PEPFAR

ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

СТРАТЕГІЧНИЙ ПЛАН
ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАЛОСТІ ІНТЕГРОВАНИХ БІОПОВЕДІНКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В УКРАЇНІ (2018-2021)

Київ – 2018

УДК: 303.4:311.211:311.21:316.334.55/.56(477)

СТРАТЕГІЧНИЙ ПЛАН ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАЛОСТІ ІНТЕГРОВАНИХ БІОПОВЕДІНКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В УКРАЇНІ

(2018-2021)

Даний матеріал розроблений та надрукований за технічної підтримки Проекту «Підтримка системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ і системи управління/поліпшення якості лабораторій Міністерства охорони здоров'я України, покращення використання стратегічної інформації та розбудова потенціалу громадської охорони здоров'я в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR)», що впроваджується Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» за фінансування Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC), в рамках в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR).

Відповідальність за зміст матеріалів лежить винятково на її авторах і не обов'язково відображає офіційну позицію Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC).

ЗМІСТ

Перелік скорочень……..... 2
1. Вступ…… 4
2. Методологія проведення ІБПД……... 7
3. Аналіз ситуації…… 11
4. Стратегічні напрями…… 13
   Стратегічний напрям 1. Оптимізація проведення ІБПД…… 13
   Стратегічний напрям 2. Зменшення затребуваних фінансових ресурсів для ІБПД... 18
   Стратегічний напрям 3. Підвищення рівня використання даних ІБПД……..... 19
   Стратегічний напрям 4. Посилення потенціалу персоналу ІБПД, зокрема закупівельного…… 21
5. Якість даних ІБПД…….. 25
6. Етичні засади ІБПД…… 29
7. Фінансування реалізації Стратегічного плану…… 30
8. Етапи та строки реалізації Стратегічного плану……. 31
9. Моніторинг та оцінка реалізації Стратегічного плану…… 31
10. Список використаних джерел……. 32

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

CDC	-	Центри з контролю та профілактики захворювань в США
PEPFAR	-	Надзвичайна ініціатива Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД
RDS	-	вибірка, яка спрямовується та реалізується самими респондентами
TLS	-	вибірка, обумовлена місцем і часом
UNDP		Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй
UNODC	-	Управління Організації Об'єднаних Націй з наркотиків та злочинності
АРТ	-	антиретровірусна терапія
ВГ	-	вірусний гепатит
ВІЛ	-	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	-	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГФ	-	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією
ЗОЗ		заклад охорони здоров'я
ІБПД	-	інтегроване біоповедінкове дослідження
КГ	-	ключові групи щодо інфікування ВІЛ
ЛВНІ	-	людина, яка вживає наркотичні речовини ін'єкційним способом
ЛЖВ	-	люди, які живуть з ВІЛ
НУО	-	неурядова організація
ПТВ	-	послуги з тестування на ВІЛ
СКК	-	суха крапля крові
СНІД	-	синдром набутого імунодефіциту
СОП	-	стандартні операційні процедури
СП	-	секс-працівник
ЦГЗ	-	ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
Центр СНІДу	-	Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом
ЧСЧ	-	чоловік, який має секс з чоловіками
ШТ	-	швидкий тест
ЮНЕЙДС	-	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ		Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй

1 ВСТУП

Ефективне подолання епідемії ВІЛ-інфекції потребує вчасної та надійної інформації про поширеність та захворюваність на ВІЛ серед представників ключових груп щодо інфікування на ВІЛ (КГ), а саме: людей, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним способом (ЛВНІ), секс-працівників (СП), чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ). Керівництво ВООЗ/ЮНЕЙДС з епіднагляду за ВІЛ другого покоління визначає дозорний епіднагляд у КГ як важливий інструмент для отримання реальної оцінки епідемічної ситуації та розробки заходів подолання епідемії. Розмір КГ і їх ризикована поведінка впливають на тенденції та інтенсивність епідемії, а також спричинюють ризик поширення ВІЛ серед загального населення.

Система рутинного епіднагляду не надає повну та точну інформацію про основні індикаторні показники епідемії – захворюваність та поширеність ВІЛ у КГ, а на основі програмних даних неможливо повноцінно оцінити фактори та особливості ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, охоплення заходами з профілактики та лікування представників КГ.

На сьогодні рекомендованим підходом для отримання таких стратегічних даних є інтегровані біоповедінкові дослідження (ІБПД). Систематичне проведення таких досліджень забезпечує моніторинг поширеності ВІЛ та ризикованої поведінки серед КГ, а також дозволяє цілеспрямовано розробляти і використовувати профілактичні програми та оцінювати їх ефективність, аналізувати каскад послуг для КГ і людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), виявляти нові уразливі групи населення щодо інфікування ВІЛ, прогнозувати тенденції розвитку епідемічного процесу.

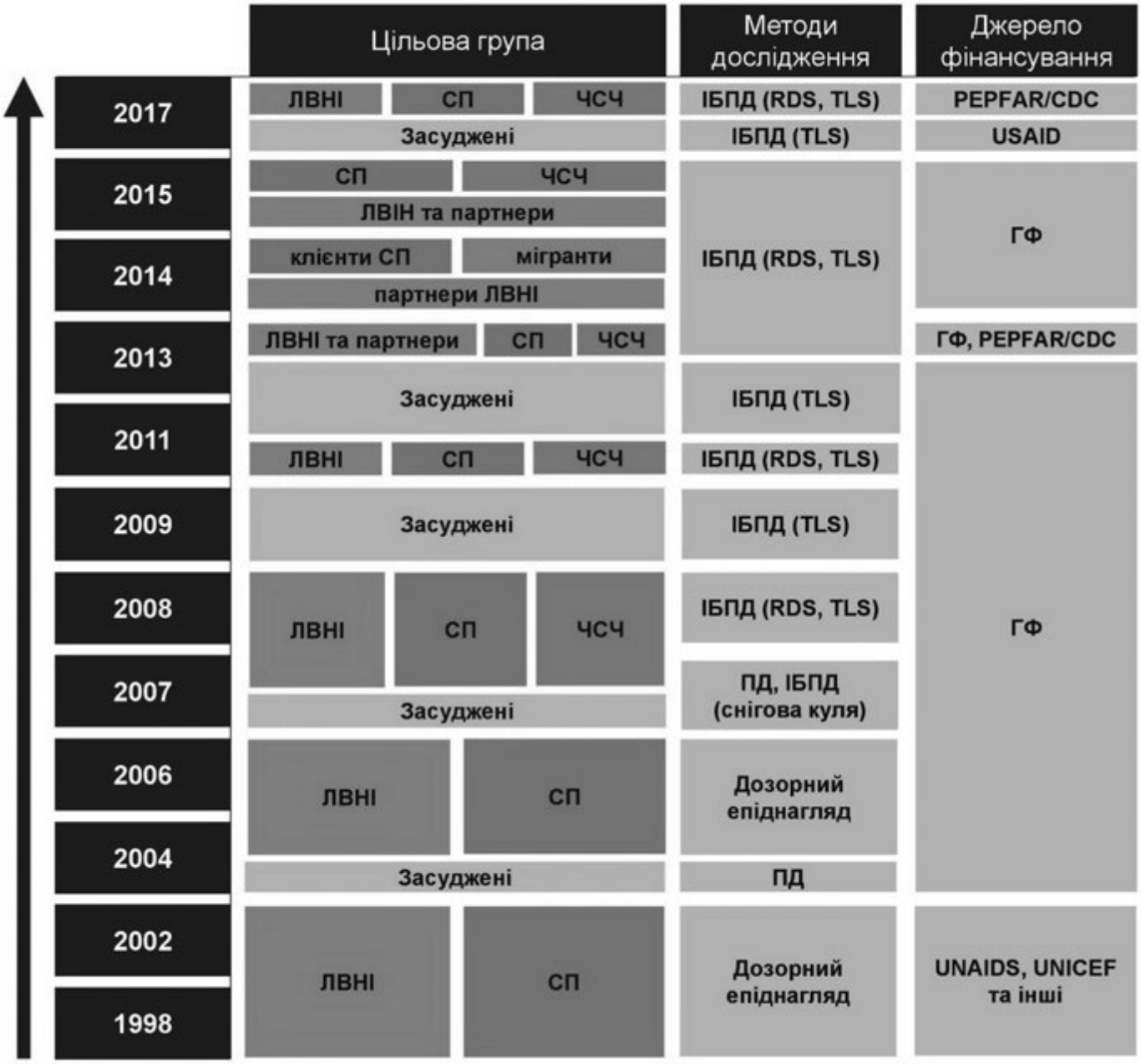
Мета ІБПД – отримати комплексну оцінку епідемічного процесу серед КГ щодо інфікування ВІЛ та надати якісну інформацію для планування та впровадження профілактичних і протиепідемічних заходів.

ІБПД є стратегічно важливим інструментом у сфері громадського здоров'я та має низку основних завдань, а саме: оцінити рівень поширеності ВІЛ; встановити особливості поведінкових практик, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією; проаналізувати ефективність реалізації профілактичних і лікувальних заходів, у тому чисті за допомогою каскаду послуг; оцінити рівень захворюваності на ВІЛ; розрахувати чисельність представників КГ серед яких проводилось ІБПД.

З 1998 року дозорні епідеміологічні дослідження серед КГ є складовою епідеміологічного моніторингу в Україні, та спочатку проводилися Українським центром профілактики та боротьби за СНІДом МОЗ України (нині - ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України») за підтримки різних міжнародних агенцій – ВООЗ, ЮНЕЙДС, ЮНІСЕФ, UNDP, а з 2007 року ІБПД реалізуються зусиллями команди МБФ «Альянс громадського здоров'я» в рамках програм Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ), PEPFAR, UNODC.

