



Комплексний огляд національних програм України з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та підтримувальної терапії агоністами опіоїдів

Вересень – грудень 2025 року

Звіт за результатами дистанційної місії

Фінал

Квітень 2026

Подяки

Експертна група дякує Міністерству охорони здоров'я України за стале лідерство в реалізації національних програм протидії ВІЛ-інфекції, вірусним гепатитам, туберкульозу та у впровадженні підтримувальної терапії агоністами опіоїдів. Особливо висловлюємо подяку **заступнику Міністра охорони здоров'я доктору Ігорю Кузіню** за його підтримку та залученість протягом усього процесу огляду. Група відзначає значний внесок вищого керівництва Центру громадського здоров'я України (ЦГЗ) – генерального директора **Володимира Курпіти** та **заступниці генерального директора Ольги Гвоздецької**, чия участь забезпечила ефективну координацію роботи. Ми також вдячні очільниці відділу з питань ВІЛ-інфекції **Ларисі Гетьман** та очільниці відділу з питань ПТАО **Ірині Іванчук**, їхнім командам та іншим співробітникам ЦГЗ за співпрацю під час огляду. Важливий внесок в огляд зробили **Національна служба здоров'я України**, обласні та міські **центри громадського здоров'я**, головні лікарі та медичні працівники первинної ланки. Фахівці **Інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Національної академії медичних наук України** забезпечили додаткові наукові та програмні експертні висновки.

Партнери-виконавці, зокрема, **Альянс громадського здоров'я** та **БО «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ»**, надали важливу програмну інформацію. Організації громадянського суспільства та представники ключових груп населення і спільнот, яких торкнулися ці захворювання, поділилися цінним баченням щодо доступу до послуг та їхньої якості.

Експертна група також відзначає участь національних та міжнародних партнерів, серед яких **Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, Державний департамент США, Центри США з контролю та профілактики захворювань, а також агентства ООН (ЮНЕЙДС, УНЗ ООН, ЮНІСЕФ)** та інші організації, що підтримують діяльність України у сфері громадського здоров'я.

Авторський колектив

Європейське регіональне бюро ВООЗ

Стела БІВОЛ, керівниця підрозділу інфекційних захворювань

В'ячеслав ГРАНКОВ, фахівець з медичних питань (ВІЛ-інфекція та ІПСШ)

Марсело НАВЕЙРА, фахівець з медичних питань (гепатити)

Гіоргі КУЧУХІДЗЕ, епідеміолог

Штаб-квартира ВООЗ

Натан Форд, науковий співробітник (лікування)

Олена Вовк, фахівчиня з медичних питань (лікування та супутні захворювання)

Антонс Мозалевскіс, фахівець з медичних питань (ключові групи населення)

Паскаль Жоліве, консультант з лабораторної діагностики

Представництво ВООЗ в Україні

Огтай Гозалов, координатор Об'єднаного підрозділу з інфекційних захворювань

Ольга Зайцева, національна експертка

Олександра Стрижевська, координаторка з питань огляду

Консультанти

Тамар Габунія: гнучкі та стійкі системи охорони здоров'я

Саро Цатурян: фінансування програм з ВІЛ-інфекції, ВГ та ПТАО

Івана Божицевіч: огляд епідеміологічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції (епіднагляд за випадками, дозорний епіднагляд, оціночні дані, МіО)

Ксенія Єрціян: огляд епідеміологічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції (епіднагляд за випадками, дозорний епіднагляд, оціночні дані, МіО)

Ґедрюс Лікатавічус: програми для ключових груп населення та ПТАО

П'єтро Вінті: доконтактна профілактика

Майя Станоевіч: тестування на ВІЛ, лабораторна діагностика, резистентність до ліків

Павел Хайкін: лікування ВІЛ-інфекції та супутні захворювання, інтеграція ПТАО з лікуванням ВІЛ/ВГ/ТБ та веденням супутніх захворювань

