

ДОСТУП ДО МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ДЛЯ УКРАЇНСЬКИХ БІЖЕНЦІВ ПІД ТИМЧАСОВИМ ЗАХИСТОМ

Часті запитання щодо адвокації

Травень 2026

Передмова

24 лютого 2022 року росія розпочала повномасштабне військове вторгнення в Україну, що спричинило найбільшу кризу вимушеного переміщення в Європі з часів Другої світової війни. Протягом кількох тижнів мільйони українців втекли через кордон до країн-членів ЄС. У відповідь на це Європейський Союз вперше за свою двадцятирічну історію застосував Директиву про тимчасовий захист (TPD, 2001/55/ЄС), надавши громадянам України швидкий колективний захист без необхідності проходження індивідуальних процедур надання притулку.

Директива про тимчасовий захист надає переміщеним українцям право на проживання, роботу, доступ до освіти та, що особливо важливо, доступ до медичного обслуговування в усіх державах-членах ЄС. Впровадження прав на медичне обслуговування було залишено на розсуд національних урядів, що призвело до значної нерівності у рівні захисту в межах ЄС. Станом на 28 лютого 2026 року 4,40 мільйона громадян країн, що не входять до ЄС, які втекли з України, мали статус тимчасового захисту в державах-членах ЄС, і ця цифра постійно зростає з 2022 року. Дія Директиви була продовжена до 4 березня 2027 року, але це остаточне продовження вимагає термінового планування перехідного періоду, особливо для людей, які залежать від безперервного, життєво необхідного лікування.

Цей перелік запитань та відповідей адресовано інституціям ЄС, національним урядам та активістам громадянського суспільства. Він узагальнює рецензовані докази та офіційні дані, щоб довести, що безперервність медичного обслуговування для людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), людей, хворих на туберкульоз (ТБ), людей, які вживають наркотики (ЛВН), та інших ключових і вразливих груп населення, має бути юридично обов'язковим, непідлягаючим обговоренню компонентом будь-якого механізму переходу від Директиви про тимчасовий захист.

Питання 1. Які права на медичну допомогу наразі мають українські біженці відповідно до Директиви про тимчасовий захист?

Директива про тимчасовий захист встановлює мінімальний рівень прав у всіх державах-членах ЄС, включаючи доступ до невідкладної та швидкої медичної допомоги, лікування хронічних захворювань, педіатричної та акушерської допомоги, а також вакцинації, передбаченої національним календарем. Вона була активована одноголосним рішенням

Ради 4 березня 2022 року і з того часу щороку продовжується, востаннє — до 4 березня 2027 року.

На практиці Директива залишає питання впровадження на розсуд окремих держав-членів, що призводить до нерівних результатів. Порівняльний аналіз усіх 27 держав-членів ЄС підтвердив, що, хоча всі вони прийняли необхідні правові положення, існують значні відмінності у медичних послугах та фінансовому покритті, а також зберігаються значні бар'єри, пов'язані з мовою, пропускнуою спроможністю системи, адміністративною складністю та недостатньою обізнаністю як з боку постачальників послуг, так і з боку їхніх отримувачів (Kashnitsky et al., 2026).

Деякі країни інтегрували українських біженців у національну систему медичного страхування на умовах, що в цілому відповідають умовам для громадян, зокрема Німеччина, Чехія, Австрія та Нідерланди. Інші зберегли більш обмежені, багаторівневі або дискреційні системи: наприклад, у Румунії та Болгарії доступ до медичної допомоги, що виходить за межі невідкладної допомоги, вимагав активних кроків з реєстрації, з якими багато біженців не могли впоратися (Kardas et al., 2025).