Відповідно до зобов’язань України щодо поступового переходу на бюджетне фінансування в рамках Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, у тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року, що була схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22.03.2017 р. №248-р. та Плану поетапного переходу від донорського фінансування (переважно ГФ) на фінансування за рахунок державних коштів та місцевих бюджетів у програмах громадського здоров'я (План 20-50-80), частка державних коштів для проведення ІБПД має збільшуватись, а відповідальність за реалізацію ІБПД має бути покладена на ДУ «Центр громадського здоров’я МОЗ України» (ЦГЗ). Це буде сприятиме сталості та інституалізації проведення ІБПД як компоненту Національної стратегії з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Основні етапи розвитку дозорного епідеміологічного нагляду в Україні, зокрема проведення ІБПД (1998-2017)



Стратегічний план для забезпечення сталості інтегрованих біоповедінкових досліджень в Україні (Стратегічний план) є зведеним керівництвом щодо проведення ІБПД в Україні з урахуванням останніх міжнародних рекомендацій та напрацювань щодо методології та імплементації таких досліджень на національному та регіональному рівнях. До Стратегічного Плану додається Операційний план з проведення інтегрованих біоповедінкових досліджень серед ключових груп населення.

Мета цього документу – забезпечити проведення ІБПД належної якості, результати яких будуть скеровувати дії та прийняття управлінських рішень у системі громадського здоров'я, сприяти покращенню профілактичних і лікувальних послуг, ефективному розподілу ресурсів і розробки дієвих політик на шляху подолання епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Цільова аудиторія Стратегічного плану: команда з проведення ІБПД ЦГЗ, Національна робоча група з питань проведення ІБПД в Україні, міжнародні та національні стейкхолдери у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, донорські організації та проекти міжнародної технічної допомоги.

Термін виконання Стратегічного плану: жовтень 2018 року – грудень 2021 року.

Протягом квітня-серпня 2018 року проект документу обговорений на робочих зустрічах, у тому числі за участю представників Центрів контролю та профілактики захворювань, США, Атланта та Міжнародного центру підготовки та освіти з питань охорони здоров'я департаменту глобального здоров'я університету штату Вашингтон (I-TECH/UW PEPFAR); у жовтні 2018 року документ надісланий зацікавленим сторонам для погоджений та фіналізації.

Стратегічний план розроблений фахівцями ЦГЗ в рамках Проекту SILab «Підтримка системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ і системи управління/поліпшення якості лабораторій Міністерства охорони здоров'я України, покращення використання стратегічної інформації та розбудова потенціалу громадської охорони здоров'я в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR)».

2 МЕТОДОЛОГІЯ ПРОВЕДЕННЯ ІБПД

ІБПД має крос-секційний дизайн, тобто є одномоментним зрізом даних, за умови регулярного проведення якого можна спостерігати тенденції поширеності ВІЛ та ризикованої поведінки серед КГ. Алгоритм проведення ІБПД передбачає **6 послідовних етапів**, а саме:

(1) формативна оцінка;
(2) вибір стратегії формування вибіркової сукупності;
(3) скринінг учасників;
(4) збір поведінкових даних;
(5) збір біологічних даних;
(6) виплата компенсації учасникам.

1. Формативна оцінка здійснюється з метою: зрозуміти цільову групу та контекст подальшого її дослідження в конкретному регіоні; визначити наявні послуги з профілактики ВІЛ-інфекції та прогалини у цій системі; визначити оптимальну стратегію збору інформації; залучити регіональних стейкхолдерів. Під час глибинних інтерв'ю з представниками неурядових організацій (НУО) та представниками цільової групи дослідницька команда дізнається про: особливості цільової групи, соціальне середовище та місця концентрації потенційних учасників, їх особисту мережу та можливість досягнення запланованого розміру вибірки, сексуальні та ін'єкційні практики представників цільової групи, дії правоохоронних органів щодо цільової групи. Завдання подальших етапів формативної оцінки залежить від потенційного методу формування вибірки та рекрутингу учасників дослідження, однак саме за результатами формативної оцінки визначають конкретну стратегію збору даних.

2. Вибір стратегії формування вибіркової сукупності. При виборі стратегії формування вибірки враховують характеристики цільової групи.

Фактори вибору стратегій формування вибіркової сукупності для ІБПД

	ВІДСУТНІСТЬ РАМКИ ВИБІРКИ	ВІДСУТНІСТЬ ЩІЛЬНОГО ЗВ'ЯЗКУ У МЕЖАХ ГРУПИ	МОБІЛЬНІСТЬ ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУПИ	ДОСТУПНІСТЬ ГРУПИ У ЛОКАЦІЇ У ПРОМІЖОК ЧАСУ
SRS Simple Random Sampling	-	+/-	-	+/-
CCS Conventional Cluster Sampling	+	+/-	+/-	+
RDS Respondent-Driven Sampling	+	-	+	-
TLS Time-Location Sampling	+	+	+	+

Відмінності RDS та TLS як стратегій формування вибіркової сукупності

	RDS – Respondent-Driven Sampling	TLS – Time-Location Sampling
ФОРМАТИВНА ОЦІНКА З ОРІЄНТАЦІЄЮ НА...	Збір інформації про критерії первинних респондентів (зерен) та доцільні місця для проведення інтерв'ю та тестування. Визначення 2-4 зерен в одному населеному пункті, доступ до яких забезпечують ключові інформанти. Додаткові зерна обирають протягом збору даних за умови недостатньою швидкості або припинення рекрутингу в ланцюгах.	Збір інформації про місця концентрації цільової групи з їх подальшими картуванням і валідизацією. Визначення типу точки, кількості та соціально-демографічного профілю потенційних респондентів, графіку та сезонності роботи точки, можливості доступу до них у команди зі збору даних, рівень безпечності точки та потреби у провіднику, охоплення точки профілактичними програмами. Відбір автомобільного транспорту для виїздів на точки (мобільна амбулаторія або інший транспорт, який спеціально обладнаний та відповідає технічним вимогам).
РЕКРУТИНГ РЕСПОНДЕНТІВ	Рекрутування респондентами однієї хвилі респондентів наступної хвилі із застосуванням математичної моделі, яка усуває зміщення через невипадковий відбір. Кожен респондент отримує 3 купони, які передають іншим представникам цільової групи у своїй соціальній мережі. Купони RDS містять індивідуальний номер респондента та реєструються у спеціальному програмному забезпеченні для подальшого будування мережі рекрутингу.	Рекрутування членом команди зі збору даних у місцях концентрації цільової групи. Дослідницька команда має рамку вибірку за місцем і часом та обирають точки для проведення дослідження. Відповідно до обраного переліку точок регіональна команда складає графік своєї роботи та відвідує кожну точку.

У межах використання RDS, незалежно від кількості первинних зерен (два або більше) дослідницька команда має забезпечити різноманітність їх характеристик.

Критерії відбору первинних зерен у межах ІБПД за стратегією RDS

	Первинне зерно 1	Первинне зерно 2
Мотивація брати участь у дослідженні	Вмотивовані брати участь у дослідженні та поширювати інформацію про нього серед представників цільової групи	
ВІЛ-статус за самодекларацією	Позитивний ВІЛ-статус	Негативний ВІЛ-статус
Район проживання	Район X	Район Y
Вікова категорія	До 19-ти років	Від 20-ти років
Участь у програмах профілактики	Клієнт	Не клієнт
Соціально-економічний статус	Низький	Високий
Розмір соціальної мережі	Соціальна мережа знайомих представників цільової групи складає не менше 7 осіб	

Вибір сайтів дослідження (приміщення) повинен відповідати низці критеріїв, а саме:

(1) зручне розташування та відсутність перепон для доступу у респондентів;

(2) наявність достатньої кількості кімнат для очікування участі, інтерв'ю, тестування, до- та після-тестового консультування;

(3) комфортне та зручне облаштування (наприклад, можливість опалення);

(4) віддаленість від місць надання послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції.

Одне приміщення використовують для дослідження лише однієї КГ протягом одного часового періоду. Під час проведення формативної оцінки буде уточнена необхідність роботи декількох сайтів у великих населених пунктах для ширшого охоплення представників цільової групи.

3. Скринінг учасників визначає приналежність особи до цільової групи та відповідність її критеріям включення. Критерії включення / виключення вказують у Протоколі дослідження та стандартних операційних процедур (СОП) рекрутингу і скринінгу. Кожен учасник, який входить до складу певної цільової групи, повинен мати ознаки, що відображають характеристику загальної вибірки і ідентифікуватися серед інших груп.

Критерії включення та виключення респондентів ЛВНІ, СП та ЧСЧ у ІБПД

	ЛВНІ	СП	ЧСЧ
КРИТЕРІЇ ВКЛЮЧЕННЯ	Вік 14 років і старше на момент проведення дослідження		
	Тривалість проживання / роботи / навчання у населеному пункті дослідження не менше 6 місяців		
	Згода взяти участь у дослідженні		
	Вживання ін'єкційних наркотиків протягом останніх 30 днів	Отримання винагороди в обмін на секс протягом останніх 6 місяців	Оральний або анальний сексуальний контакт з чоловіком протягом останніх 6 місяців
КРИТЕРІЇ ВИКЛЮЧЕННЯ	Участь в одному раунді дослідженні більше одного разу		
	Такий ступінь алкогольного або наркотичного сп'яніння, який не дозволяє розуміти та відповідати на запитання анкета, а поведінка респондента загрожує його власній безпеці або безпеці оточуючих		

Відповідність учасників критеріям включення встановлює регіональна команда на основі самодекларації представників цільової групи, візуального контролю та уточнення додаткових питань (наприклад, про конкретне місце збору ЧСЧ). Дослідницька команда має вміти визначати людей, які не належать до цільової групи, та не допускати їх до участі в дослідженні. Якщо представник цільової групи відповідає критеріям включення, він проходить процедуру надання інформованої згоди, а його купон реєструється в системі обліку.