Давид Отіашвілі: загальне оцінювання програми ПТАО

Барбара Гузенхаймер-Бартмаєр: Інститут Роберта Коха (СЦ ВООЗ)

Ліззі Лінч: Інститут Роберта Коха (СЦ ВООЗ)

Список скорочень

АГЗ	Альянс громадського здоров'я
АРТ	Антиретровірусна терапія
АРВ-препарат	Антиретровірусний препарат
ГО	Громадська організація
CD4	Клітини CD4 (кластер диференціації 4)
CDC	Центри з контролю та профілактики захворювань
ОГС	Організація громадянського суспільства
DTG	Долутегравір
ЛС	Лікарська стійкість
ECDC	Європейський центр з профілактики та контролю захворюваності
СЕЦА	Східна Європа та Центральна Азія
EFV	Ефавіренз
ІФА	Імуноферментний аналіз
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
ЄС	Європейський Союз
ЖСП	Жінки, які надають сексуальні послуги
GARPR	Звіт про досягнення у глобальній боротьбі зі СНІДом
ВВП	Валовий внутрішній продукт
ГФ	Глобальний фонд боротьби із СНІДом, туберкульозом і малярією
ГСС	Глобальні стратегії сектору охорони здоров'я щодо ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів та ІПСШ
HBsAg	Поверхневий антиген вірусу гепатиту В
ВГВ	Вірусний гепатит В
ВГС	Вірусний гепатит С
МП	Медичний працівник
МР ВІЛ	Медикаментозна резистентність ВІЛ
ВПЛ	Вірус папіломи людини
ТІК	Тестування і консультування щодо ВІЛ-інфекції
ІБГД	Інтегроване біоповедінкове дослідження
ПІІК	Профілактика інфекцій та інфекційний контроль
КГ	Ключова група населення
LTFU	Втрачений для спостереження
ФОМС	Фонд обов'язкового медичного страхування
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ЧСЧ	Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ПВМД	Передача ВІЛ-інфекції від матері до дитини
ПОШ	Програма обміну/видачі шприців та голки

НУО	Неурядова організація
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
НСП	Національний стратегічний план
NSUM	Метод оцінки чисельності груп за розміром соціальних мереж
ПТАО	Підтримувальна терапія агоністами опіоїдів
ОІ	Опортуністична інфекція
ПЛР	Полімеразна ланцюгова реакція
ПКП	Постконтактна профілактика
PEPFAR	Надзвичайний план Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД
УДФ	Управління державними фінансами
ПМД	Первинна медична допомога
ТКМП	Тестування та консультування за ініціативою медичного працівника
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
ПМГ	Програма медичних гарантій
ППМД	Профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини
ДКП	Доконтактна профілактика
ОЧГ	Оцінка чисельності груп
ЛВІН/ЛВН	Люди, які вживають ін'єкційні наркотики / Люди, які вживають наркотики
RDS	Метод вибірки, керований респондентами
ШДТ	Швидкий діагностичний тест
ПМГ	Програма медичних гарантій
ІПСШ	Інфекція, що передається статевим шляхом
ЛСП	Люди, які надають сексуальні послуги
ТАФ	Тенофовіру алафенамід
ТБ	Туберкульоз
TDF	Тенофовіру дизопроксилу фумарат
ТЕЕ	Тенофовір/Емтрицитабін/Ефавіренз
TESSy	Європейська система епідеміологічного нагляду
ТЖ	Транс*жінки
ПЛТ	Превентивне лікування туберкульозу
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу
ПРООН	Програма розвитку Організації Об'єднаних Націй
ФН ООН	Фонд ООН у галузі народонаселення
УНЗ ООН	Управління ООН з наркотиків та злочинності
ЦГЗ	Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
АМР США	Агентство міжнародного розвитку США
ВН	Вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я