Доступ до медичної допомоги в ЄС залишається глибоко обумовленим національними особливостями, регулюється 27 різними правовими рамками, системами страхування та адміністративними культурами, без обов'язкових мінімальних стандартів, що застосовуються на рівні ЄС. Доступ додатково стратифікований за географічним принципом у межах кожної країни: спеціалізовані послуги, адаптовані до потреб мігрантів, переважно зосереджені у великих міських районах, що означає, що біженці, які проживають у менших містах або сільських приймальних центрах, зазвичай мають гірші умови. Цей розрив між містом і селом є особливо гострим для ключових та вразливих груп населення: ЛЖВ, осіб на ОАТ, осіб з резистентним до ліків туберкульозом, лікування яких вимагає безперервності, нагляду фахівців та послуг, які рідко існують поза межами великих міст (Altice et al., 2023).

Питання 2. Чи існують задокументовані розбіжності між офіційними правами на охорону здоров'я та фактичним доступом до медичної допомоги?

Негайна реакція Європи на переміщення була загалом ефективною: активація Директиви про тимчасовий захист (TPD) швидко забезпечила мільйонам українських біженців доступ до медичної допомоги в усіх державах-членах, а дослідження підтверджують, що 20 із 27 країн ЄС розширили охоплення медичними послугами, яке загалом відповідає рівню громадян цих країн, причому доступ до вакцинації та рецептурних ліків отримав особливо високу оцінку від самих біженців (Mauer et al., 2025).

Проте розрив між формальними правами та реальним життям є суттєвим і добре задокументованим. Дослідження RefuHealthAccess (Kardas et al., 2025), транснаціональне опитування 550 українських біженців, виявило, що доступ до медичної допомоги при хронічних захворюваннях отримав найгіршу оцінку серед 11 оцінюваних категорій послуг: 41,8% респондентів оцінили його як «поганий» або «дуже поганий». Найчастіше згадуваними перешкодами були довгі терміни очікування (64,2%), мовні та інформаційні бар'єри (55,5%) та витрати з власної кишені (49,1%). Примітно, що майже 25% респондентів повідомили про тимчасове повернення до України для отримання послуг, недоступних у разі

потреби або недоступних за ціною в країні перебування. Це свідчить про структурну неспроможність систем охорони здоров'я країн перебування, а не про індивідуальні вподобання.

Якісне дослідження Kashnitsky et al. (2026), засноване на 122 глибинних інтерв'ю у Франції, Грузії, Німеччині, Естонії, Молдові та Польщі, додатково документує, як біженці з ВІЛ, туберкульозом та розладом, пов'язаним із вживанням опіоїдів, стикаються з багатошаровими системними, регуляторними та мовними бар'єрами, які неможливо подолати лише за допомогою офіційних прав. Біженці з ВІЛ описували, що через відсутність послуг перекладачів вони змушені звертатися до фахівців з інфекційних хвороб за всіма напрямками, тоді як люди, які вживають наркотики, часто приховували свої потреби в лікуванні через страх стигматизації.

Питання 3. Яка конкретна ситуація щодо людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ)?

Україна має один із найвищих показників поширення ВІЛ у Європі, де домінуючим шляхом передачі є гетеросексуальний контакт, що структурно відрізняється від епідемій, які в більшості західноєвропейських країн перебування переважно поширюються серед ЧСЧ. Дослідження ВООЗ/ЄЦБЗ виявило, що станом на березень 2023 року щонайменше 6 519 українських біженців отримували АРТ у ЄС, що становить 1,5 на 1 000 зареєстрованих біженців. Серед 11 країн, що надали дані за тривалий період, кількість українських біженців, які отримували АРТ, зросла на 74% у період з липня 2022 року по березень 2023 року, що відображає стрімке зростання попиту в країнах призначення, що приймають біженців з України () (Kuchukhidze et al., 2024). Дослідження ЛЖВ з України в Чехії показало, що 30% змінили схеми АРТ після прибуття, що викликає занепокоєння щодо вірусної супресії та резистентності до препаратів (Massmann et al., 2023).

