы НКО о подаче региональной заявки от стран СНГ в Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией для реализации проекта, направленного на противодействие ВИЧ-инфекции и туберкулезу среди мобильных групп населения. Для обеспечения реализации данной инициативы рекомендовать Координационному совету по проблемам ВИЧ-инфекции государств – участников Содружества Независимых Государств создать Региональный Координационный Механизм по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа и туберкулеза в СНГ и проработать порядок подачи региональной заявки в рамках очередного заседания.

2.2.3. Изучить вопрос о целесообразности проведения в осеннюю сессию 2009 года совместно с профильными комитетами Государственной Думы круглого стола на тему: «О роли телевидения и государственных СМИ в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации».

2.2.4. Проработать вопрос о приглашении в Государственную Думу в рамках «Правительственного часа» руководителей Министерства здравоохранения и социального развития, Министерства образования и науки, Министерства спорта, туризма и молодежной политики и их заслушивании о работе по борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации.

**2.3. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерству образования и науки Российской Федерации, Министерству регионального развития Российской Федерации, Роспотребнадзору и органам власти субъектов Российской Федерации:**

2.3.1. Изучить возможность расширения охвата мероприятиями, направленными на профилактику ВИЧ-инфекции в группах населения, наиболее уязвимых к ВИЧ-инфекции, включая программы первичной профилактики наркопотребления и снижения спроса на наркотики, эффективного лечения наркозависимости и социальной реабилитации наркозависимых, эффективной социальной работы на основе подходов снижения вреда (в том числе с целью повышения приверженности лечению в процессе предоставления АРВ-терапии), консультирования и др.

2.3.2. Рассмотреть целесообразность расширения перечня мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, осуществляемых в рамках приоритетного национального проекта в 2009–2010 гг. и Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)», за счет включения соответствующих программ профилактики ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний.

2.3.3. Принять к сведению необходимость расширения охвата молодежи мероприятиями, направленными на профилактику ВИЧ-инфекции, включая информационные кампании и формирование здорового образа жизни.

2.3.4. Определить целевые индикаторы по расширению и дальнейшей поддержке профилактических мероприятий и программы и разработать инструменты для оценки их эффективности.

2.3.5. В целях обеспечения максимального охвата наиболее уязвимых социальных групп населения услугами в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и

других социально значимых заболеваний в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», шире привлекать к реализации мероприятий некоммерческие организации, работающие с уязвимыми группами и имеющие успешный опыт реализации программ в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу. Обеспечить предоставление субсидий из средств федерального и региональных бюджетов некоммерческим организациям, участвующим в борьбе с ВИЧ/СПИДом.

2.3.6. Развивать межсекторное сотрудничество для привлечения негосударственного и частного секторов к разработке стратегий, реализации и мониторингу программ противодействия ВИЧ-инфекции в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и целевых программ противодействия ВИЧ-инфекции субъектов Российской Федерации, включая программы профилактики на рабочих местах и поддержку проектов развития местных сообществ в регионах деятельности компаний и предприятий.

### **ПРИЛОЖЕНИЕ 13. Обзор деятельности Министерства образования и науки РФ в сфере противодействия распространению ВИЧ-инфекции**

Министерство образования и науки Российской Федерации рассматривает распространение ВИЧ-инфекции как реальную угрозу здоровью нации и экономической стабильности России, требующую как принятия мер немедленного реагирования, так и разработки системы длительной защиты и противодействия.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа в России, повторяя в своем развитии общемировые тенденции, в то же время имеет ряд особенностей, касающихся процессов феминизации и омоложения ВИЧ-инфицированных, как в общей популяции, так и в группах, имеющих факторы риска инфицирования.

Изучение факторов, способствующих инфицированию ВИЧ, позволило констатировать, что, в основном, заражение обусловлено «рискованным» поведением (злоупотребление наркотическими средствами, рискованное сексуальное поведение и др.), способствующим реализации ведущих путей передачи вируса от человека человеку – через кровь и половые контакты.

Многoletний опыт изучения особенностей распространения эпидемии показывает, что именно молодежь особенно уязвима к ВИЧ в силу рискованного сексуального поведения, употребления психоактивных веществ, из-за ограниченного доступа к информации о ВИЧ-инфекции и службам профилактики, а также по целому ряду других социальных и экономических причин.

По оценкам экспертов ВОЗ, снизить темпы развития эпидемии возможно, в первую очередь, за счет просвещения людей с целью изменения их поведения. Принимая во внимание международный опыт борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции и опыт, накопленный в России, можно предполагать, что превентивное обучение в области ВИЧ/СПИД позволит не только уменьшить угрозу заражения, но и создать у подрастающего поколения установки на формирование навыков здорового образа жизни и ответственного поведения.

В Российской Федерации сегодня проживают сотни тысяч ВИЧ-инфицированных людей, в том числе детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Поэтому еще одной важной задачей системы образования является обеспечение беспрепятственного доступа к образованию ВИЧ-положительных детей и детей ВИЧ-инфицированных родителей.

Тема профилактики ВИЧ-инфекции регулярно обсуждается на различных мероприятиях с участием Минобрнауки. Так в декабре 2008 года состоялось заседание Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, на котором рассматривался вопрос «О разработке и внедрении в практику государственного образования обучающих программ по профилактике ВИЧ/СПИД и толерантному отношению к «ВИЧ-инфицированным». В числе прочих поручений Комиссии органам исполнительной власти, осуществляющим управление в сфере образования, в частности рекомендовано «включить в учебные программы курсов, предметов, дисциплин (модулей) образовательных учреждений вопросы, связанные с профилактикой распространения ВИЧ-инфекции».

Так же тема профилактики ВИЧ-инфекции рассматривалась в феврале 2009 года на коллегии Минобрнауки России по вопросу «О мерах по совершенствованию деятельности в сфере сохранения и укрепления здоровья обучающихся».