4. Збір поведінкових даних

Збір поведінкових даних планується проводити за допомогою онлайн-версії анкети з використанням планшетів. Електронна форма інструментарію має низку переваг, а саме:

(1) відсутність необхідності внесення даних з паперових анкет у базу даних і пов'язані;

(2) забезпечення єдиного підходу до опитування для всіх респондентів;

(3) зручність заповнення електронної анкети (наприклад, автоматичний перехід між питаннями, вибір мови) та наявність логічного контролю вхідних даних;

(4) відсутність необхідності додаткових витрат (наприклад, тиражування анкет);

(5) моментальний та легкий експорт даних для подальшого аналізу.

На сайтах дослідження мають зберігатися також друковані варіанти анкет з огляду на можливі проблеми з роботою електронного додатку (відсутність проведеного скринінгу або опитування в системі, зависання анкет під час вводу даних, некоректне фіксування виплати винагороди). За відсутності/недостатньому інтернет-з'єднанні команда використовує друковані анкети та здійснює передачу даних після завершення роботи на сайті у цей же день.

5. Збір біологічних даних

Біологічний компонент дослідження може включати скринінгове тестування за допомогою швидких тестів (ШТ) на наявність серологічних маркерів ВІЛ, парентеральних вірусних гепатитів В і С (ВГВ і ВГС), ІПСШ та туберкульоз, підтверджувальне тестування за допомогою ШТ для учасників з ВІЛ-позитивним результатом першого ШТ, забір сухої краплі крові (СКК) для виявлення недавньої ВІЛ-інфекції та вірусного навантаження ВІЛ.

Алгоритм збору біологічних даних у межах ІБПД

1. ДО-ТЕСТОВЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ	Проводиться відповідно до Національного протоколу з ПТВ. Включає стислу інформацію щодо основних шляхів передачі ВІЛ, ВГ, конфіденційності та значення результатів тесту, профілактичні заходи та безкоштовність лікування.
2. ТЕСТУВАННЯ ШВИДКИМИ ТЕСТАМИ	Передбачає скринінгове тестування за допомогою першого ШТ на наявність серологічних маркерів ВІЛ, гепатиту С та інших інфекцій, визначених Протоколом ІБПД, підтверджувальне тестування за допомогою другого ШТ для учасників з ВІЛ-позитивним результатом першого ШТ.
3. ЗАБІР ЗРАЗКІВ СКК	Використовується для виявлення недавньої інфекції та вірусного навантаження. Здійснюється для кожного учасника з ВІЛ-позитивним статусом та для 10% учасників з ВІЛ-негативним результатом швидкого тесту, обраних випадковим чином. Аналізується з використанням LAg-тесту.
4. ПІСЛЯ-ТЕСТОВЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ	Проводиться відповідно до Національного протоколу з ПТВ. Включає роз'яснення учаснику результатів тестування.
5. ПЕРЕНАПРАВЛЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ	Здійснюється для всіх учасників з ВІЛ-позитивним результатом, що підтвердився другим тестом, шляхом перенаправлення у заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) для взяття на облік, призначення АРТ та залучення до проектів кейс-менеджменту, догляду та підтримки.

6. Виплата компенсації респондентам

Після звершення опитування та тестування учасник отримує компенсацію за участь у дослідженні. Залежно від стратегії формування вибірки передбачено один або два види компенсування, а саме: представники цільової групи отримують компенсацію за витрачений час та/або транспорті витрати як респонденти дослідження; учасники отримують винагороду за рекрутинг представника цільової групи, який відповідає критеріям включення при використанні методики RDS.

3 АНАЛІЗ СИТУАЦІЇ

За результатами дослідження «Оцінка системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні», що проведено в рамках Проекту SILab (CDC, PEPFAR) у 2018 році, проаналізовано стан проведення попередніх раундів ІБПД серед трьох ключових груп: ЛВНІ, СП, ЧСЧ.

Оцінка якості проведення ІБПД в Україні (2015-2018 рр.)

Сильні сторони минулих раундів ІБПД, зокрема з 2015-го року	Сфери для покращення у майбутніх раундах ІБПД
Відповідають міжнародним рекомендаціям щодо формату проведення, дотримання етичних норм, забезпечення якості та підходів до аналізу даних	Фінансування проведення ІБПД здійснюється виключно з боку міжнародних донорів, без залучення державних коштів
	Критерії приналежності до КГ потребують перегляду на національному рівні
Репрезентативні результати повно описують наявні характеристики залучення до епідемічного процесу ВІЛ-інфекції представників трьох ключових груп: ЛВНІ, СП, ЧСЧ	Практично невідомими є біоповедінкові характеристики споживачів неін'єкційних наркотиків; існує нестача та обмеження наявних даних щодо статевих партнерів ЛВНІ, клієнтів СП та представників загального населення на територіях з ознаками змішаної епідемії ВІЛ-інфекції; відсутні дані біоповедінкових досліджень щодо характеристик ключових груп населення у сільській місцевості"
Використовуються рекомендовані методики формування вибірки (RDS, TLS), вибір яких у ІБПД серед СП ґрунтувався на результатах формативної оцінки	Методика формування вибірки для ЛВНІ, ЧСЧ не базується на формативній оцінці. Не наведено обґрунтування розміру вибірки для розрахунку показників недавньої ВІЛ-інфекції
	Не дотримання термінів початку польового етапу дослідження
	Деякі критерії включення первинних зерен при методиці RDS можуть обмежувати репрезентативність вибірки (обмеження віку, ВІЛ-негативний статус)
Учасники з ВІЛ-позитивним результатом тесту перенаправляються та забезпечується зворотній зв'язок щодо їх доходження до Центрів СНІДу	Не визначаються серологічні маркери ІПСШ, гепатиту В та гепатиту С (для групи ЧСЧ).
Аналіз даних проводиться з використанням спеціалізованого статистичного пакету RDS-Analyst, що підвищує якість отриманих результатів	Невикористання методів картування для представлення результатів дослідження у відповідних звітах
	Великий проміжок часу між отримання результатів дослідження та публікацію звітів (рік та більше), що зменшує актуальність даних
	Відсутність повноцінного оперативного доступу до масивів даних за всіма раундами ІБПД в Україні

У межах «Оцінки системи епіднагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в Україні» висвітлено також питання якості проведення оцінки чисельності представників ЛВНІ, СП, ЧСЧ, для розрахунку якої використовують дані ІБПД.

Оцінка якості проведення оцінки чисельності представників ключових груп в Україні (2013-2017 рр.)

Сильні сторони минулих досліджень з оцінки чисельності ключових груп	Сфери для покращення у дослідженнях з оцінки чисельності ключових груп
Отримані показники забезпечують розуміння їх потенційної ролі у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні	Обмеження в переліку та критеріях приналежності до ключових груп, визначені на Національному рівні, ускладнюють їх використання при проведенні оцінки
Здійснюється регулярно, кратність її проведення відповідає міжнародним рекомендаціям	Останніми роками не здійснювалась оцінки чисельності клієнтів СП, статевих партнерів ЛВНІ, що не дозволяє отримати більш цілісну картину ролі ключових груп у розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Україні
Проведення досліджень в усіх обласних центрах країни, Києві та АР Крим забезпечило можливість розрахунку оцінок для кожної області України	Розрахунок оціночної чисельності з використанням загально рекомендованих методик відбувався лише на рівні міст (з припущенням, що це обмеження компенсується більшою поширеністю ризикованої поведінки переважно серед міського населення)
Використання рекомендованих ВООЗ та ЮНЕЙДС методів оцінки чисельності груп ризику та отримання усередненого показника чисельності окремих груп ризику збільшує якість отриманих результатів	Застосування методики «повторне охоплення» з використанням даних двох раундів ІБПД не обґрунтоване через великий проміжок часу між проведенням досліджень (2 роки)
	Остаточним критерієм відбору оціночного діапазону для кожної цільової групи була експерта оцінка, що може впливати на об'єктивність отриманих результатів
Електронна версія звіту дослідження 2017 р. доступна для завантаження, що забезпечує необхідний доступ громадськості до результатів дослідження	У звіті 2017 року не представлені дані картування, що ускладнює сприйняття територіальних особливостей
Оціночні дані щодо ключових груп затверджено у більшості координаційних рад, що є ознакою ефективного використання отриманих результатів	Регіональні фахівці не володіють інформацією щодо порядку доступу до масивів даних, які використовувалися при розрахунку оціночних показників та проміжних розрахунків, що обмежує можливість обґрунтування оціночних показників при їх затвердженні на обласному рівні

4 СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМИ

Розробка пропозицій щодо зміни політики на основі стратегічної інформації відповідає функції єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2011 року № 1349. ІБПД як частина єдиної системи МіО та національної системи епідеміологічного нагляду у сфері ВІЛ/СНІДу потребує інституалізації на національному рівні, без якої питання стійкості та життєздатності цього дослідження не може бути вирішено на тлі зменшення донорського фінансування ІБПД.
Ключовими напрямками інституалізації ІБПД на національному рівні є створення нормативно-правової бази проведення досліджень, у т.ч. розробка національного порядку проведення ІБПД, створення національного координаційного механізму управління дослідженнями на базі ЦГЗ та зміцнення потенціалу Національної референс-лабораторії з діагностики ВІЛ/СНІДу.

