

ОТЧЕТ ГРУППЫ ТЕХНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ И СЕКРЕТАРИАТА ПО ЗАЯВКАМ 8 РАУНДА

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

В данном отчете вниманию Правления представлены:

1. рекомендации Группы технической оценки (ГТО) по финансированию заявок в 8 раунде;
2. анализ некоторых важных инициатив, включенных в процедуру приема заявок Глобального фонда, начиная с 8 раунда;
3. рекомендации ГТО, подготовленные в процессе оценки заявок 8 раунда.

¹ В 1-й измененной редакции:

- i. Учтено изменение валютного курса евро 1 ноября 2008 г.: Заявки 8 раунда, рассчитанные в евро на момент подачи, конвертированы в доллары США;
- ii. В Приложение 5 добавлена новая Часть 3 с детальным анализом запросов на межсекторное укрепление систем здравоохранения, поданных 45 кандидатами в рамках одной из своих заявок 8 раунда по конкретному заболеванию («Запросы на УСЗ»).

Изменения, внесенные в первоначальный вариант этого отчета (выпущенный 10 октября 2008 г.) выделены **затушеванным курсивом**, как это делалось при подготовке отчетов в предыдущих раундах.

² Во 2-й измененной редакции введено предоставление приоритета заявкам категории 2.

ЧАСТЬ 1: ВВЕДЕНИЕ

1. Заседания Группы технической оценки (ГТО) по оценке технических аспектов заявок 8 раунда проходили с 25 августа 2008 г. по 5 сентября 2009 года. В данном отчете, наряду с другой информацией, представлены рекомендации ГТО по финансированию в отношении заявок 8 раунда. Как и в случае с 7 раундом, председателем заседания ГТО был профессор Питер Годфри-Фоссетт, заместителем председателя — профессор Индрани Гупта.

2. Вскоре после этого, ГТО (в другом составе) приступила к оценке технических аспектов заявок, поданных в рамках 4-й волны Механизма непрерывного финансирования (МНФ). Одновременно с подачей настоящего отчета ГТО передала Правлению рекомендации по финансированию заявок 4-й волны МНФ. Общие извлеченные уроки включены в настоящий отчет.

3. В данном отчете охвачены следующие вопросы:

Вопросы, по которым требуется решение Правления:

- i. Рекомендации ГТО по финансированию заявок 8 раунда, соответствующих квалификационным требованиям (Часть 2).

Вопросы для информации:

- i. Отчет Секретариата по определению квалификационных требований 8 раунда (Часть 3);
- ii. Методология оценки заявок на заседании ГТО в 8 раунде (Часть 4); и
- iii. Состав ГТО в 8 и 9 раундах (Часть 6).

Вопросы, по которым требуется участие Правления:

- i. Извлеченные уроки, вопросы для обсуждения и одобрения Правлением, в том числе общие уроки, извлеченные из оценки ГТО заявок 4-й волны МНФ (Часть 5).

Указатель приложений

4. Данный отчет следует рассматривать вместе со следующими приложениями (**жирным шрифтом выделены приложения в бумажном виде**):

Приложение 1: Список всех соответствующих квалификационным критериям заявок, которые были рассмотрены ГТО, в алфавитном порядке по кандидатам.

Приложение 2: Список всех соответствующих квалификационным критериям заявок по заболеваниям, которые были рассмотрены ГТО, с классификацией по категориям, в которых они рекомендованы Правлению.

Приложение 3: Список всех кандидатов, заявки которых в 8 раунде признаны несоответствующими квалификационным критериям, и обоснование данного решения Группой Секретариата по скрининговой оценке.

Приложение 4: «Форма оценки ГТО» 8 раунда для всех заявок по заболеваниям, которые были рассмотрены ГТО, вместе с полным текстом всех заявок кандидатов на финансирование, соответствующих квалификационным критериям.

Приложение 5: Подробный анализ рекомендаций ГТО в отношении финансирования заявок по заболеваниям 8 раунда в сравнении с предыдущими раундами

(ранее включавший «Часть 4» в отчеты ГТО Правлению по предыдущим раундам).

Приложение 6: Состав ГТО в 8 раунде.

5. Настоящий отчет содержит приложения 2, 5 и 6. Как и в предыдущих отчетах ГТО и Секретариата по рекомендациям в отношении оценки заявок, другие приложения в связи со значительным объемом материала предоставлены на рассмотрение делегациям Правления в электронной форме на CD-Rom. Приложения 2 и 4 могут быть особенно полезны для делегаций Правления при рассмотрении этапа принятия решения, изложенного ниже в части 2, на Восемнадцатом заседании Правления, которое состоится 7-8 ноября 2008 года.

6. В соответствии с решением Правления об информировании кандидатов о предварительных данных в отношении рекомендаций ГТО по финансированию в 8 раунде (GF/B17/DP23), Секретариат обязан предоставить каждому кандидату соответствующее письменное уведомление не позднее 17 октября 2008 г. В уведомлении конкретно указывается, что оно носит предварительный характер и не является окончательным решением Глобального фонда по финансированию, которое может принимать только Правление. Предварительное уведомление включает «Форму оценки ГТО» для каждой заявки по заболеванию с целью: облегчить раннее планирование для возможной повторной подачи в 9 раунде (для заявок по конкретным заболеваниям, не рекомендованных к финансированию); изложить причины отказа («Категория 4») или, при условии утверждения Правлением и наличии средств, начать переговоры по гранту и его подписание (для заявок «Категории 1», «Категории 2» и «Категории 2B»).

7. С учетом итогов Восемнадцатого заседания Правления все соответствующие квалификационным критериям заявки (независимо от того, рекомендованы они к финансированию или нет) публикуются на веб-сайте Глобального фонда, как только это становится возможным после принятия Правлением решения по финансированию².

8. Для упрощения поиска каждая новая часть данного отчета начинается с новой страницы, согласно следующему оглавлению:

i.	Часть 2: Рекомендации ГТО Правлению по финансированию	Стр. 4
ii.	Часть 3: Отчет Секретариата по определению соответствия квалификационным критериям	Стр. 8
iii.	Часть 4: Методика оценки заявок на заседании ГТО	Стр. 12
iv.	Часть 5: Извлеченные уроки и рекомендации ГТО	Стр. 17
v.	Часть 6: Состав ГТО в 8 и 9 раундах	Стр. 28

² Это предусмотрено политикой Глобального фонда в отношении документации (GF/B16/2), согласно которой Формы оценки ГТО не являются «открытой документацией», они отсылаются непосредственно кандидатам и не публикуются Глобальным фондом каким-либо иным образом. Заинтересованным сторонам, желающим получить доступ к Форме оценки ГТО по конкретной стране, следует связаться напрямую с СКК.

1. В Приложении 2 перечислены рекомендации ГТО Правлению по 174 рассмотренным заявкам по заболеваниям 8 раунда, соответствующим квалификационным критериям. Эти рекомендации сгруппированы в категории, по которым ГТО уполномочена давать рекомендации Правлению, как указано в документе «Пределы компетенции Группы технической оценки» (ПК ГТО, GF/B17/DP5)³. По просьбе Секретариата в начале заседания по рассмотрению заявок 8 раунда ряд заявок «Категории 2», признанных ГТО технически обоснованными, были отнесены к «Категории 2В» (подгруппе заявок «Категории 2»).

2. В 8 раунде ГТО рекомендует финансирование 54% (94) заявок из 174 заявок, соответствующих квалификационным критериям. В таблице 1 ниже приведены общие рекомендации ГТО по финансированию с разбивкой по заболеваниям.

Таблица 1 – Сводная информация о рекомендациях ГТО в 8 раунде по заявкам, рекомендованным к финансированию

Disease Proposal	Number recommended for funding	Within disease success rate	2 Year Upper Ceiling all Recommended (US\$ millions)	Percent of 2 Year Upper Ceiling Budget	5 Year Upper Ceiling all Recommended (US\$ millions)	Percent of 5 Year Upper Ceiling Budget
HIV (including s.4B HSS)	37 of 76	49%	1,164	38%	3,334	46%
Tuberculosis (including s.4B HSS)	29 of 57	51%	327	11%	914	13%
Malaria (including s.4B HSS)	28 of 41	68%	1,568	51%	2,927	41%
TOTAL	94 of 174	54%	3,059	100%	7,175	100%

3. Объединенный максимальный верхний предел двухгодичного финансирования, рекомендованный для утверждения Правлению, составляет около **3 059** млн. долл. США, что значительно выше по сравнению с соответствующей рекомендацией по финансированию в 7 раунде (1 119 млн. долл. США). Общая доля рекомендованных к финансированию заявок (54% в 8 раунде) также превышает показатели всех предыдущих раундов (7 раунд – второй по количеству рекомендованных заявок – 49%, 6 раунд – 43%, 5 раунд – 31%).

4. В таблице 1 каждая заявка по конкретному заболеванию представлена полностью, включая запросы на межсекторное укрепление систем здравоохранения (запросы на УСЗ), которые подавались в рамках соответствующей части по конкретному заболеванию. Подход ГТО к оценке запросов на УСЗ, извлеченные уроки и рекомендации Глобальному фонду изложены в частях 4 и 5 этого отчета соответственно.

5. В целом, ГТО рассмотрела **45** отдельных запросов на УСЗ, поданных в рамках 8 раунда как заявки по конкретному заболеванию. Данная оценка проведена в соответствии с Пределами компетенции Группы технической оценки, позволяющими ей рекомендовать к финансированию⁴:

- i. всю заявку по заболеванию, включая запрос на УСЗ; или
- ii. часть заявки по заболеванию, не включая запрос на УСЗ; или
- iii. только запрос на УСЗ, если мероприятия, предусмотренные в этой части заявки, вносят существенный вклад в преодоление ограничений в системах

³ Утверждено на Пятнадцатом заседании Правления (GF/B15/DP36). См. пункт 35 и Приложение 1 к ПК ГТО.

⁴ См. решение Правления «Стратегический подход к укреплению систем здравоохранения» (GF/B16/DP10), а также ПК ГТО, пункт 32.

здравоохранения для улучшения конечных результатов по ВИЧ, туберкулезу и/или малярии.

6. В восьми случаях ГТО рекомендовала удовлетворить только запрос на УСЗ, исключая часть заявки по конкретному заболеванию. Что касается других 37 случаев:

- i. в 17 случаях была рекомендована часть по конкретному заболеванию вместе с запросом на УСЗ;
- ii. в семи случаях рекомендована только часть по конкретному заболеванию;
- iii. в 13 случаях к финансированию не была рекомендована ни часть по конкретному заболеванию, ни запрос на УСЗ.

7. Во всех случаях по каждой заявке, включавшей запрос на УСЗ, ГТО давала только одну рекомендацию, даже если часть по УСЗ была, в действительности, «изъята», что допускается по процедуре для заявок на МНФ. *В Части 4 данного отчета этот подход рассмотрен более подробно.*

8. Верхние пределы двухгодичного финансирования в запросах на УСЗ были относительно низкими по сравнению с уровнем общего финансирования, запрошенного в 174 заявках по заболеваниям, соответствующих квалификационным критериям; в среднем на каждый запрос на УСЗ приходилось по 13,4 млн. долл. США (хотя величина запрашиваемых средств колебалась в широких пределах).

9. В таблице 2 ниже приведена сводная информация по общему финансированию, рекомендованному в отношении запросов на УСЗ. Запросы на поддержку систем здравоохранения содержались также во многих заявках по заболеваниям и частях заявок по конкретному заболеванию, включавших запрос на УСЗ. В таблице ниже эти запросы не отражены.

Таблица 2 – Сводные данные по запросам на УСЗ в виде соотношения общей запрошенной и рекомендованной суммы

	Requested	Recommended	Percent
2 Year Upper Ceiling	US\$ 603 million	US\$ 283 million	46%
Number of HSS requests	45	25	56%

10. Что касается рекомендаций ГТО по верхнему пределу двухгодичного финансирования в отношении заявок Категории 1 и Категории 2 (включая Категорию 2В), в таблице 3 ниже указаны совокупные объемы средств, действительные на момент представления данного отчета Правлению⁵, которые Правлению рекомендовано выделить на основе применения принципов приоритетного финансирования, изложенных в документе под названием «Комплексная политика финансирования»⁶.

⁵ Настоящий отчет был впервые представлен Правлению 10 октября 2008 г. (GF/B18/10). *В результате пересмотра документа, выпущенного во 2-й редакции 3 ноября 2008 г., были изменены данные во всех таблицах и финансовые показатели, касающиеся рекомендаций ГТО по финансированию.* Для пересчета сумм, указанных в запросах на финансирование в ЕВРО, в их долларовой эквивалент, Глобальный фонд использует официальный обменный курс ООН. При этом, величина изменения показателей (в сторону снижения) за период с даты оценки ГТО до даты *объявления обменного курса 1 ноября 2008 г. составляет приблизительно 100 млн. долл. США.*

⁶ С учетом поправок, принятых на Пятнадцатом заседании Правления (GF/B15/DP27).

Таблица 3 – Сводные данные по верхнему пределу двухгодичного финансирования, рекомендованному ГТО, по категориям и в порядке приоритета заявок

Funding Category	Number of Proposals	2 Year Upper Ceiling US\$ (millions)	Cumulative 2 Year Upper Ceiling (US\$ millions)	EURO amount as part of US\$ ** (millions)
1	16	452	452	49
2	51	1,854	2,306	433
2B Total	27			
Composite index 8	6	443	2,749	15
Composite index 6	6	99	2,848	60
Composite index 5	8	125	2,974	48
Composite index 3	7	85	3,059	4
	2B Sub-total	753		127
All recommended	94	3,059	3,059	609

11. ГТО рекомендовала Правлению утвердить 94 заявки по заболеваниям 8 раунда от 68 отдельных стран. ГТО рекомендовала к финансированию заявки большинства из этих стран (69%, n=48), поданные по одному заболеванию. В 25% случаев (n=17) ГТО рекомендовала утвердить заявки по двум заболеваниям, а в оставшихся 6% случаев (n=4) – заявки по всем трем заболеваниям.

12. Как показано в Приложении 2 и по причинам, указанным ГТО в соответствующих «Формах оценки ГТО» для этих заявок (Приложение 4), ни одна из пяти отвечающих квалификационным критериям заявок, поданных от нескольких стран, не была рекомендована к финансированию. Более подробно об этом решении сказано ниже в части 5 данного отчета.

13. Большинство кандидатов (93%), чьи заявки по заболеванию рекомендованы ГТО Правлению в 8 раунде, уже получают финансирование от Глобального фонда (по тому же или другому заболеванию). В части 5 ниже показано, как ГТО учитывает эффективность действующих грантов по тому же заболеванию (или грантов по другим заболеваниям внутри страны, если рекомендован тот же Основной реципиент, а в поданных с заявкой документах сообщается о наличии серьезных проблем в связи с реализацией гранта) за предыдущий период.

14. В случае утверждения Правлением соответствующих заявок число получателей финансовой помощи Глобального фонда по заявкам, поданным от одной страны в 8 раунде, увеличится на пять новых стран⁷. Эти страны и заявки по заболеванию, рекомендованные к финансированию в 8 раунде, для упрощения поиска выделены из Приложения 2 и перечислены ниже:

- i. Кабо-Верде (ВИЧ);
- ii. Корейская Народно-Демократическая Республика (туберкулез и малярия);
- iii. Фиджи (туберкулез, включая запрос на УСЗ);
- iv. Маврикий (ВИЧ); и

⁷ Некоторые из этих стран непосредственно или косвенно пользуются выгодами, связанными с реализацией мероприятий, финансируемых из средств грантов Глобального фонда, выделенных для заявок от нескольких стран в соответствующих регионах.

v. Соломоновы острова (ВИЧ – только запрос на УСЗ, туберкулез).

15. Более подробно рекомендации ГТО по заболеваниям, включая сведения о тенденциях и разбивку рекомендаций к финансированию по регионам, описаны в Приложении 5 к данному отчету. Конкретный анализ характера и области действия запросов на УСЗ содержится в части 3 этого приложения.

Этап принятия решений 1:

1. Правление утверждает финансирование на первые два года, с учётом пунктов 3 – 5 ниже, заявок 8 раунда, рекомендованных Группой технической оценки (ГТО) к финансированию как заявок «категории 1» [и «категории 2» (кроме заявок «категории 2В»)], согласно списку, приведенному в Приложении 2 к Отчёту Группы технической оценки и Секретариата по заявкам 8 раунда (GF/B18/10).
 2. Оставшиеся заявки 8 раунда, рекомендованные ГТО к финансированию и отнесённые к заявкам «категории 2В» в Приложении 2, будут утверждены на первые два года, с учётом пунктов 4 и 5 ниже, в следующем порядке:
 - i. путем рассылки Правлением подтверждения по электронной почте (или, при необходимости, непосредственно на Девятнадцатом заседании Правления), когда средства станут доступны согласно условиям Комплексной политики финансирования;
 - ii. на основе комбинированной классификации таких заявок в соответствии с решением Правления под названием «Расстановка приоритетов в условиях ограниченности ресурсов» (GF/B8/2, стр. 13) и решением Правления ввести, начиная с 8 раунда, однолетний льготный период в связи с изменениями уровня доходов стран в течение последующих лет в целях определения соответствия критериям к финансированию (GF/B16/DP18);
 - iii. не позднее 31 июля 2009 года.
- До этого Правление поручает Секретариату рассмотреть замечания ГТО и оценки МАФ, касающиеся этих заявок.
3. Кандидаты, чьи заявки рекомендованы к финансированию в качестве заявок «категории 1», должны завершить процесс представления разъяснений на замечания ГТО в соответствии с письменным утверждением Председателя и/или заместителя Председателя ГТО не позднее восьми недель после получения письменного уведомления Секретариата о решении Правления.
 4. Кандидаты, чьи заявки рекомендованы к финансированию в качестве заявок «категории 2» (включая подгруппу заявок «категории 2В») должны:
 - i. предоставить первоначальный подробный письменный ответ на требующие разъяснений замечания и уточнения ГТО в срок не позднее шести недель после получения письменного уведомления Секретариата о данном решении Правления; и

- ii. завершить процесс представления разъяснений на замечания ГТО в соответствии с письменным утверждением Председателя и/или заместителя Председателя ГТО не позднее, чем через три месяца после получения Секретариатом первоначального подробного ответа кандидата на вопросы, которые нуждались в разъяснении и/или уточнении.*
- 5. Все заявки, утверждённые Правлением к финансированию согласно пункту 1 или 2, утверждаются (или будут утверждены) Правлением, исходя из того, что суммы грантов, запрашиваемые в этих заявках в соответствии с Приложением 2, столбец «Верхний предел для Фазы 1 (2 года)», представляют не окончательно утверждённые суммы грантов Фазы 1, а максимально допустимые, которые могут быть изменены в процессе разъяснения замечаний ГТО и переговоров по гранту.*
- 6. Правление не утверждает финансирование тех заявок, которые были рекомендованы в качестве заявок «категории 3» в соответствии с Приложением 2 к документу GF/B18/10. Правление рекомендует таким кандидатам повторно подать изменённую версию этой же заявки в 9 раунде.*
- 7. Правление не утверждает финансирование тех заявок, которые были рекомендованы в качестве заявок «категории 4» в соответствии с Приложением 2 к GF/B18/10.*

Данное решение не влечёт за собой существенных бюджетных последствий.

История вопроса

1. На своем 9-ом заседании⁸ Комитет по управлению портфолио утвердил представленные Секретариатом Формы заявок 8 раунда и Принципы подготовки заявок на финансирование. Комитет по управлению портфолио одобрил рекомендации по включению новых материалов с акцентом на поощрение кандидатов уделять больше внимания гендерным вопросам; укрепление возможностей СКК тщательнее рассматривать проблемы, встречающиеся в области укрепления систем здравоохранения; укрепление общинных систем как элемент, который может быть включен в заявки по укреплению систем здравоохранения. Комитет по управлению портфолио утвердил также новую отдельную Форму заявки от нескольких стран и соответствующие Принципы подготовки заявок.

2. Объявление о приеме заявок 8 раунда было сделано 1 марта 2008 г., прием заявок был прекращен 1 июля 2008 года.

3. Как и в ходе 7 раунда, Секретариат оказывал существенную помощь кандидатам в течение четырехмесячного периода подготовки заявок. Секретариат уделял внимание тому, чтобы кандидатам были предоставлены разъяснения в отношении того, как следует заполнять формы, где найти дополнительные сведения и как обращаться к партнерам за технической помощью. В соответствии с действующими принципами Глобального фонда, касающимися оказания помощи странам в подготовке заявок, сотрудники Секретариата не уведомляли страны о содержании заявок.

4. Поддержка со стороны Секретариата состояла, главным образом, в следующем:

- i. **Выпуск отдельных тематических «Информационных бюллетеней 8 раунда»** по шести новым стратегическим инициативам. По отзывам кандидатов и партнеров, «информационные бюллетени» на шести официальных языках ООН были полезным и целевым средством поощрения дискуссий по следующим темам: укрепление общинных систем; важность расширения масштаба ответных мер, учитывающих гендерные аспекты, особенно среди ВИЧ-инфицированных лиц; обеспечение включения в запросы на УСЗ в рамках соответствующих заявок по конкретным заболеваниям только мероприятия по межсекторному укреплению систем здравоохранения.
- ii. **Распространение ответов Секретариата на вопросы по разработке заявок среди более широкого круга заинтересованных лиц** в интерактивном режиме на сайте MyGlobalFund.org с помощью модераторов, работавших на нескольких языках; и
- iii. **Участие в большем количестве «выездных мероприятий», организованных партнерами в 8 раунде.** К ним относились встречи, специально посвященные включению в заявки 8 раунда таких тем, как гендер, укрепление общинных систем и комплексные стратегии по ВИЧ и репродуктивному здоровью. Как и в 7 раунде, партнеры планировали проведение этих встреч таким образом, чтобы

⁸ См. документ, представленный на Семнадцатом заседании Правления, под названием «Отчет Комитета по управлению портфолио» (GF/B17/5, Часть 4).

облегчить своим коллегам процесс промежуточной оценки разрабатываемых заявок. Глобальный фонд положительно оценивает принятие его партнерами обязательств по финансированию участия в этих встречах представителей стран и атмосферу сотрудничества, в которой проводились эти встречи.

Полученные заявки

5. На момент прекращения приема заявок 1 июля 2008 г. Глобальный фонд получил 125 заявок на финансирование. Как отмечалось выше, 45 из этих заявок включали в качестве отдельной части, касающейся одного из заболеваний, запрос на поддержку межсекторных мероприятий по укреплению систем здравоохранения (запросы на УСЗ).

6. Включение запросов на УСЗ в виде «отдельной части» заявки по заболеванию значительно увеличило:

- i. Время, затраченное на скрининг заявок в отношении их полноты: скрининговая группа 8 раунда (состоящая из 18 человек) имела дело, как правило, с двумя отдельными бюджетами, двумя отдельными «Системами эффективной работы» (*показатели для измерения эффективности*), двумя отдельными планами работы, двумя отдельными сводными бюджетными таблицами и нередко сталкивалась с расхождением в расчетах между двумя «частями» одной заявки по заболеванию;
- ii. Время ответа страны на запрос о предоставлении пояснений: кандидаты, подавшие заявки на финансирование для одного или нескольких из трех заболеваний и для межсекторных мероприятий по укреплению систем здравоохранения (посредством запроса в разделе 4В), также были вынуждены иметь дело с дополнительными вариантами указанных документов; и
- iii. Время на сверку заявок до начала заседания ГТО.

7. В 8 раунде Глобальный фонд отметил увеличение числа заявок, поданных не на английском языке. Особенно много заявок было подано на французском и испанском языках. Заявок на арабском или китайском языках не поступило. Ряд заявок на английском языке был получен от кандидатов от стран, в которых доминирующим языком является испанский или французский. ГТО отметила плохое качество перевода нескольких заявок, переведенных странами самостоятельно.

8. Секретариат продолжил работу со своими переводческими компаниями в целях повышения качества перевода заявок. Кандидатам рекомендовано подавать заявки не на английском языке, а на одном из официальных языков ООН, который они чаще используют. По возможности, Секретариат будет способствовать тому, чтобы его партнеры в региональных бюро оказывали помощь в обеспечении качественного перевода заявок, подаваемых кандидатами (в случае получения такой просьбы), предоставляя доступ к переводческим компаниям, в качестве услуг которых они уверены.

Скрининг заявок на предмет соответствия квалификационным критериям и полноты

9. Секретариат провел скрининг заявок 8 раунда в августе 2008 года.

10. Анализ соответствия заявок по заболеваниям квалификационным критериям проводила Группа Глобального фонда по скрининговой оценке заявок с участием высшего руководства

Секретариата. В целях обеспечения объективности никто из сотрудников Группы по страновым заявкам не участвовал в принятии решения в отношении соответствия кандидатов минимальным квалификационным требованиям.

11. Секретариат принимал решения по грантам (см. таблицу 4 ниже) на основании тех же принципов, которые были указаны в отчете о результатах скрининга на соответствие минимальным квалификационным требованиям Глобального фонда в 6 и 7 раундах.

Таблица 4 – Результаты определения Группой Секретариата по скрининговой оценке соответствия квалификационным критериям: 5-8 раунды

Applicant Type	Total Applicants Round 8	Eligible Applicants Round 8	Total Applicants Round 7	Eligible Applicants Round 7	Total Applicants Round 6	Eligible Applicants Round 6	Total Applicants Round 5	Eligible Applicants Round 5
	CCM	88	88	80	77	96	93	90
Sub-CCM	3	3	3	2	1	1	1	1
RO	8	3	5	5	10	9	9	2
RCM	3	2	1	1	1	1	3	3
Non-CCM	23	2	21	3	36	4	64	3
Total	125	98 (84%)	110	88 (80%)	144	108 (75%)	167	98 (59%)

12. Контекст страны играет все более важную роль при определении Группой скрининговой оценки соответствия заявки кандидата минимальным квалификационным стандартам. Как и в 7 раунде, разъяснения были запрошены у многих кандидатов. В большинстве случаев запросы касались того, насколько прозрачный процесс применяли кандидаты:

- i. При оценке и отборе Основного реципиента (реципиентов) по каждой заявке по заболеванию с точки зрения их технической пригодности; и
- ii. При объявлении сбора предложений для включения в единую заявку от страны/региона (желательно со ссылкой на критерии, которые распространялись среди общественности), а затем при оценке полученных предложений.

13. Страны, которые ранее не были включены в категорию соответствующих минимальным требованиям в отношении СКК, приложили особые усилия, чтобы доказать соответствие своих заявок требованиям 8 раунда. Такая же ситуация наблюдалась в случае кандидатов, подававших заявку на финансирование в первый раз.

