

# Спільна заява

Травень 2026 року

На адресу Європейської комісії (комісар з питань охорони здоров'я – DG Sante)  
Рада Європейського Союзу,

## **Забезпечення безперервності медичного обслуговування українських біженців у перехідний період після закінчення терміну дії тимчасового захисту**

### **Захист здоров'я українців після березня 2027 року**

*#HealthBeyondMarch2027*

*Спільна заява громадських організацій та спільнот, що працюють у сфері охорони здоров'я українських біженців у Європі*

З лютого 2022 року держави-члени ЄС надають захист та медичну допомогу мільйонам людей, які були вимушені покинути свої домівки внаслідок повномасштабного військового вторгнення росії в Україну. Станом на лютий 2026 року 4,40 мільйона українців мають статус тимчасового захисту в ЄС, і ця цифра залишається стабільною, поки триває війна. Реакція ЄС, за багатьма показниками, стала справжнім досягненням: швидка активація Директиви про тимчасовий захист (TPD), широке медичне забезпечення у більшості держав-членів та інтеграція українських медичних працівників у європейські системи охорони здоров'я, які їх терміново потребували. Лише в Чехії зараз працюють майже 3 000 українських лікарів, медсестер та стоматологів. У Польщі українські біженці за один рік збільшили реальний ВВП на 2,7%. Це свідчить про те, що солідарність і власні інтереси можуть збігатися. Ми також хочемо безпосередньо відповісти на занепокоєння, яке іноді виникає під час політичних дебатів, що щедра політика у сфері охорони здоров'я та соціального забезпечення привабить неприйнятну кількість людей. Дані вказують на інше. Польща, де рівень соціального забезпечення нижчий за середній у Західній Європі, прийняла майже мільйон українських бенефіціарів TPD. Франція, яка має одну з найповніших систем соціального захисту в ЄС, прийняла менше ніж 56 000 осіб, що приблизно у вісімнадцять разів менше на душу населення. Дослідження вибору місця призначення серед українських біженців показало, що щедрість соціальної допомоги не мала прямого впливу: люди оселяються там, де мають соціальні мережі, де можуть працювати і де можуть підтримувати зв'язки з тими, кого залишили. Гармонізація прав на медичне обслуговування у бік підвищення не дестабілізує міграційні потоки. Це захистить життя, збереже громадське здоров'я та утримає кваліфіковану робочу силу, яку європейські системи охорони здоров'я справді не можуть собі дозволити втратити.

До лютого 2022 року Україна вже мала одне з найважчих захворювальних навантажень у Європейському регіоні ВООЗ. На серцево-судинні захворювання припадало близько двох третин усіх смертей, а скоригований за віком рівень смертності від ішемічної хвороби серця, за оцінками, був у понад шість разів вищим за середній показник у ЄС. На цьому тлі Україна також має другу за величиною епідемію ВІЛ на європейському континенті та четвертий за величиною рівень захворюваності на туберкульоз у регіоні, причому непропорційно велика частка припадає на резистентні до ліків штами. Це не ті умови, які можна зупинити на кордоні.

Країни, що приймають біженців, мали рацію, коли стежили за наслідками для громадського здоров'я, пов'язаними з масовим переміщенням населення, і дані, накопичені за чотири роки, є чіткими. Кількість зареєстрованих випадків туберкульозу серед українців у ЄС/ЄЕЗ різко зросла у 2022 році, сягнувши 780 випадків порівняно з довоєнним середнім показником близько 200 на рік, але це зростання було добре контрольоване. Транскордонна координація, амбулаторне лікування та терапія під безпосереднім наглядом з використанням відео, зокрема в Польщі у партнерстві з ВООЗ та «Лікарями без кордонів», показали, що ризик для громадського здоров'я можна контролювати, коли системи реагують проактивно. Антиретровірусна терапія для українських ЛЖВ була швидко розгорнута у 31 європейській країні, охопивши понад 6 500 осіб на лікуванні до березня 2023 року, що відображає як масштаб потреб, так і спроможність систем охорони здоров'я реагувати. Дані за чотири роки підтверджують, що раннє інвестування в доступ, координацію та підтримку громади дозволило тримати складну епідеміологічну ситуацію під контролем. Відмова від цих інвестицій саме зараз, у момент значних правових змін, є єдиним сценарієм, який може це змінити.