З метою інституалізації проведення ІБПД в Україні для ЦГЗ та Національної робочої групи з питань проведення ІБПД основними стратегічними напрямами є:

1. Оптимізація проведення ІБПД;
2. Зменшення затребуваних фінансових ресурсів для проведення ІБПД;
3. Підвищення рівня використання даних ІБПД;
4. Посилення потенціалу персоналу ЦГЗ, зокрема закупівельного.

СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМ 1
ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ІБПД

Завдання 1.1. Пріоритезація цільових груп проведення ІБПД

У контексті національної політики та заходів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції виділяють ключові та уразливі групи щодо інфікування ВІЛ. **Ключові групи** включають групи, які піддаються підвищеному ризику інфікування ВІЛ через особливості своєї поведінки, суттєво впливають на динаміку поширення ВІЛ і відіграють ключову роль в ефективній протидії епідемії ВІЛ-інфекції (незалежно від типу епідемії або місцевих умов). За визначенням ЮНЕЙДС до КГ з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ відносяться ЛВНІ, СП, ЧСЧ, трансґендерні люди, засуджені та люди, які знаходяться у місцях позбавлення волі. Згідно наказу МОЗ України № 104 від 08.02.2013 року «Про затвердження переліку та критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ належать: ЛВНІ, СП, ЧСЧ, статеві партнери ЛВНІ, клієнти СП, статеві партнери ЧСЧ.

До так званих **уразливих груп** відносять групи, які через нерівні можливості, соціальну стигму та ізоляцію, безробіття, тіньову або нестабільну зайнятість та інші соціальні, культурні, політичні і економічні чинники стають вразливішими до інфікування ВІЛ, аніж загальне населення. До уразливих груп можуть належать мігранти, звільнені з місць позбавлення волі, діти вулиці, військовослужбовці, водії-далекобійники тощо.

Захід 1.1.1. Проведення ІБПД на постійній основі серед КГ з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ відповідно до переліку таких груп, затвердженого у рамках законодавчої бази (ЛВІН, СП, ЧСЧ, інші).
Захід 1.1.2. Ініціація обговорення доцільності проведення ІБПД серед споживачів неін'єкційних наркотиків, які також можуть мати ризиковану щодо інфікування ВІЛ поведінку.
Захід 1.1.3. Включення у майбутні раунди ІБПД додаткових цільових груп після отримання доказової бази щодо наявності підвищеного ризику інфікування ВІЛ.

Для визначення доцільності проведення ІБПД серед певної цільової групи Національна робоча група з питань проведення ІБПД враховує низку аспектів, а саме: роль КГ у епідемії ВІЛ-інфекції та поширеність ВІЛ серед групи; оцінки розміру групи та можливість досягнути розрахованого обсягу вибірки; фактори ризику щодо інфікування ВІЛ; підтримка місцевих організацій та готовність до співпраці у межах дослідження.

Можливі зміни	Передумови
Перегляд цільових груп майбутніх дослідження з Національною робочою групою з питань проведення ІБПД в Україні	Внесення змін до наказу МОЗ від 08.02.2013 року №104 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ»
Проведення ІБПД серед уразливих груп, непередбачених Стратегічним планом	Ініціювання ІБПД групами, які мають суттєвий вплив на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції та потребують доказової бази для адвокації своїх прав, прийнятті політичних рішень та планування програм і проектів.
Проведення спеціальних дослідження серед уразливих груп	Потреба в отриманні доказових даних щодо наявності підвищеного ризику інфікування ВІЛ; недостатній обсяг цільової групи у межах населеного пункту для проведення ІБПД

Завдання 1.2. Пріоритезація регіонів проведення ІБПД в Україні

Попередні раунди ІБПД серед ЛВНІ, СП та ЧСЧ проводились в адміністративних центрах всіх областей України, а з 2015 року – у містах обласного значення з прогнозованою достатньою кількістю представників КГ.

Захід 1.2.1. Проведення ІБПД для визначених КГ (ЛВІН, СП, ЧСЧ, інші) у меншій кількості населених пунктів, в яких можна досягти розрахункового обсягу вибірки у 500 осіб (за рекомендаціями CDC).

Захід 1.2.2. Забезпечення збору та аналізу даних щодо визначених КГ (ЛВІН, СП, ЧСЧ, інші) у регіонах, в яких прийнято рішення не проводити раунд ІБПД, на основі результатів програмного моніторингу, рутинного епіднагляду та у межах операційних досліджень.

Можливість включення кожної області до дослідження відбувається на основі: епідемічної ситуації; відсутності достатньої інформації щодо захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед КГ; достатнього розміру КГ у регіоні для досягнення розрахункового розміру випадкової вибірки.

Можливі зміни	Передумови
Проведення ІБПД у АР Крим, м. Севастополь та тимчасово неконтрольованих Урядом України територій Донецької та Луганської областей	Стабілізація політичної ситуації на момент планування дослідження

Завдання 1.3. Збільшення інтервалу між раундами ІБПД в Україні

Захід 1.3.1. Реалізація ІБПД серед трансґендерів у 2018-2019 роках через суб-грантування дослідницької організації за кошти ГФ в рамках реалізації проекту «Прискорити темпи зменшення рівня захворюваності на туберкульоз та ВІЛ за рахунок забезпечення загального доступу до своєчасної та якісної діагностики і лікування туберкульозу, шляхом розширення доказової медичної профілактики, діагностики та лікування ВІЛ та створення стійкої та життєздатної системи охорони здоров'я».
Захід 1.3.2. Реалізація ІБПД серед ЛВНІ у 2020-му році.
Захід 1.3.3. Реалізація ІБПД серед СП і ЧСЧ у 2021-му році.
Захід 1.3.4. Планування ІБПД серед засуджених у 2022-му році та серед ЛВНІ та трансґендерів у 2023-му році.

Можливі зміни	Передумови
Проведення ІБПД в інші терміни, ніж зазначені в Стратегічному плані	Результат консультацій з національними та міжнародними експертами; наявність достатніх фінансових ресурсів

Завдання 1.4. Збільшення обсягу вибіркової сукупності у межах регіону

Завдяки коректному обсягу вибіркової сукупності можна: оцінити поширеність певної характеристики у конкретний часовий зріз у конкретному місці з попередньо визначеним рівнем точності (наприклад, поширеність ВІЛ серед СП у м. Запоріжжя); виявити відмінності у поширеності характеристики між двома групами або часовими проміжками (наприклад, поширеність ВІЛ серед СП у м. Запоріжжя та м. Київ або поширеність ВІЛ серед СП у м. Запоріжжя у 2013 та 2017 роках).

Захід 1.4.1. Розрахунок обсягу вибірки на основі змінної «вірусне навантаження».
Захід 1.4.2. Збільшення обсягу вибіркової сукупності у межах кожного регіону для оцінки рівня вірусного навантаження.

Завдання 1.5. Оптимізація часового розриву між етапами дослідження

Захід 1.5.1. Зменшення часового інтервалу між проведенням навчальних тренінгів, формативної оцінки та збору даних.
Захід 1.5.2. Збільшення строків для вибору приміщення для дослідницьких сайтів.
Захід 1.5.3. Проведення польового етапу за два-три місяці залежно від цільової групи, вибіркової сукупності та географії дослідження.
Захід 1.5.4. Проведення обробки та аналізу даних паралельно зі збором даних відповідно до розроблено завчасно Плану аналізу даних та підготовки кодів RDS-Analyst.

Завдання 1.6. Оптимізація польового етапу проведення ІБПД

Захід 1.6.1. Опитування учасника про тих представників цільової групи, яким було запропоновано взяти участь у дослідженні, але вони відмовились від отримання купонів (під час відвідування учасником сайту для отримання компенсації за рекрутинг).
Захід 1.6.2. Опитування учасників, які відмовились від тестування, за видозміненою анкетою з фокусом на причинах відмови (з попереднім погодженням обсягів винагороди).
Захід 1.6.3. Зміна форми представлення питань анкети, які виявились «важкими» для розуміння під час попередніх раундів (наприклад, варіанти відповіді на питання про схему АРТ (антиретровірусної терапії), яку приймає учасник дослідження, можуть бути змінені з написання схеми у текстовому вигляді (TDF/FTC+EFV) на фото-зображення препаратів, що входять до цієї схеми).
Захід 1.6.4. Апробація самоанкетування з аудіо-відтворенням питань анкети ІБПД серед ЧСЧ.
Захід 1.6.5. Підвищення рівня доведення ВІЛ-позитивних учасників до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають медичну допомогу у зв'язку з ВІЛ (Центри з профілактики та боротьби зі СНІДом (центри СНІДу), ЗОЗ інших профілів і рівнів надання медичної допомоги), через отримання контактної інформації таких учасників за умови добровільної згоди.
Захід 1.6.6. Впровадження системи попереднього запису респондентів та / або здійснення забору біоматеріалів під час інформування учасника про рекрутинг вторинного респондента для уникнення черг і мінімізації часу присутності учасників на сайті.
Захід 1.6.7. Встановлення різної суми винагороди за участь у дослідженні залежно від терміну отримання учасником купону до приходу на сайт (наприклад, учасник, який прийшов на сайт протягом першого тижня після отримання купону, отримує компенсацію більше, ніж учасник, який прийшов через три тижні) для мінімізації нерівномірного рекрутингу за методики RDS.
Захід 1.6.8. Проведення спеціальної лотереї для залучення представників цільової групи з високим рівнем доходу.
Захід 1.6.9. Встановлення у приміщеннях сайту «анонімних скриньок» для учасників дослідження для отримання зворотного зв'язку від них щодо організації дослідження на місцях та оптимізації ІБПД при подальшому плануванні.