14. Как и в ходе 7 раунда⁹, Группа Секретариата по работе с СКК подготовила подробный отчет о работе Группы Секретариата по скрининговой оценке заявок и полученных результатах. В данном отчете указаны области, которые кандидатам всегда следует держать в центре внимания, с особым акцентом на Страновые координационные комитеты (СКК). В документе приведены также дополнительные рекомендации для стран по подготовке заявок и примеры *передового опыта*.

15. В ограниченном числе случаев решение СКК о продлении роли «эффективного» Основного реципиента приводилось в качестве причины отказа от двухканального финансирования. Однако критериев этого «выбора» обычно не предоставлялось. **Секретариат настоятельно советует кандидатам и сотрудничающим с ними партнерам разработать набор критериев с учетом контекста страны, которые позволяют выбрать всех Основных реципиентов на основе анализа их соответствия критериям, независимо от того,**

⁹ Отчет 7 раунда под названием «Требования к СКК: Извлеченные уроки: 7 раунд», о результатах, полученных Группой скрининговой оценки заявок в 7 раунде, включая извлеченные уроки для стран, доступен на веб-сайте Глобального фонда: http://www.theglobalfund.org/documents/ccm/Report_on_the_Screening_Review_Panel-Round7.pdf

представляют они различные организации одного сектора или нескольких секторов.

Повторная подача заявок в 9 раунде

16. Как отмечалось в части 1, в 9 раунде Правление рекомендует кандидатам повторно подать измененную версию той же заявки, поданной в 8 раунде, которая не была рекомендована к финансированию (и отнесена к «Категории 3»). Для упрощения процесса повторной подачи заявок, Глобальный фонд должен опубликовать к 17 октября 2008 года специальный выпуск «Часто задаваемых вопросов», касающихся повторной подачи заявок. В этом документе разъясняется, что заявки, которые являются повторно подаваемыми заявками 8 раунда с изменениями, учитывающими их недостатки, будут рассматриваться Глобальным фондом в соответствии с применением упрощенного подхода к скринингу заявок на МНФ. То есть, внимание будет акцентировано на изменениях, внесенных в заявку 8 раунда, и степень участия заинтересованных сторон, не требуя открытого объявления о приеме заявок.

17. Всем потенциальным кандидатам 9 раунда (включая тех, кто повторно подает измененный вариант той же заявки по заболеванию, которая была подана в 8 раунде) настоятельно рекомендуется работать в тесном сотрудничестве с партнерами, Секретариатом Глобального фонда и, особенно, с департаментом Глобального фонда, занимающимся данным регионом, чтобы в полной мере понять минимальные квалификационные требования, в том числе минимальный уровень документации, необходимой для доказательства соответствия этим требованиям.

1. Как указывалось в отчетах об итогах 6 и 7 раундов, основные особенности работы ГТО по оценке 174 заявок по заболеваниям в 8 раунде заключались в следующем:

- i. организация работы ГТО таким образом, чтобы рассматривать приблизительно по 20 заявок по заболеваниям в течение каждого из девяти дней, отведенных для рассмотрения заявок;
- ii. работа членов ГТО в небольших группах (состоящих, как правило, из двух экспертов по заболеваниям и двух экспертов по межсекторным вопросам, занятых на протяжении всего периода оценки) для рассмотрения заявки, данных, содержащихся в Отчете о выполнении гранта, и других подтверждающих документов;
- iii. представление небольшой группой предварительных рекомендаций на ежедневном пленарном заседании ГТО;
- iv. окончательное утверждение рекомендаций по финансированию на ежедневных пленарных заседаниях ГТО, во время которых ГТО стремилась согласовать общий текст Формы оценки ГТО (Приложение 4); и
- v. кроме того, обсуждение процесса оценки в целом и подтверждение того, что в ходе этого процесса были учтены пересмотренные рекомендации по финансированию всех рассмотренных заявок по заболеваниям на последнем пленарном заседании ГТО по рассмотрению заявок (четверг, 4 сентября 2008 года).

2. Если в ходе ежедневного пленарного заседания не удавалось достичь консенсуса, заявки рассматривались повторно. Это происходило реже, чем в предыдущих раундах – в 3% случаев (n=5). В такой ситуации заявку пересматривали как минимум два дополнительных члена ГТО, один эксперт по заболеванию и один эксперт по межсекторным вопросам, уделяя особое внимание конкретным вопросам, поднятым на первом пленарном заседании. Затем заявка обсуждалась повторно по прошествии достаточного времени, чтобы члены ГТО успели рассмотреть подтверждающие документы (например, Отчеты Секретариата о выполнении действующих грантов). Как и в предыдущих раундах, этот процесс дополнительной экспертной оценки признан высокоэффективным в самых сложных случаях.

3. В целом в процессе оценки не учитывалось наличие финансовых средств для обеспечения финансирования заявок текущего раунда. При подготовке оценки ГТО учитывала актуальность заявки, ее технические аспекты, выполнимость и вероятность эффективной реализации программ. Анализ ГТО извлеченных уроков и рекомендации по этому поводу приведены в частях 4 и 5 ниже.

4. Для облегчения работы, объем и сложность которой возросли, наряду с соответствующим требованием о предоставлении Группой технической оценки более конкретного обоснования ее рекомендаций по финансированию, в 8 раунде ГТО использовала ряд новых подходов при рассмотрении 174 заявок по заболеваниям. Среди них:

- i. **привлечение большего числа экспертов по межсекторным вопросам по сравнению с предыдущими раундами:** В приложении 6 к данному отчету отмечено увеличение числа экспертов по межсекторным вопросам по сравнению

с предыдущими раундами. Это облегчило задачу, особенно в отношении заявок по заболеваниям с запросом на УСЗ, так как эксперт по межсекторным вопросам брал на себя роль «первичного рецензента». Главная роль в группе, состоявшей, как правило, из четырех членов ГТО, всегда отводилась эксперту по заболеванию; и

- ii. **экспериментальное использование параллельных заседаний по оценке:** В течение двух дней апробирования этого метода подгруппа ГТО под руководством председателя ГТО рассматривала и выдавала рекомендации по финансированию в отношении заявок по туберкулезу и малярии (по одному или двум заболеваниям), исключая заявки по ВИЧ. Другая подгруппа под руководством заместителя председателя рассматривала и давала рекомендации по финансированию в отношении заявок по ВИЧ. В весьма ограниченном количестве случаев, когда не удавалось достичь согласия по поводу рекомендаций, обсуждение соответствующей заявки откладывалось на следующий день, чтобы ее смогли обсудить все члены ГТО, как указано в пункте 2 части 4 выше.

Выбор между рекомендациями «Категории 2В» и «Категории 3»

5. В Пределах компетенции ГТО определены, в разбивке по трем разделам, 18 критериев, которые ГТО учитывает при рассмотрении каждой заявки по заболеванию¹⁰. Вполне очевидно (и логично), что если Глобальный фонд отводит ведущую роль странам, то не все заявки по заболеванию предусматривают мероприятия, позволяющие учитывать все эти критерии. Логично также и отсутствие конкретной «методики классификации», которая позволила бы Правлению применять некую количественную шкалу оценки представленных материалов. Что касается ГТО, то для принятия решение в отношении технических достоинств заявки она опирается на свой коллективный опыт. Это сложный процесс, но он обеспечивает соответствующий учет контекста страны, описанного в заявке.

6. В качестве общего руководства, которое поможет членам Правления понять, в чем заключаются последствия решений рекомендовать заявку на финансирование («Категория 2В») или не рекомендовать («Категория 3»), ниже приведен минимальный перечень основных доводов в пользу рекомендации к финансированию:

- i. заявка по заболеванию, которая основана на текущей, документально подтвержденной эпидемиологической ситуации и предусматривает непосредственное принятие ответных мер;
- ii. согласованная стратегия, которая последовательно прослеживается по всей заявке и включает планы реализации (раздел 4.5.1), предусматривающие те же цели, программные области («Сферы оказания услуг») и мероприятия/деятельность, которые указаны в бюджете, плане работы и «Системе эффективной работы»;
- iii. надежный анализ отставаний, как программных, так и финансовых, который учитывает весь спектр имеющихся ресурсов (в том числе запланированных и/или обоснованно ожидаемых на базе прошлого опыта), а не только подписанные соглашения;

¹⁰ Кроме того, для удобства поиска эти критерии изложены в Принципах подготовки заявок на финансирование по каждому раунду.

- iv. четкий и реалистичный анализ ограничений для реализации и потенциала по освоению средств (по конкретному заболеванию или в более широком аспекте на уровне систем здравоохранения), который напрямую соотносится с социальным, экологическим и другими контекстами внутри страны;
- v. логичные стратегии устранения ограничений для потенциала путем применения действующего финансирования или с помощью других внутренних или поддерживаемых партнерами инициатив (которые также подлежат оценке эффективности и коррекции);
- vi. планы реализации мер, учитывающих и удовлетворяющих потребность в расширении каналов оказания услуг, с охватом различных секторов для достижения всеобщего доступа наиболее пострадавших людей к услугам по профилактике, лечению, помощи и поддержке;
- vii. наглядные усилия, направленные на решение более сложных проблем, касающихся векторов заболеваний, особенно, эпидемии ВИЧ, которые смогут оказывать существенное воздействие на эффективность предотвращения дальнейшего распространения инфекций;
- viii. четкий план мониторинга мероприятий и оценки воздействия мероприятий;
- ix. достаточно подробный бюджет, позволяющий оценить затраты на мероприятия;
- x. план работы с четким указанием сроков и последовательности мероприятий, а также ответственных за каждое мероприятие; и
- xi. описание запланированных конечных результатов (включенных в качестве показателей в «Систему эффективной работы»), учитывающих текущие эпидемиологические данные и доказывающих, что увеличение дополнительного финансирования Глобальным фондом улучшит результаты по конкретному заболеванию и в целом по укреплению систем здравоохранения в отношении наиболее подверженных риску лиц.

7. Все это является для ГТО свидетельством того, что кандидат действительно нуждается в дополнительных ресурсах и подготовил свой запрос на финансирование таким образом, чтобы дополнить и усилить меры в ответ на три заболевания на страновом уровне. Устранение слабых мест в заявках, ранее отнесенных к «Категории 3», также было важным, но не определяющим фактором при принятии решения рекомендовать или не рекомендовать заявку к финансированию.

8. Некоторую озабоченность вызвал тот факт, что в 8 раунде ГТО было представлено слишком много заявок, в которых отсутствовала последняя оценка эпидемиологической ситуации в стране. Это особенно касалось стран, которые уже подавали заявку по тому же заболеванию, например, в 4 раунде или ранее. В таких случаях заявки 8 раунда выглядели как запрос на «продление» ранее выданного гранта без повторной оценки целесообразности применения прежних стратегий.

9. То же самое можно сказать о заявках, поданных ГТО в рамках МНФ. В ходе рассмотрения заявок 4-й волны МНФ в ГТО поступил ряд заявок на продолжение финансирования без подтверждения целесообразности дальнейшего применения прежней

стратегии. Эффективность основного гранта, прошедшего квалификацию, могла быть оценена достаточно высоко на основании показателей, установленных для данного гранта несколько лет назад. Однако в последние годы стратегии по заболеваниям быстро совершенствовались, и соответственно изменилось представление об адекватных ответных мерах на заболевание, поэтому странам необходимо проанализировать, является ли продолжение применения прежней стратегии технически грамотным решением. Это необходимо сделать даже в тех случаях, когда оценка прежнего уровня «эффективности» позволяла получить право запросить продолжение финансирования в рамках данного гранта.

Указания партнеров и поддержка Секретариата

10. Заседания ГТО по рассмотрению заявок 8 раунда проводились не в Женеве. В связи с этим было принято решение заблаговременно передавать указания партнеров в ГТО (с акцентом на изменения в технических рекомендациях или новые разработки) через ее веб-портал. Применение этой новой методики получило общую поддержку. ГТО проводила свои заседания в четырех группах (одна по каждому заболеванию и одна, состоящая из экспертов по межсекторным вопросам), рассматривала документы, направляемые ей в электронном виде, и обсуждала различные вопросы с учетом опыта, приобретенного в ходе прежних заседаний ГТО, так и в более широком плане. Это позволило достичь консенсуса по ряду спорных вопросов, а также сконцентрировать в первый день дискуссию с техническими партнерами (проведенную по телефону в режиме конференции) на вопросах, которые члены ГТО не успели рассмотреть в ходе предыдущих заседаний.

11. Постоянная квалифицированная помощь Секретариата, предоставляемая в этот раз из Женевы в другие города, обеспечивала ГТО все необходимые условия для проведения заседаний в различных городах при обычном (если даже не более высоком и стабильном) уровне поддержки. Организация заседаний 8 раунда за городом и создание прекрасных условий для работы на свежем воздухе было высоко оценено членами ГТО с учетом интенсивность работы и высокой нагрузки в ходе заседаний по рассмотрению заявок, поданных в рамках порандового механизма.

Одна рекомендация по финансированию для каждой заявки – в том числе заявок, включающих запрос на УСЗ¹¹

12. От кандидатов требовалось включать «по возможности» в заявки 8 раунда по конкретному заболеванию запрос на финансирование мероприятий по укреплению систем здравоохранения. Запросы на УСЗ можно было подать в виде отдельной части одной заявки по заболеванию, а не как отдельный «компонент»¹².

13. В соответствии с решением Правления, ГТО рассматривала заявки и входящие в них запросы на УСЗ как две отдельных заявки на финансирование — один «компонент по заболеванию» и один «компонент по УСЗ».

14. Соответственно к рассмотрению 45 заявок, которые были поданы с отдельным запросом на УСЗ как часть общей заявки по заболеванию, ГТО подходила так же, как к рассмотрению заявок на МНФ. В отношении данных заявок Правление предоставило ГТО право удалять из заявки более слабые «элементы» и рекомендовать к финансированию оставшуюся часть¹³. Таким образом, ГТО могла в полной мере выполнять инструкции Правления, изложенные в

¹¹ Все пункты с 12 по 14 были включены в виде составной части 1-й измененной редакции данного отчета.

¹² GF/B17/DP10, пункты 2 и 3.

¹³ См. пункт 39 ПК ГТО (сноска 3 выше).

пункте 5 части 2 выше. Члены ГТО признают, что данный подход может создавать трудности для тех кандидатов, у которых была рекомендована к финансированию только одна «часть» общей заявки по заболеванию. Более подробно этот вопрос рассмотрен ниже в рекомендациях ГТО, в пункте 53 части 5 настоящего отчета.

Рекомендации в отношении заявок по заболеваниям

1. В итоге рассмотрения заявок 8 раунда ГТО выработала рекомендации по выделению наиболее крупного из когда-либо утвержденных объемов средств для финансирования грантов. Это объясняется как большим количеством поданных заявок, так и более высоким качеством их подготовки, что обусловило увеличение доли рекомендованных заявок.
2. Объем финансирования, рекомендованного по всем трем заболеваниям, намного превысил объем средств, рекомендованных в ходе предыдущих раундов. По сравнению с 7 раундом двухгодичные максимальные бюджеты, рекомендованные для заявок по малярии и туберкулезу, увеличились более чем втрое, по ВИЧ — вдвое.
3. Такой рост нельзя объяснить включением в заявки межсекторных запросов на УСЗ, поскольку общие запрошенные, а затем рекомендованные бюджеты по запросам на УСЗ составили, соответственно, менее 10%.
4. Таким образом, наметившаяся в ходе 5 раунда тенденция увеличения общей доли заявок, рекомендованных ГТО к финансированию, продолжилась и в рамках 8 раунда (54%).
5. **В отношении ВИЧ** отмечается устойчивый рост доли рекомендованных заявок в течение четырех последних раундов. В то же время, при общем уровне в 49% от числа всех заявок по заболеваниям, рассмотренных в ходе 8 раунда, ВИЧ остается тем заболеванием-компонентом, по которому в ГТО возникало больше всего вопросов при принятии рекомендации о финансировании. Фактически, в ходе 8 раунда было рекомендовано продолжение реализации и расширение ряда крупных программ, направленных на достижение всеобщего доступа в ряде стран с высоким бременем заболевания. Отмечалось также появление инициативных подходов к профилактике, например, значительное расширение практики обрезания среди мужчин в одной из заявок и принятие серьезных мер по выяснению эффективности и приемлемости этого метода в более широком контексте, выходящем за пределы клинических испытаний. Однако ГТО с сожалением вынуждена признать, что в очень многих заявках в недостаточной мере учтена текущая эпидемиологическая ситуация, в связи с чем предложенные мероприятия не были в достаточной мере адекватными и целевыми для решения проблем в очагах эпидемии.
6. **Что касается туберкулеза**, то доля рекомендованных заявок была больше, чем в 7 раунде, но меньше, чем в 6 раунде. ГТО выразило озабоченность в связи с тем, что чрезмерная зависимость от разработанных партнерами методов подготовки программ может привести к составлению несбалансированных заявок. В частности, ГТО привела примеры, когда глубокий анализ ситуации и проблем борьбы с туберкулезом был увязан с комплексом задач и мероприятий, не направленных на устранение выявленных отставаний. В таких случаях создавалось впечатление, что представленный список задач и мероприятий был взят из инструкций по разработке программ и не отражал в достаточной степени приоритеты и последовательность осуществления различных мероприятий по борьбе с туберкулезом.
7. **ГТО рекомендует Секретариату проработать совместно с партнерством «Остановить ТБ» вопрос о руководствах подготовке программ и бюджетов, предлагаемых кандидатам.** ГТО рекомендует партнерству предоставлять кандидатам более гибкие руководства (т. е., менее «пакетированные»). Пересмотренные руководства должны содействовать тому, чтобы кандидаты могли выбирать в первую очередь такие мероприятия, которые наиболее соответствуют конкретной эпидемиологической ситуации в стране и национальным

приоритетам.

8. В отношении заявок по ВИЧ и туберкулезу ГТО констатировала, что во многих случаях возможности их объединения не были использованы. Согласно позиции Глобального фонда, которую полностью разделяет ГТО, желательно не подавать заявки по туберкулезу или ВИЧ, в которых конкретно не предусмотрены комплексные мероприятия по ВИЧ/ТБ. Четкое обоснование такого подхода содержится во многих технических руководствах, рекомендациях и стратегиях. Существует также значительное количество технических инструкций, в которых описаны преимущества, связанные с предоставлением доступа к профилактике, особенно женщинам и подросткам, в рамках программ по охране репродуктивного здоровья.

9. ГТО рекомендует партнерству «Остановить ТБ», ЮНЭЙДС и подразделениям ВОЗ, занимающимся вопросами ВИЧ и партнерством «Остановить ТБ», уделить особое внимание при предоставлении технической помощи необходимости отражать в заявках и соответствующим образом учитывать вопросы, касающиеся коинфицирования ВИЧ и ТБ, охраны репродуктивного здоровья и другие потенциальные возможности согласования и объединения усилий.

10. Наиболее перспективными в рамках 8 раунда были **заявки по малярии**, более двух третей из которых рекомендованы. ГТО отметила, что в заявках по малярии, в противоположность более формальным заявкам по туберкулезу, отражены согласованные усилия по определению приоритетных мероприятий, требующихся в различных эпидемиологических и энтомологических условиях. Крупные бюджеты, предусмотренные некоторыми из этих заявок, обусловлены необходимостью закупки продукции. Более половины совокупного максимального бюджета на 28 заявок по малярии, рекомендованных к финансированию, будет использовано для приобретения товаров медицинского назначения и оборудования, при этом наибольшая доля средств предназначена для закупки сеток, обработанных инсектицидами длительного действия.

11. Учитывая презентационные материалы программы «Обратим вспять малярию», распространенные до начала заседаний, ГТО полагает, что предоставление партнерством целевой поддержки кандидатам способствует подготовке значительно более сильных заявок. Однако, с другой стороны, в этом случае на основании заявки сложнее определить степень ответственности страны и местных заинтересованных сторон. Дело в том, что после завершения переговоров по гранту в ходе реализации программы могут проявиться специфические для данной страны ограничения и возникнуть трудности, которые не всегда можно предусмотреть во время подготовки заявки.

12. Поэтому, ГТО настоятельно **рекомендует** странам не только обращаться в случае необходимости за технической помощью, но в то же время **уделять серьезное внимание наращиванию местного потенциала, необходимого для подготовки сильных заявок для получения финансирования**. Такой потенциал включает не только использование экспертов и консультантов в области здравоохранения, но также лиц, хорошо подготовленных по вопросам разработки заявок, программ и бюджета.

Влияние действующих грантов Глобального фонда

13. Наиболее крупные заявки, рассмотренные в рамках 8 раунда, свидетельствуют об укреплении уверенности кандидатов в необходимости запрашивать значительные объемы финансирования, которое становится неотъемлемым элементом национальных стратегий по соответствующим заболеваниям. ГТО полностью поддерживает такую тенденцию.

14. Анализ, содержащийся в Приложении 5, показывает, что в этом контексте большинство кандидатов, подавших заявки в 8 раунде, имели хотя бы один действующий грант Глобального фонда по тому же заболеванию. При подаче новых заявок на финансирование почти все кандидаты указали полные рамки охвата и диапазон действующего гранта или грантов, выделив связи и зависимости. Как определено Правлением в Пределах компетенции ГТО, эта информация имеет большое значение при оценке Группой того, в какой мере новый запрос финансирование дополняет реализуемые программы и что нового он в них вносит.

15. Однако некоторые кандидаты подавали заявку через слишком короткий промежуток времени после того, как Правлением было выделено финансирование по тому же самому заболеванию в предыдущем раунде. В таких случаях сложно оценить и рекомендовать новую заявку как действительно дополняющую действующий грант или гранты. Это особенно касается тех случаев, когда в качестве Основного реципиента по новой заявке указана та же организация, которая осуществляет реализацию действующего гранта Глобального фонда. Отмечено несколько случаев, когда ГТО получала запрос в 8 раунде, не успев подписать грант по крупной заявке 7 раунда по тому же заболеванию.

16. В соответствии с Пределами компетенции ГТО, в подобных случаях следует рекомендовать к финансированию только те заявки, которые являются потенциально устойчивыми и эффективными. Для этого, прежде чем рекомендовать дальнейшее финансирование прежней программы, ГТО должна удостовериться в том, что действующие гранты по тому же заболеванию оказывают или могут оказать необходимое воздействие. Таким образом, ГТО не будет рекомендовать к финансированию заявки по продлению, расширению или изменению действующей программы, результаты осуществления которой за период в нескольких месяцев еще не известен.

17. Кроме того, ГТО продолжает получать на основе своих запросов доступ к Учетным карточкам грантов Глобального фонда и отчетам о выполнении грантов¹⁴, которые являются для нее основным источником информации об эффективности гранта. Хотя такие документы весьма полезны по каждому отдельному гранту, они не дают целостного представления о достижении национальных целей в стране. В частности, не всегда хорошо отражены вопросы, которые должны отражать координационные аспекты (например, причины смены Основного реципиента или возможная взаимная зависимость один гранта от другого).

18. ГТО рекомендует:

- i. **Секретариату внести поправки в форму Отчета о выполнении гранта и включить в него пункты для указания сопоставимых данных, включая сводную информацию о начале и окончании действия другого гранта по тому же заболеванию в виде таблицы с самыми последними оценками эффективности гранта; и**
- ii. **Кандидатам четко указать в любой заявке на увеличение финансирования (в том числе по экспериментальным инициативам в рамках новой политики), что именно, по их мнению, было достигнуто, в количественном и качественном выражении, в ходе реализации предыдущих грантов, чтобы облегчить задачу ГТО по оценке дополнительной ценности последующих заявок.**

¹⁴ В Учетных карточках грантов указана зафиксированная дата (дата принятия решения Правлением о финансировании гранта в Фазе 2), а Отчеты о выполнении грантов являются рабочими документами (которые готовятся сотрудниками отделов по портфолио грантов по страновым программам, постоянно обновляются и действуют в течение всего периода реализации гранта, как в Фазе 1, так и в Фазе 2).

19. В связи с тем, что Глобальный фонд усиливает оказание помощи кандидатам по включению поддерживаемых Глобальным фондом программ в национальные стратегии, ГТО считает нецелесообразным представление кандидатами большого числа заявок, которые частично охватывают отставания и приоритеты, даже если последующая заявка непосредственно не накладывается на предыдущий грант.

20. ГТО рекомендует применять в последующие годы более продуманный подход, максимально согласованный с национальными сроками планирования и с четким определением приоритетов. **ГТО рекомендует странам готовить заявки не так часто, а в случае подачи заявки использовать показатели национальной стратегии для описания (и запроса на финансирование) отставаний в реализации национальной стратегии, чтобы обеспечить всесторонние ответные меры в связи с заболеваниями.** Поданные на новое финансирование заявки должны также содержать четкое поэтапное описание эффективности гранта с использованием показателей, соответствующих области действия новой заявки, независимо от назначения нового Основного реципиента.

Система эффективной работы

21. ГТО по-прежнему считает, что системы эффективной работы по многим действующим грантам неудовлетворительны и не пригодны для использования в качестве средства оценки новых заявок. Порядок приоритетности большого количества показателей задан недостаточно четко, чтобы можно было получить необходимые сводные данные об эффективности гранта. Временные периоды, цели и результаты не всегда понятны, а сведения, указанные в Отчетах о выполнении грантов, неполные, несмотря на все усилия по исправлению такой ситуации. Подобным образом, информация, содержащаяся в Учетной карточке гранта (в случае оценки для Фазы 2) или в Квалификационной учетной карточке (в случае оценки для МНФ), не всегда представляет ГТО убедительные доказательства того, что рассматриваемый грант эффективен благодаря предыдущему финансированию.

22. В связи с тем, что это представляет собой другой ключевой критерий оценки новых заявок ¹⁵, **ГТО рекомендует Правлению поручить Секретариату разработать дополнительные независимые способы проверки эффективности на основных стадиях управления грантом Глобального фонда.** Например, ГТО желала бы ознакомиться с заключениями проведенных в стране независимых оценок реализации предыдущих грантов, до того, как будет подана новая заявка для расширения масштаба или продления финансирования. Такие независимые заключения будут также полезны при оценке для Фазе 2 или повторных оценках, предложенных в рамках модели нового единого потока финансирования, которая обсуждается в настоящее время ¹⁶. Подготовка независимой оценки будет способствовать привлечению знаний и опыта Местного агента Фонда после завершения повторного конкурсного отбора к процессам в сфере здравоохранения и реализации программ. В оценке могут участвовать местные учреждения, не задействованные напрямую в реализации программ, или иностранные эксперты из данного региона или из-за его пределов, можно также предусмотреть сочетание всех вышеназванных вариантов.