Мероприятия, направленные на профилактику распространения ВИЧ-инфекции среди обучающихся, воспитанников и формирование толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным лицам, осуществляются Минобрнауки России в рамках федеральных целевых программ – «Федеральной целевой программы развития образования», «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту», «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», а также соответствующего раздела приоритетного национального проекта по здравоохранению.

Важную роль в определении единых подходов к организации профилактической работы сыграла Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде, разработанная Министерством совместно с Роспотребнадзором и ЮНЕСКО (рекомендована письмом Минобрнауки России № АС-1270/06 от 6 октября 2005 г. и Роспотребнадзора №0100/8129-05-32 от 4 октября 2005 г.). Концепция определяет следующие задачи профилактических программ: формирование личностных ресурсов, эффективных стратегий поведения, способствующих формированию ответственности за свою собственную жизнь, осознанный выбор здорового образа жизни, приобретение уверенности для противостояния негативному влиянию среды, минимизация проявлений рискованного поведения, формирование здоровой полоролевой и семейной идентификации личности, отсрочка начала половой жизни.

Во исполнение положений Концепции Министерством образования и науки России предпринят комплекс мер по созданию и развитию системы профилактики ВИЧ-инфекции в образовательной среде.

Так, в федеральный компонент государственного образовательного стандарта и примерные программы общего образования по «Биологии» и «Основам безопасности жизнедеятельности» включена тема здоровья и здорового образа жизни, в том числе профилактики ВИЧ-инфекции.

В соответствии с приказом Министерства (от 20 августа 2008 г. № 241) с 2008 года увеличен объем этой темы в федеральном базисном учебном плане и примерных учебных планах для образовательных учреждений, реализующих программы общего образования. За счет времени вариативной части базисного учебного плана в содержание раздела «Сохранение здоровья и обеспечение личной безопасности» рекомендовано включение следующих тем:

- репродуктивное здоровье,
- социально-демографические процессы в Российской Федерации,
- правовые аспекты взаимоотношения полов,
- ранние половые связи и их последствия для здоровья,
- роль семьи в воспитании нравственных ценностей и сохранении здоровья,
- основы семейного права Российской Федерации.

Федеральные образовательные государственные стандарты общего образования нового поколения предусматривают включение в программы различных дисциплин

(«Основы безопасности жизнедеятельности», «Биология», «Природоведение» и др.) в большем объеме вопросы профилактики распространения ВИЧ-инфекции и формирования толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ-инфекцией. Кроме того, используются и другие возможности системы образования, в том числе организация внеклассной и внешкольной воспитательной работы по формированию культуры здорового образа жизни.

Ведущими высшими учебными заведениями и научными организациями разработаны образовательные программы и учебно-методическое сопровождение по профилактике распространения ВИЧ-инфекции и формирования толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ-инфекцией для различных целевых групп. Так, разработана базовая модель образовательной программы повышения квалификации работников образования.

Тулским государственным педагогическим университетом им. Л.Н. Толстого совместно с Новосибирским государственным педагогическим университетом разработан и апробирован учебно-методический комплекс для преподавателей и студентов педагогических вузов «Профилактика ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в образовательной среде». Комплекс включает в себя учебную программу курса «Профилактика ВИЧ в образовательной среде», а также пособия, руководства, методические рекомендации для преподавателей, студентов и родителей (с учебно-методическим комплексом можно ознакомиться на сайтах [www.antipav.ru](http://www.antipav.ru), [www.netzavisimosti.ru](http://www.netzavisimosti.ru), [www.Wallenberg.ru](http://www.Wallenberg.ru) ).

С учетом специфики работы с несовершеннолетними детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, Институтом специальной педагогики и психологии г. Санкт-Петербурга разработана и апробирована программа «Меридиан здоровья» по профилактике ВИЧ-инфекции в специальных учебно-воспитательных учреждениях для детей и подростков с девиантным поведением.

За период с 2004 по 2009 гг. по вышеперечисленным программам прошли обучение около 3 000 педагогических работников, в том числе осуществляющих организацию и планирование профилактической работы на региональном и муниципальном уровнях, около 2 000 студентов, 1000 учащихся образовательных учреждений среднего профессионального образования. С 2008 года к обучению в профилактических программах привлекаются и родители учащихся.

Для оказания методической помощи образовательным учреждениям по интеграции ВИЧ-инфицированных детей и детей ВИЧ-инфицированных родителей в образовательную среду при поддержке Детского Фонда ООН (ЮНИСНФ) разработаны методические материалы «Дети со знаком плюс» для сотрудников дошкольных и общеобразовательных учреждений. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие управление в сфере образования, проинформированы Министерством о возможности использовать эти материалы в своей работе.

Для повышения уровня осведомленности родителей и педагогических работников по теме «ВИЧ/СПИД», Минобрнауки России совместно с Роспотребнадзором организовали проведение Всероссийской акции, приуроченной к Всемирному дню борьбы со СПИДом (совместное письмо Минобрнауки России от 25 сентября

2009 г. № ИК-1264/06 и Роспотребнадзора от 25 сентября 2009 г. № 01/14285-9-32). В рамках акции были организованы следующие мероприятия:

- лекции, семинары, тренинги для руководителей и педагогических работников образовательных учреждений с целью обучения их современным технологиям, формам и методам работы с родителями при обсуждении вопросов профилактики ВИЧ-инфекции;
- тематические родительские собрания по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и формирования толерантного отношения к ВИЧ-позитивным людям;
- творческие конкурсы по теме профилактики ВИЧ/СПИДа, пропаганды здорового образа жизни, безопасного поведения и формирования толерантного отношения к ВИЧ-позитивным людям с участием как самих обучающихся, воспитанников так и их родителей, педагогических и медицинских работников образовательных учреждений.

В процессе практической реализации программ профилактики ВИЧ-инфекции среди обучающихся в образовательных учреждениях возникает ряд проблем:

- не учитываются особенности целевых групп;
- недостаточна квалификация специалистов, реализующих программы;
- не налажен полноценный контакт с родителями обучающихся;
- соответствующими органами исполнительной власти не осуществляется должный контроль за реализацией профилактических программ в образовательных учреждениях и другие.