Поза межами офіційних систем охорони здоров'я надзвичайно важливими для побудови довіри та забезпечення доступу ЛЖВ до медичної допомоги виявилися громадські мережі солідарності, особливо на найпершому та найбільш дезорієнтуючому етапі переміщення. Кашніцький та ін. (2025) описують, як українські організації, очолювані рівними, та діаспоральні мережі з питань ВІЛ, що діють транснаціонально в Німеччині та Польщі, виконували роль важливих посередників: вони знаходили щойно прибулих ЛЖВ через неформальні канали, надавали поради українською мовою щодо орієнтування у незнайомій системі охорони здоров'я, розподіляли АРТ у надзвичайних ситуаціях та супроводжували біженців на прийом до лікаря, коли не було перекладачів. Важливо, що ці мережі діяли на основі спільної ідентичності, пережитого досвіду та довіри — ресурсів, які офіційні системи охорони здоров'я, хоч би якими були їхні добрі наміри, структурно не можуть відтворити. НУО, очолювані мігрантами та біженцями, такі як UkrPlusDE, HelpNow, platform, також забезпечували зв'язок із медичною допомогою в режимі реального часу через Telegram, Instagram та онлайн-консультації з фахівцями з інфекційних хвороб, які розмовляють українською мовою, досягаючи щойно прибулих ЛЖВ з України та супроводжуючи їх до пунктів надання медичної допомоги (ЮНЕЙДС, 2022).

Рекомендація

- Гарантувати безперешкоджений доступ до АРТ незалежно від правового статусу.

- Розширити тестування на ВІЛ та забезпечення доступу до лікування для новоприбулих та біженців, які перебувають у країні тривалий час.
- Інвестувати в послуги з ВІЛ, що враховують потреби мігрантів та контекст передачі ВІЛ в Україні.
- Визнати та підтримувати громадські організації, очолювані мігрантами, як важливі складові системи охорони здоров'я в усьому ЄС.

Питання 4. Які конкретні ризики існують для українських біженців, хворих на туберкульоз (ТБ)?

У 2022 році кількість зареєстрованих випадків ТБ серед українців у ЄС/ЄЕЗ зроста майже в чотири рази — з середнього показника 201 випадку (2019–2021 рр.) до 780 випадків, і майже 20 % усіх зареєстрованих у ЄС/ЄЕЗ випадків ТБ з резистентністю до ліків були серед осіб українського походження (Stoycheva et al., 2024). Лікування МРТБ/РР-ТБ є нагальним клінічним та пріоритетом у сфері громадського здоров'я, оскільки курси лікування тривають 6–20 місяців, а будь-яке переривання може спричинити розвиток подальшої резистентності.

Багатонаціональне дослідження виявило, що 71% випадків туберкульозу серед українських біженців зосередилися лише у трьох країнах, що їх прийняли, — Німеччині, Польщі та Чехії, — що підкреслює необхідність справедливого розподілу навантаження та координації на рівні ЄС (de Vries et al., 2024). Кашніцький та ін. (2025) описують, як структурні фактори ризику, переповнені житлові приміщення, тривалий робочий день, погане харчування та холодні умови створюють сприятливі умови для активації та передачі туберкульозу серед переміщених осіб.

Існують позитивні моделі: Польща у партнерстві з ВООЗ та організацією «Лікарі без кордонів» запровадила амбулаторне лікування лікарсько-резистентного туберкульозу за допомогою коротких схем, гарячу лінію з питань туберкульозу українською мовою та відеопідтримувану терапію під безпосереднім наглядом (VDOT). Європейське регіональне бюро ВООЗ сприяло передачі даних про пацієнтів з Національної програми боротьби з туберкульозом України, щоб забезпечити безперервність лікування для пацієнтів, які перетнули кордон у процесі лікування (de Vries et al., 2024).

Рекомендація

- Систематизувати скринінг на туберкульоз серед новоприбулих та довгострокових біженців.
- Встановити протоколи транскордонного обміну даними про пацієнтів із Національною програмою боротьби з туберкульозом України.
- Інвестувати в телемедицину для лікування МР/РР-туберкульозу.
- Застосувати модель партнерства між Польщею та ВООЗ на рівні ЄС із виділенням спеціального фінансування.
- Залучити громадянське суспільство та громадські організації як офіційних партнерів у сфері лікування туберкульозу для проведення інформаційно-просвітницької роботи, зміцнення довіри та підтримки дотримання режиму лікування.