Можливі зміни	Передумови
Розширення змістовних блоків анкети ІБПД (наприклад, питання про ухилення від звернення за послугами охорони здоров'я через стигматизацію та дискримінацію)	Результат консультацій з національними та міжнародними експертами, ініціювання представниками цільових груп відповідних змін
Тестування на активний сифіліс, ВГВ та ІПСШ для звітування за індикаторами моніторингу та оцінки (наприклад, GAM – Global AIDS Monitoring)	Наявність достатніх фінансових ресурсів
Зміна алгоритму тестування швидкими тестами	Прийняття проекту наказу МОЗ України «Про удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу» (зміни до наказу №1141)
Розробка алгоритму перенаправлення учасників з позитивним результатом тестування на ВГС	Внесення змін до Стратегії профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів В та С до 2020
Проведення тестування на ВІЛ не медичним працівником	Прийняття проекту Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ»

Завдання 1.7. Оптимізація проведення оцінки чисельності представників ключових груп в Україні

Захід 1.7.1. Використання даних баз даних клієнтів профілактичних програм в Україні SYREX (МБФ «Альянс громадського здоров'я») та Case++ (БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ») з подальшою тріангуляцією даних між ними.

Захід 1.7.2. Використання даних обліку госпіталізованих до наркологічних диспансерів осіб як дані щодо ЛВНІ, з огляду на відсутність виділення окремо ЛВНІ в загальному обліку госпіталізованих.

Захід 1.7.3. Зміна обмежувального мінімуму кількості ЛВНІ у показнику охоплення представників групи профілактичними послугами на статистику госпіталізації до наркологічних диспансерів.

Захід 1.7.4. Ініціювання обговорення щодо можливості проведення оцінки чисельності представників КГ на рівні сільської місцевості з врахуванням припущення про поширеність ризикованої поведінки переважно серед міського населення.

Захід 1.7.5. Апробація методики «унікального об'єкту» для оцінки чисельності представників КГ в Україні.

Захід 1.7.6. Проведення картування чисельності представників КГ для збільшення наочності результатів оцінки.

СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМ 2
ЗМЕНШЕННЯ ЗАТРЕБУВАНИХ ФІНАНСОВИХ РЕСУРСІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ІБПД

Завдання 2.1. Використання наявних ресурсних можливостей в регіонах

Захід 2.1.1. Надання приміщення комунальної власності в якості сайтів дослідження через налагодження діалогу з місцевими органами влади.

Захід 2.1.2. Використання потенціалу регіональних тренінгових центрів, приміщень НУО для підготовки регіональних команд.

Захід 2.1.3. Залучення регіональних фахівців для здійснення моніторингових візитів у межах області, де проводиться дослідження..

Завдання 2.2. Зменшення витрат на адміністрування ІБПД

Захід 2.2.1. Впровадження вебінарів і скайп-колів для проведення оперативних зустрічей.

Захід 2.2.2. Включення в анкету ІБПД питань від зацікавлених партнерів на платній основі для покриття витрат.

Джерела коштів і механізми забезпечення фінансової сталості проведення ІБПД в Україні детальніше зазначено у розділі 7. Фінансування реалізації Стратегічного плану.

СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМ 3
ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ ІБПД

Дані ІБПД є важливою складовою стратегічної інформації щодо ВІЛ/СНІДу в Україні, оскільки дозволяють оцінити ефективність національних і регіональних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу; планувати та бюджетувати профілактичні програми та програми лікування серед КГ; моделювати розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Завдяки результатам ІБПД виникає можливість встановити дійсну захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед КГ (виявити випадки недавнього інфікування за допомогою використання ШТ та лабораторного аналізу СКК) та отримати інформацію для побудови каскаду лікування для КГ, включаючи своєчасне взяття ВІЛ-позитивних учасників на облік у ЗОЗ, призначення АРТ та ефективне лікування з досягненням невизначуваного рівня вірусного навантаження ВІЛ.

Дані ІБПД можна використовувати для планування програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, та для адвокації змін, формування передумов для майбутніх досліджень, а саме:

(1) надати інформацію для програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу про цільову групу за соціо-демографічними характеристиками, ризикованою поведінкою та рівнем захворюваності;

(2) оцінити доступ до профілактичних і лікувальних програм для КГ, їх охоплення та прийнятність;

(3) визначити регіони, в яких цільові групи потребують збільшення охоплення профілактичними програмами та доступу до АРТ;

(4) оцінити використання послуг у межах безперервного процесу профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ;

(5) продемонструвати необхідність збільшення фінансування для розширення програмної діяльності;

(6) висвітлити питання, пов'язані зі стигмою, дискримінацією та насильством.

Завдання 3.1. Забезпечити ефективне розповсюдження результатів ІБПД

Захід 3.1.1. Створення комунікаційної стратегії супроводу ІБПД з визначенням цільових груп на регіональному, національному, міжнародному рівнях, поширення результатів і канали їх розповсюдження.

Захід 3.1.2. Поширення результатів ІБПД не тільки у контексті громадського здоров'я і ролі КГ у епідемії ВІЛ-інфекції, а й поведінкових практик і соціальних аспектів життя КГ.

Захід 3.1.3. Використання потенціалу веб-сайтів і офіційних сторінок у соціальній мережі Фейсбук ЦГЗ та організацій, що дотичні до тематики дослідження.

Захід 3.1.4. Формування різного типу звітів за результатами дослідження для оперативного надання результатів ІБПД: технічний звіт щодо логістичного та формативного проведення дослідження, аналітичний звіт з агрегованими показниками поширеності ВІЛ, ВГС, ризикованої поведінки тощо, звіт-резюме з основними результатами.

Завдання 3.2. Оптимізувати роботу Національного порталу зі стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Необхідність оптимізації роботи Порталу зазначено в «Звіті про результати оцінки єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, в України: національний та регіональний рівні», відповідно до якого рекомендовано налагодити процес створення депозитарію та оцінок, який би містив протоколи, масиви даних, аналітичні звіти та інші матеріали досліджень.

Захід 3.2.1. Створення інтерактивної візуалізації та дешбордів для тріангуляційного аналізу за індикаторами досягнення цілей 90-90-90 та ефективності профілактики ВІЛ.
Захід 3.2.2. Формування бази публікацій на основні минулих раундів ІБПД.
Захід 3.2.3. Формування репозиторію даних минулих раундів ІБПД в Україні, що буде складатись з: Протоколу та інструментарію, масивів даних, звітів та інших матеріалів.
Захід 3.2.4. Забезпечення доступу до наявних матеріалів, зокрема банку даних, користувачам з попередньою реєстрацію для подальшого моніторингу використання даних.

Завдання 3.3. Посилити використання даних ІБПД як доказової бази для прийняття управлінських рішень на національному та регіональному рівнях

Захід 4.2.1. Залучення попередньо визначених стейкхолдерів національного та регіонального рівнів у процес планування та обговорення результатів ІБПД.
Захід 4.2.2. Надання рекомендацій програмного характеру за результатами ІБПД (наприклад, зміна обсягу набору послуг у профілактичному пакеті для ЛВНІ).
Захід 4.2.3. Проведення презентації результатів дослідження протягом перших 3-х місяців після підготовки фінального звіту для Обласних координаційних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.
Захід 4.2.4. Проведення тренінгів для регіональних фахівців з аналізу даних та використання результатів ІБПД.
Захід 4.2.5. Розповсюдження результатів ІБПД на міжнародному рівнів через презентації, тематичні зустрічі та конференції, публікації у рецензованих міжнародних наукових журналах.
Захід 4.2.6. Забезпечення наявності в анкет питань, відповіді на які будуть включені до Національного звіту України про досягнутий прогрес у здійсненні глобальних заходів у відповідь на СНІД в рамках стратегії ЮНЕЙДС (GAM).

Показники Національного звіту про досягнутий прогрес у здійсненні глобальних заходів у відповідь на СНІД за результатами ІБПД

ЛВНІ	СП	ЧСЧ
Поширеність ВІЛ; Тестування на ВІЛ; Охоплення антиретровірусною терапією представників, які живуть з ВІЛ; Використання презервативів; Охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції; Поширеність вірусних гепатитів (ВГВ та ВГС)		
Безпечна практика ін'єкцій	Поширеність активного сифілісу	

СТРАТЕГІЧНИЙ НАПРЯМ 4
ПОСИЛЕННЯ ПОТЕНЦІАЛУ ПЕРСОНАЛУ ІБПД, ЗОКРЕМА ЗАКУПІВЕЛЬНОГО

Кадровий персонал проведення ІБПД в Україні у 2018-2021 роках представлений фахівцями ЦГЗ, залученими консультантами, партнерами та основними стейкхолдерами.

Матриця залученого персоналу до проведення ІБПД в 2018-2021 рр.

Відповідно до наказу ЦГЗ від 19 липня 2018 року №38-од при ЦГЗ створена Комісія з питань етики, яка буде здійснювати експертизу всіх документів у межах ІБПД, супровід і моніторинг за дотриманням проведення досліджень на якісному рівні.