Зміст

Подяки	2
Авторський колектив	3
Список скорочень.....	4
1. Резюме.....	9
2. Передумови та контекст	13
2.1 Національна стратегічна та нормативно-правова база.....	13
2.2 Система охорони здоров'я та контекст реформи.....	14
2.3 Мета та сфера огляду.....	19
3. Методологія	20
3.1 Етапи аналізу	20
3.2. Аналітична база.....	22
3.3. Обмеження	23
4. Огляд програми протидії ВІЛ-інфекції	23
4.1. Система врядування, координації та кадрового забезпечення	23
4.2. Фінансування та сталість.....	34
4.3. Характер епідемії, епіднадгляд за ВІЛ-інфекцією та системи МіО.....	41
4.3.1. Епідеміологічний контекст	41
4.3.2. Епідемія ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення.....	42
4.3.3. Дані про реєстрацію випадків ВІЛ-інфекції.....	46
4.3.4. Звітність щодо смертності, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією.....	49
4.3.5. Дані про тестування на ВІЛ	50
4.3.6. Індикатори раннього попередження та дослідження медикаментозної резистентності ВІЛ.....	50
4.3.7. Стратегічна інформація та інструменти збору даних	52
4.4. Профілактичні послуги для ключових та інших груп населення.....	61
4.4.1. Профілактичні послуги для ЛВІН	65
4.4.2. Профілактичні послуги для ЧСЧ	74
4.4.3. Профілактичні послуги для людей, які надають сексуальні послуги	83
4.4.4. Профілактичні послуги для транс* та гендерно-різноманітних людей.....	91
4.4.5. Профілактичні послуги для осіб в установах виконання покарань	98
4.4.6. Профілактичні послуги для інших груп.....	104
4.4.7. Доконтактна профілактика ВІЛ-інфекції (ДКП).....	118

4.4.8.	ППМД: ініціатива потрібної елімінації	128
4.5.	Тестування на ВІЛ та діагностика ВІЛ-інфекції	137
4.6.	Лабораторні послуги у сфері діагностики ВІЛ-інфекції	140
4.7.	Лікування ВІЛ-інфекції та забезпечення доступу до ефективної медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та супутніми захворюваннями	144
4.7.1.	Лікування ВІЛ-інфекції та клінічне ведення	144
4.7.2.	Клінічне ведення супутніх захворювань та опортуністичних інфекцій	153
5.	Огляд програми ПТАО	159
5.1	Огляд програми та контекст	159
5.2	Досягнення	161
5.3	Проблемні питання	163
5.4	Рекомендації	165
6.	Сприятливе середовище: права, гендер, громади	168
7.	Висновки	172
Додаток 1. Технічне завдання на проведення комплексного огляду національних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, підтримувальної терапії агоністами опіоїдів, туберкульозу та вірусних гепатитів в Україні у 2023–2024 роках		175
Додаток 2. Програма місії з огляду програм у сферах протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО.....		194
Додаток 3. Порівняння індикаторів Державної стратегії України у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року та операційного плану з її реалізації з Регіональним планом дій ВООЗ щодо подолання СНІДу та епідемії вірусних гепатитів та ІПСШ на 2022–2030 роки		199

Перелік рисунків

Рис. 1. Задекларовані видатки на протидію ВІЛ-інфекції в Україні з усіх джерел фінансування, 2005–2021 роки	38
Рис. 2. Кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед чоловіків за шляхами передачі, 2015–2024 роки	47
Рис. 3. Кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед жінок за шляхами передачі, 2015–2024 роки	47
Рис. 4. Відсотковий розподіл випадків ВІЛ-інфекції за кількістю клітин CD4 на момент діагностування	49
Рис. 5. Абсолютна кількість смертей від СНІДу та показник смертності від СНІДу на 100 тис. населення	50
Рис. 6. Кількість осіб, які щонайменше один раз протягом року отримували послуги з ДКП в Україні (2017–2024 роки)	120
Рис. 7. Каскад надання медичної допомоги у сфері протидії ВІЛ-інфекції в Україні у 2022–2024 роках.....	146