Питання 5. Яка ситуація щодо людей, які вживають наркотики, зокрема тих, хто проходить лікування агоністами опіоїдів (ОАТ)?

Україна має один із найвищих показників вживання опіоїдів у Європі: за оцінками, 350 000 осіб вживають ін'єкційні наркотики, що становить приблизно 1,7 % дорослого населення. ОАТ (метадон або бупренорфін) є золотим стандартом науково обґрунтованого лікування вживання опіоїдів та важливим інструментом профілактики ВІЛ. ОАТ не можна переривати: раптове припинення лікування спричиняє синдром відміни, рецидиви, передозування та збільшення передачі ВІЛ — це болючий урок, отриманий, коли незаконна анексія Криму Росією у 2014 році призвела до раптового закриття програм ОАТ (Altice et al., 2023).

Українські біженці, які отримують ОЗТ, стикаються з серйозними перешкодами в країнах ЄС, що їх приймають: бюрократичні затримки з реєстрацією, що тривають від тижнів до місяців; географічна недоступність клінік ОЗТ, зосереджених у великих містах; обмежена кількість лікарів, які призначають ОЗТ; приховування потреби в лікуванні через стигму; а також заборони на ввезення ліків для ОЗТ, що діють у конкретних країнах. У Румунії, яка є однією з основних транзитних країн та країн, що приймають біженців, до початку кризи з біженцями існувало лише п'ять державних клінік ЗПТ, які обслуговували країну з поширеністю ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків на рівні 16%.

Рекомендація

- Запровадити прискорену реєстрацію на ОЗТ для переміщених осіб (протягом 24–72 годин після прибуття).
- Розширити географічне покриття постачальників ОЗТ та інвестувати у мобільне надання ОЗТ.
- Дозволити тимчасове видавання доз препаратів для прийому вдома з урахуванням графіків роботи.
- Фінансувати навчання медичних працівників з питань призначення ОАТ для біженців.
- Залучити громадянське суспільство, мережі рівних, очолювані мігрантами, та організації зі зменшення шкоди як офіційних партнерів з інформування про ОАТ, особливо для осіб, які вживають наркотики (ПВУД), які не повідомляють про свої потреби у лікуванні після прибуття.

Питання 6. Який поточний статус TPD і які ризики несе його потенційне припинення?

Тимчасова захисна директива (ТЗД) була офіційно продовжена до 4 березня 2027 року рішенням Ради в липні 2025 року, відповідно до пропозиції Європейської комісії від 4 червня 2025 року. Це п'яте продовження супроводжувалося Рекомендацією Ради щодо скоординованого переходу, в якій закликали держави-члени підготувати національні правові рамки для українців після закінчення терміну дії захисту на рівні ЄС. Європейська комісія прямо визнала, що безпечних та стабільних умов для повернення до України наразі не існує і що не можна виключати подальшого масового припливу біженців.

Громадські організації попередили, що якщо не розпочати роботу зараз, чергове продовження на один рік може стати єдиним варіантом за замовчуванням (HIAS, 2025). Робочий документ ECRE (2026) «Перехід до чого?» задокументував відсутність адекватних національних правових шляхів для більшості бенефіціарів TPD у більшості держав-членів.

Більше того, станом на 28 лютого 2026 року кількість справ за програмою тимчасового захисту продовжує зростати, сягнувши 4,40 млн осіб, частково через указ уряду України наприкінці серпня 2025 року, який дозволив чоловікам віком 18–22 років виїжджати з України, що спричинило пік нових рішень щодо тимчасового захисту восени 2025 року (Eurostat, 2026).