¹⁵ Пределы компетенции ГТО требуют, в рамках оценки «выполнимости» программы, чтобы ГТО выяснила, способен ли кандидат: *«Продемонстрировать успешную реализацию программ, ранее финансируемых международными донорами (в том числе Глобальным фондом), а также, если применимо, эффективное расходование и использование выделенных средств. (Для этого ГТО использует Учетные карточки грантов, Отчеты о выполнении грантов и другие документы, имеющие отношение к предыдущему гранту или грантам в свете поддерживаемых Глобальным фондом программ)».*

¹⁶ Описание данной потенциальной инициативы содержится в документе Комитета по политике и стратегии, представленном на Восемнадцатом заседании Правления (GF/B18/4).

Расширение масштабов и продление финансирования

23. В 8 раунде увеличилось число поданных заявок, в которых, по сути, предлагается «продлить» финансирование грантов, например 2, 3 или 4 раунда, или «расширить масштаб» прежней заявки по тому же заболеванию.

24. Некоторые из кандидатов, подававших заявки на «продление», не прошли квалификационную оценку для получения средств через Механизм непрерывного финансирования (МНФ), другие - претендовали на получение непрерывного финансирования до принятия решения по заявке на МНФ. Реализация программных мероприятий осуществлялась строго на основе заявок, ранее рекомендованных ГТО и утвержденных Правлением.

25. ГТО исходит из того, что целью подачи заявок в рамках МНФ является предоставление получателям грантов возможности изменить свою стратегию в целях обеспечения непрерывности принятия эффективных мер в ответ на распространение заболеваний с учетом условий в их странах. Это делается посредством «изменения сферы охвата», что является характерной особенностью МНФ. Подобным образом, запросы на финансирование в рамках порандового механизма, если они де-факто являются запросом на «продление финансирования» в рамках прежних грантов, не отвечающих требованиям для МНФ, должны отчетливо отражать любые изменения в эпидемиологической обстановке. **Если данные не опубликованы или недоступны по иным причинам, ГТО рекомендует кандидатам отложить свой запрос на финансирование до получения доказательной базы для подаваемого запроса на финансирование.**

26. ГТО также отмечает наличие заявок, запрашивающих «расширение масштаба» программных мероприятий в рамках действующих грантов Глобального фонда. То есть, увеличение числа людей, получающих услуги, расширение диапазона получаемых ими услуг и/или географических рамок оказания услуг. ГТО выражает обеспокоенность тем, что некоторые кандидаты подают заявки по непосредственно взаимосвязанным мероприятиям, не предусматривая четкой стратегии «консолидации» финансирования и планов работы по соответствующим грантам. ГТО считает, что поочередное предоставление грантов одному и тому же Основному реципиенту может нанести ущерб принципу выделения средств на основе достигнутых результатов, в том неблагоприятно отразиться на возможности извлечения уроков из опыта внедрения программ и укрепления программ для достижения более высоких промежуточных и конечных результатов.

27. ГТО рекомендует кандидатам запрашивать, по возможности, формальную консолидацию мероприятий, предусмотренных в новой заявке, с действующими грантами по тому же заболеванию. Это поможет кандидатам управлять ресурсами Глобального фонда в виде единого потока финансирования. Ожидается, что это позволит повысить эффективность управления программами и, в целом, нагляднее продемонстрировать действенность конкретного финансирования для достижения целевых показателей в области профилактики, лечения, помощи и поддержки, а также для повышения общего воздействия программ.

Компоненты заявок, касающиеся укрепления научно-исследовательского потенциала

28. ГТО считает, что основные упущенные возможности обусловлены слабой проработкой тех

компонентов соответствующих заявок, которые касаются оперативных/реализационных исследований. В 8 раунде не произошло никакого улучшения данного аспекта по сравнению с заявками 7 раунда. Наряду с чрезвычайно существенным расширением масштаба эффективных ответных мер на три заболевания имеется много областей, в которых наиболее эффективные и действенные методы преодоления «узких мест» пока еще не найдены. Некоторые заявки включали мероприятия по оперативным исследованиям. Однако нередко они выглядели ненужным дополнительными, а еще чаще, запоздалыми мерами, но никак не интегрированными компонентами программы, призванными обеспечить повышение эффективности внедрения программ и предоставить данные, которые могут быть использованы для дальнейшего последовательного расширения программ.

29. Операционные/реализационные исследования, которые, как ожидает ГТО, помогут странам усилить ответные меры в связи с тремя заболеваниями, выходят за рамки мониторинга и оценки вмешательств, поддерживаемых на средства Глобального фонда. Они также призваны обеспечить решение имеющихся проблем на постоянной основе и способствовать пониманию в странах эффективности различных вмешательств, в том числе оценке того, какой вклад вносит то или иное мероприятие в достижение запланированных конечных результатов и ожидаемого воздействия.

30. Как и в предыдущих отчетах, ГТО призывает кандидатов включать в заявки реалистичные предложения, которые нацелены на укрепление потенциала местных учреждений по проведению оперативных исследований, исследований в области здравоохранения и его систем, которые тесно связаны с общими целями их программ.

Заполнение Формы заявки и составление Плана работы и Бюджета

31. В 8 раунде кандидатам была предложена в очередной раз и значительно переработанная форма заявки: ее разделы распределены в более логичном порядке, заявка стала проще по сравнению с формой заявки 7 раунда. Однако ГТО отмечает, что для 9 раунда Правление решило не вносить дальнейших изменений в форму заявки или Принципы подготовки заявок, за исключением дополнительного разъяснения возможностей «повторной подачи заявки в 9 раунде». ГТО в целом поддерживает существующие документы по представлению заявок. В частности, ГТО одобряет инициативу Секретариата предоставлять кандидатам факультативный шаблон бюджета. **ГТО рекомендует, по мере возможности, свести к минимуму дальнейшие изменения в заявочных материалах, чтобы не создавать дополнительные сложности для кандидатов.**

32. Как указано в пункте 6 части 4 выше (отличия заявки Категории 2В от заявки Категории 3), многие кандидаты продолжают подавать заявки со значительным количеством слабых элементов, которых можно было бы избежать. **В 9 раунде ГТО рекомендует Секретариату издать дополнительный «Информационный бюллетень» или применить другие подходящие способы, чтобы информировать потенциальных кандидатов о:**

- i. **Необходимости представлять цели, программные области (COU), бюджет, отдельный подробный план работы и «систему эффективной работы» в последовательной и логичной увязке.** ГТО определила для Секретариата «хорошие примеры», которые могут послужить ориентирами для выполнения данной задачи на практике; и
- ii. **Желательности четко разделять бюджет и план работы, чтобы не требующие затрат мероприятия и важные мероприятия, предшествующие реализации (например, планирование основных поставок), были подробно**

описаны и привязаны по времени к намеченным промежуточным и конечным результатам и планируемому воздействию.

Улучшение слабых заявок

33. ГТО выражает особую обеспокоенность в связи с полученными от тринадцати стран заявками по одному и тому же заболеванию, которые не получают рекомендации к финансированию в течение нескольких раундов подряд¹⁷. **ГТО рекомендует партнерам Глобального фонда разработать индивидуальные стратегии для предоставления технической помощи этим странам, направить больше усилий на то, чтобы будущие заявки учитывали подробные отзывы и комментарии ГТО по 8 раунду.** ГТО также рекомендует Секретариату предоставить указанным странам «примеры более сильных заявок», определенных на заседаниях ГТО в рамках 8 раунда. Это должно помочь кандидатам проследить общий подход к разработке заявки и взаимосвязь целей, программных областей (СОУ) и показателей в рамках бюджетов, планов работ и самого текста в форме заявки.

34. Небольшая группа стран находится в особо сложных условиях, что усложняет процесс подачи заявки на грант. Некоторые страны выходят из конфликтных ситуаций, другие сталкиваются с гуманитарным кризисом, который дестабилизирует систему здравоохранения, в том числе сокращает возможности разработки заявок, которое будет способствовать укреплению национальных программ по ВИЧ, туберкулезу и малярии. ГТО принимает в расчет также потенциал этих стран по своевременной реализации грантов в соответствии с ключевым принципом Глобального фонда, предусматривающим предоставление финансирования на основ результатов. **ГТО рекомендует Правлению проработать вариант финансирования стран в критических ситуациях, в том числе решить, подпадает ли под мандат Глобального фонда финансирование в случае гуманитарного кризиса, и если да, применим ли тогда альтернативный процесс подачи заявки на финансирование.**

Оценка эффективности расходования средств по крупным заявкам

35. В 8 раунде было подано десять заявок на финансирование с двухгодичным верхним пределом более 100 млн. долл. США. В рамках пятилетнего верхнего предела поступило 27 заявок по заболеваниям на финансирование объемом более 100 млн. долл. США. В связи с усложнением процесса оценки заявок ГТО была вынуждена сосредоточить свое внимание на оценке общей обоснованности заявок. Ограничения по времени, обусловленные установленным Правлением порядком рассмотрения заявок (заседания ГТО с участием 35 членов, в ходе которых в течение двухнедельного периода рассматривается более 170 заявок), не позволяют ГТО продолжить составление детальной оценки обоснованности подробного бюджета в целях оказания содействия проведению переговоров, предваряющих выделение гранта. **ГТО рекомендует прибегать к услугам независимого финансового эксперта в ходе скрининга заявок для оценки бюджета (используемой на заседаниях ГТО) всех заявок по заболеваниям, в которых запрашивается выделение более 100 млн. долл. США на весь срок действия заявки.**

36. В некоторых ситуациях ГТО затруднялась также оценить правомерность косвенных затрат, включенных в подробные бюджеты заявок. Одним из аспектов такой оценки является необходимость в детальном анализе бюджета для определения того, какие элементы, указанные в качестве прямых затрат (например, бухгалтерские и административные должности), могут также считаться (или считаются) косвенными затратами. ГТО надеется, что подобные трудности будут устранены при применении вышеприведенной рекомендации.

¹⁷ Некоторые страны подавали заявки пять раз в различных раундах, но так и не получили рекомендацию для финансирования. Другим странам было отказано после подачи заявок в трех или четырех последовательных раундах.

37. ГТО не получила от Правления Глобального фонда подробных указаний в отношении того, каким организациям разрешается возмещение косвенных затрат. В частности, ГТО просит Глобальный фонд разъяснить, можно ли допускать возмещение косвенных затрат в бюджетах Основных реципиентов, представленных правительственными структурами, а также существуют ли желаемые максимальные верхние пределы для финансирования мероприятий, осуществляемых относительно обеспеченными международными коммерческими или некоммерческими организациями.

Вскармливание младенцев в контексте оказания услуг общественного здравоохранения по ППМР

38. В рамках 8 раунда поступил ряд запросов на финансирование программ по ВИЧ, в которых предлагается обеспечить относительно широкий доступ к бесплатному заменителю грудного молока матерям, живущим с ВИЧ. Предлагалось организовать в соответствующих случаях его раздачу через медицинские центры, расположенные, как правило, в городах. В ходе заседаний 8 раунда ГТО имела доступ к результатам ряда исследований, проведенных на основе достоверной информации, и рекомендациям партнеров. Группа пришла к выводу о том, что данные материалы указывают на необоснованность подобной стратегии в условиях многих стран. Поэтому в некоторых случаях в ходе 8 раунда ГТО рекомендовала Правлению финансировать оставшуюся часть заявки только после исключения из нее предложения в отношении заменителя грудного молока. Ни в одном из случаев доля финансирования мероприятий, связанных с данным предложением, не была настолько значительной, чтобы служить основанием для отклонения всей заявки по ВИЧ.

39. ГТО рекомендует партнерам предоставлять менеджерам программ по ВИЧ в странах короткие и ясные рекомендации в отношении тех случаев, когда включение в заявку мероприятий по замене грудного молока представляется обоснованным, а также сведения о том, как разработать стратегию для надлежащего отбора ВИЧ-положительных матерей, которые могут получать заменители грудного молока, и в каких социальных условиях.

Заявки от нескольких стран

40. ГТО не рекомендовала Правлению в 8 раунде ни одной из пяти заявок на финансирование от нескольких стран, хотя они и отвечали квалификационным критериям. ГТО сочла заявки от «Региональной организации» менее обоснованными по сравнению с заявками от «Регионального координационного комитета». В частности, одна из проблем, снова возникших в ходе 8 раунда, состояла в том, что страны были включены в заявку по признаку соответствия квалификационным требованиям Глобального фонда, а не на основании общей эпидемиологической ситуации или региональных потребностей. Применение такой классификации стран на уровне регионов или субрегионов, основанной на внешних признаках и вполне логичной в иных обстоятельствах, снижет степень общей обоснованности подаваемой заявки.

41. ГТО рекомендует Правлению рассмотреть квалификационные требования к заявкам от нескольких стран, чтобы определить, не препятствуют ли существующие квалификационные требования в отношении Региональных организаций разработке более обоснованных заявок для реализации трансграничных или региональных программ.

Субнациональные заявки от стран

42. В ходе рассмотрения заявок 8 раунда ГТО не рекомендовала Правлению ни одной из трех

рассмотренных субнациональных заявок. ГТО признает, что, в определенных случаях, подача заявок на субнациональной основе может способствовать увеличению эффективности общих мер по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией на национальном уровне. В Принципах подготовки заявок Глобального фонда такие случаи описаны. В двух из трех субнациональных заявок, поданных в 8 раунде, не было предоставлено веского обоснования того, почему они не были включены в общую национальную заявку от СКК. Кроме того, требуемое Глобальным фондом «одобрение СКК» было дано без какого-либо анализа достоинств заявки, которую подавал субнациональный кандидат, или без указания потенциала для дробления программ на отдельные элементы.

43. ГТО рекомендует Секретариату разработать дополнительное руководство для последующих раундов в отношении критериев и процедур, которые субнациональные кандидаты и соответствующие СКК должны соблюдать и представлять четкие доказательства их выполнения во время скрининга заявки.

Заявки, поданные в рамках систем объединенного финансирования

44. ГТО с удовлетворением отмечает, что Глобальный фонд уделяет особое внимание вопросам гармонизации. Как ожидается, серьезные изменения будут введены в порядок предоставления странами Глобальному фонду своих стратегий, включая и существующий доступ к информации, и возможность оценки архитектуры финансирования. Особенно важно, чтобы в этом решении Глобального фонда, касающемся его новой архитектуры, было указано, как можно будет запрашивать в Глобальном фонде *средства в рамках систем совместного финансирования*.

Акцент заявок на гендерные аспекты

45. Секретариат внес ряд значимых дополнений в Принципы подготовки заявок 8 раунда, чтобы стимулировать разработку кандидатами заявок с учетом различных потребностей женщин и мужчин, мальчиков и девочек, а также сексуальных меньшинств¹⁸. Дополнительные сведения предоставлены в упомянутой выше новой серии «Информационных бюллетеней».

46. ГТО с удовлетворением отмечает наличие в отдельных случаях серьезного гендерного анализа в основе программ как общего назначения (например, четкое разделение групп высокого риска по возрасту и полу при разработке программы по туберкулезу), так и разработанных для применения в местах концентрации эпидемии (например, включение в целевые группы населения потребителей коммерческих сексуальных услуг и обычных половых партнеров).

47. В то же время ГТО с огорчением отмечает, что, как и в 7 раунде, большинство поданных в Глобальный фонд заявок (особенно по ВИЧ) не содержат реального анализа ситуации в отношении существования определенных групп населения, которые не имеют достаточного доступа к услугам по профилактике, лечению и/или помощи и поддержке (или не получают их в должном объеме) с учетом конкретного странового контекста. Более позитивная тенденция состоит в том, что в 8 раунде был предложен значительно более широкий диапазон категорий мероприятий по борьбе с ВИЧ по сравнению с 7 раундом.

48. В связи с решением Правления сохранить в 9 раунде ту же форму и те же принципы заявок, **ГТО рекомендует Секретариату подготовить ряд практических примеров на основе заявок 8 раунда с более выраженной ориентацией на гендерные аспекты и**

¹⁸ К «сексуальным меньшинствам» в данном контексте относятся лица, идентифицирующие себя в качестве гомосексуалистов, бисексуалов, транссексуалов или лесбиянок.

распространить их среди партнеров, предоставляющих техническую помощь кандидатам в подготовке заявок 9 раунда.

Укрепление систем здравоохранения

49. В целом, ГТО приветствует включение в заявки специальных разделов, посвященных «запросам на УСЗ», для удовлетворения более широкого диапазона потребностей сектора здравоохранения, и соответствующих усилиям стран по достижению конечных результатов в борьбе с ВИЧ, туберкулезом и/или малярией, а также по решению задач более общего характера в сфере здравоохранения. *Более подробный анализ количества, типов и сферы действия мероприятий, предложенных кандидатами в рамках 45 запросов на УСЗ, содержится в части 3 Приложения 5 к данному отчету.*

50. Опыт оценки заявок 8 раунда показал, что:

i. *в процедурном отношении:*

- a. в форме заявки отведено недостаточно места для описания потребностей и трудностей в секторе здравоохранения, а также для предоставления обоснованного и логичного ответа; и
- b. оценка Группой запросов на УСЗ занимала столько же времени, сколько и рассмотрение части по конкретному заболеванию той же заявки. В результате ГТО фактически рассмотрела 219 (а не 174) запросов на финансирование в 8 раунде. Это создавало весьма жесткие временные ограничения в условиях наличия очень небольшого количества «инструментов» (например, собственных или внешних отчетов об оценке), которые помогали бы ГТО проводить анализ общей обоснованности заявок; *и*

ii. *особенно важно:*

- a. *несмотря на соответствующие рекомендации, немногие страны указали свои потребности в УСЗ, определенные на основе последних внутренних оценок ограничений и отставаний в системе здравоохранения, препятствующих достижению конечных результатов;*
- b. *концепция «структурных элементов» ВОЗ, указанная в Принципах подготовки заявок на финансирование в качестве возможной основы для формулирования потребностей в УСЗ, была введена ВОЗ и, в свою очередь, Глобальным фондом, совсем недавно; и*
- c. *немногие страны предложили мероприятия, направленные на достижение большей справедливости и эффективности систем здравоохранения путем применения комплексных ответных мер.*

51. *С учетом действия всех этих факторов форма заявки, основанная на концепции целевого укрепления «структурных элементов», может недостаточно эффективно содействовать разработке странами межсекторных мероприятий, необходимых для принятия ответных мер в связи со сложными проблемами в системах здравоохранения. ГТО считает, что расширение и усложнение формы заявки не является приемлемым*

решением. В результате может возникнуть риск увеличения разрыва между качеством заявок и последующей реализацией программы. *Однако не предлагается и совершенно отказаться от концепции «структурных элементов» ВОЗ в качестве отправной точки. Напротив, анализ, приведенный в части 3 Приложения 5, показывает также, что в качестве основы анализа на международном уровне концепция «структурных элементов» предоставляет возможность добиваться большего единства между партнерами по финансированию.* **ГТО рекомендует Правлению рассмотреть вопрос о том, каким образом в заявке на грант Глобального фонда и в процессе оценки следует учитывать возросшую сложность программ, вероятность их выполнения, системные ограничения и эффективность, а также вопрос о внесении изменений в другие новые стратегические инициативы.** *В частности, ГТО рекомендует Глобальному фонду продолжить диалог с ВОЗ и другими организациями, занимающимися вопросами, связанными с укреплением систем здравоохранения (такими, как Всемирный банк, другие многосторонние и двухсторонние агентства и/или университеты), в целях разработки более целенаправленных концепций для оказания странам помощи в планировании межсекторных ответных мер в связи с ограниченностью программ по конкретным заболеваниям. Рекомендуется, чтобы такая концепция была четко ориентирована на страны, выбирающие в качестве приоритета такие ответные меры, которые сосредоточены в большей степени на достижение конечного результата и запланированного воздействия, чем на входных и выходных показателях. Группа полагает, что концепция, которая в большей степени ориентирована на достижение конечных результатов/воздействий благодаря использованию средств Глобального фонда, будет способствовать укреплению действенности таких мер, а также повышению справедливости и эффективности.*

52. Большое количество заявок, поданных в 8 раунде (и в предыдущих раундах), предполагает значительное увеличение объема средств для оплаты труда отдельных лиц и/или групп работников здравоохранения вне систем оплаты труда в рамках национальных стратегий развития кадровых ресурсов или других систем финансового планирования. Это означает высокую степень вероятности возникновения перекосов на страновом уровне и между источниками финансирования. **ГТО рекомендует Правлению рассмотреть, в рамках рекомендованной выше оценки или на более раннем этапе, возможность предоставления странам и ГТО руководящих указаний в отношении концепции оплаты труда, которая, по мнению Глобального фонда, будет способствовать движению вперед.** При разработке такой концепции рекомендуется широко использовать передовые методы удержания работников здравоохранения без повышения заработной платы до такого уровня, который в условиях конкретной страны может выглядеть излишне высоким.

53. В случаях, когда запрос на УСЗ не был рекомендован к финансированию в отличие от «части по конкретному заболеванию», **ГТО рекомендует стране внимательно изучить Форму оценки ГТО** (комментарии в отношении запроса на УСЗ включены в форму по «главному заболеванию») **и определить, подавать ли (и если да, то когда) измененную заявку на финансирование в следующем раунде в соответствии с действующим на тот момент подходом Глобального фонда к финансированию межсекторных вмешательств по УСЗ для улучшения конечных результатов по трем заболеваниям и в других сферах.**

Вопросы, касающиеся ГТО

54. С учетом информации, содержащейся в части 6 настоящего отчета, **ГТО рекомендует:**

- i. **Правлению одобрить решение ГТО о выборе второго заместителя председателя** в целях более равномерного распределения руководящих

обязанностей и внести соответствующие изменения в Пределы компетенции ГТО;

- ii. **Секретариату внести на рассмотрение ГТО к концу декабря 2008 г. альтернативные подходы к организации процедуры оценки приблизительно 190 отдельных заявок два раза в год.** Это могут быть более продолжительные заседания ГТО, более регулярное проведение параллельных пленарных заседаний, организация заседаний ГТО в том месте, где часть членов Группы может оставаться в течение длительного периода, или сочетание этих и других вариантов. ГТО осознает возможность бюджетных последствий для Секретариата и ГТО, но отмечает, что такие изменения необходимы; и
- iii. **Секретариату пересмотреть и скорректировать структуру выплаты гонорара членам ГТО, начиная с 2009 года,** чтобы учесть значительное расширение масштаба работы после 4 раунда и финансовых потерь в результате колебания обменных курсов валют за эти же последние четыре года, когда размер гонорара оставалась без изменений (принимая также во внимание возможные непредвиденные последствия для бюджета).

1. В приложении 6 приведена подробная информация о членском составе ГТО в 8 раунде (краткие биографические данные о всех членах Группы доступны на открытом веб-сайте Глобального фонда).

2. Примечание:

- i. 34% (n=12) лиц стали членами ГТО Глобального фонда впервые;
- ii. Трое из них ранее являлись (и продолжают являться) членами *Комитета по независимой оценке* Укрепления систем здравоохранения ГАВИ (КНО УСЗ ГАВИ). Глобальный фонд специально привлекает таких экспертов, чтобы улучшить сотрудничество с ГАВИ по вопросам, касающимся систем здравоохранения. ГТО поддерживает эту инициативу и рекомендует Правлению продолжать практику включения в состав ГТО Глобального фонда коллег из ГАВИ;
- iii. В мае 2008 г. Правление приняло решение продлить, только для 9 раунда, максимальный срок работы в качестве членов ГТО до пяти раундов, а председателя и его заместителя — до семи раундов¹⁹. Без принятия данного решения шесть членов ГТО, которые уже подтвердили готовность работать в 9 раунде, не смогли бы участвовать в нем, так как срок их работы в качестве «Постоянных членов ГТО» (закрепленный в ПК ГТО) истек.
- iv. Не менее восьми (возможно, до 12) вакансий предстоит заполнить для обеспечения работы по оценке заявок 9 раунда. Подробнее этот вопрос рассмотрен в пункте 5 ниже; и
- v. В связи с повышением роли ГТО в ходе заседаний по оценке заявок, необходимостью участия в заседаниях Правления и комитетов, в обсуждениях и в узкоспециальных рабочих группах и/или заседаниях комитетов по новым инициативам в политике, ГТО сочла целесообразным избрать второго заместителя председателя, Болу Ойеледуна (эксперт по межсекторным вопросам, специализирующийся на системах здравоохранения). Более подробно этот вопрос рассмотрен в пункте 9 ниже.

Урегулирование потенциальных конфликтов интересов

3. ГТО поддерживает необходимый стандарт объективности, учитывая при этом контекст конкретных стран, путем применения политики Глобального фонда²⁰ по урегулированию потенциальных конфликтов интересов. Внутри ГТО применяются следующие принципы:

- i. Граждане той страны, заявка которой находится на рассмотрении, или лица, проживающие в этих странах, не участвуют в процедуре оценки заявки, ее обсуждении в группах или на пленарных заседаниях;
- ii. В процессе оценки не участвуют также члены группы, которые имеют важные личные или профессиональные связи с рассматриваемой страной;
- iii. Член группы не может участвовать в пленарном заседании или оценке страновой заявки, если его организация назначена Основным реципиентом (ОР) или является крупным суб-реципиентом.

¹⁹ См. решение Правления «Начало 9 раунда», *GF/EDP/08/07 (2 июня 2008 г.)*.

²⁰ См. документ под «Политика в отношении этики и конфликта интересов» (GF/B5/2).

4. В соответствии с данной политикой полностью исключается возможность оказания влияния на будущие решения членов ГТО и выдвижении обвинений в принятии предвзятой оценки на основании личных интересов.

Состав ГТО в 9 раунде

5. Как и в ходе предыдущих раундов, руководство ГТО (председатель и заместители председателя) рассмотрят общие требования к уровню знаний, необходимых в 9 раунде, после того, как Правление примет свое решение на предстоящем Восемнадцатом заседании.

6. ГТО осведомлена о том, что на ее 10-ом заседании после окончания заседания ГТО по 8 раунду, Комитет по управлению портфолио попросил Секретариат объявить о дополнительном ограниченном наборе членов ГТО на замещение пяти вакансий экспертов по межсекторным вопросам для 9 раунда. ГТО представит свои рекомендации в отношении продления полномочия членов, которые могли бы продолжить работу в очередном раунде, и в контексте этого промежуточного пополнения состава сообщит Комитету по управлению портфолио, в каких областях имеет место недостаток экспертов.

Повышение сложности оценки, проводимой ГТО

7. Все члены ГТО, как и прежде, считают честью оказать Глобальному фонду содействие в распределении значительных ресурсов для поддержки внутригосударственных усилий по эффективной борьбе с тремя заболеваниями. За последние годы роль ГТО в достижении этой общей цели значительно расширилась. С учетом характера обсуждений общей стратегии, включая роль Глобального фонда в Международном партнерстве по вопросам здравоохранения, финансирование национальных стратегий путем упрощения процедур и потенциал экспериментальной программы «Доступные медицинские средства для лечения малярии», следует ожидать дальнейшего расширения участия ГТО в работе Секретариата.