Термін дії Директиви про тимчасовий захист [закінчується 4 березня 2027 року](#). Подальші події визначать, чи принесуть чотири роки інвестицій у охорону здоров'я та інтеграцію стійкі результати. Сама лише невизначеність вже завдає шкоди. Тисячі українських біженців, які не можуть планувати своє життя, навчання своїх дітей або медичне обслуговування після закінчення адміністративного терміну, приймають рішення в умовах правової невизначеності: одні повертаються до України попри триваючу війну, наражаючи себе та своїх дітей на безпосередню небезпеку; інші переїжджають до третіх країн, які пропонують чіткіші довгострокові перспективи, забираючи з собою навички, податкові внески та роки зусиль з інтеграції. В обох випадках витрати несуть як самі зацікавлені особи, так і приймаючі суспільства, які інвестували в їхній прийом. Юридична ясність та безперервність підтримки є не лише гуманітарним обов'язком, а й передумовою стабільності, якої потребує інтеграція.

Закінчення терміну дії ТPD стає ще серйознішим для ключових та уразливих груп. Люди, які живуть з ВІЛ і втрачають доступ до антиретровірусної терапії, стикаються з рецидивом вірусу та резистентністю до ліків. Люди, які перебувають на півдорозі лікування резистентного туберкульозу, курс якого триває від 6 до 20 місяців, не можуть просто припинити лікування: переривання лікування породжує подальшу резистентність, наслідки якої поширюються на приймаючі громади. Люди, які проходять лікування опіодними агоністами і раптово його втрачають, стикаються з

абстиненцією, передозуванням та підвищеним ризиком передачі ВІЛ. Ми бачили, що відбувається, коли це лікування припиняється без попередження: коли росія анексувала Крим у 2014 році та за одну ніч закрила всі програми ОАТ, наслідки були руйнівними та цілком передбачуваними. Масштаб потреб є реальним і добре задокументованим.

У державах-членах, де доступ до планової та спеціалізованої медичної допомоги пов'язаний із статусом зайнятості або страховим стажем, ситуація для вразливих груп та людей із хронічними захворюваннями є особливо непередбачуваною. Біженці, які перебувають між роботами, працюють неформально або не можуть працювати через стан здоров'я, можуть випасти з систем, які не були розроблені з урахуванням їхніх життєвих траєкторій. Для людини, яка перебуває на антиретровірусній терапії, лікуванні агоністами опіоїдів або іншому лікуванні, що рятує життя, прогалина у страховому покритті є прямим клінічним ризиком. Будь-яка перехідна система, яка пов'язує право на медичне обслуговування з « » зайнятістю без чітких гарантій для цих груп населення, на практиці виключить людей, які найбільше потребують безперервності медичного обслуговування.

**Ми закликаємо інституції ЄС та держави-члени гарантувати безперервність лікування для всіх бенефіціарів тимчасового захисту, які отримують лікування від ВІЛ, туберкульозу, гепатиту, наркотичної залежності, раку та інших хронічних захворювань.** Ця гарантія має бути закріплена в письмовій формі, з документально зафіксованими індивідуальними планами безперервності лікування, які мають бути готові до закінчення терміну дії тимчасового захисту, а не після нього. Жодні зміни правового статусу, включаючи вихід з режиму тимчасового захисту, не можуть призвести до переривання поточного лікування хронічних, інфекційних або небезпечних для життя захворювань. Безперервність медичного обслуговування має бути захищена законом незалежно від того, на якому етапі міграційного процесу перебуває особа.

**Ми закликаємо інституції ЄС встановити обов'язкові мінімальні стандарти охорони здоров'я в рамках механізму перехідного періоду.** Сьогодні доступ до медичної допомоги для українських біженців залежить від географічного розташування: від країни, а часто й від міста, де людина проживає. Двадцять із 27 держав-членів розширили охоплення медичними послугами, зробивши його практично рівноцінним для громадян, але сім – ні, і навіть у тих країнах, які це зробили, спеціалізовані послуги з лікування ВІЛ, туберкульозу та опіоїдної замісної терапії переважно зосереджені у великих містах. Біженці, які проживають у менших містах або сільській місцевості, стикаються зі структурно нижчим рівнем медичного обслуговування. Це є неприйнятним. Рекомендація Ради щодо скоординованого перехідного періоду має містити обов'язкові мінімальні стандарти охорони здоров'я, а не лише рекомендації.