Для людей, які перебувають на лікуванні, що підтримує життя, термін у березні 2027 року не є адміністративним переходом, це може стати клінічною надзвичайною ситуацією. Переривання лікування для ЛЖВ спричиняє рецидив вірусу та резистентність до ліків; переривання лікування МРТБ породжує подальшу резистентність; припинення ОАТ спричиняє абстинентні симптоми, передозування та посилення ризикованої поведінки, що веде до вищого ризику передачі ВІЛ.

Питання 7. Які механізми переходу необхідні для захисту права на здоров'я після березня 2027 року?

Доказова база сходиться на таких структурних вимогах для перехідного періоду щодо ТРД, що враховує аспекти охорони здоров'я:

- Гарантія безперервності лікування для всіх бенефіціарів ТРД, які отримують лікування від ВІЛ, туберкульозу, раку, ОАТ, діабету або інших хронічних захворювань — встановлена до закінчення терміну дії ТРД, що гарантує доступ незалежно від переходу міграційного статусу.
- Інтеграція в національні системи медичного страхування як стійкий стандарт для біженців, які перебувають у країні тривалий час і мають хронічні захворювання (а не на основі проектів чи гуманітарної допомоги).
- Мінімальні стандарти на рівні ЄС щодо переходу в сфері охорони здоров'я, закріплені в Рекомендації Ради, повинні містити чітку гарантію того, що жодні зміни міграційного статусу, включаючи перехід з режиму тимчасового захисту, не можуть призвести до переривання поточного лікування хронічних, інфекційних або небезпечних для життя захворювань. Безперервність надання медичної допомоги має бути юридично захищена незалежно від статусу особи на момент переходу.
- Офіційне оформлення транскордонної координації з органами охорони здоров'я України для обміну даними про хворих на туберкульоз, управління ланцюгом постачання АРТ та продовження ОАТ.
- Громадські організації офіційно залучені до планування перехідного періоду та співфінансуються державами-членами, причому багаторічні зобов'язання щодо фінансування виходять за межі терміну дії ТРД.
- Систематичний збір даних про використання медичних послуг бенефіціарами ТРД, з розбивкою за захворюваннями та групами населення, для забезпечення планування та розподілу ресурсів на основі фактичних даних.

Питання 8. Чи отримують країни, що приймають біженців, вигоду від прийому українських біженців, і чи не загрожує інвестиція в їх соціальну інтеграцію притягненням надмірної кількості біженців?

Докази щодо обох питань є однозначними: прийом українських біженців приносить конкретні, вимірювані вигоди для приймаючих суспільств, насамперед у сфері охорони

здоров'я, а побоювання, що щедра політика спричинить непропорційні потоки до держав із найвищим рівнем соціального забезпечення, є емпірично безпідставними.

Українські біженці мають винятковий демографічний профіль — переважно це жінки працездатного віку, високоосвічені, з професійною кваліфікацією у сферах охорони здоров'я, інженерії та освіти. Їхній економічний внесок є значним: у Польщі дослідження Deloitte, проведене на замовлення УВКБ ООН, показало, що українські біженці збільшили реальний ВВП на 2,7% лише у 2024 році, що еквівалентно 23,1 млрд євро додаткового економічного випуску. По всій Європі рівень зайнятості українських мігрантів до 2024 року досяг 64% від населення працездатного віку, що лише на 7 процентних пунктів нижче середнього показника у приймаючих країнах. Ретельне економетричне дослідження в Чехії не виявило жодних негативних наслідків для зайнятості місцевих працівників незалежно від рівня освіти, статі чи галузі (Postepska & Voloshyna, 2025, CEPR VoxEU).