В таких условиях даже программа, получившая большое количество положительных экспертных заключений, не достигает своей цели. Более того, она может вызвать негативную реакцию общественности, привести к возникновению конфликтных ситуаций.

В этой связи Министерство рекомендует соблюдать следующие условия:

- профилактические программы и их методическое обеспечение должны носить дифференцированный характер в зависимости от особенностей целевой группы (возрастных, религиозных, национальных, гендерных, социальных);
- реализация программ должна осуществляться специалистами, имеющими соответствующую подготовку;
- особое внимание должно уделяться пропаганде здорового и безопасного образа жизни, семейных ценностей, ответственного поведения молодежи как альтернативы рискованному, асоциальному поведению;
- на участие детей в программах превентивного обучения, затрагивающих вопросы полового просвещения, целесообразно получать согласие их родителей;
- необходимо реализовывать программы родительского всеобуча в области профилактики, активно привлекать родителей к профилактической деятельности в части защиты прав своих детей;
- при внедрении программ необходим контроль органов исполнительной власти, осуществляющих управление в сфере образования (на уровне региона, муниципального образования) за их корректной реализацией.

С учетом уже имеющегося практического опыта деятельности в образовательных учреждениях разных уровней, Министерство считает целесообразным продолжить работу по следующим направлениям:



- включение вопросов, связанных с профилактикой распространения ВИЧ-инфекции и формирования толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным лицам среди обучающихся, воспитанников в федеральные государственные образовательные стандарты нового поколения и примерные образовательные программы;
- разработка учебно-методического оснащения профилактической работы (программы, пособия, руководства, средства наглядного обучения и др.) с учетом современных требований;
- повышение квалификации и переподготовка педагогических работников образовательных учреждений по вопросам профилактики распространения ВИЧ-инфекции среди обучающихся, воспитанников и формирования толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным лицам;
- усовершенствование механизмов вовлечения родителей обучающихся в профилактическую работу, использование потенциала семьи для создания поддерживающего окружения;
- внедрение в деятельность образовательных учреждений специализированных образовательных программ, направленных на профилактику распространения ВИЧ-инфекции среди обучающихся, воспитанников и формирование толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным лицам.

Комплексная и полномасштабная работа по указанным направлениям позволит сдержать темпы роста эпидемии на территории Российской Федерации.

**Антиретровирусные (АРВ) препараты (АРВ-терапия)** — медицинские препараты, способные подавлять размножение ретровирусов, таких как ВИЧ. Имеющиеся в настоящее время АРВ-препараты не способны полностью вылечить от ВИЧ-инфекции, но могут отсрочить или предотвратить развитие тяжелых проявлений, таких как СПИД.

**Бюджетная целевая программа** — реализуемая субъектом бюджетного планирования (подведомственной ему федеральной службой или федеральным агентством) федеральная целевая программа, подпрограмма федеральной целевой программы или ведомственная целевая программа.

**Ведомственная целевая программа (ВЦП)** — увязанный по ресурсам и срокам комплекс мероприятий, финансируемых за счет средств областного бюджета, направленный на решение одной из задач СБП.

Ведомственные целевые программы могут формироваться в 2 видах: – *утверждаемая ведомственная целевая программа* (или целевая программа ведомства) — утверждаемый субъектом бюджетного планирования комплекс взаимоувязанных мероприятий, направленных на решение конкретной тактической задачи, стоящей перед главным распорядителем средств федерального бюджета, описываемой измеряемыми целевыми индикаторами. Целевая программа ведомства является самостоятельным документом, отдельные ее положения и параметры включаются в доклад о результатах и основных направлениях деятельности субъекта бюджетного планирования; – *аналитическая ведомственная целевая программа* (или аналитическая программа ведомства) — выделяемая в аналитических целях при подготовке доклада о результатах и основных направлениях деятельности субъекта бюджетного планирования группировка расходов, направленных на решение конкретной тактической задачи, стоящей перед главным распорядителем средств федерального бюджета, описываемой целевыми индикаторами.

**Вертикальная передача** — передача вируса от ВИЧ-положительной матери ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании. Современные АРВ-препараты позволяют увеличить вероятность рождения здорового ребенка от ВИЧ-положительной матери до 98–99%.

**Вклад в программу** — материально-технические, человеческие, финансовые и другие ресурсы, используемые для реализации программы.

**Внебюджетные средства** — денежные средства государства, не включаемые в государственный бюджет и используемые для финансирования социальных нужд населения. Внебюджетные средства могут поступать в виде отчислений от прибыли компаний.

**Внешняя среда** — набор ключевых факторов и процессов (экономических, политических, социальных, культурных, региональных, технологических и других), существующих вне организации и оказывающих прямое или опосредованное воздействие на организацию. Роль внешней среды первична по отношению к стратегии организации. Стратегия – это реакция организации на изменения внешней среды.

**Главный распорядитель бюджетных средств (ГРБС)** — участник бюджетного процесса, указанный в ведомственной структуре расходов бюджета.

**Государственные (муниципальные) услуги** — услуги, оказываемые физическим и юридическим лицам органами государственной власти, органами местного самоуправления, бюджетными учреждениями либо по их заказу иными юридическими и физическими лицами безвозмездно или по устанавливаемым органами государственной власти (органами местного самоуправления) ценам (тарифам).

**Государственный социальный заказ** — экономико-правовая форма реализации приоритетных целевых социальных программ, направленных на решение социально значимых задач межгосударственного, федерального и/или регионального уровней путем заключения контракта на конкурсной основе.

**Грант** — целевое, безвозмездное и безвозвратное финансирование (полное или частичное) социально значимых программ, проектов или мероприятий, осуществляемых НКО или физическими лицами, не являющимися предпринимателями.