Завдання 3.1. Формування персоналу ІБПД в Україні

Захід 3.1.1. Розвиток та посилання аналітичного та дослідницького потенціалу Відділу координації наукових досліджень ЦГЗ, який відповідальний за проведення ІБПД.
Захід 3.1.2. Оцінка партнерства у сфері ВІЛ/СНІДу на національному та регіональному рівнях серед органів влади та органів місцевого самоврядування, державних установ, неурядових організацій, міжнародних організацій та проектів, ЗОЗ, у складі яких є лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції, і ЗОЗ, що надають медичну допомогу у зв'язку з ВІЛ, лідерів ключових спільнот, академічних закладів, дослідницьких організацій.
Захід 3.1.3. Формування Національної робочої групи з питань проведення ІБПД в Україні та забезпечення її роботи протягом всього періоду реалізації досліджень.
Захід 3.1.3. Формування регіональних робочих груп з питань проведення ІБПД в Україні з числа представників ЗОЗ, що здійснюють моніторинг за поширенням ВІЛ/СНІДу (центри СНІДу, центри громадського здоров'я), ключових груп, НУО, які працюють з цільовою групою дослідження, та регіональних координаторів збору даних.
Захід 3.1.4. Забезпечення роботи регіональних робочих груп з питань проведення ІБПД в Україні шляхом проведення мінімум п'яти зустрічей: на етапі формативного дослідження; через 1 тиждень після початку польового етапу у населеному пункті; через 2-3 тижні після старту полового етапу у населеному пункті; після закінчення польового етапу у населеному пункті; після підготовки фінальної версії звіту за результатами ІБПД.
Захід 3.1.5. Формування регіональних команд зі збору даних з шести основних позицій: регіональний координатор дослідження; координатор біологічного компоненту; купон-менеджер (RDS) або інтерв'юер-адміністратор (TLS); інтерв'юер; медичний спеціаліст, спеціалісти з ПТВ; соціальний працівник / психолог.
Захід 3.1.6. Формування команди регіональних консультантів з моніторингу за проведенням ІБПД у відповідних населених пунктах.
Захід 3.1.7. Формування команди незалежних зовнішніх експертів з моніторингу за дотриманням методології ІБПД у регіонах дослідницькою компанією.
Захід 3.1.8. Зміцнення потенціалу Національної референс-лабораторії з діагностики ВІЛ/СНІДу та залучення її персоналу до біологічного компоненту ІБПД в Україні.

До проведення ІБПД в Україні ЦГЗ залучає Національну референс-лабораторію з діагностики ВІЛ/СНІДу та регіональну лабораторію у м. Одеса. У ЦГЗ створено Відділ управління діяльністю лабораторій, який координує розбудову лабораторної мережі, зокрема переформатування та оснащення регіональних лабораторій у містах Львів і Харків, що поступово будуть залучатись до лабораторного компоненту ІБПД. Спеціалісти Національної референс-лабораторії з діагностики ВІЛ/СНІДу у межах ІБПД повинні мати потенціал, спрямований на досягнення та підтримання високого рівня точності та професійності проведення діагностичних досліджень, досліджень з контролю якості, а також досліджень вищого рівня (наприклад, лікарська резистентність, генотипування). Крім цього, лабораторні спеціалісти відвідують сайти ІБПД з метою моніторингу процедури тестування та контролю за управлінням лабораторними даними ІБПД у регіонах.

Можливі зміни	Передумови
Залучення регіональних лабораторій у містах Одеса, Львів, Харків до лабораторного аналізу у майбутніх раундах	Розширення мережі багатофункціональних лабораторій з діагностики ВІЛ у регіонах (Львів, Харків)
Залучення Державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» для проведення досліджень зразків СКК на недавню ВІЛ-інфекцію	Уповільнені темпи розбудови та ресурсна обмеженість Національної референс-лабораторії на момент реалізації підготовчого етапу ІБПД
Залучення Національної референс-лабораторії з діагностики ВІЛ/СНІДу до всіх етапів дослідження, від дизайну до розповсюдження результатів	Наявність потенціалу Національної референс-лабораторії відповідно до потреб всіх етапів ІБПД

Завдання 3.2. Якісна підготовка персоналу ІБПД в Україні

Захід 3.2.1. Проведення тренінгів для національної команди ІБПД, зокрема з тем: візуалізація даних, зокрема картографування, методики та алгоритм проведення оцінки чисельності представників КГ, програмне забезпечення R, RDS-Analyst та SPSS, аналіз даних на основі RDS та TLS, забезпечення етичних принципів дослідження за участю людей, підготовка наукових публікацій в міжнародні видання.

Захід 3.2.2. Проведення тренінгів для регіональних команд ІБПД, зокрема з тем: методика та процедури проведення формативної оцінки, проведення опитування та біологічного компоненту, дотримання СОП, навички комунікації з респондентами та особливості роботи з КГ, безпека та дотримання професійної етики під час реалізації дослідження.

Захід 3.2.3. Проведення тренінгів для медичних працівників та надавачів ПТВ без медичної освіти у межах ІБПД, зокрема з тем: процедури проведення ІБПД, послуги з тестування на ВІЛ відповідно до Національного протоколу з ПТВ, безпека та дотримання етичних засад під час реалізації дослідження, а також проведення зовнішньої оцінки якості для перевірки кваліфікації фахівців у форматі практичних занять з реального збору та аналізу біологічних даних.

Захід 3.2.4. Проведення тренінгів для консультантів з моніторингу ІБПД, зокрема з тем: методологія проведення ІБПД, оцінка дотримання регіональними командами Протоколу дослідження та СОП, звітність щодо ситуації на сайті, зокрема наявність подій, які можуть позначитись на якості зібраних даних.

Захід 3.2.5. Проведення тренінгів для лабораторних спеціалістів, зокрема з тем: етапи реалізації ІБПД, здійснення лабораторних досліджень у межах ІБПД, аналіз та використання результатів ІБПД, якість досліджень з визначення серологічних маркерів, CD4-клітин та вірусного навантаження ВІЛ.

Захід 3.2.5. Забезпечення зовнішньої оцінки якості та акредитації Національної референс-лабораторії з діагностики ВІЛ/СНІДу відповідно до вимог ДСТУ EN ISO 15189:2015.

Захід 3.2.6. Проведення тренінгів або вебінарів для потенційних користувачів даних ІБПД, зокрема з аналізу та використання даних, оцінки чисельності представників КГ тощо.

Усі учасники регіональної команди пройдуть перехресну підготовку у межах соціологічного та біологічного компонентів з метою забезпечення сталості функціонування сайту та продовження проведення дослідження під час відсутності окремого фахівця у певний проміжок часу.

3.3. Посилення закупівельного потенціалу

Для здійснення закупівель у межах ІБПД ЦГЗ буде використовувати державну платформу публічних закупівель ProZorro. Оскільки специфікою проведення тендерів через ProZorro є застосування цінового критерію до вибору пропозиції-переможця, стандартна процедура відкритих торгів не є придатною для закупівель у межах досліджень. Натомість, ЦГЗ буде використовувати інші дві можливі опції ProZorro:

(1) закупівля в умовах крайньої необхідності, яка здійснюється в короткі терміни на засадах конкурентного діалогу та не має обмежень в сумі закупівлі;

(2) проведення специфічних закупівель, що передбачає переговорну процедуру закупівель та встановлення різних варіацій вагових коефіцієнтів, за якими обирається переможець.

Захід 3.3.1. Проведення тендерів на закупівлю медичних виробів і витратних матеріалів для біологічного компоненту ІБПД через закупівлю послуг з надання необхідних матеріалів на 1 учасника дослідження з цільової групи.

Захід 3.3.2. Проведення тендерів на закупівлю послуг з координації польового етапу, з організації моніторингових візитів, з проведення незалежного моніторингу ІБПД, з дизайну, верстки та тиражування інформаційних матеріалів.

Захід 3.3.3. Проведення тендерів на закупівлю планшетів для проведення ІБПД, програмного забезпечення для опитування.

Захід 3.3.4. Контрактування спеціалістів зі створення скриптів, налагодження та забезпечення роботи онлайн-анкети, з лабораторного аналізу ІБПД, з моніторингу проведення ІБПД, з обробки та аналізу даних, з корегування Національного порталу зі стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

Можливі зміни	Передумови
Самостійна закупівля ЦГЗ матеріалів для біологічного компоненту ІБПД	Зміни у законодавстві щодо порядку проведення закупівель виробів медичного призначення державними установами
Закупівля матеріалів для біологічного компоненту ІБПД через посередників, наприклад, МБФ «Альянс громадського здоров'я» або «БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»	Неможливість закупити послуги з надання необхідних матеріалів для біологічного компоненту ІБПД через систему ProZorro

5 ЯКІСТЬ ДАНИХ ІБПД

Одночасно з розпочатою процедурою щодо інституалізації проведення ІБПД в Україні, одним з пріоритетів для ЦГЗ є забезпечення дослідження належної якості.