Дивіденди від медичного персоналу

Найбільш безпосередньою вигодою для осіб, що приймають рішення в системі охорони здоров'я, є інтеграція українських медичних працівників у національні системи охорони здоров'я, які постійно відчувають нестачу кадрів. У Чехії кількість активних українських медичних працівників до лютого 2026 року сягнула 2 841 особи, що на 55% більше, ніж у 2022 році, зокрема 1 098 лікарів, 242 стоматологи та понад 1 490 медсестер. Керівники лікарень віддають їм належне за стабілізацію сектору, який тривалий час страждав від нестачі персоналу, відзначаючи, що багато хто з них має досвід інтенсивної терапії та лікування травм, набутий у воєнних умовах. У Польщі понад 2 300 лікарів-біженців та 1 000 медсестер скористалися спрощеною процедурою отримання дозволу на роботу. Порівняльне дослідження українських лікарів у Німеччині та Польщі показало, що їхня інтеграція посилює кадровий потенціал у сфері охорони здоров'я та допомагає полегшити дефіцит лікарів, а їхнє володіння українською мовою робить їх незамінними клінічними та культурними посередниками для пацієнтів-співвітчизників (Hointza et al., 2025).

Цей кадровий дивіденд нерозривно пов'язаний з аргументом на користь стабільних інвестицій у сферу охорони здоров'я: українські медичні працівники, які втратять легальний статус або доступ до медичного обслуговування, покинуть країни перебування, позбавивши їх як робочої сили, так і ролі надійних клінічних посередників для спільнот біженців із хронічними захворюваннями.

Чому щедрість соціальної допомоги не впливає на вибір країни призначення

Постійною проблемою є побоювання, що розширення соціальних та медичних прав спричинить надмірний вторинний рух до найщедріших держав з соціальною системою. Фактичний розподіл українських біженців прямо суперечить цьому. Станом на 28 лютого 2026 року Польща, країна з більш скромним соціальним забезпеченням та нижчими зарплатами, ніж у більшості країн Західної Європи, прийняла 966 595 осіб, які отримують допомогу на утримання, тоді як Франція, що має одну з найповніших систем соціального захисту в ЄС, прийняла менше ніж 56 000 осіб: приблизно у 18 разів менше на душу населення (Eurostat, 2026). У знаковому дослідженні PNAS (Adema et al., 2025) було безпосередньо перевірено гіпотезу про «магніт соціального забезпечення» і встановлено, що можливості працевлаштування, соціальні мережі та мовна близькість є домінуючими чинниками вибору місця призначення, тоді як щедрість соціальної допомоги не показала статистично

значущого впливу в жодній з перевірених підгруп. Біженці не перетинають три кордони заради кращих пільг, вони оселяються там, де мають спільноту, роботу та стабільність. Гармонізація прав на медичне обслуговування у бік підвищення не дестабілізує міграційні потоки; вона збереже чотири роки важко здобутого досвіду лікування хронічних захворювань та утримає кваліфікованих медичних працівників, яких держави-члени ЄС не можуть собі дозволити втратити.

Питання 9. Яку роль відіграють громадські та громадські організації, і чому їхнє фінансування має бути захищене?

Докази послідовно показують, що громадські організації (ГО) та мережі рівних були незамінними у подоланні розриву між офіційними правами та фактичним доступом. Kashnitsky et al. (2025) задокументували, як очолювані українцями НУО, мережі підтримки рівних та громадські захисники здоров'я сприяли доступу до АРТ через неформальний перерозподіл, супроводжували біженців на прийом до лікаря, проводили роботу з ЛЖВ, які самостійно відмовилися від послуг систем охорони здоров'я, та виступали в ролі культурних і мовних посередників там, де були відсутні послуги професійних перекладачів. У Молдові та Грузії організації громадянського суспільства, що мали попередній досвід роботи з механізмами координації Глобального фонду, швидко розширили послуги для українських біженців, продемонструвавши незамінну цінність існуючих мереж.

Ці функції не є допоміжними, а мають структурний характер. У ситуаціях, коли системи охорони здоров'я приймаючих країн не враховують особливих потреб мігрантів і коли підготовка медичних працівників з питань передачі ВІЛ гетеросексуальним шляхом, мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) або замісної терапії опіоїдами (ЗТО) є обмеженою, громадські організації часто стають єдиним дієвим каналом доступу до медичної допомоги для найбільш вразливих верств населення. Проте їхнє фінансування переважно базується на проектах, є обмеженим у часі та безпосередньо пов'язане з існуванням ТПД, а це означає, що закінчення терміну дії ТПД загрожує розпадом цієї інфраструктури саме тоді, коли перехідний період потребує її найбільше.