Рис. 8. Динаміка пізнього виявлення ВІЛ-інфекції за рівнем клітин CD4 під час реєстрації, 2023–2025 роки.....	150
Рис. 9. Розподіл уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед осіб віком від 15 років залежно від рівня лімфоцитів CD4 в Одеській області, 2022 рік	156
Рис. 10. Розподіл уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед осіб віком від 15 років залежно від рівня лімфоцитів CD4 в Одеській області, 2024 рік	157
Рис. 11. Кількість пацієнтів, включених до програми ПТАО у 2020-2025 роках	160
Рис. 12. Розподіл пацієнтів між приватними та комунальними закладами охорони здоров'я.....	161

Перелік таблиць

Таблиця 1. Консолідований бюджет сфери охорони здоров'я України на 2022–2026 роки (млрд. грн).....	35
Таблиця 2. Фінансування НСЗУ послуг у сфері ВІЛ-інфекції та ПТАО, 2022–2024 роки.....	38
Таблиця 3. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення: основні дані.....	43
Таблиця 4. Профілактичні втручання та охоплення ключових груп у 2022–2024 роках, цільові показники на 2025–2026 роки	64
Таблиця 5. Розподіл пацієнтів (дорослі та підлітки) за схемами лікування	145
Таблиця 6. Каскад надання медичних послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції за областями	146
Таблиця 7. Функціонуючі заклади АРТ у регіонах, що постраждали внаслідок війни	147
Таблиця 8. Динаміка випадків опортуністичних інфекцій за нозологіями за 2022–2024 роки	153

1. Резюме

У цьому звіті представлено комплексний огляд національних програм України з протидії ВІЛ-інфекції та підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО), проведений Європейським регіональним бюро ВООЗ на запит Міністерства охорони здоров'я у вересні–листопаді 2025 року. Спираючись на результати оцінки 2023 року, у звіті проаналізовано прогрес та наявні прогалини у виконанні Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року (ДС-2030) протягом 2023–2025 років. Огляд поєднує кабінетний аналіз політик, настанов, програмних даних і звітів партнерів із віртуальними консультаціями за участю державних установ, обласних центрів контролю та профілактики хвороб, неурядових організацій, спільнот пацієнтів і партнерів із розвитку.

Національні заходи України у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції ґрунтуються на ДС-2030 та узгоджені з Ціллю сталого розвитку 3.3, планами дій Європейського регіонального бюро ВООЗ та Політичною декларацією ООН щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу 2021 року. Ці заходи інтегровано в систему охорони здоров'я, яка зазнала масштабних реформ у сферах фінансування та надання послуг, зокрема, шляхом створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника, впровадження Програми медичних гарантій (ПМГ) та розбудову потужної національної інфраструктури електронної охорони здоров'я. Ці реформи забезпечили стійкість системи охорони здоров'я в умовах повномасштабної війни, масового переміщення населення та руйнування інфраструктури, ставши платформою для збереження охоплення послугами та впровадження адаптивних моделей їх надання.

В Україні епідемія ВІЛ-інфекції залишається концентрованою серед ключових груп населення, до яких належать люди, що вживають ін'єкційні наркотики, чоловіки, які мають секс із чоловіками, та особи, що надають сексуальні послуги. Наразі більшість нових випадків інфікування відбувається статевим шляхом. Хоча рівень поширеності ВІЛ-інфекції є високим в установах виконання покарань та серед транс*жінок, наявні дані свідчать, що ці групи відіграють менш значну роль у загальній динаміці епідемії.