**Делегирование сотрудников компании** — вовлечение на принципах добровольности сотрудников компании в социальные программы внешней направленности через безвозмездное предоставление получателям времени, знаний, навыков, информации, контактов и связей сотрудников.

**Диспансер** — лечебно-профилактическое учреждение, осуществляющее выявление больных в ранней стадии заболеваний систематически организуемыми массовыми профилактическими и целевыми обследованиями населения; взятие на учет нуждающихся в лечении; тщательное обследование и оказание квалифицированной и специальной лечебной помощи им; активное динамическое наблюдение (патронаж) за состоянием здоровья взятых на учет; подробное изучение условий труда, быта больных и совместно с санитарно-эпидемиологическими станциями устранение факторов, вредно влияющих на здоровье взятых на диспансеризацию и окружающих их лиц — членов семьи, а также проживающих и работающих с ними.

**Доклад о результатах** — доклад о результатах и основных направлениях деятельности субъекта бюджетного планирования, подготовка которого осуществляется ежегодно в соответствии с положениями Постановления Правительства Российской Федерации от 22.05.2004 №249 или соответствующего нормативно-правового акта, принятого на региональном или муниципальном уровне.

**Долгосрочные результаты** — изменение поведения как фактора риска заражения ВИЧ, включая изменение инъекционной практики, формирование здорового сексуального поведения, а также показатели, характеризующие отношение общества к ВИЧ-инфицированным.

**Долевое финансирование** — форма адресной финансовой помощи, которая заключается в совместном финансировании социальных программ со стороны компании, органов государственного управления и некоммерческого сектора.

**Заболеваемость** — количество новых случаев заболевания в данной группе населения в течение определенного времени в пересчете на 100, 1000 или 100 тысяч населения.

**Затраты** — в рамках концепции бюджетирования, ориентированного на результат, затраты — это стоимость всех использованных материальных (в т.ч. информационно-технологических) и кадровых ресурсов в привязке к конкретному полученному результату (предоставлению конкретной услуги и т.п.).

**Корпоративная социальная ответственность** — это философия поведения и выстраивания деловым сообществом, компаниями и отдельными представителями бизнеса своей деятельности в целях устойчивого развития и сохранения ресурсов для будущих поколений, основанная на принципах:

- производство качественной продукции и услуг;
- создание привлекательных рабочих мест и инвестиций в развитие человеческого потенциала;
- неукоснительное выполнение требований налогового, трудового, экологического и др. законодательства;
- построение добросовестных и взаимовыгодных отношений со всеми заинтересованными сторонами;
- эффективное ведение бизнеса;
- учет общественных ожиданий и общепринятых этических норм при ведении дел;
- вклад в формирование гражданского общества через партнерские программы и проекты общественного развития

**Корпоративные социальные программы** — добровольно осуществляемая компанией деятельность в социальной, экономической и экологической сферах, которая носит системный характер, связана с ее миссией и стратегией развития бизнеса и направлена на удовлетворение запросов различных заинтересованных в деятельности компании сторон.

**Косвенные затраты** — затраты, которые относятся не к одному, а к нескольким объектам затрат. Эти затраты распределяются между объектами затрат с помощью специальных способов (измерения потребления ресурсов, использования причинно-следственных связей, пропорционального распределения).

**Краткосрочные результаты** — изменение знаний целевой группы (молодежи в целом, представителей групп риска, а также профессионалов в области ВИЧ/СПИД) в отношении практики здорового поведения, а также охвата и доступа целевых групп к услугам профилактики.

**ЛЖВ** — акроним для «людей, живущих с ВИЧ». Термин, альтернативный термину «ВИЧ-инфицированный», который воспринимается негативно из-за акцента на инфекции. «ВИЧ-положительный» — еще один распространенный термин, обязанный своим названием положительному результату теста на антитела к ВИЧ.

**Лимит бюджетных обязательств** — объем прав в денежном выражении на принятие и (или) оплату бюджетных обязательств в пределах утвержденных бюджетных ассигнований в соответствующем финансовом году (плановом периоде).

**Лоббирование общественных интересов** — деятельность в государственных органах или органах местного самоуправления представителей групп интересов с целью отстаивания и продвижения в жизнь данных интересов, прежде всего, путем принятия или непринятия социально значимых решений.

**Межсекторное взаимодействие** — это влияние друг на друга органов публичной власти, бизнес-организаций и неправительственных некоммерческих организаций, что проявляется в различного рода контактах названных институтов, сформировавшихся в ходе такой деятельности.

**Миссия** — явно или неявно (в виде согласованных представлений) сформулированная позиция о будущем развитии организации, ее важнейших целях и ценностях. Миссия вырабатывается основными ключевыми партнерами организации – учредителями, владельцами, акционерами, высшим руководством.

**Мониторинг программ** — процесс, который включает регулярный сбор и фиксацию данных для отслеживания ключевых элементов реализации проекта/программы на протяжении его/ее деятельности, для сравнения текущего состояния дел с планом и принятия управленческих решений.

**Мониторинг результативности программы** — получение информации о фактически достигнутых значениях показателей результативности, сопоставление запланированных и фактических значений показателей результативности и их динамики, выявление тенденций и проведение факторного анализа причин их отклонений, прогнозирование их значений в будущих периодах.

**Муниципальный грант** — это целевое субсидирование, в виде денежных средств или имущества, социально значимых программ или проектов неправительственных (негосударственных, немunicipальных) некоммерческих организаций, действующих на территории муниципального образования, по их заявкам, как правило, на конкурсной основе, прежде всего — за счет средств муниципального бюджета.

**Муниципальный социальный заказ** — это разновидность муниципального заказа, поручение муниципального заказчика на выполнение мероприятий и мер, направленных на оказание услуг в социально значимых областях жизнедеятельности города, путем заключения на конкурсной основе контрактов (договоров).

**Неправительственная некоммерческая организация (НКО)** — негосударственная (немunicipальная) организация, не имеющая извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности и не распределяющая полученную прибыль между участниками.