8. В ходе работы ГТО определила (и уточнила) оптимальный численный состав каждой небольшой группы, необходимый для обеспечения серьезной и глубокой проработки вопроса до его представления на пленарном заседании ГТО. Опыт показывает, что лучший вариант - это два эксперта по заболеванию и два эксперта по межсекторным вопросам. ГТО в ее нынешнем составе и в соответствии уровнем вознаграждения уделяет максимально возможное время для обеспечения непрерывности процесса оценки заявок на МНФ и запросов на УСЗ, поданных в рамках пораундового механизма, а также для выработки других специальных оценок в Фазе 2 и рассмотрения заявок на изменение программ. Это осуществляется без введения серии ежегодных окон финансирования, вопрос о которых обсуждается в настоящее время.

9. В связи с тем, что Правление приняло решение ввести возможность повторной подачи заявки в 9 раунде, ГТО стремилась еще более четко формулировать причины, лежащие в основе ее рекомендаций по финансированию, в высылаемой каждому кандидату «Форме оценки ГТО». В случае отнесения заявки к «Категории 3» (финансирование не рекомендовано) ГТО как можно чаще предоставляла подробные примеры слабых мест в заявках 8 раунда.

10. Важно отметить, что ГТО будет рассматривать любую заявку по заболеванию «Категории 3» 8 раунда, подаваемую повторно в 9 раунде, как единую, а не только как улучшенную часть заявки. Это обосновано тем, что, по мнению ГТО, целесообразнее оценивать общую стратегию и логику заявки по заболеванию, а не отдельные ее элементы.

**List of Round 8 eligible Per-Disease Proposals reviewed by the Technical Review Panel
 (Classified by the 'Category' in which they are recommended to the Board)**

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)
CATEGORY 1 PROPOSALS								
1	CCM	Afghanistan	Low	EMRO	SWA	Tuberculosis	€ 7,394,272	€ 22,669,094
2	CCM	Armenia	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 2,006,371	€ 6,205,708
3	CCM	Belarus	Lower-middle	EURO	EECA	HIV, incl. CCHSS	€ 11,120,812	€ 25,389,385
4	CCM	Gabon	Upper-middle	AFRO	WCA	HIV	€ 6,879,029	€ 17,006,207
5	CCM	Mauritius	Upper-middle	AFRO	EA	HIV	€ 4,052,662	€ 7,890,632
6	CCM	Moldova	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 5,281,042	€ 13,322,904
7	Non-CCM	West Bank and Gaza	Lower-middle	EMRO	MENA	Tuberculosis	€ 972,386	€ 2,152,074
8	CCM	Peru	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	€ 11,484,622	€ 22,229,143
Sub-Total: Category 1 Proposals in EURO							€ 49,191,196	€ 116,865,147
9	CCM	Ethiopia	Low	AFRO	EA	Malaria, incl. CCHSS	\$148,412,502	\$291,064,713
10	CCM	Indonesia	Lower-middle	SEARO	EAP	HIV	\$45,384,545	\$130,653,560
11	CCM	Indonesia	Lower-middle	SEARO	EAP	Tuberculosis	\$28,106,251	\$93,001,059
12	CCM	Mauritania	Low	AFRO	MENA	HIV, CCHSS only	\$2,772,376	\$3,942,505
13	CCM	Sao Tome and Principe	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	\$1,132,914	\$2,608,818
14	CCM	Swaziland	Lower-middle	AFRO	SA	Malaria	\$5,637,713	\$13,880,938
15	CCM	Thailand	Lower-middle	SEARO	EAP	Tuberculosis	\$12,420,804	\$30,547,583
16	CCM	Zambia	Low	AFRO	SA	HIV, incl. CCHSS	\$144,079,863	\$307,273,164
Sub-Total: Category 1 Proposals in USD							\$387,946,968	\$872,972,340
Total: Category 1 Proposals in USD Equivalent							\$451,583,703	\$1,024,156,230

* Proposals are grouped by the category in which they are recommended for funding by the TRP and by the original currency in which they have applied for fund (first – applications in EURO, second – applications in USD). Category 2B proposals are also ranked by composite index in line with the policy on prioritization in resource constrained environments (GF/B8/2).

* For the disease proposals which included the cross-cutting Health Systems Strengthening (CCHSS) interventions as a distinct part of that proposal (s.4B), in the disease column it is indicated whether the recommended category applies to the both parts, disease specific and CCHSS or only one part of the proposal in line with the Board Decision (GF/B16/DP10)

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)	Poverty	Disease burden	Composite Index
CATEGORY 2 PROPOSALS											
Proposals with Composite Index 8											
17	CCM	Burkina Faso	Low	AFRO	WCA	Malaria	€ 53,120,303	€ 63,203,438	4	4	8
18	CCM	Central African Republic	Low	AFRO	WCA	Malaria	€ 10,871,833	€ 30,971,995	4	4	8
19	CCM	Chad	Low	AFRO	MENA	HIV	€ 29,702,927	€ 63,244,477	4	4	8
20	CCM	Côte d'Ivoire	Low	AFRO	WCA	Malaria	€ 139,365,869	€ 180,298,316	4	4	8
21	CCM	Mali	Low	AFRO	MENA	HIV, disease part only	€ 40,526,846	€ 126,634,447	4	4	8
22	CCM	Tajikistan	Low	EURO	EECA	HIV	€ 13,264,761	€ 34,578,129	4	4	8
23	CCM	Togo	Low	AFRO	WCA	HIV	€ 31,775,839	€ 81,340,190	4	4	8
Proposals with Composite Index 8 in EURO							€ 318,628,378	€ 580,270,992			
24	CCM	Bangladesh	Low	SEARO	SWA	TB, incl. CCHSS	\$5,627,763	\$77,430,875	4	4	8
25	CCM	Democratic Republic of Congo	Low	AFRO	EA	HIV	\$79,225,696	\$262,911,091	4	4	8
26	CCM	Democratic Republic of Congo	Low	AFRO	EA	Malaria	\$153,997,553	\$393,102,357	4	4	8
27	CCM	Eritrea	Low	AFRO	EA	HIV, disease part only	\$17,071,740	\$45,135,676	4	4	8
28	CCM	Ghana	Low	AFRO	WCA	HIV	\$51,498,200	\$99,858,800	4	4	8
29	CCM	Ghana	Low	AFRO	WCA	Malaria, disease part only	\$39,639,118	\$158,030,372	4	4	8
30	CCM	Lao People's Democratic Republic	Low	WPRO	EAP	HIV, incl. CCHSS	\$9,114,326	\$24,569,609	4	4	8
31	CCM	Liberia	Low	AFRO	WCA	HIV, incl. CCHSS	\$20,199,587	\$78,235,151	4	4	8
32	CCM	Mozambique	Low	AFRO	SA	HIV, CCHSS only	\$13,177,452	\$34,874,346	4	4	8
33	CCM	Nigeria	Low	AFRO	WCA	HIV, CCHSS only	\$75,055,363	\$178,030,052	4	4	8
34	CCM	Pakistan	Low	EMRO	SWA	Tuberculosis	\$9,810,559	\$26,682,133	4	4	8
35	CCM	United Republic of Tanzania	Low	AFRO	EA	HIV, disease part only	\$145,848,085	\$598,106,619	4	4	8
36	CCM	Vietnam	Low	WPRO	EAP	HIV	\$14,577,204	\$48,693,061	4	4	8
37	CCM	Zimbabwe	Low	AFRO	SA	HIV	\$86,821,730	\$296,752,070	4	4	8
Proposals with Composite Index 8 in USD							\$721,664,376	\$2,322,412,212			
Sub-Total: Proposals with Composite Index 8 in USD Equivalent							\$1,133,861,501	\$3,073,086,199			
Sub-Total Category 1 and 2 Proposals with Composite Index 8 in USD Equivalent							\$1,585,445,204	\$4,097,242,429			
Proposals with Composite Index 6											
38	CCM	Armenia	Lower-middle	EURO	EECA	HIV, CCHSS only	€ 1,466,930	€ 2,062,995	2	4	6
39	CCM	China	Lower-middle	WPRO	EAP	HIV	€ 15,747,191	€ 44,128,188	2	4	6
40	CCM	Paraguay	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV, disease part only	€ 4,765,763	€ 13,314,074	2	4	6
Proposals with Composite Index 6 in EURO							€ 21,979,884	€ 59,505,257			
41	CCM	Guyana	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV, CCHSS only	\$4,637,491	\$10,094,303	2	4	6
42	CCM	Lesotho	Lower-middle	AFRO	SA	HIV, incl. CCHSS	\$39,773,696	\$103,429,628	2	4	6
43	CCM	Swaziland	Lower-middle	AFRO	SA	HIV, CCHSS only	\$8,180,726	\$15,136,442	2	4	6
44	CCM	Swaziland	Lower-middle	AFRO	SA	Tuberculosis	\$4,785,540	\$11,839,346	2	4	6
45	CCM	Thailand	Lower-middle	SEARO	EAP	HIV	\$38,254,259	\$106,123,200	2	4	6
Proposals with Composite Index 6 in USD							\$95,631,712	\$246,622,919			
Sub-Total: Proposals with Composite Index 6 in USD Equivalent							\$124,066,232	\$323,602,552.89			
Sub-Total Category 1 and 2 Proposals with Composite Indexes 8 and 6 in USD Equivalent							\$1,709,511,436	\$4,420,844,982			

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)	Poverty	Disease burden	Composite Index
Proposals with Composite Index 5											
46	CCM	Comoros	Low	AFRO	EA	Malaria, disease part only	€ 5,280,932	€ 11,788,954	4	1	5
47	CCM	Democratic People's Republic of Korea	Low	SEARO	EAP	Malaria	€ 9,542,511	€ 18,348,551	4	1	5
48	CCM	Gambia	Low	AFRO	WCA	HIV, incl. CCHSS	€ 15,250,763	€ 36,582,801	4	1	5
49	CCM	Guinea-Bissau	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis, CCHSS only	€ 595,684	€ 1,286,514	4	1	5
50	CCM	Tajikistan	Low	EURO	EECA	Malaria	€ 5,224,796	€ 9,615,246	4	1	5
51	CCM	Tajikistan	Low	EURO	EECA	Tuberculosis, incl. CCHSS	€ 9,840,404	€ 17,534,572	4	1	5
52	CCM	Zanzibar	Low	AFRO	EA	Malaria, incl. CCHSS	€ 5,648,340	€ 12,355,905	4	1	5
Proposals with Composite Index 5 in EURO							€ 51,383,430	€ 107,512,543			
53	CCM	Kyrgyz Republic	Low	EURO	EECA	Malaria	\$4,530,888	\$8,788,180	4	1	5
54	CCM	Madagascar	Low	AFRO	EA	HIV	\$11,768,300	\$36,037,600	4	1	5
55	CCM	Papua New Guinea	Low	WPRO	EAP	Malaria	\$70,139,822	\$152,252,244	4	1	5
56	CCM	Rwanda	Low	AFRO	EA	Malaria, disease part only	\$58,567,001	\$138,469,243	4	1	5
57	Non-CCM	Somalia	Low	EMRO	MENA	HIV, incl. CCHSS	\$25,669,049	\$60,261,684	4	1	5
58	CCM	United Republic of Tanzania	Low	AFRO	EA	Malaria	\$111,586,404	\$113,335,025	4	1	5
59	CCM	Zimbabwe	Low	AFRO	SA	Malaria, incl. CCHSS	\$70,994,472	\$141,316,927	4	1	5
Proposals with Composite Index 5 in USD							\$353,255,936	\$650,460,903			
Sub-Total: Proposals with Composite Index 5 in USD Equivalent							\$419,728,679	\$789,545,693			
Sub-Total Category 1 and 2 Proposals with Composite Indexes 8, 6 and 5 in USD Equivalent							\$2,129,240,115	\$5,210,390,675			
Proposals with Composite Index 3											
60	CCM	Brazil	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	€ 20,659,117	€ 42,023,909	2	1	3
61	CCM	Colombia	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	€ 16,997,092	€ 32,262,166	2	1	3
62	CCM	Serbia	Lower-middle	EURO	EECA	HIV	€ 3,766,988	€ 12,406,231	2	1	3
Proposals with Composite Index 3 in EURO							€ 41,423,197	€ 86,692,306			
63	CCM	Cape Verde	Lower-middle	AFRO	WCA	HIV	\$5,321,184	\$12,578,727	2	1	3
64	CCM	Dominican Republic	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	\$4,492,517	\$8,703,257	2	1	3
65	CCM	Ecuador	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	\$8,374,965	\$15,108,812	2	1	3
66	CCM	Indonesia	Lower-middle	SEARO	EAP	Malaria	\$73,453,889	\$120,092,536	2	1	3
67	CCM	Nicaragua	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	\$31,385,337	\$65,390,510	2	1	3
Proposals with Composite Index 3 in USD							\$123,027,892	\$221,873,842			
Sub-Total: Proposals with Composite Index 3 in USD Equivalent							\$176,615,469	\$334,024,303			
Total Category 2 Proposals in USD Equivalent							\$1,854,271,881	\$4,520,258,748			
Sub-Total: Category 1 and 2 Proposals Recommended for Funding in USD Equivalent							\$2,305,855,584	\$5,544,414,978			

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)	Prioritization Criteria		
CATEGORY 2B PROPOSALS											
Proposals with Composite Index 8									Poverty	Disease burden	Composite Index
68	CCM	Burkina Faso	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis, incl. CCHSS	€ 12,045,997	€ 27,167,685	4	4	8
69	CCM	Chad	Low	AFRO	MENA	Tuberculosis	€ 3,427,453	€ 5,385,007	4	4	8
							€ 15,473,450	€ 32,552,692			
Proposals with Composite Index 8 in EURO											
70	CCM	Burundi	Low	AFRO	EA	HIV	\$41,315,145	\$159,105,087	4	4	8
71	CCM	Nigeria	Low	AFRO	WCA	Malaria	\$334,351,033	\$599,810,494	4	4	8
72	CCM	Sudan, Northern Sector	Low	EMRO	MENA	Tuberculosis, incl CCHSS	\$17,979,663	\$58,048,795	4	4	8
73	CCM	Zimbabwe	Low	AFRO	SA	Tuberculosis	\$29,538,652	\$58,298,297	4	4	8
							\$423,184,493	\$875,262,673			
Sub-Total:Proposals with Composite Index 8 in USD Equivalent							\$443,201,893	\$917,374,823			
Sub-Total Category 1, 2 and 2B with Composite Index 8 Proposals in USD Equivalent							\$2,749,057,477	\$6,461,789,801			
Proposals with Composite Index 6									Poverty	Disease burden	Composite Index
74	CCM	China	Lower-middle	WPRO	EAP	Tuberculosis	€ 24,012,517	€ 87,664,363	2	4	6
75	CCM	Congo (Republic of)	Lower-middle	AFRO	WCA	Malaria	€ 25,465,537	€ 54,135,175	2	4	6
76	CCM	Congo (Republic of)	Lower-middle	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 2,303,089	€ 5,005,041	2	4	6
77	CCM	Moldova	Lower-middle	EURO	EECA	HIV	€ 8,606,392	€ 16,723,816	2	4	6
							€ 60,387,535	€ 163,528,395			
Proposals with Composite Index 6 in EURO											
78	CCM	Iran	Lower-middle	EMRO	SWA	HIV	\$10,328,021	\$32,354,404	2	4	6
79	CCM	Lesotho	Lower-middle	AFRO	SA	Tuberculosis	\$10,967,381	\$28,083,618	2	4	6
Proposals with Composite Index 6 in USD							\$21,295,402	\$60,438,022			
Sub-Total:Proposals with Composite Index 6 in USD Equivalent							\$99,416,405	\$271,988,339			
Sub-Total Category 1, 2 and 2B with Composite Indexes 8 and 6 Proposals in USD Equivalent							\$2,848,473,881	\$6,733,778,140			
Proposals with Composite Index 5									Poverty	Disease burden	Composite Index
80	CCM	Afghanistan	Low	EMRO	SWA	Malaria, incl CCHSS	€ 30,075,545	€ 55,397,259	4	1	5
81	CCM	Democratic People's Republic of Korea	Low	SEARO	EAP	Tuberculosis	€ 17,686,423	€ 47,102,407	4	1	5
							€ 47,761,968	€ 102,499,666			
Proposals with Composite Index 5 in EURO											
82	CCM	Haiti	Low	AMRO	LAC	Malaria	\$33,402,457	\$50,046,179	4	1	5
83	CCM	Madagascar	Low	AFRO	EA	Tuberculosis	\$8,987,239	\$22,797,620	4	1	5
84	CCM	Solomon Islands	Low	WPRO	EAP	HIV CCHSS only	\$845,725	\$1,686,884	4	1	5
85	CCM	Solomon Islands	Low	WPRO	EAP	Tuberculosis	\$3,608,714	\$7,334,716	4	1	5
86	CCM	Uzbekistan	Low	EURO	EECA	Malaria	\$2,789,923	\$6,144,821	4	1	5
87	CCM	Uzbekistan	Low	EURO	EECA	Tuberculosis	\$13,881,631	\$56,124,183	4	1	5
Proposals with Composite Index 5 in USD							\$63,515,689	\$144,134,403			
Sub-Total:Proposals with Composite Index 5 in USD Equivalent							\$125,303,487	\$276,734,230			
Sub-Total Category 1, 2 and 2B with Composite Indexes 8, 6 and 5 Proposals in USD Equivalent							\$2,973,777,368	\$7,010,512,370			

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)	Poverty	Disease burden	Composite Index
Proposals with Composite Index 3											
88	CCM	Bulgaria	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 3,661,435	€ 10,527,766	2	1	3
Proposals with Composite Index 3 in EURO											
89	CCM	Bolivia	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	\$6,744,407	\$15,578,630	2	1	3
90	CCM	Fiji	Lower-middle	WPRO	EAP	Tuberculosis, incl CCHSS	\$4,789,119	\$9,929,474	2	1	3
91	CCM	Guyana	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	\$3,087,615	\$7,125,899	2	1	3
92	CCM	Kazakhstan	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	\$37,557,518	\$69,880,919	2	1	3
93	CCM	Sri Lanka	Lower-middle	SEARO	SWA	Malaria	\$24,040,444	\$40,915,151	2	1	3
94	CCM	Tunisia	Lower-middle	EMRO	MENA	Tuberculosis	\$4,400,014	\$7,560,548	2	1	3
Proposals with Composite Index 3 in USD											
							\$80,619,117	\$150,990,621			
Sub-Total: Proposals with Composite Index 3 in USD Equivalent							\$85,355,773	\$164,609,982			
Total Category 2B Proposals in USD Equivalent							\$753,277,557	\$1,630,707,374			
Grand Total: Proposals Recommended for Funding in USD Equivalent							\$3,059,133,141	\$7,175,122,352			

Prioritization among the proposals recommended by the TRP in category 2B is done in accordance with the Board approved policy on Prioritization in Resource Constrained Environments (GF/B8/2). In line with this policy the composite index (poverty and disease burden) is calculated on the following basis:

Criteria	Indicator	Value	Score
Disease burden	Eligibility criteria for proposals from Upper-Middle Income countries (applied to all proposals)	"Very high"	4
		Not "very high"	1
Poverty	World Bank classification	Low Income	4
		Lower-Middle Income	2
		Upper-Middle Income	0

According with Guidelines for Round 8 Proposals a high national disease burden is defined for each disease on the following basis:

* HIV/AIDS: HIV prevalence in 15-49 years = to or > 1% and HIV prevalence is equal or more than 5 % in at least one identified vulnerable population (Source: 2008 Report on Global AIDS epidemic)

* TB: WHO list of 22 high burden countries (Source: Global Tuberculosis control: surveillance, planning, financing, WHO Report 2008) and WHO list of the 41 countries that account for 97% of estimated burden of new tuberculosis cases attributable to HIV/AIDS

* More than 1 death per 1000 people per year due to malaria - estimates (Source: World Malaria Report 2008)

Round 8 Income level classification is based on World Bank income classification, taking into account 'one year grace period' as decided at the 16th Board meeting

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)
PARTS OF CATEGORY 1, 2 OR 2B PROPOSALS NOT RECOMMENDED FOR FUNDING (Refer to Part 4 of the covering report to this Annex, at paragraphs 12 - 14)								
Ref.17	CCM	Armenia	Lower-middle	EURO	EECA	HIV part	€ 2,394,212	€ 6,257,962
Ref.24	CCM	Comoros	Low	AFRO	WCA	Malaria, CCHSS part	€ 1,061,171	€ 2,834,024
Ref.28	CCM	Guinea Bissau	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis part	€ 7,818,909	€ 21,213,426
Ref.29	CCM	Mali	Low	AFRO	MENA	HIV, CCHSS part	€ 21,852,585	€ 49,979,708
Ref.30	CCM	Paraguay	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV, CCHSS part	€ 1,514,597	€ 3,267,216
Sub-Total: Parts of Category 1, 2 or 2B Proposals not recommended for funding in EURO							€ 34,641,474	€ 83,552,336
Ref.43	CCM	Eritrea	Low	AFRO	EA	HIV, CCHSS part	\$6,087,808	\$14,939,526
Ref.45	CCM	Ghana	Low	AFRO	WCA	Malaria, CCHSS part	\$4,462,500	\$13,420,570
Ref.46	CCM	Guyana	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV part	\$6,005,402	\$18,370,517
Ref.12	CCM	Mauritania	Low	AFRO	MENA	HIV part	\$9,367,617	\$22,266,256
Ref.53	CCM	Mozambique	Low	AFRO	SA	HIV part	\$39,073,131	\$170,770,762
Ref.55	CCM	Nigeria	Low	AFRO	WCA	HIV part	\$293,867,577	\$831,612,641
Ref.58	CCM	Rwanda	Low	AFRO	EA	Malaria, CCHSS part	\$33,702,875	\$48,541,601
Ref.87	CCM	Solomon Islands	Low	WPRO	EAP	HIV part	\$4,570,062	\$10,472,323
Ref.60	CCM	Swaziland	Lower-middle	AFRO	SA	HIV part	\$49,055,285	\$90,214,010
Ref.63	CCM	United Republic of Tanzania	Low	AFRO	EA	HIV, CCHSS part	\$65,422,207	\$96,794,019
Sub-Total: Parts of Category 1, 2 or 2B Proposals not recommended for funding in USD							\$511,614,464	\$1,317,402,225
Total: Parts of Category 1, 2 or 2B Proposals not recommended for funding in USD Equivalent							\$556,428,790	\$1,425,490,629

ЗАЯВКИ, НЕ РЕКОМЕНДОВАННЫЕ К ФИНАНСИРОВАНИЮ В 8 РАУНДЕ:

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)
CATEGORY 3 PROPOSALS								
95	CCM	Belarus	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 14,254,281	€ 31,226,265
96	CCM	Benin	Low	AFRO	WCA	Malaria	€ 26,909,499	€ 26,909,499
97	CCM	Benin	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 3,556,947	€ 6,658,804
98	CCM	Bosnia Herzegovia	Lower-middle	EURO	EECA	HIV	€ 12,336,077	€ 29,441,571
99	CCM	Bosnia Herzegovia	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 5,722,028	€ 9,796,973
100	CCM	Brazil	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	€ 9,372,000	€ 30,000,000
101	CCM	Brazil	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	€ 40,191,174	€ 80,560,970
102	CCM	Burkina Faso	Low	AFRO	WCA	HIV	€ 24,844,539	€ 48,473,676
103	CCM	Cameroon	Lower-middle	AFRO	WCA	HIV	€ 28,961,003	€ 66,797,527
104	CCM	Cameroon	Lower-middle	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 7,015,400	€ 13,782,656
105	CCM	Central African Republic	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 9,742,228	€ 22,482,120
106	CCM	China	Lower-middle	WPRO	EAP	Malaria	€ 29,681,060	€ 61,332,628
107	CCM	Colombia	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	€ 12,254,560	€ 32,867,073
108	CCM	Colombia	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	€ 11,968,726	€ 22,919,271
109	CCM	Côte d'Ivoire	Low	AFRO	WCA	HIV, incl. CCHSS	€ 55,758,904	€ 142,745,182
110	CCM	Côte d'Ivoire	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 7,152,767	€ 17,886,903
111	CCM	Democratic People's Republic of Korea	Low	SEARO	EAP	HIV	€ 15,119,159	€ 28,699,056
112	CCM	Djibouti	Lower-middle	EMRO	MENA	Malaria	€ 4,335,600	€ 10,391,353
113	CCM	Gabon	Upper-middle	AFRO	WCA	Malaria	€ 5,030,319	€ 13,851,883
114	CCM	Guatemala	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	€ 21,586,329	€ 41,174,990
115	CCM	India	Low	SEARO	SWA	HIV	€ 21,263,481	€ 75,212,496
116	CCM	India	Low	SEARO	SWA	Malaria	€ 39,883,180	€ 100,310,326
117	CCM	India	Low	SEARO	SWA	Tuberculosis	€ 32,420,155	€ 79,915,954
118	CCM	Paraguay	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	€ 4,403,483	€ 8,558,518
119	CCM	Paraguay	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	€ 8,277,793	€ 18,576,825
120	CCM	Peru	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV, incl. CCHSS	€ 30,545,347	€ 50,546,403
121	CCM	Philippines	Lower-middle	WPRO	EAP	HIV, incl. CCHSS	€ 25,581,667	€ 42,391,843
122	CCM	Russian Federation	Upper-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	€ 65,687,022	€ 139,199,580
123	CCM	Senegal	Low	AFRO	WCA	HIV, incl. CCHSS	€ 54,507,488	€ 136,440,454
124	CCM	Senegal	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	€ 6,930,243	€ 17,791,333
Sub-Total: Category 3 Proposals in EURO							€ 635,292,459	€ 1,406,942,132