Огляд засвідчив, що програми України у сферах протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО залишаються одними з найефективніших у Європейському регіоні ВООЗ. Система управління підтримується цілісною нормативно-правовою базою та політикою, яка інтегрує питання ВІЛ-інфекції, ПТАО, ТБ та вірусних гепатитів, із чітко визначеними інституційними ролями МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ, обласних

центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) і центрів соціально значущих хвороб. Координаційний механізм країни є зрілою платформою для інклюзивної взаємодії. Надання основних послуг у сферах ВІЛ-інфекції, зменшення шкоди та ПТАО вдалося зберегти й адаптувати завдяки централізованим закупівлям, гнучким ланцюгам постачання та інноваціям, таким як видача АРТ-препаратів на кілька місяців, мобільні пункти надання послуг, доставка препаратів ПТАО додому, телемедицина та моделі надання допомоги на рівні громад. Мережі спільнот ЛЖВ та ЛВН відіграють центральну роль в охопленні послугами, забезпеченні прихильності до лікування та безперервності догляду. ПМГ та закупівельна функція НСЗУ, що спираються на надійну систему управління державними фінансами та цифровізацію, створюють міцну основу для контракування послуг у сферах ВІЛ-інфекції та ПТАО у межах ширших реформ із забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я (УНС).

Водночас низка напрямів потребує подальшого посилення:

- **Управління та координація:** нормативно-правова база у сфері протидії ВІЛ-інфекції потребує подальшого вдосконалення для повного усунення бар'єрів до рівноправного доступу до послуг, особливо для ключових та вразливих груп населення. Посилення механізмів координації на субнаціональному рівні є критично важливим для забезпечення послідовного впровадження та ефективного розгортання ініціатив з протидії ВІЛ-інфекції відповідно до національних пріоритетів.
- **Фінансування та сталість:** послуги у сфері протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО фінансуються з кількох джерел: ПМГ, яка включає спеціалізовані пакети послуг щодо ВІЛ-інфекції та ПТАО; державної бюджетної програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями», що покриває заходи громадського здоров'я, зокрема, соціальне замовлення в НУО; а також зовнішніх донорів, передусім у вигляді тимчасової підтримки від Глобального фонду. Попри це, видатки, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, є недостатніми, а заходи з профілактики, зменшення шкоди та роботи з населенням на рівні громад і надалі значною мірою залежать від зовнішнього фінансування. Існують можливості для збільшення частки ресурсів ПМГ, що спрямовуються на послуги щодо ВІЛ-інфекції та ПТАО, і для коригування капітаційних ставок з метою їх більшого наближення до реальної вартості надання послуг. Також доцільно розглянути впровадження показників оплати за результати роботи для надавачів ПМД, що посилить їхню мотивацію укладати договори на надання послуг щодо ВІЛ-інфекції та ПТАО та сприятиме більш сталому доступу до них у різних регіонах.
- **Кадрові ресурси:** дефіцит кадрів, їхнє переміщення та старіння, особливо у східних та сільських регіонах, створюють додаткове навантаження на систему надання послуг.

- **Інформаційні системи та МіО:** існування численних паралельних систем даних (які ведуть НУО, ЦГЗ, НСЗУ, електронна система охорони здоров'я) з обмеженою функціональною сумісністю ускладнює епідагляд у режимі реального часу, ведення випадків захворювання різними надавачами послуг, а також консолідований моніторинг каскаду допомоги та ключових груп населення. Тісніше узгодження системи МіО з регіональними планами дій ВООЗ та більш послідовне звітування щодо шляхів передачі інфекції посилить підзвітність та якість планування.
- **Охоплення та рівність доступу до профілактики:** хоча результати лікування серед людей, які отримують АРТ, є високими, охоплення профілактичними послугами залишається нерівномірним. Прогалини в охопленні, регіональна нерівність та операційні бар'єри, посилені війною, вимагають цілеспрямованих зусиль для зміцнення та адаптації профілактичних послуг. Забезпечення безперервності надання послуг, розширення ДКП, підтримка послуг на рівні спільнот та інтеграція профілактики для нових пріоритетних груп, зокрема, ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та людей у закладах закритого типу, є ключовими для підтримки національного прогресу та запобігання новим випадкам ВІЛ-інфікування.
- **Доступ до лікування та догляду через посилену інтеграцію в первинну медичну допомогу:** ПТАО, послуги зі зменшення шкоди та ДКП ще не повністю інтегровані в пакети ПМД по всій країні. Доступ до цих послуг для ключових груп населення, осіб у місцях позбавлення волі та нових груп (наприклад, споживачів нових психоактивних речовин) залежить від географічного розташування та наявності зовнішнього фінансування.