Рекомендація

- Офіційно закріпити статус громадських організацій як структурних партнерів у національних планах переходу в галузі охорони здоров'я та забезпечити їх фінансування.
- Встановити багаторічні зобов'язання щодо фінансування послуг громадського суспільства у сфері ВІЛ, туберкульозу та зменшення шкоди.
- Залучити представників громад та ОГС до всіх органів управління, відповідальних за планування перехідних процесів у сфері охорони здоров'я в рамках ТПД.
- Визнати підтримку рівних як медичне втручання у національних рахунках охорони здоров'я та системах звітності ВООЗ.

Питання 10. Які основні повідомлення для інституцій ЄС та національних урядів?

- Лікування хронічних та інфекційних захворювань є невід'ємним правом, а не дискреційною пільгою. Механізми переходу для осіб з інвалідністю повинні закріпити

безперервність медичного обслуговування як стандарт, що підлягає юридичному примусу.

- Різниця у правах на медичну допомогу між державами-членами є структурною несправедливістю. ЄС повинен встановити обов'язкові мінімальні стандарти охорони здоров'я для всіх осіб, які отримують допомогу в рамках програми TRP.
- Ключові та вразливі групи населення (ЛЖВ, люди, які проходять лікування від туберкульозу, люди, які проходять ОАТ, біженці з ЛГБТКІА+ та особи без документів) потребують цілеспрямованих, специфічних для кожної групи заходів, що виходять за межі загальних рамок охорони здоров'я біженців.
- Мовні та інформаційні бар'єри є головною причиною неможливості доступу до медичних послуг, і їх необхідно усунути за допомогою професійних перекладачів, матеріалів з питань охорони здоров'я українською мовою та кваліфікованих культурних посередників у клінічних закладах.
- Громадські рішення працюють: мережі рівних та громадські організації під керівництвом українців є економічно ефективними, заслуговують на довіру та часто є єдиним доступним контактним пунктом для найбільш ізольованих груп населення. Їхнє фінансування має бути забезпечене й після закінчення дії TRP.
- Прийняття українських біженців є економічним активом та активом для медичного персоналу, а не тягарем. Польща та Чехія продемонстрували відчутне зростання ВВП, відсутність витіснення місцевих працівників та суттєве посилення кадрового складу в сфері охорони здоров'я.
- Закінчення терміну дії директиви в березні 2027 року має стати поштовхом для планування у сфері охорони здоров'я вже зараз. Для людей, які перебувають на лікуванні, що підтримує життя, перерва в наданні медичної допомоги може становити загрозу для життя. Перерви в медичному обслуговуванні можуть мати наслідки, що загрожують життю людей, які перебувають на лікуванні, що підтримує життя. У випадку інфекційних захворювань такі перерви також підривають боротьбу з епідемією та збільшують ризики передачі інфекції. Проактивне, фінансово забезпечене планування має розпочатися негайно.