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)
CATEGORY 3 PROPOSALS								
125	CCM	Bangladesh	Low	SEARO	SWA	HIV	\$14,964,866	\$48,892,309
126	CCM	Bangladesh	Low	SEARO	SWA	Malaria	\$22,729,707	\$68,436,372
127	CCM	Bolivia	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	\$7,763,930	\$23,802,395
128	CCM	Cambodia	Low	WPRO	EAP	HIV	\$38,283,888	\$134,514,948
129	CCM	Cambodia	Low	WPRO	EAP	Tuberculosis, incl. CCHSS	\$11,449,113	\$34,686,505
130	CCM	Democratic Republic of Congo	Low	AFRO	EA	Tuberculosis, incl. CCHSS	\$71,422,674	\$199,682,709
131	RO	COPRECOS LAC	Mixed	AMRO	LAC	HIV	\$23,122,297	\$68,666,796
132	CCM	Ecuador	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	\$14,389,246	\$35,615,171
133	CCM	Ecuador	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	\$14,066,522	\$32,819,024
134	CCM	Guyana	Lower-middle	AMRO	LAC	Malaria	\$2,993,178	\$5,573,355
135	CCM	Haiti	Low	AMRO	LAC	Tuberculosis, incl. CCHSS	\$31,167,222	\$59,742,348
136	CCM	Honduras	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV	\$5,334,334	\$13,389,159
137	CCM	Honduras	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis, incl. CCHSS	\$8,031,166	\$16,170,525
138	CCM	Kazakhstan	Lower-middle	EURO	EECA	HIV	\$13,880,664	\$35,851,200
139	CCM	Kenya	Low	AFRO	EA	Malaria	\$89,634,705	\$200,581,638
140	CCM	Kenya	Low	AFRO	EA	Tuberculosis, incl. CCHSS	\$41,216,118	\$137,406,953
141	CCM	Kyrgyz Republic	Low	EURO	EECA	Tuberculosis	\$7,507,988	\$24,622,765
142	CCM	Mozambique	Low	AFRO	SA	Malaria	\$78,152,630	\$210,466,897
143	CCM	Namibia	Lower-middle	AFRO	SA	HIV	\$64,688,284	\$160,505,034
144	CCM	Nepal	Low	SEARO	SWA	HIV, incl CCHSS	\$35,249,649	\$90,220,063
145	CCM	Nigeria	Low	AFRO	WCA	Tuberculosis	\$42,169,586	\$181,584,855
146	CCM	Pakistan	Low	EMRO	SWA	HIV	\$18,636,708	\$66,219,051
147	CCM	Panama	Upper-middle	AMRO	LAC	HIV	\$4,949,840	\$13,592,440
148	CCM	Rwanda	Low	AFRO	EA	HIV	\$15,591,988	\$38,979,970
149	RCM	SADC	Mixed	AFRO	SA	Malaria, incl.CCHSS	\$36,018,686	\$86,985,372
150	CCM	Sao Tome and Principe	Low	AFRO	WCA	HIV	\$568,464	\$1,529,157
151	CCM	South Africa	Upper-middle	AFRO	SA	HIV	\$91,680,358	\$259,056,796
152	Sub-CCM	Sudan, Southern Sector	Low	EMRO	MENA	HIV, incl CCHSS	\$28,482,979	\$124,015,542
153	CCM	Turkmenistan	Lower-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	\$10,649,147	\$20,279,651
154	CCM	Ukraine	Upper-middle	EURO	EECA	Tuberculosis	\$36,251,905	\$94,715,697
155	CCM	Uruguay	Upper-middle	AMRO	LAC	HIV	\$8,951,242	\$21,393,157
156	CCM	Uzbekistan	Low	EURO	EECA	HIV	\$26,428,887	\$79,669,868
157	CCM	Yemen	Low	EMRO	MENA	HIV	\$6,495,225	\$25,735,775
Sub-Total: Category 3 Proposals in USD							\$922,923,196	\$2,615,403,497
Total: Category 3 Proposals in USD Equivalent							\$1,744,776,312	\$4,435,509,748

No.	Source	Country	WB Income classification	WHO Region	Global Fund cluster	Disease	Phase 1 Upper ceiling (2 Years)	Lifetime Upper ceiling (Up to 5 years)
CATEGORY 4 PROPOSALS								
158	RO	CARE	Low	SEARO	SWA	HIV	€ 14,145,331	€ 40,817,080
159	CCM	Comoros	Low	AFRO	EA	HIV	€ 1,235,586	€ 2,229,001
160	CCM	Djibouti	Lower-middle	EMRO	MENA	Tuberculosis	€ 3,912,029	€ 8,688,954
161	CCM	Guatemala	Lower-middle	AMRO	LAC	HIV, incl. CCHSS	€ 37,104,756	€ 115,595,987
162	Sub-CCM	Russian Federation	Upper-middle	EURO	EECA	Tuberculosis, incl. CCHSS	€ 18,808,972	€ 33,180,557
163	CCM	Zanzibar	Low	AFRO	EA	HIV	€ 4,127,078	€ 7,274,018
Sub-Total: Category 4 Proposals in EURO							€ 79,333,752	€ 207,785,597
164	CCM	Algeria	Lower-middle	AFRO	MENA	HIV	\$15,252,168	\$32,720,961
165	CCM	Angola	Lower-middle	AFRO	SA	HIV	\$75,142,046	\$235,955,998
166	CCM	Angola	Lower-middle	AFRO	SA	Tuberculosis	\$11,756,766	\$25,098,444
167	CCM	Bolivia	Lower-middle	AMRO	LAC	Tuberculosis	\$9,191,385	\$16,777,841
168	RCM	CCLAB	Mixed	AMRO	LAC	HIV	\$20,292,270	\$46,811,258
169	RO	GLIA	Low	AFRO	EA	HIV	\$10,824,037	\$27,044,765
170	CCM	Kazakhstan	Lower-middle	EURO	EECA	Malaria	\$897,612	\$1,376,877
171	CCM	Kenya	Low	AFRO	EA	HIV	\$105,743,946	\$129,929,146
172	Sub-CCM	Kyrgyz Republic	Low	EURO	EECA	HIV	\$3,560,042	\$6,770,643
173	CCM	South Africa	Upper-middle	AFRO	SA	Tuberculosis	\$68,229,369	\$194,670,986
174	CCM	Yemen	Low	EMRO	MENA	Tuberculosis	\$6,767,022	\$19,880,527
Sub-Total: Category 4 Proposals in USD							\$327,656,663	\$737,037,446
Total: Category 4 Proposals in USD Equivalent							\$430,287,649	\$1,005,841,582
Grand Total: Proposals Not Recommended for Funding in USD Equivalent *							\$2,731,492,751	\$6,866,841,958

* Including the parts of category 1, 2 and 2B proposals not recommended for funding

Key for multi-country proposals

- 1 - RO COPRECOS - Colombia, El Salvador, Nicaragua, Panama, Paraguay, Dom. Rep., Uruguay, Argentina, Belize, Brazil, Ecuador, Guatemala, Haiti, Honduras, Peru, Chile, Costa Rica, Venezuela
- 2 - RCM CCLAB - Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Dom. Rep., Panama, Costa Rica, Belize
- 3 - RCM SADC (TZM) - Angola, Botswana, Namibia, Zambia, Zimbabwe
- 4 - RO CARE - India, Nepal, Bangladesh
- 5 - RO GLIA - Burundi, DRC, Kenya, Rwanda, Tanzania, Uganda

The Global Fund Clusters

- EAP East Asia and Pacific
- EA East Africa & Indian Ocean
- EECA Eastern Europe & Central Asia
- LAC Latin America & The Caribbean
- MENA Middle East & North Africa
- SA Southern Africa
- SWA South West Asia
- WCA West and Central Africa

This document is part of an internal deliberative process of the Global Fund and as such cannot be made public. Please refer to the Global Fund's documents policy for further guidance.

** Proposals in EURO - the UN official exchange rate effective at 1 November 2008 - 1 USD = 0,773 EURO

This revision has been issued to apply the UN official exchange rate effective at 1 November 2008 for EURO denominated proposals.

Also, the prioritization category has changed for Iran HIV and Moldova HIV proposals (2B), because of the HIV prevalence rate in at least one vulnerable population

**Подробный анализ рекомендаций ГТО по финансированию в отношении заявок
8 раунда**

Часть 1: Введение

1. В Части 2 сопроводительного отчета к данному Приложению 5 приведен обзор общих рекомендаций ГТО в отношении 174 заявок по заболеваниям, рассмотренных в 8 раунде. В этих рекомендациях определены заявки, признанные технически обоснованными («Категория 1» и «Категория 2», включая заявки «Категории 2В» в качестве подгруппы всех заявок «Категории 2»).

2. Кроме того, в сопроводительном отчете приведены сводные данные по рекомендованному ГТО Правлению Глобального фонда максимальному верхнему пределу двухгодичного финансирования для 174 заявок. Правление Глобального фонда рассмотрит эти рекомендации на своем Восемнадцатом заседании в ноябре 2008 г.

3. Учитывая интерес к более подробному анализу рекомендаций ГТО по финансированию, в данном Приложении содержится информация о:

- i. 174 полученных заявках по заболеваниям (часть 2); и
- ii. **45 запросах на финансирование УСЗ** в качестве элементов этих заявок (**Часть 3**).

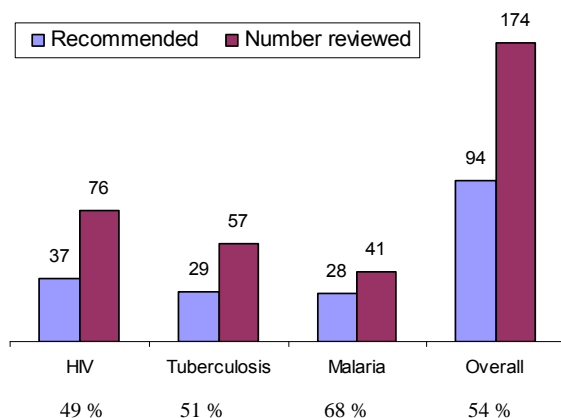
4. В отличие от сопроводительного отчета, данное Приложение содержит также сведения и анализ запросов на пятилетний верхний предел бюджета в сравнении с предыдущими раундами. После подписания гранта доступ к финансированию с третьего по пятый год (Фаза 2) будет находиться в зависимости от результатов работы и наличия средств на момент проведения оценки для Фазы 2.

5. Извлеченные уроки и рекомендации Правлению Глобального фонда, выработанные в результате данного анализа, приведены в части 5 сопроводительного отчета.

Часть 2: Сводные данные по полученным в 8 раунде заявкам по заболеваниям и рекомендациям ГТО

1. В 8 раунде ГТО выработала рекомендации по выделению наиболее крупного за свою историю объема средств для финансирования грантов. На рисунке 1 ниже показано количество заявок (в процентах) по конкретным заболеваниям и общего характера, рекомендованных к финансированию в 8 раунде.

Рисунок 1 – Число рекомендованных к финансированию заявок по заболеваниям в сравнении со всеми рассмотренными заявками, отвечающими квалификационным критериям

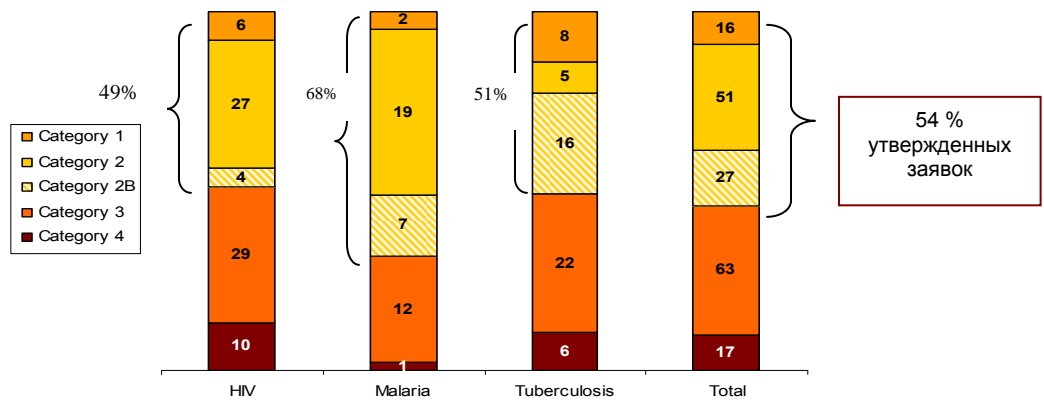


2. После рассмотрения Правлением на его Восемнадцатом заседании рекомендаций ГТО по финансированию заявок 8 раунда Глобальный фонд опубликует подробный анализ других аспектов полученных заявок. К ним относятся анализ вопросов, касающихся гендерных аспектов, укрепления общинных систем здравоохранения и возможности объединения грантов.

3. Доля заявок, рекомендованных в рамках четырех возможных категорий, показана на рисунке 2 ниже. Помимо того, что в 8 раунде к финансированию была рекомендована наибольшая доля всех поданных кандидатами заявок, в этом раунде зарегистрировано наибольшее число заявок, отнесенных к «Категории 1» (n=16, по сравнению с пятью заявками по заболеваниям в 7 раунде). Такой рост обусловлен, главным образом, решением Правления²¹ увеличить время, в течение которого кандидаты, подавшие заявки, отнесенные к «Категории 1», могли предоставлять запрошенные пояснения. В результате увеличения срока с одного до двух месяцев ГТО может рассчитывать на то, что кандидаты успеют ответить на оставшиеся вопросы по технически грамотным заявкам в указанный период.

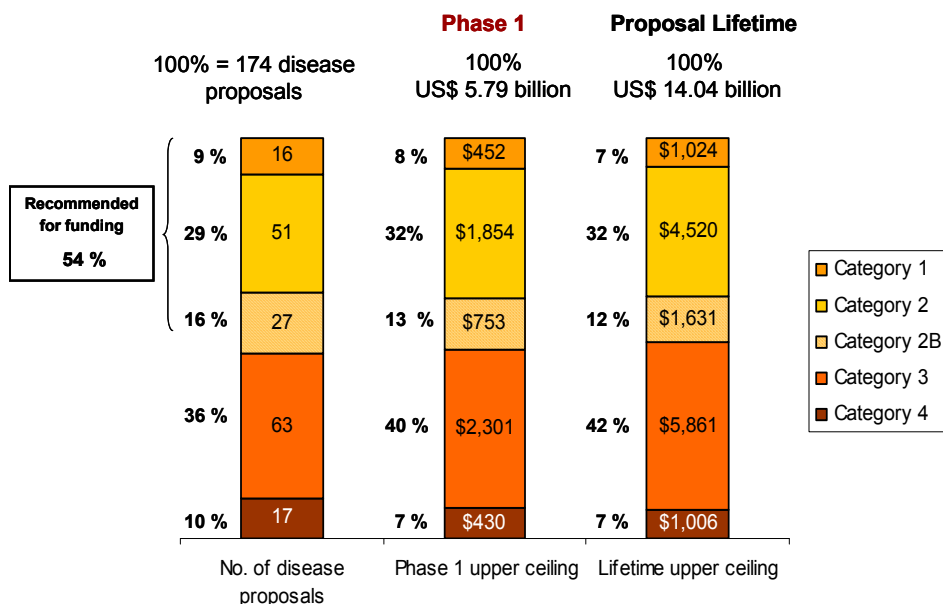
Рисунок 2 – Пропорции рекомендованных заявок по заболеваниям и «Категориям»

²¹ См. решение «Утверждение 7 раунда» (GF/B16/DP4).



4. На рисунке 3 ниже показаны общие двухгодичные (и совокупные пятилетние) верхние пределы финансирования запросов в рамках четырех категорий, в которых заявки могут быть рекомендованы ГТО к финансированию, рассчитанные на основе данных, содержащихся в «суммарной» колонке на рисунке 2 выше.

Рисунок 3 – Разбивка двух- и пятилетнего верхнего предела бюджета запросов по рекомендованным категориям



5. Сопоставление долей рекомендованных заявок (в процентах) по заболеваниям, представленных в рамках последних раундов, приведено в таблице 1 ниже. Данные таблицы ясно указывают на тенденцию увеличения общей доли рекомендованных заявок по всем трем заболеваниям. Наибольший рост доли рекомендованных заявок за период с 5 раунда зарегистрирован по малярии. В подпунктах «Сравнение 8 раунда с предыдущими раундами» указана доля рекомендованных заявок в ходе всех предыдущих раундов и объемы средств в долларах США, выделенных на каждое заболевание в рамках каждого раунда.

Таблица 1 – Сравнение доли рекомендованных заявок по заболеваниям, поданных в 5—8 раундах

	HIV	Tuberculosis	Malaria	Overall
Round 5	37%	46%	23%	31%
Round 6	39%	62%	32%	43%
Round 7	41%	46%	62%	49%
Round 8	49%	51%	68%	54%

6. На рисунках 1 и 2, в таблице 1 и во всей части 2 (если не указано иное) показаны запросы на межсекторное укрепление систем здравоохранения (УСЗ), включенные в основную заявку по заболеванию. Это обусловлено конкретным указанием Правления не считать УСЗ отдельным «компонентом» для финансирования (в отличие от 5 раунда). Так, например, заявка по туберкулезу будет рекомендована к финансированию по одному из следующих сценариев:

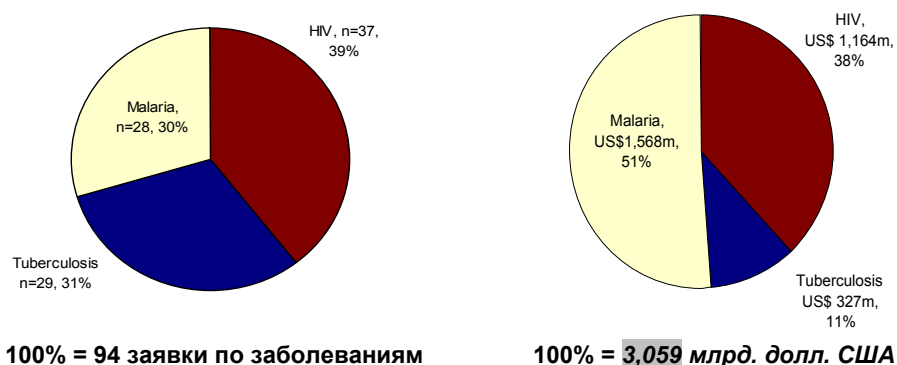
- i. «Часть по заболеванию» и запрос на УСЗ признаны технически обоснованными; или
- ii. Технически обоснованной признана только «часть по заболеванию»; или

- iii. Технически обоснованным признан только запрос на УСЗ.

Сравнение конечных результатов: по объему средств и числу заявок — верхний предел двухгодичного финансирования

7. На рисунке 4 ниже показано общее число заявок, рекомендованных в 8 раунде, с разбивкой по заболеваниям, в сравнении с распределением рекомендованных денежных сумм (в долл. США), также по заболеваниям, в рамках максимального верхнего предела двухгодичного финансирования, рекомендованного ГТО к утверждению.

Рисунок 4 – Сопоставление числа рекомендованных заявок по заболеваниям и распределение двухгодичного верхнего предела, рекомендованного к финансированию

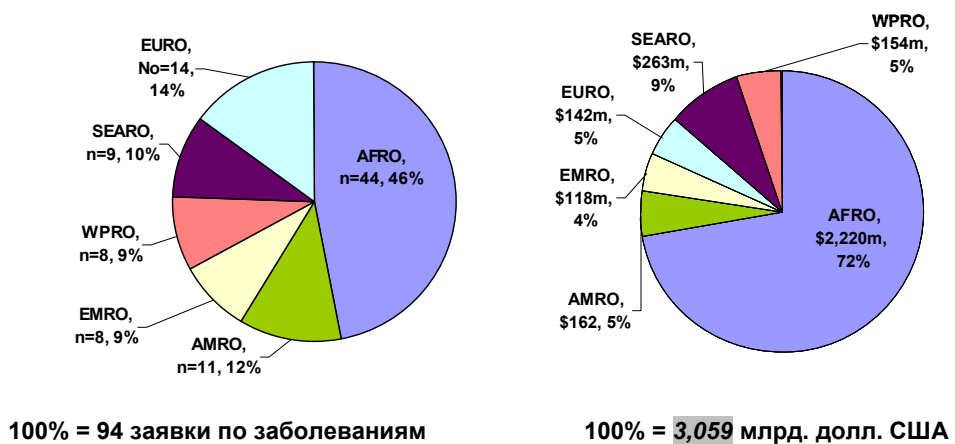


8. Как отмечалось в ходе предыдущих раундов, относительное расхождение между числом заявок по туберкулезу, рекомендованных на финансирование (n=29), и долей рекомендованного общего верхнего предела двухгодичного финансирования (327 млн. долл. США) напрямую связано с более низкой стоимостью лекарственных средств и других товаров медицинского назначения.

9. Заявки 8 раунда по малярии, рекомендованные на финансирование, напротив, предусматривали покупку и распределение более 120 млн. сеток, обработанных инсектицидами, и назначение более 80 млн. курсов АКТ. Эти мероприятия предполагают осуществление значительных затрат, что объясняет расхождение, показанное выше на рисунке 2.

10. На рисунке 5 ниже показано распределение заявок, рекомендованных к финансированию, в соответствии с региональной классификацией ВОЗ и в сопоставлении с верхним пределом двухгодичного финансирования, рекомендованного для 94 заявок по заболеваниям.

Рисунок 5 – Распределение рекомендованных заявок по регионам и рекомендованный верхний предел двухгодичного финансирования



11. Как и в ходе предыдущих раундов, наибольший процент рекомендованных заявок и бюджета приходится на страны **региона АФРБ ВОЗ**. Из всех заявок по заболеваниям, рекомендованных к финансированию, 46% было подано кандидатами из региона АФРБ (43% в 7 раунде). В финансовом плане на кандидатов из региона АФРБ приходится **72%** верхнего предела рекомендованного двухгодичного бюджета (**2 220** млн. долл. США по сравнению с 66% и 733 млн. долл. США в 7 раунде). Значительное увеличение размера финансирования для этого региона объясняется высоким числом рекомендованных заявок по малярии (доля рекомендованных заявок от региона АФРБ составляет 78% или 14 из 18 заявок по малярии, поданных с этого континента).

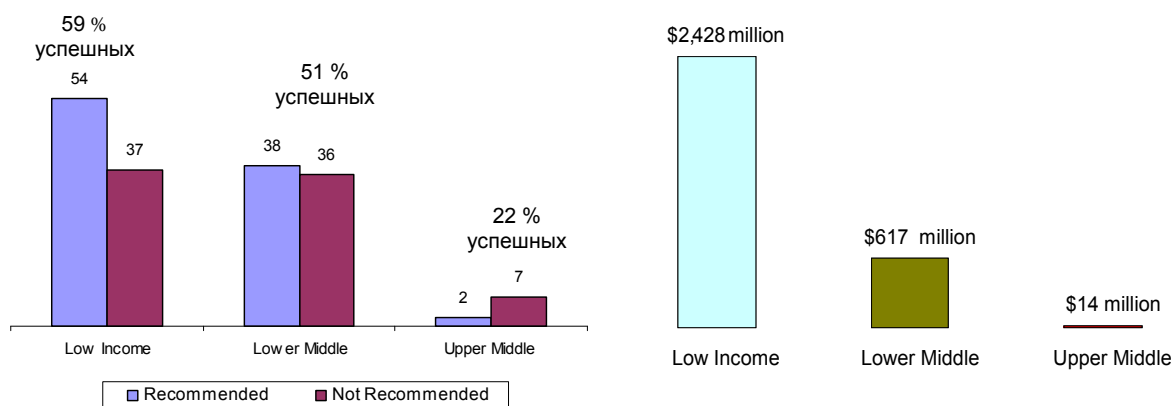
12. Доля рекомендованных заявок от регионов ВОЗ АФРБ, ВСРБ и ЮВАРБ также значительно увеличилась, как показано в сводных данных **таблицы 2 ниже**. Дополнительные сведения о тенденциях в хронологии содержатся ниже в разделе «Сравнение 8 раунда с предыдущими раундами».

Таблица 2 – Сводные данные о доле рекомендованных заявок по региональным бюро ВОЗ

	AFRO	AMRO	EMRO	EURO	SEARO	WPRO
Round 5	30%	38%	15%	43%	16%	59%
Round 6	38%	24%	28%	65%	52%	77%
Round 7	51%	45%	59%	36%	35%	59%
Round 8	60%	34%	57%	67%	53%	54%

13. На **рисунке 6 ниже** показано относительное число заявок по заболеваниям, рекомендованных к финансированию, в соответствии с классификацией кандидатов **Всемирным банком по уровню доходов**, сопоставленное с соответствующим верхним пределом рекомендованного двухгодичного финансирования. При условии утверждения Правлением рекомендаций ГТО большая часть дополнительного финансирования 8 раунда (79% верхнего предела двухгодичного финансирования) будет выделена государствам, которые по классификации Всемирного банка относятся к категории «стран с низким уровнем доходов»²².

Рисунок 6 – Рекомендованные к финансированию заявки, по уровню доходов согласно классификации Всемирного банка и по верхнему пределу финансирования в Фазе 1



100% = 94 заявки по заболеваниям

100% = 3,059 млрд. долл. США

²² В качестве исходной информации использован перечень стран, составленный Всемирным банком в соответствии с классификацией по уровню доходов по состоянию на 1 июля 2007 г., на основе которого Глобальный фонд принимал свои решения в 2008 г. о соответствии квалификационным критериям по уровню дохода.

14. Как показано в **таблице 3 ниже**, в 8 раунде, по сравнению с предыдущими раундами, произошел заметный рост финансирования, выделяемого странам, которые по классификации Всемирного банка отнесены к категории стран «с низким уровнем доходов» и «с уровнем доходов ниже среднего».

Таблица 3 - Сравнение уровня доходов кандидатов, чьи заявки были рекомендованы ГТО в период с 5 по 8 раунд

Proposals Recommended for funding	Low Income		Lower Middle Income		Upper Middle Income	
	Disease proposal	2 Year Upper Ceiling	Disease proposal	2 Year Upper Ceiling	Disease proposal	2 Year Upper Ceiling
Round 5	41	\$ 557 m	21	\$ 163.5 m	1	\$ 5.5 m
Round 6	48	\$ 513.4 m	36	\$ 277.9 m	1	\$ 55.7 m
Round 7	49	\$ 908 m	24	\$ 209 m	0	\$0
Round 8	54	\$ 2,428 m	38	\$ 617 m	2	\$ 14 m

Кандидаты, чьи заявки еще не рекомендованы к финансированию

15. В 8 раунде очень немногие кандидаты, подавшие заявку на финансирование в первый раз (или повторно после первоначальной подачи заявки в 7 раунде), не получили рекомендацию к ее финансированию (n=2)²³.