**Некоммерческая организация (НКО)** — организация, не имеющая извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности и не распределяющая полученную прибыль между участниками.

**Общественный совет** — коллектив представителей некоммерческих и/или коммерческих организаций, а также хорошо известных, но не входящих в

названные организации лиц, приглашенных государственным или муниципальным органом публичной власти или должностным лицом либо делегированных самими организациями для осуществления консультативных, экспертно-аналитических и/или иных социально значимых функций.

**Объект затрат** — предмет, процесс, получатель бюджетных средств, на который направлены затраты, требующие отдельного измерения.

**Опportunистические заболевания** — заболевания, развивающиеся у людей с ослабленной иммунной системой, например вследствие ВИЧ-инфекции. Возбудители опportunистических заболеваний часто присутствуют в организме здоровых людей, однако их активность контролируется здоровой иммунной системой. У людей с ВИЧ на стадии СПИДа могут отмечаться такие опportunистические заболевания, как пневмоцистная пневмония, тяжелые формы туберкулеза и грибковых инфекций, саркома Капоши, гистоплазмоз, некоторые виды рака и многие другие заболевания.

**Организационная (корпоративная) культура** — устоявшиеся ценности, правила и стереотипы поведения, установки и традиции, в совокупности определяющие поведение членов организации.

**Освидетельствование (тестирование) на ВИЧ** — забор крови для анализа на наличие антител ВИЧ в организме человека. На сегодняшний день тестирование на ВИЧ является единственным способом достоверно узнать о том, является ли данный человек ВИЧ-инфицированным. По международным стандартам и в соответствии с российским законодательством тестирование должно быть добровольным и конфиденциальным с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции; оно может также быть анонимным.

**Отчетный финансовый год** — год, предшествующий текущему году.

**Оценка** — совокупность видов деятельности, разработанная для того, чтобы оценить конечный результат программы или проекта. С помощью оценки становится возможным увязать краткосрочный или долгосрочный результат непосредственно с конкретным мероприятием по истечении определенного периода времени после начала осуществления определенной программы. Оценка помогает руководителям программ или проектов определить ценность или целесообразность конкретной программы или проекта.

**Оценка процесса** — исследование процесса реализации программы, которое проводят, как правило, в ходе ее реализации. Призвана откорректировать программу во время ее реализации для повышения эффективности ее воздействия.

**Оценка ситуации (формирующая оценка)** — исследование ситуации, которое чаще всего проводится перед началом вмешательства с целью разработки проекта/программы, адекватной потребностям целевой группы.

**Оценка эффективности** — исследование результатов реализации программы/проекта, которое проводится после окончания программы (или некоторое время спустя) для определения, насколько вмешательство достигло поставленных целей.

**Очередной финансовый год** — год, следующий за текущим годом.

**Плановый период** — второй и третий годы, следующие за очередным финансовым годом.

**Показатель результативности программы** — показатель, формулировка которого отражает непосредственный (краткосрочный) или конечный (долгосрочный) результат достижения цели, решения задачи, реализации целевой программы или мероприятия.

**Получатель бюджетных средств** — орган государственной власти (орган местного самоуправления), бюджетное учреждение, имеющие право на оплату принятых в установленном порядке бюджетных обязательств.

**Приоритеты социальной политики компании** — это зафиксированные в документальном виде основные направления реализации социальных программ компании.

**Программы снижения вреда** — стратегии или программы, направленные на снижение негативных социально-экономических последствий, а также последствий в области здравоохранения таких явлений, как злоупотребление наркотиками или предоставление платных сексуальных услуг — включая программы профилактики передачи ВИЧ.

Программы снижения вреда могут включать в себя следующие основные компоненты: обмен игл и шприцев, предоставление презервативов и других профилактических материалов, программы заместительной терапии, информационные и просветительские программы, а также программы юридической поддержки и консультирования по правовым проблемам.

**Прямые затраты** — затраты, которые отождествляются исключительно с определенным объектом затрат, т.е. не могут быть отнесены ни к какому другому объекту затрат.

**Рабочий (административный) комитет** — рабочий орган, включающий менеджеров или специалистов среднего уровня управления основных организаций – участников. Задача рабочего комитета — непосредственно управление (администрирование) деятельности, подготовка решений для обсуждения стратегического комитета.

**Распорядитель бюджетных средств** — участник бюджетного процесса, имеющий право распределять бюджетные ассигнования и лимиты бюджетных обязательств между подведомственными распорядителями и (или) получателями бюджетных средств.

**Расходные обязательства** — обусловленные законом, иным нормативно-правовым актом, договором или соглашением обязанности всех уровней власти предоставить физическим или юридическим лицам, органам государственной власти, органам местного самоуправления средства соответствующего бюджета.

**Расходы (в рамках концепции бюджетирования, ориентированного на результат)** — расходы — это финансовые ресурсы (денежные средства) в



целом, фактически израсходованные за отчетный период или планируемые для использования в будущем. Они не увязываются с конкретным результатом.

**Расчет затрат, калькуляция затрат, костинг** — процесс соотнесения финансовых ресурсов с полученными непосредственными результатами. Основные методы расчета затрат: по ресурсам, по нормативам, на выполнение заданий, на осуществление видов деятельности.

**Реестр расходных обязательств** — свод указанных законов, нормативных правовых актов и договоров, соглашений и/или их отдельных положений, который должны вести органы исполнительной власти каждого уровня.

**SWOT-анализ** — один из наиболее известных методов, используемых в классической теории стратегического управления для анализа факторов внешней и внутренней среды организации и принятия соответствующих решений в области стратегии. SWOT-анализ стал впервые использоваться в практике управленческого консалтинга в 60-70 г.г. XX в. Название SWOT-анализ происходит от слов: **STRENGTHS** (сильные стороны), **WEAKNESSES** (слабые стороны), **OPPORTUNITIES** (возможности), **THREATS** (угрозы).

**Социальная ответственность бизнеса** — это добровольный вклад бизнеса в развитие общества в социальной, экономической и экологической сферах, связанный напрямую с основной деятельностью компании и выходящий за рамки определенного законом минимума.