Посилання

- Adema, J. et al. (2025). Refugees from Ukraine value job opportunities over welfare. Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS). <https://doi.org/10.1073/pnas.2502420122>
- Altice, F.L. et al. (2023). Leveraging existing provider networks in Europe to eliminate barriers to opioid agonist maintenance therapies for Ukrainian refugees. PLOS Global Public Health. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002168>
- de Vries, G. et al. (2024). TB among refugees from Ukraine in European countries. IJTLD Open, Vol 1, issue 4, <https://doi.org/10.5588/ijtldopen.24.0062>
- ECRE (2026). Transitioning to what? Legal statuses available after temporary protection. Working Paper 22, February 2026. European Council on Refugees and Exiles. <https://ecre.org/wp-content/uploads/2026/02/ECRE-Working-Paper-22-Transitioning-to-What-Legal-Statuses-Available-After-Temporary-Protection-for-People-Displaced-from-Ukraine-Paper-1.pdf>
- European Commission (2025). Extension of temporary protection and a common European path for the future of Ukrainians in the EU. Communication, 4 June 2025. https://home-affairs.ec.europa.eu/news/extension-temporary-protection-and-common-european-path-future-ukrainians-eu-2025-06-04_en
- European Council (2025). Council Decision extending temporary protection for persons displaced from Ukraine until 4 March 2027. July 2025. <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2025/06/13/eu-member-states-agree-to-extend-temporary-protection-for-refugees-from-ukraine/>
- European Parliament Think Tank (2025). Transitioning out of temporary protection for displaced people from Ukraine. June 2025. <https://epthinktank.eu/2025/06/25/transitioning-out-of-temporary-protection-for-displaced-people-from-ukraine/>
- Eurostat (2026). Temporary protection for persons fleeing Ukraine — monthly statistics. Data for 28 February 2026. European Commission. <https://ec.europa.eu/eurostat/product?code=ddn-20260414-1>
- HIAS (2025). Three years of Temporary Protection Directive for Ukrainians. Statement, 4 March 2025. <https://hias.org/statements/three-years-activation-temporary-protection-directive-emergency-longer-term-solutions/>
- Hointza, H. et al. (2025). Professional practice of Ukrainian doctors in Germany and Poland. PMC12361323. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12361323/>
- Kardas, P. et al. (2025). Barriers to healthcare access and continuity of care among Ukrainian war refugees in Europe: findings from the RefuHealthAccess study. Frontiers in Public Health. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1516161>
- Kashnitsky, D. et al. (2025). (Re)producing HIV care for Ukrainian refugees in Germany and Poland: trans-local community-based support in action. Social Sciences (MDPI), 14(10), 580. <https://doi.org/10.3390/socsci14100580>
- Kashnitsky, D. et al. (2026). From barriers to solutions: a qualitative study of access to HIV and TB care for forced migrants from Ukraine. BMC Health Services Research. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13946-5>
- [Kuchukhidze G. et al. \(2024\) on behalf of the ECDC/WHO HIV Surveillance network](#). Refugees from Ukraine receiving antiretroviral therapy in destination countries and territories of the World Health

Organization European Region, including EU/EEA countries, February 2022 to March 2023. [Euro Surveill.](https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.24.2300567) 2024;29(24) <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.24.2300567>

Massmann, A. et al. (2023). HIV-positive Ukrainian refugees in the Czech Republic. *AIDS*, 37(12), 1809–1817. PMC10481916. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10481916/>

Mauer N. et al. Health care coverage and access for displaced persons from Ukraine: Assessing the implementation of the Temporary Protection Directive across EU Member States, *Health Policy*, Volume 161, 2025, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105434>.

Postepska, A. & Voloshyna, O. (2025). Ukrainian refugee labour market access shows no impact on local employment outcomes. *CEPR VoxEU*, June 2025. <https://cepr.org/voxeu/columns/ukrainian-refugee-labour-market-access-shows-no-impact-local-employment-outcomes>

Stoycheva, K. et al. (2024). Tuberculosis in people of Ukrainian origin in the European Union and the European Economic Area, 2019 to 2022. *Eurosurveillance*, 29(12). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.12.2400094>

UNHCR / Deloitte (2025). Analysis of the impact of Ukrainian refugees on the economy of Poland, 2022–2024. UNHCR Operational Data Portal. <https://data.unhcr.org/en/documents/download/120820>

UNAIDS (2022). Helping Ukrainian refugees with HIV treatment and support in Berlin. 20 May 2022. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/may/20220520_helping-ukraine-refugees-berlin

WHO Regional Office for Europe (2024). Empowerment of displaced health-care personnel from Ukraine in host countries. August 2024. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10379-50151-75537>