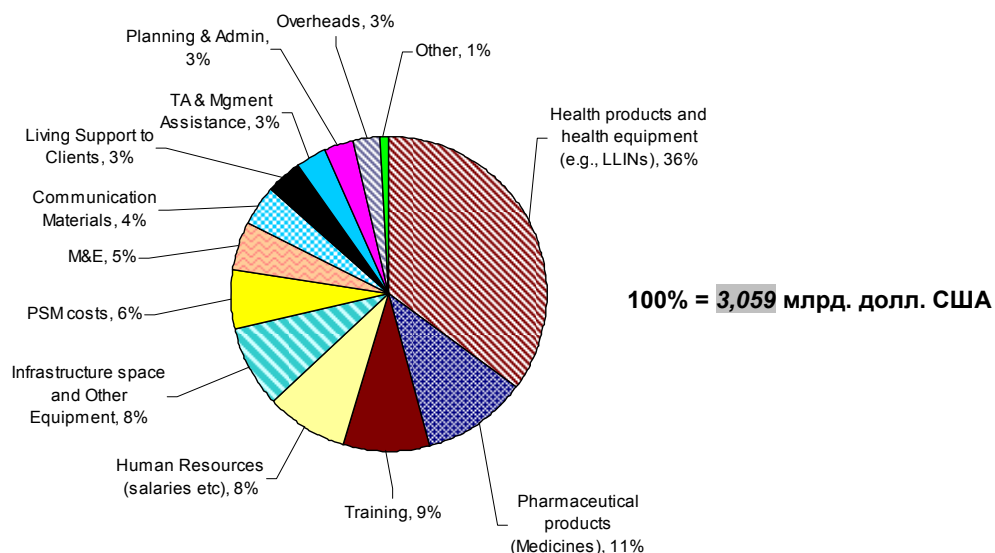
16. Согласно проанализированным Секретариатом данным, 14 кандидатов, подававших заявки по одному и тому же заболеванию в течение нескольких раундов подряд (три раунда — n=6, четыре раунда — n=4 и пять раундов подряд — n=4), ни разу не получили положительной рекомендации. Большинство из этих стран расположено в регионах АФРБ и АМРБ ВОЗ. В некоторых из этих стран бремя заболевания особенно велико, поэтому неоднократная подача технически слабых заявок вызывает беспокойство.

Запланированные расходы для Фазы 1 по статьям расходов

17. На **рисунке 7 ниже** показано распределение расходов, запланированных на первые два года финансирования, по категориям для 94 заявок по заболеваниям, рекомендованных к финансированию.

Рисунок 7 – Верхний предел двухлетнего бюджета рекомендованных заявок по категориям расходов, в долл. США.

²³ Соломоновы острова и Туркменистан.



18. Сводные данные в отношении распределения кандидатами расходов между заявками по заболеваниям приведены в **таблице 4** ниже. В отличие от всех других графиков и таблиц в части 2 таблица 4 включает сведения, касающиеся только части заявок по конкретному заболеванию. Это сделано для того, чтобы облегчить сопоставление по таким пунктам, как поставки товаров медицинского назначения, запланированные в части по заболеванию, относительно общего объема финансирования заявок по конкретному заболеванию для этого заболевания.

Таблица 4 – Распределение кандидатами верхнего предела запрошенного двухгодичного бюджета по заболеваниям (раздел 4B - запрос на УСЗ - исключен).

Cost Category from Round 8 Proposals	HIV Upper Ceiling Phase 1 (USD equiv)	% of Total Phase 1 Upper Ceiling	Tuberculosis Upper Ceiling Phase 1	% of Total Phase 1 Upper Ceiling	Malaria Upper Ceiling Phase 1	% of Total Phase 1 Upper Ceiling	Total Upper Ceiling Phase 1 (Disease only)
Communication Materials	52,870,178	5.4%	14,962,679	4.8%	50,570,621	3.4%	118,403,478
Health products and health equipment	162,433,586	16.5%	56,806,048	18.4%	836,926,177	56.4%	1,056,165,811
Human Resources	82,263,848	8.4%	24,915,607	8.1%	81,097,529	5.5%	188,276,985
Infrastructure space and Other Equipment	73,223,745	7.5%	39,823,737	12.9%	66,597,589	4.5%	179,645,071
Living Support to Clients/Target Populations	82,943,664	8.4%	23,057,847	7.5%	542,339	0.04%	106,543,850
Monitoring and Evaluation	52,596,892	5.4%	26,881,132	8.7%	55,819,076	3.8%	135,297,099
Other	7,174,586	0.7%	975,731	0.3%	14,770,522	1.0%	22,920,839
Overheads	37,809,687	3.9%	9,853,629	3.2%	35,774,410	2.4%	83,437,726
Pharmaceutical products (Medicines)	195,537,816	19.9%	45,693,251	14.8%	91,595,935	6.2%	332,827,001
Planning and administration	39,351,782	4.0%	13,857,402	4.5%	36,311,024	2.4%	89,520,207
Procurement and supply management costs	30,658,003	3.1%	12,412,512	4.0%	129,189,985	8.7%	172,260,500
Technical and Management Assistance	43,223,964	4.4%	12,238,558	4.0%	19,415,538	1.3%	74,878,060
Training	121,857,919	12.4%	27,396,305	8.9%	66,540,589	4.5%	215,794,814
Total	\$981,945,670	100%	\$308,874,437	100%	\$1,485,151,334	100%	\$2,775,971,441

19. Наиболее значительное изменение по сравнению с 7 раундом заключается в резком увеличении финансирования, запрошенного на «товары медицинского назначения и медицинское оборудование» (в 7 раунде 272 млн. долл. США или 25% от всего утвержденного верхнего предела двухгодичного финансирования – 1 119 млн. долл. США). Как отмечено в сопроводительном отчете к Приложению 5, фактором, значительно способствовавшим росту расходов данной категории, является раннее планирование закупки и распределения сеток, обработанных инсектицидами, особенно, в странах Африки к югу от Сахары.

20. На основании рисунка 7 и таблицы 4 выше, можно отметить и другие отличия от 7 раунда:

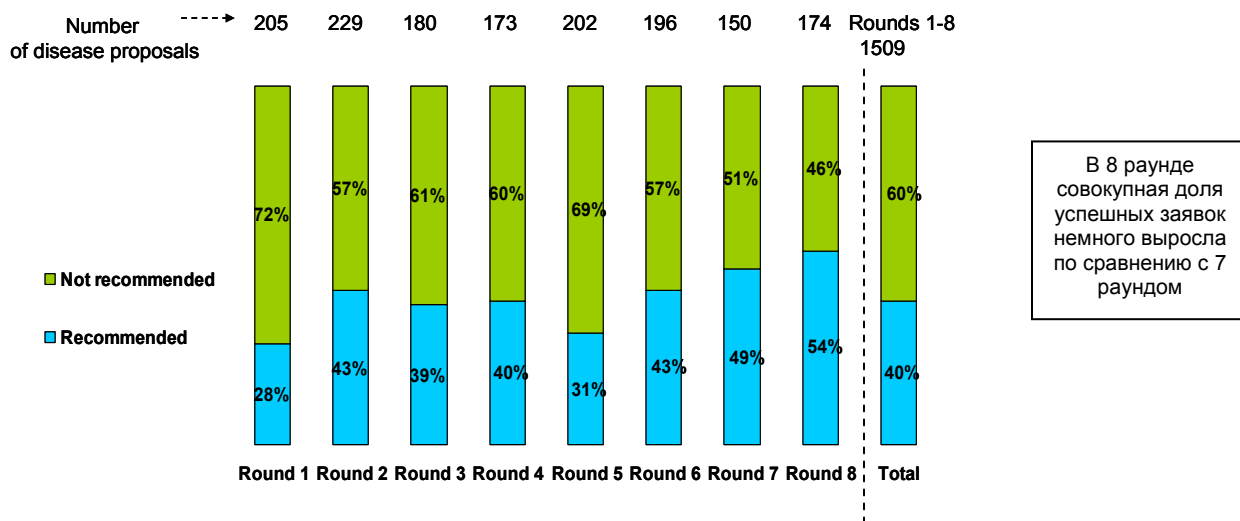
- i. Значительное увеличение финансирования, запрошенного на «кадровые ресурсы» (в том числе на оплату труда), которое в 7 раунде составляло 115 млн. долл. США или 10% от верхнего предела всего запрошенного двухгодичного финансирования;
- ii. Более чем двукратное увеличение финансирования, запрошенного на «фармацевтические препараты» (лекарственные средства), тогда как в 7 раунде оно составляло 149 млн. долл. США на два года; и
- iii. Наряду с сохранением того же общего распределения средств в рамках верхнего предела запрошенного двухгодичного финансирования (3% и 5% соответственно) отмечено значительное увеличение финансирования, запрошенного на:
 - техническую и административную помощь в ходе внедрения гранта (35 млн. долл. США в 7 раунде); и
 - мониторинг и оценку (59 млн. долл. США в 7 раунде).

Сравнение 8 раунда с предыдущими раундами

21. На рисунке 8 ниже показано, что 8 раунд характеризуется большей долей успешных заявок, чем 7 раунд и все предыдущие раунды.

Рисунок 8 – Сравнение заявок (в процентных долях), рекомендованных ГТО к финансированию в период с 1 по 8 раунд

Round 8 success rate of 54 % - higher than average of past seven Rounds of 39 %



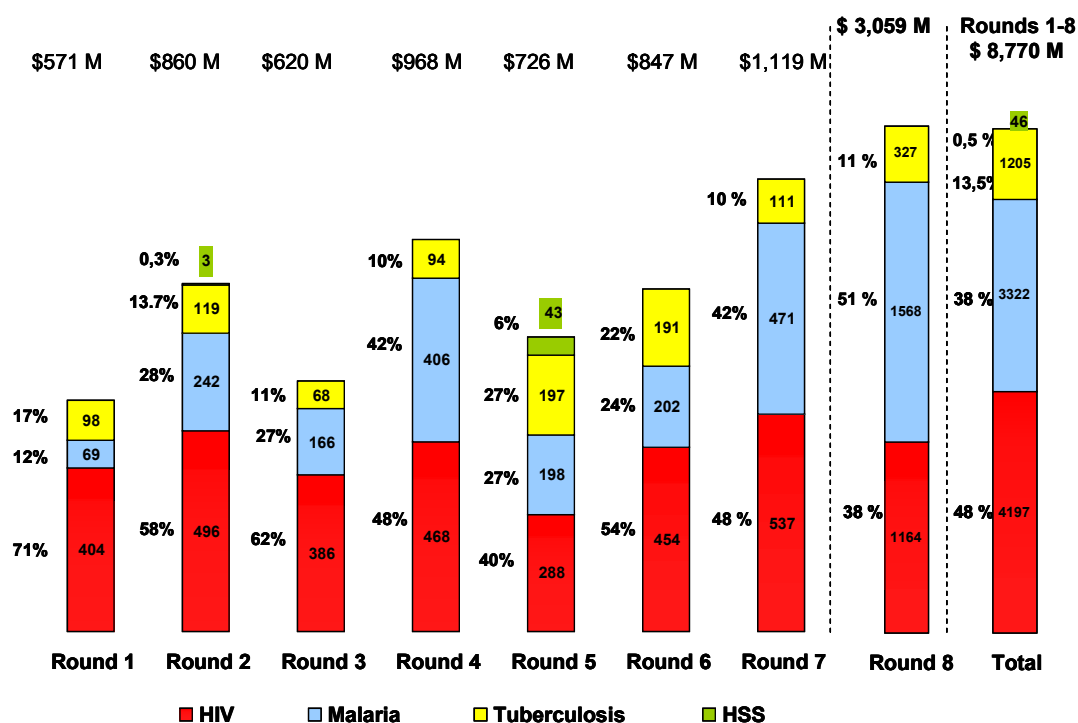
22. ГТО применяла единый стандарт и подход к оценке заявок во всех раундах, поэтому более высокая доля рекомендованных заявок не обусловлена снижением строгости отбора. Скорее имеет место заметное улучшение общего качества и технических преимуществ заявок, рекомендованных к финансированию.

Сравнение верхних пределов финансирования в разных раундах

23. Рекомендации ГТО Правлению для первых двух лет заявок 8 раунда (Фаза 1) предусматривают самый высокий верхний предел финансирования, когда-либо рекомендованного ГТО. Эта сумма составляет 55% от всего финансирования в Фазе 1, рекомендованного к утверждению Правлением Глобального фонда ранее (включая 8 раунд).

24. Этот аспект заявок, а также соотношение верхних пределов бюджета Фазы 1 по каждой заявке по заболеванию и/или другому компоненту, рекомендованному ГТО с 1 по 8 раунды, наглядно показаны на Рисунке 9 ниже.

Рисунок 9 – Сравнение объемов верхнего предела двухгодичного бюджета заявок, рекомендованных ГТО в период с 1 по 8 раунд



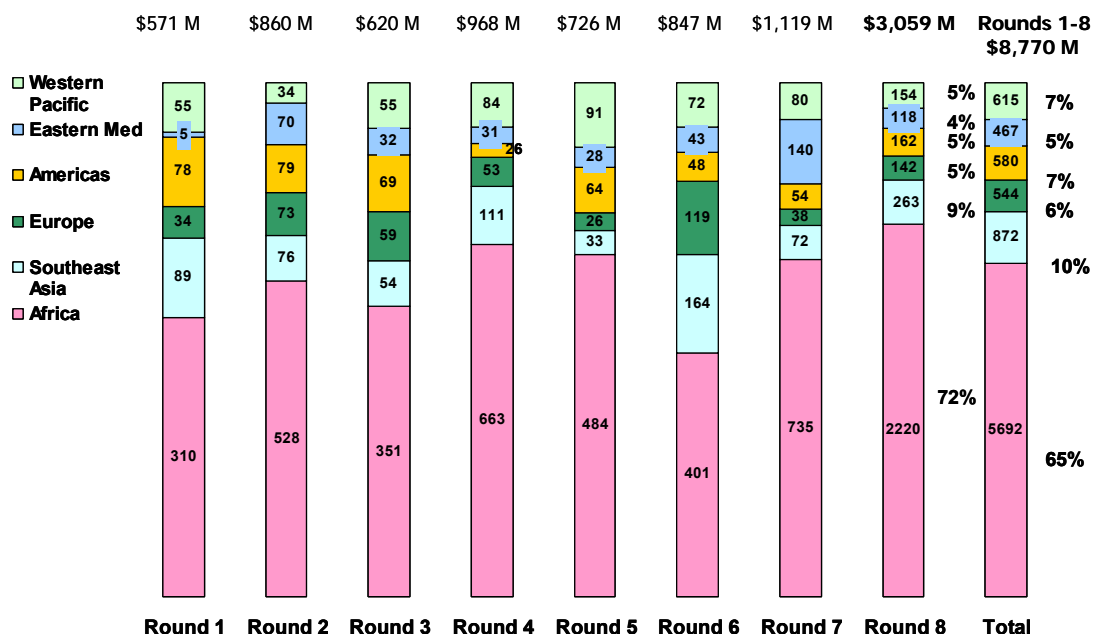
25. В 8 раунде совокупный верхний предел двухлетнего финансирования, рекомендованный ГТО для заявок по ВИЧ, впервые **не составил** большую долю от общей суммы рекомендованных средств (**3,059** млрд. долл. США).

26. Общий объем средств для финансирования заявок по ВИЧ **превысил** предел двухлетнего финансирования, рекомендованного для заявок по малярии, **приблизительно на 400** млн. долл. США. Кроме того, верхний предел двухлетнего финансирования в 8 раунде был всего на **146** млн. долл. США (или на 8%) ниже, чем совокупной объем средств для всех заявок по малярии, рекомендованных в ходе семи предыдущих раундов.

27. Несмотря на такой значительный рост финансирования заявок по малярии, рекомендованных в рамках всех раундов, общий объем средств для финансирования всех заявок по ВИЧ по-прежнему составляет около 50% от общего верхнего предела двухгодичного финансирования, рекомендованного ГТО на заседаниях по оценке заявок.

28. На **рисунке 10** ниже показано географическое распределение (на основе шести региональных кластеров ВОЗ) рекомендованного верхнего предела финансирования для запросов в Фазе 1 в рамках 8 раунда по сравнению с предыдущими раундами.

Рисунок 10 – Сравнение верхнего предела запрошенного двухгодичного бюджета для рекомендованных ГТО заявок по географическим регионам ВОЗ²⁴.

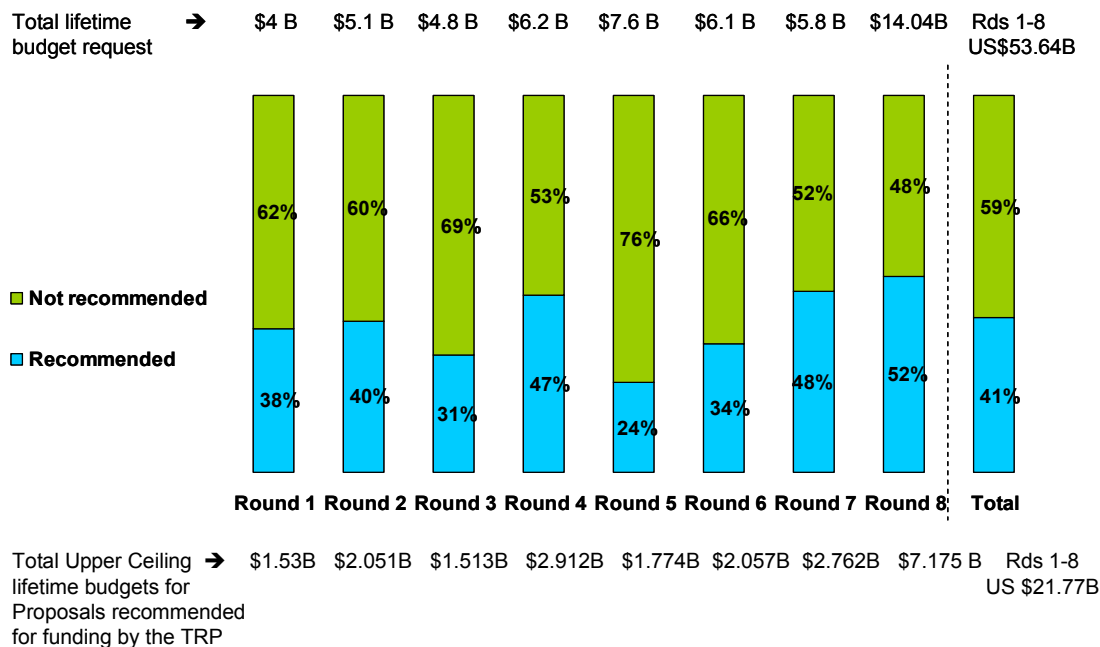


65% of cumulative budgets target Africa

29. Ниже, на рисунке 11, сравнивается общий верхний предел бюджета на весь период заявки для рекомендованных заявок в 8 раунде (примерно 7 175 млрд. долл. США) с показателями предыдущих раундов.

²⁴ Каждая из сумм верхнего предела двухгодичного бюджета отражает заявки, рекомендованные ГТО к финансированию по результатам каждого своего заседания, исключая заявки, утвержденные в дальнейшем в результате успешного применения апелляционных процедур (всего 16 за 2—7 раунды). Это сделано для того, чтобы облегчить осуществление подобного сопоставления с рекомендациями ГТО для 8 раунда, которые на момент выпуска данного отчета еще не были утверждены Правлением в рамках процедуры утверждения рекомендаций (ноябрь 2008 года).

Рисунок 11 – Сравнение уровня верхнего предела пятилетнего бюджета для заявок, рекомендованных ГТО в период с 1 по 8 раунд



30. Не смотря на то, что в 8 раунде подано небольшое число заявок по заболеваниям с бюджетом выше 500 млн. долл. США на весь период действия программы (n=3), в большинстве поданных в 8 раунде заявок запрошено значительно более крупное финансирование по сравнению с предыдущими раундами. Именно этим обусловлено повышение как верхнего предела двухгодичного финансирования, так и общего объема средств, запрошенных на весь период действия заявок.

Часть 3: Анализ запросов на УСЗ, поданных в рамках заявок 8 раунда²⁵

1. В целях стимулирования и облегчения разработки более приемлемых и обоснованных запросов на укрепление систем здравоохранения Глобальный фонд ввел в 8 раунде возможность подавать запросы на УСЗ. Это делалось преимущественно на основе опыта ВОЗ по «структурным элементам для сильных систем здравоохранения»²⁶. Кандидатам было предложено заполнить специальный раздел в Форме заявки 8 раунда (раздел 4В.1) и указать до пяти межсекторных мероприятий по УСЗ (т. е., сделать запрос на УСЗ, как указывалось выше). Согласно инструкциям, кандидаты могли включать только те мероприятия, которые способствуют улучшению конечного результата хотя бы по двум (но не только) заболеваниям, входящим в основной мандат Глобального фонда. Кандидатам предлагалось указывать в каждом запросе на УСЗ его название, заболевание, на которое направлены мероприятия, а также основной структурный элемент ВОЗ, который лучше всего характеризует эти мероприятия.

Сводные данные по запросам на УСЗ

²⁵ Вся часть 3 данного Приложения опубликована в 1-й измененной редакции этого отчета.

²⁶ http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.

2. Межсекторный «запрос на УСЗ» включили в заявку 8 раунда 45 кандидатов. Из таблицы 5 ниже видно, что более половины из них приложили запрос к заявке по ВИЧ.

Таблица 5 – Межсекторные мероприятия по УСЗ, «привязанные к заболеваниям», по регионам ВОЗ

Регион ВОЗ	Запрос на УСЗ, приложенный к заявке по ВИЧ	Запрос на УСЗ, приложенный к заявке по туберкулезу	Запрос на УСЗ, приложенный к заявке по малярии	ИТОГО	Процент от общего числа
АФРБ	13	4	7	24	53%
АМРБ	4	2	-	6	13%
ВСРБ	2	1	1	4	9%
ЕРБ	2	2	-	4	9%
ЮВАРБ	1	1	-	2	4%
РБЗТО	3	2	-	5	11%
ИТОГО	25 (55%)	12 (27%)	8 (18%)	45	100%

3. Как подытожено в части 2 сопроводительного отчета ГТО к Приложению 5, запросы на УСЗ не покрывают весь диапазон мероприятий по УСЗ, включенных в заявки 8 раунда в целях поддержки мер по улучшению оказания услуг и достижению конечных результатов по заболеваниям. Дело в том, что от кандидатов специально не требовалось относить все вмешательства по УСЗ, включенные в заявку по конкретному заболеванию, к какой-либо отдельной системе (структурным элементам ВОЗ или другим специфическим «показателям» по УСЗ). Поэтому некоторые кандидаты смогли включать в программную область, ориентированную на расширение охвата АРТ, мероприятия по «обучению», в то время как в запросе на УСЗ этот пункт определялся бы по-другому.

Доля успешных запросов на УСЗ

4. В 8 раунде общая «доля успешных» (т. е., рекомендованных ГТО Правлению Глобального фонда к финансированию²⁷) запросов на УСЗ составила 56%.

5. Из 45 поданных запросов на УСЗ:

- i. В 17 случаях (38%) были рекомендованы и часть по конкретному заболеванию, и запрос на УСЗ;
- ii. В семи случаях (16%) была рекомендована только часть по конкретному заболеванию;
- iii. В восьми случаях (18%) ГТО рекомендовала только запрос на УСЗ, исключая часть заявки по конкретному заболеванию; и
- iv. В 13 случаях (29%) рекомендовано отказать в финансировании и части по конкретному заболеванию, и запроса на УСЗ.

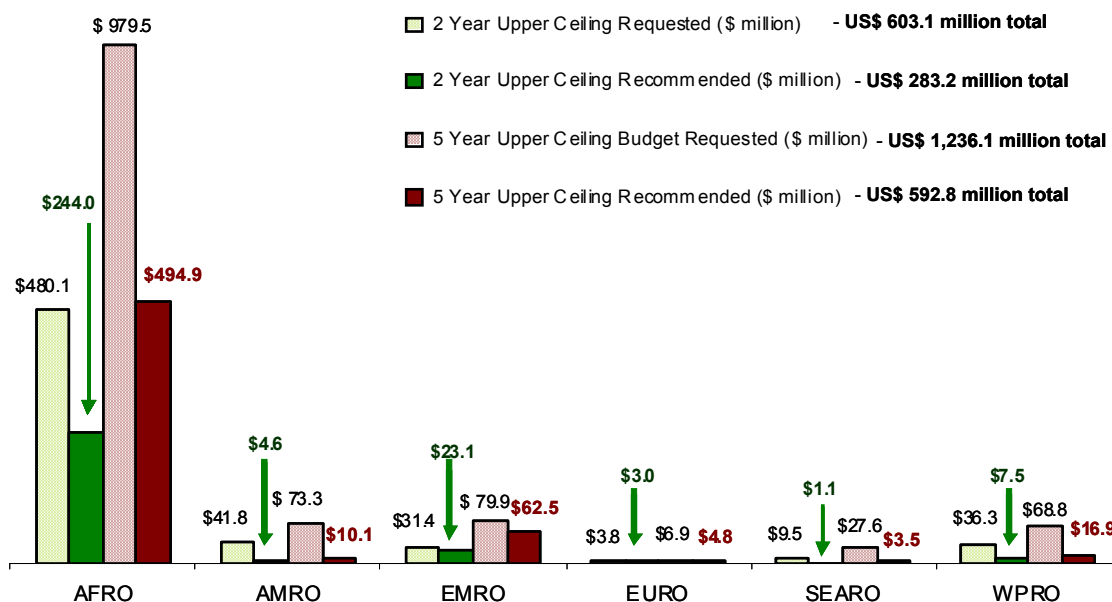
6. Общая «доля успешных» запросов на УСЗ практически равна числу всех «заявок по заболеваниям», рекомендованных к финансированию (54%). Однако конечный результат не на много выше по сравнению с запросами на УСЗ, если сопоставить их с заявками только по конкретному заболеванию, которые были рекомендованы в 49% случаев (n=86)²⁸.

²⁷ Правление Глобального фонда является единственным уполномоченным механизмом управления, который имеет право выделять новые средства.

²⁸ Этот результат получен в результате вычитания восьми запросов на УСЗ, которые также были рекомендованы без части заявки по конкретному заболеванию. В таком случае «доля успешных» заявок по конкретному заболеванию для 7 и 8 раундов одинакова.

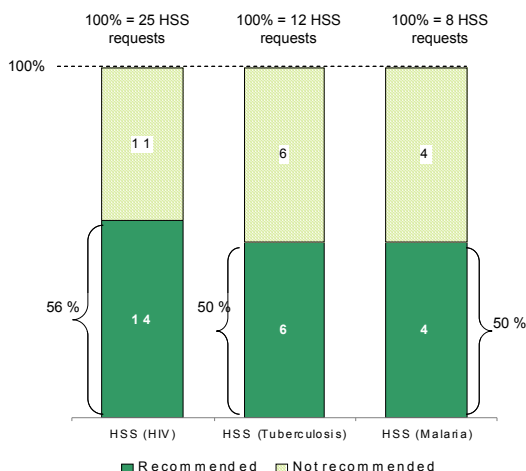
7. На рисунке 12 ниже показаны двухлетний и пятилетний верхние пределы запрошенного, а затем рекомендованного финансирования по запросам на УСЗ по регионам ВОЗ. Как и ожидалось, основную часть **запрошенных** (79% как двухлетнего, так и пятилетнего верхнего предела для запросов на УСЗ) и **рекомендованных** (86% двухлетнего и 83% пятилетнего верхнего предела) средств предполагается направить на укрепление систем здравоохранения на Африканском континенте. По основной формуле деления средний верхний предел двухгодичного финансирования по запросам на УСЗ, рекомендованным к финансированию, составляет 11,3 млн. долл. США. Этот показатель сопоставим с общим средним значением, составляющим 40,2 млн. долл. США для всех частей по конкретному заболеванию заявок 8 раунда, рекомендованных к финансированию (n=69).