Механізм забезпечення якості проведення ІБПД в Україні

Етап планування ІБПД	Протокол та стандартні операційні процедури дослідження погоджуються з Національною робочою групою з питань проведення ІБПД в Україні. Затвердження Протоколу та інструментарію ІБПД з Комісією з питань етики ЦГЗ та етичною комісією фінансуючої сторони (за наявності). На основі Протоколу та СОП здійснюється підготовка персоналу, а наявність та дотримання документу на сайтах перевіряється під час моніторингових візитів. Проведення профільного навчання для підготовки фахівців зі збору даних, а саме: регіональних координаторів, медичних працівників, регіональних команд зі збору даних, консультантів з моніторингу за проведенням ІБПД, лабораторних спеціалістів.
Польовий етап	Використання електронного інструментарію, що виключає можливі помилки під час вводу даних, дозволяє автоматично відстежувати RDS-купони та виплати компенсації учасникам, перевіряти показники рекрутингу та якість проведення дослідницького та біологічного компонентів. Здійснення моніторингових візитів на сайти дослідження представниками ЦГЗ, консультантами з моніторингу, фінансуючою стороною, незалежною дослідницькою агенцією, Національною робочою групою з питань проведення ІБПД. Регіональні команди щотижня звітують про хід збору даних у регіоні, а саме: показники рекрутингу, кількість зібраних зразків СКК, перелік непередбачуваних проблем і серйозних небажаних явищ, заходи, які були вжиті для подолання проблем. Регіональні команди передають інформацію до ЦГЗ про непередбачувані проблеми та серйозні небажані явища не пізніше 3-х днів після виявлення.
Етап обробки та аналізу даних	Управління даними, зокрема на етапах обробки та аналізу даних, здійснюється відповідно до Плану управління даними ІБПД як частини Протоколу. Аналіз здійснюється у відповідності до Плану аналізу даних як частини Протоколу. Впровадження системи менеджменту даних у Національній референс-лабораторії для ефективної реєстрації, відслідковування зразків біоматеріалу та пов'язування їх з даними опитування. Менеджмент якості роботи лабораторії (документування процедур і зразків, повторне тестування частини зразків) є ключовими для отримання надійних результатів результатів ІБПД.

Стандартні операційні процедури – це набір інструкцій, згідно яких проводиться дослідження, та які забезпечують узгоджений алгоритм збору даних на всіх сайтах ІБПД.

Орієнтовна структура СОП з покроковим алгоритмом дій щодо конкретного аспекту проведення ІБПД включає низку розділів, а саме:

(1) Привітання респондентів, рекрутинг і скринінг;

(2) Отримання інформованої згоди на участь у дослідженні;

(3) Забезпечення конфіденційності учасника дослідження;

(4) Заповнення інструментарію дослідження;

(5) Проведення до- та після-тестового консультування, повідомлення результатів тестування;

(6) Переадресація до ЗОЗ та/або програм з профілактики, залежно від результату тестування;

(7) Швидке тестування учасників дослідження на ВІЛ, ВГС та інші ІПСШ, передбачені Протоколом ІБПД;

(8) Підготовка, зберігання та транспортування сухої краплі крові;

(9) Компенсація респондентам у дослідженні та рекрутинг вторинних респондентів;

(10) Алгоритм дослідження для учасників;

(11) Забезпечення безпеки на сайті дослідження для учасників і персоналу;

(12) Організація роботи команди на сайті дослідження, активація та закриття сайту;

(13) Менеджмент даних на сайті дослідження;

(14) Щотижнева звітність;

(15) Моніторинг проведення та забезпечення якості даних.

План управління даними – це документ, в якому визначаються ресурси та інструменти, необхідні для збору, зберігання, аналізу та використання даних, що дозволяє ефективно спланувати введення, очищення та аналіз даних, контролювати якість даних, керувати використанням і обміном даними, забезпечити постійне управління та документацію даних. План управління даних охоплює щонайменше дві бази даних – дані опитування, лабораторні дані (база управління купонами RDS – за доцільності), які пов’язані між собою через ідентифікаційний номер учасника.

Документ складається з низки компонентів, а саме: документація даних, словник даних, унікальний ідентифікатор учасника, перевірка якості даних, схема пропуску питань, введення даних, конфіденційність даних, доступ до використання даних, резервне копіювання даних, архівація даних та контроль версій, захист і зберігання даних.

У межах Плану управління даними розробляється «словник даних», який містить: назви та опис змінних; можливі значення для кожної змінної; тип змінних; коди для пропущених значень; вторинні змінні, створені за допомогою коду, алгоритму або командного файлу; ваги відповідно до конкретної змінної.

План аналізу даних – документ, який містить заздалегідь визначенні підходи до стратегії вибірки, чистки даних і перекодування змінних, стратегії роботи з пропущеними значеннями, типу зважування даних, показників поширеності ВІЛ та ризикованої поведінки, формату таблиць, агрегованих показників та аналізу трендів, двовимірного та багатовимірного аналізу. У Плані аналізу даних зазначається роль та обов'язки кожного фахівця, задіяного на етапі аналізу даних, графік аналізу даних і публікацій звітів/статей, підхід до використання попередніх масивів даних ІБПД та необхідні перекодування змінних в них.

Загальні підходи до аналізу даних ІБПД відповідно до основних завдань

1. ОЦІНИТИ ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ	При використанні методу RDS поширеність ВІЛ оцінюють за допомогою зважування отриманих у ході дослідження даних щодо поширеності ВІЛ у вибірці на розмір особистої соціальної мережі респондента (а саме: кількість представників цільової групи старше 14 років, яких респондент бачив протягом останніх 30 днів). Отримані показники в кожному населеному пункті агрегують у загальний національний показник поширеності ВІЛ. При використанні методу TLS поширеність ВІЛ оцінюють за допомогою зважування, де вагами виступає інформація у межах кожної точки. А саме: загальна кількість осіб цільової групи на точці; кількість осіб на точці в момент проведення дослідження; кількість осіб цільової групи, які взяли участь у дослідженні. Подальший аналіз здійснюється за алгоритмом, аналогічним до RDS.
2. ОЦІНИТИ ПОШИРЕНІСТЬ ПОВЕДІНКОВИХ ПРАКТИК, ПОВ'ЯЗАНИХ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ І ВИКОРИСТАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ І ЛІКУВАЛЬНИХ ПОСЛУГ	Інструментарій містить запитання про ризиковану поведінку щодо ВІЛ, досвід вживання алкоголю та наркотичних речовин, особливості сексуальної або ін'єкційної поведінки, користування профілактичними та медичними послугами. Незалежні змінні за цими питаннями використовують для аналізу наявності зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Незважаючи на крос-секційний дизайн дослідження, який не дозволяє зробити висновки за причинно-наслідковими зв'язками, за допомогою двовимірного аналізу можна визначити категорії населення, які найбільш уражені ВІЛ. Висновки щодо зв'язків між незалежними та залежними змінними будуть отримані після побудови багатофакторної моделі. Детермінанти інфікування ВІЛ встановлюють з використанням багатовимірного регресійного логістичного аналізу.
3. ОЦІНИТИ РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ВІЛ	Біологічний компонент ІБПД передбачає отримання результатів швидких тестів на недавню інфекцію та тесту «суха крапля крові» на вірусне навантаження, які будуть використані для розрахунку захворюваності на ВІЛ-інфекцію у кожній цільовій групі. Підходи до розрахунку захворюваності будуть враховувати використаний підхід до вибірки (RDS або TLS) та додатково погоджуватись з міжнародними експертами та фахівцями зі статистики.
4. РОЗРАХУВАТИ ІНДИКАТОРИ КАСКАДУ ПОСЛУГ І ЛІКУВАННЯ СЕРЕД ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ	Отримані під час ІБПД дані є придатними для розрахунку індикаторів відповідно до каскаду послуг і лікування серед ВІЛ-позитивних осіб з цільових груп, зокрема для моніторингу прогресу досягнення цілей ЮНЕЙДС для подолання епідемії ВІЛ/СНІДу «90-90-90» та для визначення прогалин в існуючих профілактичних і лікувальних програмах. Отримані результати також стануть основою для прийняття рішення щодо профілактичних програм серед цільових груп, що особливо важливо у рамках досягнення алгоритму «20-50-80», за яким держава зобов'язана до 2020-го року на 80% фінансувати та визначати дизайн профілактичних програм у сфері ВІЛ/СНІДу.
Основні характеристики цільової групи дослідження будуть стратифіковані за статтю, віковою групою та іншими змінними. Для порівняння показників будуть використані статистичні тести залежно від типу змінних і розподілу даних (хі-квадрат або тест Фішера, t-критерій Стьюдента або критерій Краскела–Уолліса).	

Проведення ІБПД є одним з джерелом даних для оцінки чисельності представників КГ в Україні. Завдання проведення оцінки чисельності:

(1) розуміння потенційної ролі КГ у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні;

(2) прогнозування ситуації щодо ВІЛ/СНІДу в країні та поширення епідемії;

(3) оцінка майбутнього масштабу епідемії ВІЛ-інфекції у випадку відсутності ефективних профілактичних заходів;

(4) оцінка рівня охоплення цільових груп профілактичними послугами;

(5) визначення кількісних показників розвитку профілактичних програм;

(6) отримання інформації для планування розвитку ВІЛ-сервісних послуг.

Для оцінки чисельності можуть використовувати прямі методи (опитування населення та «методи розширення масштабу мережі») або непрямі, як це відбувається в Україні. До непрямих методів оцінки чисельності відносять:

(1) перепис і перерахунок (census and enumeration), тобто кількість осіб цільової групи встановлюють на підставі даних щодо їх кількості на окремих сайтах;

(2) метод «повторного охоплення» (capture-recapture) застосовують при наявності даних декількох раундів ІБПД. Використання методу передбачає включення до інструментарію другої хвилі дослідження питання про аналогічний досвід участі респондента в опитуванні першої хвилі. Знаючи кількість опитаних першого разу та їх частку у вибірці другого «охоплення», оцінюють загальну чисельність цільової групи;

(3) «метод коефіцієнтів» (multiplier method) використовують для оцінки чисельності представників цільової групи на основі інформації мінімум з двох незалежних джерел. Наприклад, такими джерелами є статистичний показник зареєстрованих СП у НУО і частка СП, які підтвердили свою приналежність до спільноти під час проведення ІБПД. Загальну чисельність СП встановлюють на основі обсягу цього перетину.