**Ми закликаємо держави-члени інтегрувати біженців, які перебувають у країні тривалий час і мають хронічні захворювання, у національні системи медичного страхування як постійний стандарт.** Проектні, обмежені в часі та гуманітарні заходи не можуть гарантувати безперервність під час адміністративних переходів. Люди, які лікуються від ВІЛ, резистентного туберкульозу або розладу, пов'язаного з вживанням

опіодів, потребують призначеного лікаря, стабільного постачання ліків та системи, яка існуватиме й після наступного циклу фінансування. Інтеграція в національні системи є єдиною структурою, яка це забезпечує.

**Ми закликаємо Європейську комісію та держави-члени формалізувати транскордонну координацію у сфері охорони здоров'я та підтримувати її після закінчення терміну дії ТПД.** Транскордонні протоколи щодо передачі даних про пацієнтів з Національною програмою боротьби з туберкульозом України, управління ланцюгом постачання АРТ та продовження ОАТ мають бути закріплені як постійні домовленості, а не як надзвичайні заходи, що втрачають чинність разом із правовою базою, яка їх створила.

**Ми закликаємо Європейську комісію та держави-члени розробити та впровадити комплексні програми психічного здоров'я для українських біженців, що враховують травматичний досвід,** забезпечуючи доступну, культурно-компетентну та вільну від стигматизації психологічну та психіатричну допомогу незалежно від правового статусу чи статусу зайнятості, а також створити структуровані системи для безпечної та інклюзивної інтеграції дітей у освітні заклади та дорослих у робочу силу, включаючи інтеграцію підходів, що враховують травматичний досвід, у системи охорони здоров'я, освіти та праці для забезпечення довгострокового відновлення, соціальну згуртованість та ефективну участь у суспільствах, що приймають біженців.

**Ми закликаємо до сталого, багаторічного фінансування громадських та громадських організацій, що працюють у сфері ВІЛ, туберкульозу, зменшення шкоди та охорони здоров'я мігрантів.** Протягом цієї кризи очолювані українцями НУО, мережі рівних та організації зі зменшення шкоди були незамінними. Вони знаходили людей, які випали з усіх офіційних систем, розподіляли ліки в надзвичайних ситуаціях, будували довіру, яку клінічні системи структурно не можуть створити, та надавали допомогу там, де офіційні служби були відсутні, недоступні або занадто страшні, щоб до них звернутися. Їхнє фінансування переважно базується на проектах і пов'язане з існуванням ТПД. Якщо вона закінчиться у 2027 році, ця інфраструктура зруйнується саме тоді, коли перехідний період цього потребуватиме найбільше. Громадські організації не є доповненням до системи охорони здоров'я, вони є її частиною і мають фінансуватися та визнаватися як такі.

Вікно для дій вузьке. Планування має розпочатися зараз, а не тоді, коли настане крайній термін.

**Ми закликаємо Європейську комісію, Раду Європейського Союзу та держави-члени ЄС гарантувати безперервність медичного обслуговування як невід'ємну складову будь-якої рамки переходу та залучити організації громадянського суспільства у сфері охорони здоров'я як офіційних партнерів до її розробки та впровадження.**

*#HealthBeyondMarch2027*

Більше інформації дивіться у розділі [«Часті запитання щодо адвокації»](#).

Щоб підтримати цю заяву, заповніть, будь ласка, [цю форму Google](#) до 10.06.2026.

**Організаційний комітет кампанії #HealthBeyondMarch2027:**

Даніель Кашніцький, Cermes3 — Центр досліджень у галузі медицини, науки, охорони здоров'я та суспільства, Франція

Ганна Довбах, Євразійська асоціація зменшення шкоди, Литва

Інна Гаврилова, Альянс за громадське здоров'я, Україна

**Заява підготовлена та підписана наступними організаціями:**

Cermes3 — Центр досліджень у галузі медицини, науки, здоров'я та суспільства, Франція

Євразійська асоціація зменшення шкоди, Литва

Альянс громадського здоров'я, Україна

Регіональна експертна група з питань міграції та здоров'я для Євразії

*#HealthBeyondMarch2027*

---