**Социальная политика** — система действий, с помощью которых государство, через создаваемые для этой цели институты, осуществляет распределение и перераспределение ресурсов и благ, созданных обществом, для обеспечения роста благосостояния граждан и поддержки их инициатив.

**Социальная помощь** — поддержка в денежной и/или натуральной форме, предоставляемая с учетом законодательно установленных гарантий по социальному обеспечению. Социальная помощь оказывается за счет средств местных органов власти, предприятий, внебюджетных и благотворительных фондов в целях оказания дифференцированной помощи нуждающимся, безработным и/или нетрудоспособным гражданам и семьям с детьми.

**Социальная технология** — стандартный комплекс методически описанных и практически внедренных действий и/или процедур, объединенных в определенной последовательности или сочетании, и приносящий измеримый или иной ощутимый результат в сфере социальной политики (в социальной сфере).

**Социальная услуга** — деятельность по оказанию прямой и/или косвенной помощи физическим лицам и/или их группам для обеспечения их конституционных прав в отношении качества жизни, а также по осуществлению усилий, способствующих их нормальному жизнеобеспечению и повышению уровня их благосостояния.

**Социально значимый маркетинг** — форма адресной финансовой помощи, которая заключается в направлении процента от продаж конкретного товара на проведение социальных программ компании.

**Социальные инвестиции** — форма финансовой помощи, выделяемой компанией на реализацию долгосрочных и, как правило, совместных партнерских социальных программ, направленных на снижение социального напряжения в регионах присутствия компании и повышение уровня жизни различных слоев общества.

**Социальные технологии межсекторного взаимодействия** — совокупность взаимосвязанных и выстроенных в определенной последовательности методов решения социальных проблем путем реализации контактов между институтами, сформировавшимися в ходе человеческой деятельности в разных ее областях.

**СПИД-центр** — медицинская служба, занимающаяся профилактикой ВИЧ/СПИДа, лечением и поддержкой людей, затронутых эпидемией.

**Ключевые партнеры** — конкретные люди, организации и институты общества, от деятельности которых зависит деятельность организации и которые могут влиять на организацию, реализуя свои специфические интересы.

**Стратегические альянсы** — современная модель реализации стратегического управления, опирающаяся на стиль партнерства, взаимодействие и совместные проекты различных ведомств, организаций и фирм.

**Стратегические изменения** — изменения организационной, финансовой, кадровой и иных сфер организации, возникающие в результате реализации или корректировки стратегии организации. Как правило, стратегические изменения вызывают усиление внутренней напряженности в организации, повышение конфликтности, сопротивление изменениям, что требует профессионального «управления изменениями».

**Стратегические цели** — набор конкретных параметров или показателей организации, отражающих ее желаемое для ключевых партнеров состояние в будущем. Стратегические цели могут описывать как финансовую (коммерческую) составляющую деятельности организации, так и более общие аспекты ее деятельности (региональный охват, количество вовлекаемых в «орбиту» организации людей и т.д.).

**Стратегический комитет** — высший орган управления стратегическим альянсом, включающим представителей верхнего уровня управления всех организаций-участников. Задача стратегического комитета — формулирование общей стратегии альянса, обеспечение политической (статусной) поддержки принимаемых решений, оценка достигнутых результатов.

**Стратегический контроль** — система действий и процедур, выражающихся в создании механизма сбора, систематизации и оценки информации по результатам реализации выбранной стратегии развития.

**Стратегическое видение** — концентрированное представление о будущем организации, ее приоритетах и путях развития.

**Стратегическое планирование** — одна из разновидностей стратегического управления, предполагающая относительно формализованный подход к

разработке стратегии развития по принципу: точная формулировка миссии организации; определение системы финансовых и нефинансовых показателей (целей); описание стратегии развития организации на определенный период (от 3 до 5 лет); используемые финансовые, человеческие и иные ресурсы, необходимые для реализации стратегии; механизм контроля реализации поставленных целей и их корректировка.

**Стратегическое управление** — определенная модель (система) управления организацией, фирмой или проектом, предполагающая приоритетность решения долговременных задач и ориентацию на внешнюю среду как основу принятия решений.

**Стратегия** — (греч., военн.) наука об искусном, ведущем к успеху и победе ведении войны, включает в себе основы учений о подготовке армии, военных запасов и снаряжений, о подготовке, театра будущей войны в инженерном отношении (железные дороги, система укреплений), об устройстве складов на пути передвижения войск и на так называемой базе расположения войск и мобилизации, о развертывании и сосредоточивании войск; учение о составлении плана войны сообразно с выяснившимися при вышеуказанных подготовительных действиях условиями и знанием сил противника. Само выполнение военных операций согласно стратегическому заданию составляет предмет тактики.

**Субъект бюджетного планирования (СБП)** — один или совокупность нескольких главных распорядителей бюджетных средств, формирующих единый доклад о результатах и основных направлениях деятельности в целях планирования бюджета на плановый период.

**Текущий финансовый год** — год, в котором осуществляется составление и рассмотрение проекта бюджета на очередной финансовый год (плановый период).

**Технология «прозрачный бюджет»** — комплекс методически описанных действий, позволяющий представителям неправительственных некоммерческих организаций осуществлять общественное участие в бюджетном процессе, которое способствует повышению его эффективности и достижению лучшего социального эффекта.

**Управление социальной ответственностью** — это непрерывно протекающий в компании системный процесс, направленный на определение приоритетов социальной политики, компании, формирование среды корпоративной социальной ответственности, в том числе через обучение сотрудников, с помощью создаваемой в компании специализированной структуры управления, которая осуществляет подготовку, реализацию и координацию социальных программ, а также занимается процессом оценки результатов их реализации и доводит до сведения заинтересованных лиц эти результаты.