Рисунок 12: Двухлетний и пятилетний верхний предел запрошенного и рекомендованного финансирования



8. На рисунке 13 ниже показаны рекомендованные и не рекомендованные запросы на УСЗ по заболеваниям, к заявке на которые прилагался запрос на УСЗ.

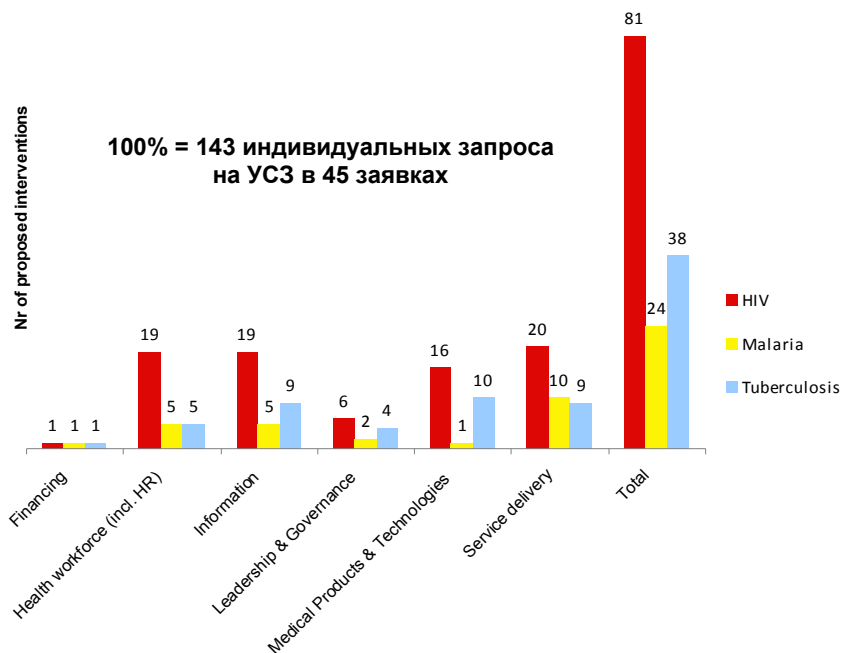
Рисунок 13: Доля успешных запросов на УСЗ по каждому заболеванию, в рамках которого они подавались



Влияние «главной» заявки по конкретному заболеванию и классификации Всемирного банка по уровню доходов

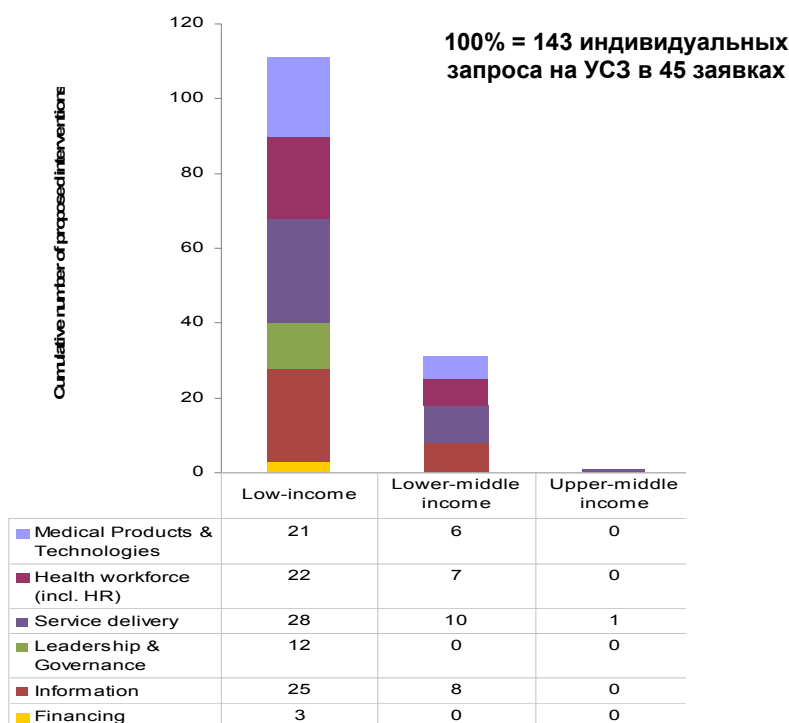
9. Как показано ниже на рисунке 14, заявка по конкретному заболеванию, к которой страна решила приложить запрос на УСЗ (главная заявка), как представляется, не влияет на использование структурных элементов. Заметным исключением является элемент «товары медицинского назначения и технологии», где очень мало вмешательств было включено в главную заявку по малярии.

Рисунок 14. Распределение предлагаемых мероприятий по УСЗ в соответствии с заявками по конкретным заболеваниям, к которым приложен запрос на УСЗ



10. На рисунке 15 ниже представлен анализ использования структурных элементов в соответствии с классификацией Всемирного банка по уровню доходов каждого кандидата. В 8 раунде наблюдалась тенденция одинакового использования структурных элементов для предложенных мероприятий странами с низким уровнем доходов и странами с уровнем доходов ниже среднего. Тем не менее, только страны с низким уровнем доходов предлагали мероприятия по элементам «Финансирование» и «Руководство и управление». Судя по относительно малому числу мероприятий по УСЗ, предложенных в 8 раунде странами с уровнем доходов ниже и выше среднего, можно сделать вывод, что в таком виде поддержки нуждаются только страны с низким уровнем доходов. Однако этот вывод еще следует подтвердить в ходе дальнейших наблюдений, если, например, эта же тенденция будет прослеживаться в запросах на УСЗ в 9 раунде.

Рисунок 15 – Использование структурных элементов для укрепления систем здравоохранения в соответствии с уровнем доходов страны-кандидата



Определение «структурных элементов» для эффективных и справедливых систем здравоохранения

11. В 8 раунде Глобальный фонд впервые использовал концепцию «структурных элементов» ВОЗ, чтобы способствовать более четкому пониманию того, что представляет собой система здравоохранения и в чем состоит ее укрепление. Важность принятия согласованного определения элементов системы здравоохранения подчеркивалась на консультациях с ВОЗ,

посвященных подходу Глобального фонда к УСЗ²⁹, в июле 2007 года, а также в ходе отдельных совещаний с ВОЗ.

12. В **таблице 6** ниже представлен анализ структурных элементов³⁰; более подробный перечень типов мероприятий, которые соответствуют каждому структурному элементу, содержится в **Добавлении 1** к данному Приложению 5.

Таблица 6 – Структурные элементы ВОЗ

WHO Building block	Possible interventions (non-exhaustive list)
Service delivery	Packages; delivery models; infrastructure; management; safety & quality; demand for care
Health workforce	National workforce policies and investment plans; advocacy; norms, standards and data
Information	Facility and population based information & surveillance systems; global standards, tools
Medical products, vaccines & technologies	Norms, standards, policies; reliable procurement; equitable access; quality
Financing	National health financing policies; tools and data on health expenditures; costing
Leadership and governance	Health sector policies; harmonization and alignment; oversight and regulation

13. Структурные элементы в целом соответствуют основным «узким местам» систем здравоохранения, выявленным в ходе внедрения грантов Глобального фонда, и по логике могут охватывать все 15 «стратегических мер по УСЗ», которые были включены в Принципы подготовки заявок 7 раунда после подробных консультаций Глобального фонда с ГТО в конце 2006 года. Положительным моментом является то, что при внедрении концепции структурных элементов устраняются противоречия между потребностями в УСЗ, высказанными в заявках 8 раунда, и рекомендациями ВОЗ, а также технической поддержкой, которая должна предоставляться странам в 8 раунде для реализации запросов на УСЗ. Тем не менее, как отмечено ниже, ВОЗ признает в своем рамочном документе «Дело каждого» необходимость комплексного подхода к УСЗ с ориентацией на независимость индивидуальных элементов:

«Хотя структурные элементы являются полезным средством прояснения важных функций, таким образом, редко проявляются проблемы, встающие перед странами. Скорее они требуют более интегрированных ответных мер, которые осознают взаимозависимость всех частей системы здравоохранения».

Использование структурных элементов ВОЗ в запросах на УСЗ 8 раунда

14. Количественный анализ использования структурных элементов в зависимости от страны-кандидата, проиллюстрированный на **рисунке 16** ниже, показывает, что мероприятия, выработанные самими кандидатами, чаще всего предлагаются в структурных элементах «Оказание услуг», «Информация», «Медицинские кадры» и «Товары медицинского назначения и технологии».

²⁹ Более подробная информация содержится в отчете «Стратегический подход Глобального фонда к укреплению систем здравоохранения: Отчет ВОЗ для Секретариата Глобального фонда, сентябрь 2007 года», доступном по ссылке: http://www.who.int/healthsystems/GF_strategic_approach_%20HS.pdf.

³⁰ Для получения более подробной информации см.: http://www.who.int/healthsystems/round9_2.pdf.



15. Ограниченное число заявок в поле «Финансирование» позволяет предположить, что в настоящее время ресурсы Глобального фонда запрашиваются только для поддержки мер по оказанию услуг посредством классических институциональных подходов. Потребуется провести дальнейшие исследования, чтобы установить, является ли причиной такого предпочтения:

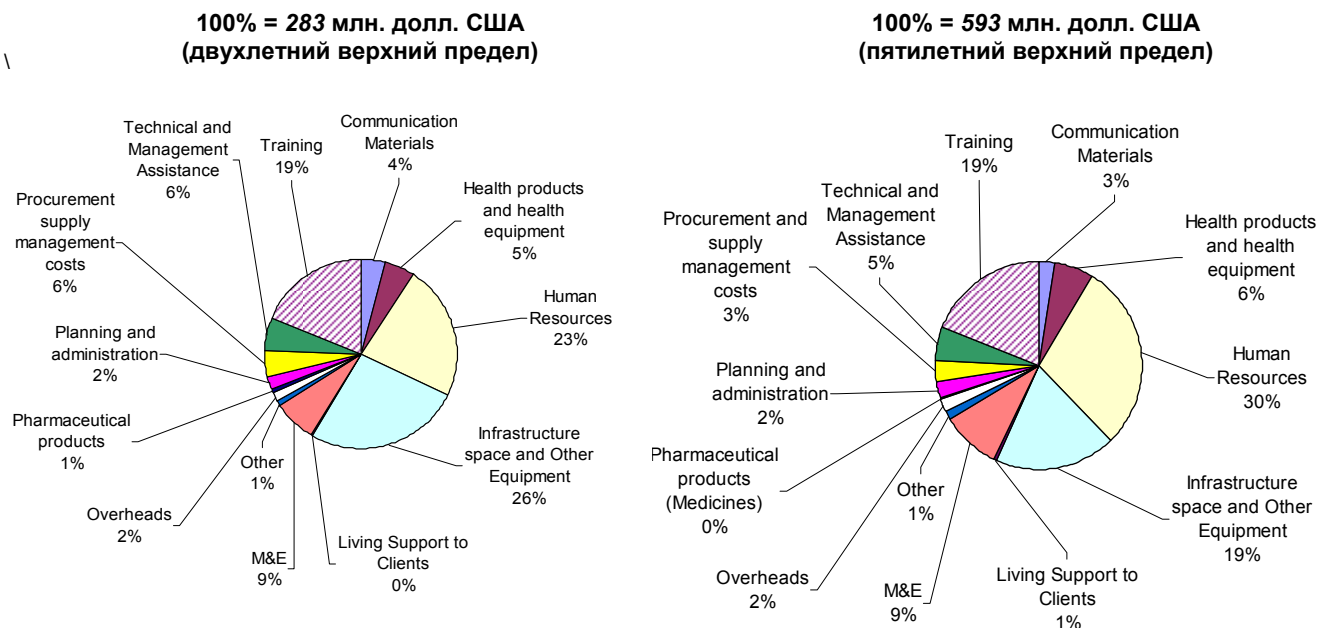
- i. предвзятость, характерная для системы, основанной на подаче заявок (страны увереннее предлагают классические решения);
- ii. нежелание участвовать во внедрении инновационных подходов, таких как субсидирование спроса или введение систем привлечения средств; и/или
- iii. сдержанность в использовании поддержки Глобального фонда для таких подходов.

16. Относительно немного мероприятий было предложено под рубрикой «Руководство и управление».

17. Однако ГТО считает, что особенно важными для обеспечения эффективной работы сектора здравоохранения являются элементы «Финансирование» и «Руководство и управление», поскольку они охватывают две ключевых функции: справедливость и эффективность. Для выявления возможных многочисленных причин отказа от использования этих элементов и определения способов изменения этой ситуации потребуется провести дополнительные исследования.

18. На рисунке 17 ниже показан предварительный анализ распределения расходов бюджета по категориям, к которым их отнесли кандидаты, применительно к двухлетнему и пятилетнему верхнему пределу в отношении всех запросов на УСЗ, рекомендованных к финансированию.

Рисунок 17 – Распределение расходов бюджета по категориям в запросах на УСЗ, рекомендованных к финансированию



19. Таблица 7 ниже содержит финансовые показатели, на основе которых были произведены расчеты, приведенные на рисунке 17 выше.

Таблица 7 – Верхний предел финансирования по категориям расходов в запросах на УСЗ, рекомендованных к финансированию

Component / Cost category	Total Phase 1(USD equiv)	Percentage of Phase 1	Five Year Total (USD equiv)	Percentage of full life cycle
Communication Materials	11,838,006	4.2%	15,030,250	2.5%
Health products and health	13,917,159	4.9%	36,584,065	6.2%
Human Resources	65,723,252	23.2%	171,732,960	29.0%
Infrastructure space and Other	73,560,125	26.0%	112,614,162	19.0%
Living Support to Clients	1,003,606	0.4%	3,930,065	0.7%
Monitoring and Evaluation	20,513,274	7.2%	54,022,076	9.1%
Other	2,224,456	0.8%	7,491,309	1.3%
Overheads	4,502,761	1.6%	11,113,378	1.9%
Pharmaceutical products	2,136,657	0.8%	2,184,657	0.4%
Planning and administration	5,597,555	2.0%	14,607,185	2.5%
Procurement and supply	12,634,741	4.5%	20,081,659	3.4%
Technical and Management	15,635,072	5.5%	31,845,710	5.4%
Training	53,875,083	19.0%	111,499,566	18.8%
Total	283,161,747	100%	592,737,043	100%

Классификация запросов на УСЗ

20. Чтобы лучше понять, адекватно ли кандидаты использовали структурные элементы ВОЗ в заявках 8 раунда, член ГТО и Глобальный фонд независимо друг от друга провели выборочную классификацию предложенных вмешательств и сравнили ее с классификацией, приведенной странами в Форме заявки 8 раунда. Результат показан в таблице 8 ниже.

Таблица 8 – Межсекторные мероприятия по УСЗ. Сравнение классификаций, предложенных странами, ГТО и Глобальным фондом

	Financing	Health workforce (incl.HR)	Information	Leadership & Governance	Medical products and technologies	Service Delivery	Disease specific	Blended
Country classification	3	29	33	12	27	39		
TRP classification	4	28	33	8	19	37	4	10
Secretariat classification	4	28	33	9	19	36	4	10

- «По конкретному заболеванию» — относится к мероприятиям, включенным в запрос на УСЗ с пометкой, что они предусмотрены для борьбы только с «главным» заболеванием.
- «Смешанные» — комплексные мероприятия, которые нельзя однозначно отнести ни к одному из структурных элементов ВОЗ.

21. Классификации ГТО и Глобального фонда, в основном, совпадают, однако при их сравнении с классификацией, предложенной странами, общими оказались только следующие элементы: «Информация», «Финансирование», «Медицинские кадры», «Оказание услуг». Как показано в таблице 8, значительные различия отмечаются по элементам «Руководство и управление» и «Товары медицинского назначения и технологии». Это может быть обусловлено индивидуальными подходами авторов исследования и различиями в методике разработки заявок, а возможно тем, что кандидаты просто не так понимают категории, представленные ВОЗ и Глобальным фондом в форме заявки и принципах, как они задумывались.

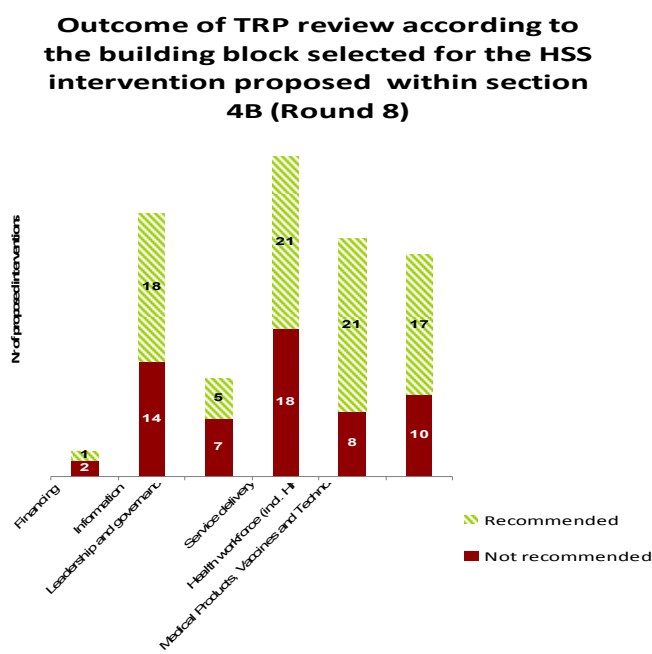
22. Трудность в четком отнесении мероприятий к конкретному структурному элементу характерна не только для заявок. Различные оценки структурных элементов можно также встретить в Принципах подготовки заявок на финансирование 8 раунда. Например, область действия мероприятий, указанных в Принципах подготовки заявок для «Товаров медицинского назначения и технологий», включает улучшение политики, стандартов и руководств, которые можно также отнести к области действия «Руководства и управления». Кроме того, к элементу «Финансирование» относится укрепление систем отслеживания финансовых потоков, которое можно также рассматривать как часть систем по «Информации».

23. Другая проблема, также характерная для запросов по конкретному заболеванию 8 раунда, связана с «системой эффективной работы» (которая включает показатели, облегчающие применение принципа финансирования на основе результатов) для вмешательств в рамках запросов на УСЗ. Используемые кандидатами показатели нередко ограничивались характеристикой вложений или результатов в количественном выражении (т. е., число реконструированных аптек в районе, число установленных компьютеров для обработки данных). Показатели, отражающие качественные аспекты (например, количество препаратов с истекшим сроком годности, точность отчетов медицинских учреждений или расширение справедливого доступа к услугам), использовались реже. Для использования

странами (или хотя бы предпринятая усилий в этом направлении) запрашиваемых дополнительных средств Глобального фонда на УСЗ в целях повышения справедливости и эффективности систем здравоохранения, а также устранения препятствий на пути к достижению конечных результатов программ по заболеваниям может потребоваться выработка дополнительных указаний по планированию межсекторных мероприятий в рамках системы финансирования, основанной на результатах. Кроме того, кандидатам могут помочь более адаптированные показатели справедливости и эффективности, разработанные и включенные в инструкции по «Системам эффективной работы».

24. Как показано на рисунке 18 ниже, положительную рекомендацию получило большинство мероприятий, соответствующих каждому структурному элементу, за исключением компонентов «Финансирования» и «Руководства и управления».

Рисунок 18: Конечные результаты оценки ГТО в соответствии со структурными элементами, определенными кандидатом для осуществления мероприятий



Анализ некоторых конкретных страновых запросов на финансирование с использованием структурных элементов ВОЗ

25. Рассмотрение конкретных запросов стран в 8 раунде позволяет проанализировать наиболее сильные примеры разработки потребностей в УСЗ. Запросы на УСЗ, отнесенные к «сильным примерам», описаны ниже в таблице 9 с учетом (по мере возможности) географических различий и «главных заболеваний». Подробные обзоры конкретных структурных элементов, выбранных для данного анализа, приведены в **Добавлении 2** к данному Приложению 5. Как отмечено в пункте 15 выше, число примеров, из которых можно было выбрать наиболее «сильные», был значительно более ограничен в случае элементов ВОЗ «Руководство и управление» и «Финансирование», по сравнению с запросами в категориях «Оказание услуг», «Информация» и «Медицинские кадры». Во всех случаях страны называли другие потребности в УСЗ в рамках одного или нескольких «структурных элементов». Однако наиболее четкая проработка показана именно на отобранном примере.

Таблица 9 – Сводные данные по конкретным примерам использования структурных элементов ВОЗ (см. Добавление 2)

Страна	Заболевание	Структурный элемент	Сводная информация по планируемому вмешательству
Нигерия	ВИЧ	Руководство и управление	Укрепление основного рабочего потенциала общинных сетей для расширения диапазона оказываемых услуг и повышения их качества путем расширения охвата мероприятий по ВИЧ, туберкулезу и малярии. Меры включают: улучшение надзора и управления в сфере услуг, предоставляемых государственными и негосударственными учреждениями; введение регулярного контроля над результатами работы и проведение поддерживающих исследований по вопросам, касающимся политики и систем.
Северный Судан	Туберкулез	Финансирование	Укрепление финансирования лечебных мероприятий в рамках системы здравоохранения в целях повышения справедливости и расширения доступа к медицинским услугам путем: поддержки мер по укреплению субнациональных и национальных бюджетов здравоохранения для улучшения справедливого распределения ресурсов; осуществления капиталовложений в исследования по вопросам эффективности страховых услуг в целях расширения охвата медицинского страхования и расширения справедливого доступа к услугам здравоохранения; развития общинных систем страхования здоровья.
Беларусь	ВИЧ	Медицинские работники	Укрепление национальной политики по кадровым ресурсам для системы здравоохранения, включая определение возможности передачи некоторых обязанностей врачей медицинским сестрам и немедицинскому персоналу, улучшение стратегических рамок и системы управления для выработки денежных и неденежных способов привлечения, мотивации и удержания медицинского персонала.
Свазиленд	ВИЧ	Информация	Улучшение своевременной отчетности и анализа комплексных показателей здравоохранения на всех уровнях с ориентацией на развитие национального набора показателей, учитывающих гендерные аспекты, а также укрепление потенциала для мониторинга и оценки общинных и частных систем и достижение полноты информации о государственном секторе здравоохранения.

Страна	Заболевание	Структурный элемент	Сводная информация по планируемому вмешательству
Лаосская НДР	ВИЧ	Товары медицинского назначения	Разработка более целостной и рентабельной системы закупок и управления поставками по трем заболеваниям для замены существующей вертикальной системы. Цель: достижение эффективности процесса регистрации, повышение качества, безопасности и эффективности лекарственных препаратов и облегчение доступа к ним.
Зимбабве	Малярия	Оказание услуг	Укрепление общинных систем здравоохранения для обеспечения эффективности мероприятий по ВИЧ, туберкулезу и малярии. Мероприятия включают: укрепление спроса на услуги в государственном секторе; вовлечение гражданского общества и частного сектора в оказание услуг здравоохранения; обеспечение справедливого доступа к услугам уязвимых групп и малоимущих детей.

26. Для всех шести примеров, описанных выше, запланированы следующие общие мероприятия:

- i. Поддержка долгосрочного подхода к формированию потенциала, в том числе ориентация на организационное развитие и совершенствование управления информацией для повышения обоснованности принимаемых решений по эффективному использованию ресурсов; и
- ii. Включение в заявку четкой стратегии по повышению ответственности на национальном уровне и, в большинстве случаев, целенаправленное расширение доступа к услугам на местном и общинном уровне путем привлечения государственных и негосударственных медицинских учреждений.

27. На основе подробного анализа всех запросов на УСЗ в 8 раунде, рекомендованных к финансированию, выявлены следующие (ранние) тенденции и отставания в отношении запросов на УСЗ, проработанных в контексте шести структурных элементов ВОЗ:

Управление

- В рамках рекомендованных мероприятий по совершенствованию управления охвачены весьма разнородные аспекты – от укрепления гражданского общества посредством учреждения распорядительных органов до формирования бюджета.
- В трех из четырех рекомендованных мероприятий обучение заявлено в качестве главной стратегии по решению проблем, касающихся управления.

Финансирование

- Судя по тому, что в данную категорию³¹ включено только одно мероприятие, можно сделать вывод о ее невысокой значимости (как и Управление) в общей корзине финансирования (и заявок на него).

Медицинские кадры

- Несколько стран (Беларусь, Мавритания, Замбия, Армения, Гайана и Лесото) разработали предлагаемые ими вмешательства в контексте и в качестве поддержки национальной стратегии по кадровым ресурсам.
- Предложенные вмешательства характеризуются уклоном в сторону обучения, но охватывают различные аспекты проблемы медицинских кадров: обеспечение медицинских кадров (обучение, учебные центры, удержание), спрос на них (оценка потребностей, планирование и средства поощрения), использование работников здравоохранения (передача обязанностей).
- В данной категории чаще всего предлагаются такие вмешательства, как обучение различных категорий работников здравоохранения, совершенствование учебной базы, систем денежного и неденежного поощрения.
- Все мероприятия, указанные во введении к структурному элементу в тексте формы заявки, тем или иным образом отражены в предложенных мероприятиях.

Информация

- Абсолютное большинство кандидатов предложили мероприятия по созданию (Армения и Таджикистан) или укреплению (Эфиопия, Мавритания, Замбия, Гамбия, Гайана, Лесото, Мозамбик и Свазиленд) национальных информационных систем управления здравоохранением.
- В большинстве случаев стратегии укрепления национальных информационных систем здравоохранения включают мероприятия по наращиванию потенциала (в том числе обучение и персонал), логистику и системы управления (в том числе электронные).
- Значительное число кандидатов (Свазиленд, Замбия, Бангладеш, Гайана, Лесото и Нигерия) указали необходимости решения вопроса об информационных системах здравоохранения также на субнациональном уровне (регионы, районы и общины).
- Только несколько стран (Гамбия, Замбия и Лесото) предложили проведение оперативных исследований и опросов в качестве подходов к укреплению информационных систем здравоохранения.
- Мероприятия, названные во введении к структурному элементу и непосредственно не указанные среди предложенных мероприятий, включают: совершенствование сбора и повышение качества статистических данных о смертности, осуществление капиталовложений в использование подтвержденной информации на регулярной основе для принятия решений и увеличение числа коммерческих провайдеров медицинских услуг.