Алгоритм аналізу оцінки чисельності представників ключових груп в Україні

1. РОЗРАХУНОК ОЦІНОК НА ЛОКАЛЬНОМУ РІВНІ (НА РІВНІ НАСЕЛЕНОГО ПУНКТУ)	Визначається найширший імовірний діапазон чисельності цільової групи в місті дослідження з урахуванням обмежувальних мінімуму (статистика госпіталізації до наркологічних диспансерів) та максимуму (показник чисельності населення населеного пункту віком від 15 до 59 років залежно від цільової групи).
2. ТРІАНГУЛЯЦІЯ ОТРИМАНИХ ДАНИХ	Критерій для визначення рекомендованих для використання усереднених показників чисельності – зона перетину максимальної кількості оціночних діапазонів, та подальше їх погодження з експертами. Якщо отримані показники надто різняться між собою, додатково використовується показник «подвійної проблематики», наприклад, на основі оціночного діапазону чисельності ЛВНІ і відповідей ЛВНІ та СП на запитання анкети.
3. ЕКСТРАПОЛЯЦІЯ ЛОКАЛЬНИХ ОЦІНОК НА РІВЕНЬ ОБЛАСТІ	Використання екстраполяційних множників, які визначає Національна робоча група з питань проведення ІБПД.

6 ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ІБПД

Механізм забезпечення дотримання етичних засад ІБПД

Етап планування ІБПД	Протокол та стандартні операційні процедури дослідження проходять експертизу в Комісії з питань етики ЦГЗ та в етичній комісії фінансуючої сторони (за наявності), будуть погоджені з Національною робочою групою з питань проведення ІБПД. Висновок Комісії з етики має відповідати: положенням з питань медичної етики МОЗ України №281 від 01.11.2002 р.; положенням та принципам Гельсінської декларації, прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964-2000 рр.); Міжнародному кодексу медичної етики (1983 р.); Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (1997 р.); відповідним положенням ВООЗ і Міжнародної ради медичних наукових товариств; законам України. Дослідницька команда проходить тренінг з етичних стандартів проведення дослідження та отримує підтверджуючий сертифікат. Для національної команди обов'язковим є проходження онлайн-курсу – Human Research – Group 2 Social & Behavioral Research Investigators від CITI Program або Protecting Human Research Participants від The National Institutes of Health. Регіональні команди проходять тренінг з етичних стандартів у межах підготовки до збору даних. Усі члени команди підписують угоду про конфіденційність, де пояснено процедури роботи з конфіденційними даними та відповідальність за порушення угоди.
Польовий етап	Участь у дослідженні беруть ті представники цільової групи, які надали добровільну інформовану згоду та підписали відповідну Форму. Учасники отримають контактну інформацію головного дослідника, Комісії з питань етики ЦГЗ та представників регіональної команди. Учасники зможуть звернутись до будь-кого з них з питаннями або коментарями щодо дослідження, зокрема у випадку, якщо участь або неможливість участі у дослідженні заподіяла шкоди учаснику. Особиста інформація учасника є конфіденційною. Учасник отримує унікальний код, а тим з них, які отримують ВІЛ-позитивний результат, буде запропоновано залишити персональні дані для організації перенаправлення на лікування. Приміщення для проведення дослідження обирається з урахуванням потенційних ризиків для учасників або дослідницької команди (наприклад, щоб відвідувачі сайту не могли почути відповіді на питання анкети або результати тестування). Команда не розголошує перелік сайтів до моменту збору даних.
Етап обробки та аналізу даних	Усі електронні дані дослідження зберігаються на захищених серверах ЦГЗ, а паперові – у закритих приміщеннях ЦГЗ. Документи та комп'ютери будуть захищені паролями (принаймні одна маленька літера, одна велика літера, одна цифра та один символ). Головна база дослідження має щонайменше три резервні копії. Доступ до даних і документів будуть мати лише головний дослідник і спів-дослідники, буде забезпечено розподіл обов'язків між персоналом (облік первинних даних і кодування, введення даних, аналіз, оформлення звіту). Під час поширення даних ЦГЗ буде зважати на мінімальний ризик заподіяння шкоди учасникам, дані за місцем проживанням будуть згруповані у більші категорії, а змінні, які можуть використовуватись для стигматизації, видалені з публічного масиву.

7 ФІНАНСУВАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ

Пріоритезація джерел фінансування ІБПД в Україні

	Підстава	Коментар
1. Державний бюджет	Підпункт «Державна програма громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» ЗУ України №2233-VIII «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України», що набуває чинності з 1 січня 2020-го року	Включення у пул коштів бюджетної програми окремої бюджетної лінії «Фінансування за напрямом громадське здоров'я»
2. Цільова програма	Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки або Розпорядження КМУ від 18 серпня 2017-го року №560-р «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я»	Державне фінансування ІБПД закладено в Проект Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки, який на момент складання Стратегічного плану перебуває на обговоренні.
3. Фонд наукових досліджень	Постанова КМУ від 4 липня 2018-го року №528 «Про Національний фонд досліджень України»	Отримання колективного або інституційного грантів відповідно до завдань Фонду, а саме: грантова підтримка фундаментальних наукових досліджень у галузі суспільних наук.
4. Місцеві бюджети	Обласні цільові соціальні програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2012-2023 роки як складова Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки	Наявність коштів за рахунок оптимізації витрат за закладеними статтями бюджету та за умови наявності залишку на кінець звітного року.
5. Міжнародні проекти та конкурси	База міжнародних проектів технічної допомоги та організацій, які проводять грантові конкурси у сфері громадського здоров'я	Моніторинг та подавання на конкурси на постійній основі для отримання коштів на проведення всього раунду ІБПД або на фінансування окремих компонентів дослідження.
6. Державно-приватне партнерство	Постанова КМУ від 25.11.2016-го року №384 «Про деякі питання організації здійснення державно-приватного партнерства»	Неурядові організації, дослідницькі організації та інші зацікавлені сторони пропонують включення в анкету ІБПД питань на платній основі для покриття витрат на окремий компонент ІБПД.

8 ЕТАПИ ТА СТРОКИ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ

Етапність впровадження Стратегічного плану

2018-2019	**ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП** Здійснюється інституціоналізація ІБПД на національному рівні та підготовка до ІБПД серед ЛВНІ у 2020-му році, проведення дослідження виключно до безпосереднього польового етапу. Акцент на формуванні персоналу ІБПД та посиленні спроможності ЦГЗ. Проведення ІБПД серед трансгендерів через суб-грантування дослідницької організації з досвідом проведення відповідних досліджень.
2020	**ЕТАП ВПРОВАДЖЕННЯ** Здійснюється реалізація ІБПД серед ЛВНІ з польового етапу до представлення результатів. Розпочинається підготовка до ІБПД серед ЧСЧ та СП у 2021-му році з урахуванням попереднього досвіду.
2021	**ЕТАП ОПТИМІЗАЦІЇ** Здійснюється реалізація ІБПД серед ЧСЧ та СП з урахуванням досвіду, отриманого під час проведення ІБПД серед ЛВНІ. Налагоджений алгоритм дій та розуміння слабких і сильних сторін реалізації дослідження забезпечують швидший і ефективніший результат.
2022-2023	**ЕТАП МАСШТАБУВАННЯ** На 2022-й рік забезпечено спроможність ЦГЗ самостійно проводити ІБПД. Попередньо планується провести ІБПД серед засуджених у 2022-му році та серед ЛВНІ та трансґендерів у 2023-му році.

9 МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ

Індикатори для моніторингу та оцінки:

(1) готовий продукт відповідно до конкретної активності;

(2) дотримання строків виконання.

Ці індикатори є ключовими, оскільки зміщення термінів виконання певної активності у межах ІБПД позначається на успішності виконання наступних активностей.

Активності, строки їх виконання, відповідальні сторони за виконання, очікувані якісні та кількісні показники детальніше зазначено у Додатку 1. Операційний план з проведення інтегрованих біоповедінкових досліджень серед ключових груп населення ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (2018-2021).

10 СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. WHO, CDC, UNAIDS, FHI 360. Biobehavioral survey guidelines for Populations at Risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance. Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/ World Health Organization (WHO); 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85511/1/9789241505826_eng.pdf, accessed 31 October 2018).

3. White RG, Hakim AJ, Salganik MJ, Spiller MW, Johnston LG, Kerr L et al. Strengthening the reporting ofobservational studies in epidemiology for respondent-driven sampling studies: “STROBE-RDS” statement. J Clin Epidemiol. 2015;68(12):1463–1471.

4. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance: Module 4: Introduction to respondent-driven sampling [WHO-EM/STD/134]. Eaton, L. A.: World Health Organization (WHO) Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2013 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2013_EN_1539.pdf, accessed 31 October 2018).

5. Global Health Sciences. Toolbox for conducting integrated HIV bio-behavioral surveillance (IBBS) in key populations. San Francisco: University of California; 2016 (https://globalhealthsciences.ucsf.edu/resources/integrated-hiv-bio-behavioral-surveillance-toolbox, accessed 31 October 2018).

6. WHO. Biorisk management: Laboratory biosecurity guidance. Geneva, World Health Organization (WHO). 2006 (http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/WHO_CDS_EPR_2006_6.pdf, accessed 31 October 2018).

7. WHO Consolidated guidelines on HIV testing services (WHO), 2015 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/, accessed 31 October 2018).

8. UNAIDS Terminology Guidelines, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/2015_terminology_guidelines, accessed 21 September 2015)