**Уязвимая группа** — какая-либо группа или часть общества с более высоким по сравнению с другими группами или остальным обществом риском подвергнуться мерам дискриминационного характера, насилию, стать жертвами природных, техногенных катастроф или экономических кризисов (напр., женщины, дети, пожилые люди). Уязвимые группы также зачастую подвергаются риску в периоды конфликтов или кризисов.

**Уязвимые группы (в отношении ВИЧ-инфекции)** — группы, находящиеся в условиях повышенного риска инфицирования ВИЧ ввиду различных социально-экономических или поведенческих причин. Во-первых, эти группы обладают меньшей способностью контролировать ситуацию, когда есть опасность передачи. Во-вторых, у представителей данных групп затруднен доступ к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции (например, вследствие отсутствия в данной конкретной местности специальных профилактических программ для потребителей наркотиков или сложности при назначении им лечения). К уязвимым группам населения относятся, например, беженцы, представители бедных слоев общества, мужчины, имеющие секс с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков, лица, оказывающие сексуальные услуги за плату, а также женщины в целом, особенно в тех странах и сообществах, где ярко выражено неравенство полов.

**Фактор формирования затрат, фактор затрат** — причина, определяющая изменение величины затрат. Факторы прямых затрат имеют количественные и стоимостные характеристики. Факторами косвенных затрат чаще всего выступают рабочее время сотрудников ведомств или учреждений (в пересчете на полную занятость), офисная площадь, компьютерный парк.

**Федеральная целевая программа** — увязанный по ресурсам, исполнителям и срокам осуществления программный документ Правительства РФ, содержащий комплекс научно-исследовательских, опытно-конструкторских, организационно-хозяйственных и других мероприятий, обеспечивающих эффективное решение задач в области государственного, экономического, экологического, социального и культурного развития РФ. ФЦП представляет собой важнейший механизм реализации структурной политики государства в определенной сфере жизнедеятельности общества, определяет в этой связи цели, задачи, содержание деятельности государства по их реализации.

**Фонд местного сообщества** — не имеющая членства некоммерческая организация, учрежденная уполномоченным на то органом местного самоуправления, одной или несколькими коммерческими организациями (или их объединениями) и одной или несколькими некоммерческими организациями (или их объединениями), осуществляющими деятельность в данном муниципальном образовании, формирующая имущество и управляющая им с целью поддержки социальных программ и проектов в данном муниципальном образовании или его части.

**Фонд территориального развития** — фонд, нацеленный на поддержку социальных программ и проектов в субъекте РФ, муниципальном образовании или части муниципального образования.

**Целевая программа** — совокупность взаимоувязанных по срокам, исполнителям, ресурсам мероприятий (действий) производственно-технологического, научно-технического, социального, организационного характера, направленных на достижение единой цели, решение общей проблемы. Делится по уровням — на федеральные, региональные и муниципальные программы. По видам — на научно-технические, социально-экономические, внешнеэкономические, производственно-технологические, экологические целевые и комплексные программы.

**Центр начисления затрат, центр затрат** — организационная единица, в которой собирается информация о затратах, относящихся к определенному объекту затрат.

**Частно-государственное партнерство (ЧГП)** — институциональные отношения между государством, в лице органов государственного управления, и частными организациями, представляющими как бизнес, так и гражданское общество. В рамках ЧГП государственные и частные структуры действуют совместно для решения проблем или оказания услуг, имея общее понимание целей, методов и форм сотрудничества. Механизмы, основанные на данной модели, успешно применяются для решения широкого спектра проблем.

**Эпидемиологический надзор** — постоянный и систематический сбор, анализ и интерпретация данных о заболевании или ситуации в области охраны здоровья. Эти формы можно отнести к разовым внешним инструментам реализации СП компании.

**Ярмарки НКО и социальных проектов** — регулярные съезды представителей НКО, представляющих свои организации или социально значимые проекты представителям государственных и/или муниципальных органов публичной власти и предпринимателям с целью получения средств на решение силами НКО наиболее актуальных социальных проблем.

## **Список использованной и рекомендуемой литературы**

---

Автономов А.С., Виноградова Т.И., Замятина М.Ф., Хананашвили Н.Л.. Под общей редакцией А.С.Автономова. Социальные технологии межсекторного взаимодействия в современной России. Учебник. – М.: Фонд «НАН», 2003. – С. 127–141, а также в сети Интернет: <http://www.nan.ru/?f=document/index&d=document/4socpo>

Бизнес примеряет на себя новую социальную роль. – М: Ассоциация менеджеров, 2003.

Блусь П.И., Бушуева В.М., Вьюжанин В.Н., Катаева В.И.. Как выполнить социальный заказ? Метод. рекомендации. – Пермь: «Стиль-МГ», 2000. – С. 192

Виханский О.С. Стратегическое управление. – М.: «Экономистъ», 2008.

ВИЧ/СПИД, закон и права человека: Руководство для российских законодателей. Трансатлантические партнеры против СПИДа (ТППС), 2005.

Влияние политических решений на эпидемию ВИЧ. Европейский и международный опыт/ пер. с англ. И. Маклелан. – М.: 2006.

Гражданские инициативы и будущее России/Сборник статей под ред. М.И. Либоракиной, В.Н. Якимца. – М.: Изд-во «Школа культурной политики», 1997. – С. 152.

Гражданское общество. Мировой опыт и проблемы России. – М.: «Эдиториал УРСС», 1998.

Гражданское общество в реформируемой России: проблемы, механизмы взаимодействия, международные аспекты. Коновалова Л.Н., Якимец В.Н., М., ГУУ, 2002.

Гребенник К.В., Киричук Н.А.. Ярмарки некоммерческих организаций. Межрегиональный общественный фонд «Сибирский Центр Поддержки Общественной Инициативы» (СЦПОИ). – Новосибирск, 1998. – С. 82

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом Организации Объединенных Наций s-26/2. Принята 27 июня 2001 года.

Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций. Принята 8 сентября 2000 года.

Доклад о глобальной эпидемии СПИДА 2008. ЮНЭЙДС 2008 г.