Товары медицинского назначения

- Менее половины рекомендованных заявок включают мероприятия в рамках этого структурного элемента, что чрезвычайно мало с учетом важного места систем обеспечения прозрачных и рентабельных закупок и надежного распределения, а также необходимости

³¹ Четыре других запроса на УСЗ, включавших «Финансирование» в качестве одного из «структурных элементов» поддержки, запрошенной у Глобального фонда, не были рекомендованы вследствие общей слабости запроса на УСЗ.

сохранения в мандате и мероприятиях Глобального фонда вопросов, касающихся товаров медицинского назначения.

- Все кандидаты, избравшие этот элемент в качестве основного, предлагают мероприятия и/или отдельные меры, которые прямо или косвенно связаны с укреплением национальных систем управления поставками, при этом системы снабжения занимают одно из важнейших мест.
- Среди мероприятий чаще всего предлагается осуществление оценки, контроля и/или обеспечение гарантии качества основных лекарственных средств, совершенствование принципов, правил и/или законов, а также наращивание потенциала и обучение.
- В запросы на УСЗ кандидаты включили большинство мероприятий, упомянутых во введении к структурному элементу, за исключением одного — совершенствование механизмов, обеспечивающих рациональное использование лекарственных средства, товаров и оборудования медицинского назначения.

Оказание услуг

- В заявках представлен весьма широкий, разнообразный и неоднородный диапазон мероприятий. Например, повышение квалификации работников здравоохранения в общинах, разработка протоколов лечения, модернизация лечебных учреждений, техническое обслуживание оборудования, улучшение лабораторных услуг, а также систем снабжения и систем материально-технического обеспечения.
- Несколько стран (Зимбабве, Замбия, Нигерия и Сомали) указали в качестве основных целей своих мероприятий укрепление базовых услуг здравоохранения путем вложения средств в подготовку медицинских кадров в общинах, развертывания минимального медико-санитарного пакета и развития систем оказания первой медицинской помощи.
- Улучшение инфраструктуры, транспортного обслуживания и поставок оборудования, наращивание потенциала являются наиболее распространенными категориями мероприятий. Никакая конкретная область деятельности в запросах кандидатов не преобладала.

Предварительные извлеченные уроки

28. С учетом ограниченной выборки предложенных в 8 раунде примеров этот первичный анализ позволяет извлечь некоторые потенциально полезные уроки, в частности:

- i. кандидатам было предоставлено относительно мало места в формах для подробного описания запроса на УСЗ и предлагаемых мер (в разделе 4В) по сравнению с разделом по конкретному заболеванию (разъяснения в разделах 4.5.1 и 4.9). Это могло привести к тому, что некоторые страны ограничились кратким описанием мероприятий, составляющих общий запрос на УСЗ, или продублировали некоторые элементы описаний. Например, Кот-д'Ивуар предложил три мероприятия по структурному элементу «Товары медицинского назначения и технологии»: наращивание потенциала районных аптек, фармаконадзор и обеспечение качества лекарственных средств. Другие кандидаты, по-видимому, воспользовались возможностью предложить мероприятия более широкого масштаба, охватывающие несколько структурных элементов. Например, Гамбия предложила в рамках «Руководства и управления» мероприятия, направленные на укрепление гарантии качества медицинских услуг, что подразумевало совершенствование стандартов этики и практики, законодательства, но также и обеспечение фармаконадзора, улучшение использования лекарственных средств и контроль качества услуг по удовлетворению потребностей пациентов;

- ii. кандидаты по-разному истолковали отдельные задачи на страновом уровне. Если Мали и Буркина-Фасо поместили надзорные функции в раздел «Информационные системы», то Нигерия, Бангладеш и Фиджи посчитали эти функции в большей степени поддерживающей мерой и отнесли их к элементу «Медицинские кадры». Соломоновы Острова предложили развитие национальной сети лабораторных услуг в рамках элемента «Товары медицинского назначения и технологии», а не «Оказание услуг»;
- iii. структурные элементы были введены ВОЗ и Глобальным фондом в качестве основы для определения потребностей в УСЗ совсем недавно. Поэтому еще рано давать оценку тому, насколько предложенная концепция облегчит разработку национальных планов и стратегий, а также определение потребностей стран в УСЗ. Возможно, это нововведение обусловило увеличение количества механистичных и стереотипных описаний потребностей в УСЗ в заявках 8 раунда; и
- iv. несмотря на предоставление соответствующей возможности в Принципах подготовки заявок на финансирование 8 раунда³², немногие страны указали свои потребности в УСЗ со ссылкой на внутреннюю оценку ограничений и отставаний в системе здравоохранения, которые не позволяют достичь конечных результатов по заболеванию.

29. Эти предварительные выводы показывают, что акцент на использование концепции «структурных элементов» в качестве всеохватывающей методики является недостаточно эффективным средством для содействия разработке странами межсекторных мероприятий, необходимых для принятия ответных мер в связи с существованием сложных проблем в системах здравоохранения. Это не означает, что на международном уровне данная концепция бесполезна. Применение общей концепции целесообразно при осуществлении анализа вклада в развитие систем здравоохранения, поскольку в этом случае такая методика позволяет объединять эти вклады в различные категории. Однако на страновом уровне, особенно в целях составления запросов в Глобальный фонд в качестве механизма финансирования конечных результатов и воздействий, шаблонный подход с применением «структурных элементов» может скорее препятствовать, чем содействовать разработке эффективных ответных мер в связи с существованием, несомненно, сложных и комплексных проблем, не позволяющих странам повысить справедливость, эффективность и качество своих систем здравоохранения. Это в некоторой мере подтверждает собственные наблюдения ВОЗ, согласно которым для эффективной реакции на трудности в секторе здравоохранения требуются независимые мероприятия, поскольку проблемы редко вписываются в определенную категорию или конкретный «элемент».

30. Другую трудность при разработке странами эффективного решения проблем в сфере здравоохранения с использованием средства, выделяемых Глобальным фондом, может представлять достаточно твердое требование в отношении улучшения конечных результатов, главным образом, только по ВИЧ, туберкулезу и малярии. Возможность применения такого ограничительного подхода обусловлена существующей формой заявочных материалов Глобального фонда, подготовленных в полном соответствии с решением Правления по УСЗ от ноября 2006 года, и не способствует включению в заявки мероприятий, влияющих на конечные

³² См. раздел 4В.1 (в частности, инструкции в Части Е на стр. 43) Принципов подготовки заявок на финансирование 8 раунда.

результаты в сферах деятельности системы здравоохранения, которые выходят за пределы трех заболеваний³³.

31. Это можно видеть на примере таких стран, как Буркина-Фасо, когда под рубрикой «Медицинские кадры» разработаны эффективные мероприятия по обучению и надзору специально для «трех заболеваний». Если для оказания услуг по ВИЧ и туберкулезу возможно использование схожих навыков, и совместное обучение обосновано, то в борьбе с малярией требуются совершенно другие навыки и умения. Кроме того, стратегии наращивания потенциала, разрабатываемые для повышения качества услуг в рамках программ по ВИЧ и туберкулезу, вполне могут способствовать борьбе с другими заболеваниями, требующими постоянного взаимодействия пациентов с медицинскими учреждениями³⁴. Подобным образом чрезмерно жесткая ориентация на три заболевания наблюдалась при определении названий и содержания мероприятий в рамках «более сильных примеров», которые проанализированы выше.

32. Это не значит, что мероприятия по укреплению систем здравоохранения, предложенные и рекомендованные к финансированию в 8 раунде, не могут распространяться за сферы работы по трем заболеваниям, поскольку большинство из них в действительности применяются в отношении других заболеваний. Однако если кандидаты будут считать, что они должны ограничивать (пусть даже на словах, а не на практике) предлагаемые мероприятия только тремя заболеваниями, то они не смогут использовать все потенциальные возможности для создания крепких систем в секторе здравоохранения, а это значит, что системы здравоохранения, которые Глобальный фонд стремится поддерживать, от этого только проигрывают.

Межсекторные мероприятия по УСЗ — лучшие примеры 8 раунда

33. В вышеприведенном анализе показаны примеры, когда кандидатам удавалось эффективно встроить свои потребности в УСЗ в рамки конкретного структурного элемента. Однако вопрос заключается в том, помогает ли кандидатам концепция ВОЗ разрабатывать эффективные ответные меры в связи с ограничениями в системах здравоохранения таким образом, чтобы привлекать средства Глобального фонда для финансирования этих мероприятий.

34. В нижеследующих пунктах этот вопрос рассмотрен на четырех примерах, показывающих наиболее взаимосвязанный подход к удовлетворению потребностей в УСЗ. Анализ проведен на примере следующих четырех стран:

- Эфиопия (малярия)
- Гайана (ВИЧ)
- Таджикистан (туберкулез)
- Замбия (ВИЧ)

35. Все четыре запроса на УСЗ рекомендованы к финансированию; ГТО выделила их наиболее сильные стороны в единой «Форме оценки ГТО» для заболевания и запроса на УСЗ. Важно отметить, что в каждой заявке четко указана потребность (и ожидаемые конечные результаты/воздействие) в дополнительной поддержке мер по укреплению систем

³³ Из Формы заявки, раздел 4В: «Вмешательства, необходимые для устранения данных отставаний и ограничений, являются «универсальными» и положительно влияют на ситуацию как минимум с двумя заболеваниями из трех (а, возможно, также помогают в достижении других конечных результатов в области здравоохранения)».

³⁴ Харрис А. Д., Ян А., Захария Р. и др. Адаптация системы ДОТС для борьбы с туберкулезом к ведению случаев незаразных заболеваний в странах Африки южнее Сахары. Журнал PLoS Medicine, июнь 2008, том 5, выпуск 6, стр. 124.

здравоохранения с учетом специфических условий страны и детерминантов национальной системы здравоохранения. В каждой заявке было также представлено «решение» проблемы в виде комплексных мероприятий, учитывающих, в представлении ВОЗ, взаимозависимость всех элементов системы здравоохранения, поэтому запросы этих стран рекомендованы в качестве примеров «передовой практики» подготовки технически обоснованных заявок. Выбранные примеры передовой практики охватывают три заболевания, представляют разные (но не все) географические регионы и включают образцы заявок, в которых для финансирования были утверждены мероприятия по заболеванию и межсекторному УСЗ, а также заявки, в которых были утверждены только межсекторные мероприятия по УСЗ.

36. Из четырех заявок в качестве практического примера ниже рассматривается только заявка Эфиопии. Остальные содержатся в **Дополнении 3** к Приложению 5.

37. В данном отчете рассмотрен также вопрос том, как другие страны подходят к анализу своих потребностей, и имеется ли соответствующая база для оказания помощи странам для более четкого описания потребностей и ожидаемого воздействия.

Использование «передового опыта» на следующем примере

38. В отличие от мероприятий, направленных непосредственно на устранение отставаний в программах по ВИЧ, туберкулезу и/или малярии (для них разработаны стандартные модели передовой практики, которые совершенствовались и применялись многими заинтересованными сторонами в различных условиях), ситуация с системами здравоохранения совершенно иная. По крайней мере, на данный момент стандартных моделей или передовой практики, которые можно было бы легко обобщить и применить в ряде стран, не существует. Тому есть много причин. Одна из них заключается в том, что макросистема здравоохранения, в том числе ее структурные элементы, охватывающие управление, информацию, финансирование, инфраструктуры, услуги и товары медицинского назначения, формируется в рамках широкого диапазона специфичных для каждой страны политических, культурных, социальных и экономических детерминант. Таким образом, то, что работает на систему здравоохранения в стране «Х» и, соответственно, способствует достижению лучшего конечного результата по ВИЧ, туберкулезу и/или малярии, необязательно сработает в стране «У». Кроме того, то, что считается (на основе подтвержденной информации) передовой практикой в «стране А», необязательно является лучшим подходом для «страны Б».

39. В данном отчете примеры «передовой практики» в рамках межсекторных мероприятий по укреплению систем здравоохранения, предложенные кандидатами в 8 раунде, не являются пакетом стандартных подходов, моделей или практических методов, которые работают вне зависимости от условий и специфических детерминант и, соответственно, должны применяться повсеместно. Скорее здесь выделены заявки, которые оценены как **«наилучший вариант»** укрепления систем здравоохранения, учитывающий специфические условия и детерминанты национальной системы здравоохранения и, как представляется, являются результатом тщательной разработки заявки на страновом уровне.

40. Если не учитывать вопрос о том, интегрированы ли запросы на укрепление систем здравоохранения в соответствующую заявку по конкретному заболеванию или представлены в качестве отдельного, но дополняющего раздела, возникает вопрос, по каким критериям можно определить, представила ли страна сильный или «лучший» вариант. Некоторые ответы и инструкции содержатся в следующих информационных бюллетенях, а также в руководящих документах Глобального фонда и его партнеров.

41. В «Техническом бюллетене», содержащем вспомогательную информацию по подготовке заявок 8 раунда и сообщения о ряде семинаров по укреплению (среди прочего) систем здравоохранения, ВОЗ определила следующие семь пунктов, которые следует соблюсти при запросе финансирования на вмешательства по УСЗ:

1. Предложенные мероприятия явно направлены на устранение препятствий для улучшения профилактики и лечения ВИЧ и СПИДа, туберкулеза и малярии, описанным в других частях заявки.
2. Предложенные меры необходимы для лучшего оказания услуг в связи с ВИЧ и СПИДом, туберкулезом и малярией, но выходят за рамки отдельной программы или могут оказать негативное влияние на другие приоритетные услуги при внедрении только в рамках одной программы.
3. Предложенные меры вписываются в общую национальную политику, планы и стратегии в области здравоохранения, сокращая недостаток доступных ресурсов.
4. Предложенные меры определены на консультациях с ключевыми заинтересованными сторонами.
5. Предложенные меры четко определены, их масштаб реалистичен, а стоимость достоверно рассчитана.
6. Возвращение вложений возможно в разумный период времени.
7. Выбран небольшой набор достоверных показателей системы здравоохранения для отслеживания прогресса³⁵.

42. Глобальный фонд выделил в Принципах подготовки заявок 8 раунда³⁶ несколько прямых и косвенных показателей и ориентиров, которые помогают кандидатам разработать технически грамотный запрос или «передовую практику» для укрепления системы здравоохранения:

- информация, предоставленная кандидатами в разделе по межсекторному УСЗ, должна ясно отражать, как вмешательства способствуют устранению препятствий на пути к улучшению конечных результатов по ВИЧ, туберкулезу и/или малярии;
- меры по устранению слабых мест и отставаний в системах здравоохранения не должны разрабатываться в отрыве от существующих национальных стратегий;
- запросы о помощи должны основываться на существующих оценках слабых сторон и отставаний в системе здравоохранения конкретной страны;
- кандидаты должны учитывать потребности широкого круга неправительственных организаций, частного сектора и общин в любой оценке общих слабых сторон и отставаний в стратегиях; и
- поощряется привлечение заинтересованных сторон, которые участвуют в планировании, составлении бюджета и распределении ресурсов для национальных программ по заболеванию и реформе системы здравоохранения.

43. Кроме того, пределы компетенции ГТО³⁷ включают некоторые ценные критерии, которые могут помочь при определении «передовой практики» в заявках на финансирование, поданных в 8 раунде. ГТО следует отбирать заявки со следующими характеристиками:

³⁵ Документ Всемирной организации здравоохранения «Глобальный фонд и укрепление систем здравоохранения: как представить проблему в заявке 8 раунда?», рабочий проект, 2008 г.

³⁶ Глобальный фонд, Принципы подготовки заявок 8 раунда, разделы по «описанию программ» и Приложение 3 «Что будет поддерживать Глобальный фонд», а также информационный бюллетень «Подход Глобального фонда к укреплению систем здравоохранения, 2008 г.».

³⁷ См. Приложение 1 к ПК ГТО: http://www.theglobalfund.org/en/files/about/technical/TRP_TOR.pdf.

- *обоснованность подхода*, включая такие критерии как использование мероприятий, согласованных с внутренней передовой практикой, основанных на достоверной информации, предполагающих рациональное использование средств и вовлечение широкого круга заинтересованных сторон и т. д.
- *выполнимость*, включая такие критерии, как предоставление доказательств технической и программной выполнимости мероприятий, опора на существующие программы, их дополнение и координация в поддержку национальной политики, использование новаторских подходов к расширению программ и т. д.
- *потенциал в плане устойчивости и воздействия*, включающий такие критерии как доказательство того, что выделяемые Глобальным фондом средства будут дополнять существующие усилия, а не заменять их; наращивание потенциала по освоению возросших объемов ресурсов; отражение устойчивой политической вовлеченности и обязательств на высоком уровне.

44. Примеры передовой практики в данном отчете отобраны с учетом вышеуказанных замечаний и критериев, а также на основе оценки заявок ГТО.

Пример Эфиопии (малярия, включая запрос на УСЗ)

Основной текст заявки Эфиопии выбран в качестве примера «передовой практики по УСЗ», поскольку в ней указаны две крупнейшие проблемы на национальном уровне — ухудшение положения в практическом осуществлении децентрализации и кризисное положение в обеспечении медицинскими кадрами. Кроме того, предлагаемые мероприятия сформулированы в контексте утвержденных национальных стратегий и политики.

• СЛАБЫЕ СТОРОНЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КОНЕЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПО МАЛЯРИИ

В заявке определены следующие слабые стороны и/или отставания в системе здравоохранения, которые влияют на конечные результаты по малярии:

1. Проблема кадровых ресурсов. Федеральное министерство здравоохранения (ФМЗ) продолжает сталкиваться с серьезным недостатком кадров, их нерациональным распределением и отсутствием необходимой профессиональной структуры занятости. Правительство и его партнеры полностью признают, что на фоне недостатка ключевых кадров система здравоохранения уже испытывает трудности и вследствие стесненного положения может оказаться не готовой к резкому расширению услуг по ВИЧ, туберкулезу и малярии.
2. Информационные системы здравоохранения, мониторинг и оценка. Надежная информация о состоянии здоровья населения, а также адекватности и эффективности услуг здравоохранения практически отсутствует, а там, где она имеется, редко используется для принятия решений. Это ограничивает эффективность оказываемых пациентам медицинских услуг и системы здравоохранения в целом.
3. Инфраструктура оказания услуг. Хотя Генеральный план ФМЗ по материально-техническому обеспечению давно находится в процессе разработки, недостатки транспортного сектора сдерживают его реализацию. Устранение этой проблемы позволит далеко продвинуться в укреплении и дальнейшей децентрализации имеющихся услуг, а также поможет установить связь с общинными службами в районах охвата.

- ПРЕДЛОЖЕННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В качестве части заявки по малярии Эфиопия предложила следующие четыре межсекторных мероприятия по УСЗ:

1. Повышение квалификации кадров в общинных системах здравоохранения путем увеличения обучающего потенциала и руководящей поддержки. В стратегии Эфиопии по ВИЧ, туберкулезу и малярии, а также планах мероприятий подчеркивается чрезвычайная важность общинного персонала для расширения и поддержки программ. Политика ФМЗ по «передаче обязанностей» направлена на перенос возрастающей ответственности за реализацию программных мероприятий на уровень общин, при этом основную ответственность за реализацию этих программ несут специалисты здравоохранения (СЗ). Мероприятия будут включать укрепление обучающего потенциала (предварительное обучение, комплексное повышение квалификации и поддержка молодых специалистов) и мер по улучшению надзорных функций в сферах деятельности СЗ (совершенствование обучения и закупка мотоциклов).

2. Укрепление информационных систем здравоохранения. Основные ограничивающие аспекты программ по трем заболеваниям — это отсутствие надежных и своевременных сведений о ходе реализации программ по поддержке МиО и управления на основе достоверной информации. Эти мероприятия направлены на расширение охвата новыми Информационными системами управления в здравоохранении (ИСУЗ) и совершенствование Системы поддержки принятия решений (СППР). Мероприятия предусматривают осуществление мер в области ускоренного обучения персонала для создания систем медицинского страхования, материально-технического обеспечения и поставок, комплексного управления качеством и совершенствования СППР.

3. Укрепление потенциала учебных заведений для поддержки мер по повышению качества и эффективности промежуточных результатов. Эфиопия находится в процессе разработки полноценного Стратегического плана по кадровым ресурсам здравоохранения (КРЗ). Ключевая стратегия — «наводнить» рынок труда, чтобы обеспечить адекватное снабжение кадровыми ресурсами для расширения охвата программами по трем заболеваниям. Чтобы организовать ускоренное обучение, необходимо предоставить учебным заведениям соответствующую теоретическую и практическую инфраструктуру. Мероприятия включают снабжение лабораторным/медицинским учебным оборудованием, учебными пособиями для подготовки СЗ и обучения менеджменту без отрыва от работы.

4. Поддержка всестороннего материально-технического обеспечения для своевременного контроля над предоставлением медицинских услуг и снабжением здравпунктов из центра основными товарами для борьбы с ВИЧ, туберкулезом и малярией. Вполне очевидно, что слабое управление медицинскими кадрами на районном уровне обусловлено, главным образом, плохим транспортным обеспечением. В заявке запрошены средства для устранения недостатка в транспортных средствах для обеспечения связи между центральным, районным и местным уровнями, в частности для комплексного управления и своевременной поставки товаров. Мероприятия включают закупку грузовых пикапов для использования в ходе выполнения надзора на районном уровне, закупку грузовых автомобилей для доставки товаров с центральных складов на первичные и вторичные склады, а также закупку мотоциклов для работников, осуществляющих надзорные функции в сфере деятельности СЗ.

- **ВОВЛЕЧЕНИЕ** в разработку заявки **КЛЮЧЕВЫХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН ПО УСЗ**

В подготовке заявки участвовали ключевые заинтересованные стороны, в том числе из ФМЗ, т. е. Департамента планирования и разработки программ, Департамента развития кадровых ресурсов, профилактики и лечения заболеваний, медицинского образования и повышения квалификации, а также международные организации, доноры и НПО. *Были рассмотрены все доступные ресурсы для межсекторных мероприятий по УСЗ, включая проект ГАВИ/УСЗ, который является основным источником финансирования межсекторных мероприятий по УСЗ.*

- **ЗАПРОС НА ФИНАНСИРОВАНИЕ (ПЯТЬ ЛЕТ)**

Обучение	19 097 899 долл. США
Фармацевтические препараты	2 100 000 долл. США
Управление закупками и снабжением	7 724 671 долл. США
Инфраструктура/оборудование	9 405 000 долл. США
Информационные материалы	11 924 000 долл. США
Мониторинг и оценка	733 200 долл. США
ИТОГО	50 984 770 долл. США

- **СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ГТО**

- Подробное описание мероприятий по УСЗ и четкое указание целей
- Положительное воздействие на ситуацию не только с тремя заболеваниями
- Ясный бюджет и план работы
- Представление доказательств того, что финансирование запрошено в дополнение к средствам, выделенным другими донорами
- Увязка с национальными планами и системами

- **КОНКРЕТНЫЕ ВОПРОСЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ПОЯСНЕНИЯ ИЛИ КОРРЕКЦИИ**

1. Запрошены пояснения по статье бюджета, связанной с переподготовкой СЗ
2. Запрошены пояснения по стоимости единицы лабораторного оборудования

- **ДРУГИЕ ЗАМЕЧАНИЯ**

1. ГТО рекомендовала к *финансированию мероприятия по заболеванию и по межсекторному укреплению систем здравоохранения* в категории 1.

2. Заявка четко ориентирована на *укрепление общинной системы здравоохранения* и будет существенно способствовать ее укреплению, что является одной из приоритетных задач Глобального фонда.

3. В заявке показано стремление к установлению *тесного партнерства* с проектом ГАВИ/УСЗ, который уже вносит значительный вклад в укрепление систем здравоохранения в Эфиопии.

4. Четкая ориентация на подготовку кадров обусловлена и обоснована тем, что предлагаемые обучающие мероприятия согласованы с *национальным планом по развитию кадровых ресурсов*.

Данный документ является внутренним рабочим документом Фонда и в этом качестве не подлежит открытому распространению. Подробнее см. политику Глобального фонда по работе с документацией.



Investing in our future

The Global Fund

To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Восемнадцатое заседание Правления
Нью-Дели, Индия, 7—8 ноября 2008 г.

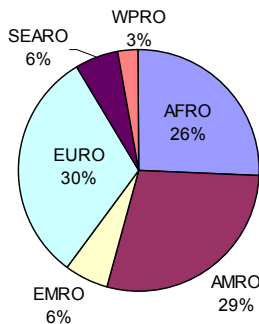
Annex 6
GF/B18/10

Round 8 TRP Membership

Category	No.	Surname	First name	Gender	Nationality	Rounds served						
						1	2	3	4	5	6	7
HIV/AIDS (7+ the Chair) Members	1	Godfrey-Faussett	Peter (Chair)	M	UK							
	2	Sikipa	Godfrey	M	Zimbabwe							
	3	Tregnago Barcellos	Nemora	F	Brazil							
	4	Gupta	Indrani (Vice Chair)	F	India							
	5	Bobrik	Alexey	M	Russia							
	6	Kornfield	Ruth	F	USA							
	7	Lauria	Lilian de Mello	F	Brazil							
	8	Del Castillo	Fernando	M	Spain							
Malaria (5) Members	1	Genton	Blaise	M	Switzerland							
	2	Rojas De Arias	Gladys Antonieta	F	Paraguay							
	3	Burkot	Thomas	M	USA							
	4	Adeel	Ahmed Awad Abdel-Hameed	M	Sudan							
	5	Lyimo	Edith	F	Tanzania							
Tuberculosis (5) Members	1	El Sony	Asma	F	Sudan							
	2	Metzger	Peter	M	Germany							
	3	Bah-Sow	Oumou Younoussa	F	Guinea							
	4	Hamid Salim	Abdul	M	Bangladesh							
	5	Kimerling	Michael	M	USA							
Cross Cutting (17) Members	1	Elo	Kaarle Olavi	M	Finland							
	2	Decosas	Josef	M	Germany							
	3	Alilio	Martin S.	M	Tanzania							
	4	Nuyens	Yvo	M	Belgium							
	5	McKenzie	Andrew	M	South Africa							
	6	Boillot	Francois	M	France							
	7	Brandrup-Lukanow	Assia	F	Germany							
	8	Barron	Peter	M	South Africa							
	9	Okedi	William	M	Kenya							
	10	Baker	Shawn Kaye	M	USA							
	11	Ghandhi	Delna	F	UK							
	12	Ayala-Oström	Beatriz	F	Mexico/UK							
	13	Murindwa	Grace	M	Uganda							
	14	Heywood	Alison	F	Australia							
	15	Le Franc	Elsie	F	Jamaica							
	16	Oyeledun	Bolanle	F	Nigeria							
	17	Huff-Rouselle	Maggie	F	Canada							

Key:

Regional balance by country of nationality



Rounds served
Rounds not served

Gender balance