У цьому контексті у звіті визначено такі стратегічні напрями для наступного етапу впровадження Стратегії ДС-2030 та підготовки заявки до Глобального фонду на фінансування у 2026 році:

- **Захист та оптимізація державного фінансування послуг щодо ВІЛ-інфекції та ПТАО.** Забезпечити бюджетні асигнування на ключові функції у сферах ВІЛ-інфекції, ПТАО та громадського здоров'я; поступово коригувати тарифи НСЗУ на послуги щодо ВІЛ-інфекції та ПТАО для відображення їхньої реальної вартості; надалі посилювати роль надавачів ПМД у наданні цих послуг для стимулювання їх залучення та зменшення регіональних диспропорцій.
- **Посилення врядування та кадрового потенціалу для підтримки політики децентралізації.** Подолати брак спроможності в обласних ЦКПХ; інституціоналізувати обласні багатосторонні координаційні платформи та забезпечити функціонування Національної програми розвитку кадрового потенціалу у сфері громадського здоров'я, приділивши

першочергову увагу децентралізованому наданню послуг щодо ВІЛ-інфекції та ПТАО, компетенціям на рівні громад та лідерству на рівні ПМД.

- **Забезпечення безперервного доступу до товарів гарантованої якості та послуг щодо щодо ВІЛ-інфекції та ПТАО.** Диверсифікувати та розширити механізми фінансування засобів профілактики та препаратів для ПТАО; посилити контроль якості та фармаконагляд; розробити практичні плани переходу для послуг, що фінансуються донорами, зокрема, в пенітенціарних установах та для інформаційно-профілактичної роботи під керівництвом спільнот. Інтегрувати стандарти надання послуг, що ґрунтуються на повазі та дотриманні прав людини (зокрема, для ключових груп населення), у національні системи якості медичної допомоги.
- **Інтеграція інформаційних систем та вдосконалення моніторингу й оцінювання.** Перехід до інтегрованої архітектури даних, що об'єднує платформи громадських організацій, ЦГЗ, НСЗУ та електронної системи охорони здоров'я (e-health); забезпечення своєчасного доступу обласних ЦКПХ до зведених даних для планування та укладання контрактів; узгодження систем епіднагляду та МіО з рамковими документами ДС-2030 та ВООЗ для Європейського регіону.

Загалом, огляд доходить висновку, що Україна продемонструвала значну стійкість та інноваційність у підтримці заходів реагування на ВІЛ-інфекцію та ПТАО в умовах повномасштабної війни, і що її інституційні засади є достатньо міцними для інтеграції та управління більшою часткою послуг у межах національних систем. Водночас бюджетні обмеження, кадрові виклики, залежність від зовнішнього фінансування для профілактики та фрагментованість систем даних роблять необхідним подальше інвестування та зміцнення системи. Висновки цього огляду покликані слугувати орієнтиром для перегляду планів реалізації ДС-2030 та підготовки заявки України до Глобального фонду на фінансування у 2026 році, з акцентом на підвищенні стійкості, забезпеченні рівності та довгостроковій сталості реагування на епідемію ВІЛ-інфекції та надання послуг ПТАО.