Закон Оренбургской области «Об областной программе «Предупреждение распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на 2007 – 2010 годы» от 6 июля 2006 г. № 362/67-IV-ОЗ.

Карпухина Г.Ю. Международные стратегические альянсы. Опыт исследования. – М.: «Дело и Сервис», 2004. – С. 176.

Каминарская Н.Г. Городской благотворительный фонд. – М.: САФ-Россия, 2000. – С. 200.

Коновалова Л.Н., Корсаков М.И., Якимец В.Н., Управление социальными программами компании. – М.: Ассоциация менеджеров, 2003.

Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде. Рекомендована письмом Минобрнауки России № АС-1270/06 от 6 октября 2005 г. и Роспотребнадзора №0100/8129-05-32 от 4 октября 2005 г.

Методические рекомендации по подготовке Докладов о результатах и основных направлениях деятельности субъектов бюджетного планирования [http://www.budgetrf.ru/Publications/2005/Methodology/Federal/fedminfin2005plndok/fedminfin2005plndokl000.htm#HL\\_4](http://www.budgetrf.ru/Publications/2005/Methodology/Federal/fedminfin2005plndok/fedminfin2005plndokl000.htm#HL_4)

Покровский В.В., Кравченко А.В., Ермак Т.Н., Юрин О.Г., Нарсия Р.С. Сборник нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Т. 1–5. – М.: 2007.

Политика в области ВИЧ/СПИДа в Европе и примеры успешной практики: Пер. с англ Тамсма Н. Soa Aids Nederland 2005 г.

Постановление Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 г. № 280 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2011 годы)».

Постановление Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007 г. № 286 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год».

Постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2004 г. № 856 «Об утверждении правил обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях».

Постановление Правительства Российской Федерации от 4 сентября 1995 г. № 877 «Об утверждении Перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров». Утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 4 сентября 1995 г. № 877.

Приоритетные направления дальнейшего противодействия ВИЧ-инфекции в Оренбургской области. Информационный бюллетень «ВИЧ/СПИД в Оренбургской области». Трансатлантические партнеры против СПИДа (ТППС), 2007. [http://www.hivpolicy.ru/upload/File/Or\\_3.pdf](http://www.hivpolicy.ru/upload/File/Or_3.pdf)



Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 30, ст. 3105.

Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 38.

Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 18, ст. 2117.

Социальная политика/Социальный кодекс ОАО «Лукойл» [www.lukoil.ru/](http://www.lukoil.ru/)

Симпсон С., Туркин С. Социальное измерение в бизнесе. Как корпоративное гражданство в России может быть выгодно бизнесу и обществу. – М.: Красная площадь, 2001.

Социальное партнерство и развитие институтов гражданского общества в регионах и муниципалитетах: практика межсекторного взаимодействия. – М.: Фонд «Школа НКО», 2007.

Социально ответственный бизнес: глобальные тенденции и опыт стран СНГ. – М.: Фонд «Институт экономики города», 2001.

Триединые ключевые принципы ЮНЭЙДС. Приняты 25 апреля 2004 года.

Факторы развития гражданского общества и механизмы его взаимодействия с государством. – М.: Вершина, 2008.

Федеральный закон от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации».

Федеральный закон от 30 Марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»: история, содержание, перспективы. Трансатлантические партнеры против СПИДа (ТППС), 2004.

Федеральный закон от 24 июля 2007 г. № 198-ФЗ «О федеральном бюджете на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов». Принят Государственной Думой 6 июля 2007 года. Одобрен Советом Федерации 11 июля 2007 года.

Федеральный закон от 22 Июля 1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Хананашвили Н.Л., Зыков О.В. и др. Государственный социальный заказ. – М.: Фонд «НАН», 1995. – С. 32.

Хананашвили Н.Л. «Камо грядеши» или некоторые размышления о теории социального инвестирования. Межсекторные взаимодействия. Настольная книга. – 2000. М.: Фонд «НАН», 2001. – С. 52-102

Хананашвили Н.Л. Правовое регулирование партнерского взаимодействия неправительственных некоммерческих организаций и органов местного самоуправления (сравнительные аспекты гранта и социального заказа): Автореф. дисс. канд. юр. наук. – М.: ИГП РАН, 2008. – С. 26.

Хананашвили Н.Л., Зыков О.В., Якимец В.Н., Доненко И.Е. Социальная реформа. Путь к гражданскому обществу. – М.: Фонд «НАН», 1997. – С. 5–14.

Хангер Дж.Д., Уилен Т.Л. Основы стратегического менеджмента: Перевод с английского. – М.: ЮНИТИ, 2008. С. 307.

Эмпирические исследования гражданского общества: сборник материалов общественных слушаний (24.09.08). – М., Общественная Палата Российской Федерации, 2008.

Якимец В.Н. Межсекторное социальное партнерство: основы, теория, принципы, механизмы. – М.: Едиториал УРСС, 2004.

Якимец В.Н. Социальные инвестиции российского бизнеса: механизмы, примеры, проблемы, перспективы. – М.: КомКнига, 2005.

Якимец В.Н., Никовская Л.И., Коновалова Л.Н. Теория и практика межсекторного социального партнерства в России. - М., ГУУ, 2004.

***В подготовке и редактировании информационно-методического пособия принимали участие:***

**Н.В. Подогова**, председатель правления, Благотворительный Фонд поддержки приоритетных стратегий в сфере общественного здравоохранения

**Т.Ю. Голованова**, заместитель руководителя по специальным проектам и организации мероприятий, Программа поддержки стратегических инициатив, Благотворительный Фонд поддержки приоритетных стратегий в сфере общественного здравоохранения

**Д.О. Камалдинов**, к.м.н., председатель правления МОО Независимая консалтинговая группа «Развитие общественного здравоохранения»

**Л.В. Семенова**, руководитель, Программа поддержки стратегических инициатив, Благотворительный Фонд поддержки приоритетных стратегий в сфере общественного здравоохранения