2. Передумови та контекст

2.1 Національна стратегічна та нормативно-правова база

Діяльність України у сфері протидії ВІЛ-інфекції ґрунтується на Державній стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року (ДС-2030) та узгоджується з Ціллю сталого розвитку 3.3, планами дій Європейського регіонального бюро ВООЗ на 2022–2030 роки та Політичною декларацією ООН щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу 2021 року. Така узгодженість на рівні політики створює цілісну основу для подолання ВІЛ-інфекції як загрози громадському здоров'ю до 2030 року, водночас реагуючи на реалії війни, переміщення населення, нестабільність ланцюжків постачання та фінансові труднощі.

ДС-2030 передбачає досягнення вимірних показників зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності від неї, а також забезпечення рівного доступу до профілактики, тестування, лікування та догляду. Щоб впровадити глобальні цілі на практиці, необхідно інтегрувати послуги з профілактики (включно з ДКП), своєчасного тестування, забезпечення зв'язку з лікуванням, початку АРТ того ж дня, безперервності лікування, моніторингу вірусного навантаження та скеровування на ПТАО у систему первинної медичної допомоги (ПМД) та національну систему медичних закупівель. Програма медичних гарантій має забезпечити стале замовлення цих послуг через національного закупівельника для їхнього масштабування та сталості.

Для реагування на нові виклики у сфері надання послуг та для закріплення досягнень програми на запит Міністерства охорони здоров'я України Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) у вересні 2025 року провела комплексний огляд Національної програми протидії ВІЛ-інфекції. Структура цього огляду чітко відповідає ДС-2030, яка визначає профілактику захворювань та боротьбу з ними як національний пріоритет у контексті досягнення Цілей сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй та виконання Політичної декларації ООН щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Відповідно до ДС-2030 підхід до проведення огляду та формування висновків ґрунтується на таких принципах: i) дотримання прав людини та недопущення дискримінації за будь-якими ознаками; ii) пріоритетність права на здоров'я з особливим наголосом на справедливому доступі та створенні сприятливих умов для турботи про власне здоров'я та здоров'я свого оточення; iii) прозорість та відкритість, що забезпечують змістовне залучення громадськості та чітку підзвітність органів управління; iv) ґрунтовність, що досягається застосуванням заснованих на доказових даних методів, залученням експертів, використанням об'єктивних даних та оптимальним використанням

наявних і потенційних ресурсів; v) проактивність через прогнозування ризиків та коригування підходів до впровадження; vi) встановлення вимірних цілей із визначенням чітких проміжних та кінцевих цільових показників, а також індикаторів, що дозволяють виміряти їх досягнення; vii) міжсекторальна співпраця шляхом координації зусиль та розподілу відповідальності та підзвітності між медичною, соціальною, пенітенціарною та освітньою сферами, а також органами місцевого самоврядування та громадянським суспільством; viii) спадкоємність та наступність через збереження орієнтації на стратегічні цілі незалежно від зовнішніх чинників та інституціоналізацію накопичення й передачі досвіду та потенціалу.

2.2 Система охорони здоров'я та контекст реформи

Огляд національної реформи системи охорони здоров'я (реформа ПМД, НСЗУ, децентралізація, інтеграція ПМД)

Після ухвалення у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» Україна перейшла від фрагментованого фінансування за кошторисом до моделі чітко визначених прав пацієнтів – Програми медичних гарантій (ПМГ), у якій єдиним національним закупівельником медичних послуг є Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Медичні гарантії фінансуються коштом загальних державних доходів, об'єднання коштів (пулінг) стає дедалі централізованішим, а оплата праці надавачів медичних послуг перейшла на модель капітаційної ставки на рівні первинної медичної допомоги (ПМД) та на методи, що ґрунтуються на оплаті за результат, для спеціалізованої та стаціонарної допомоги. Функціонування цих механізмів закупівлі забезпечує єдина національна електронна система охорони здоров'я. Така структура дає змогу пов'язувати ресурси з потребами населення та посилює стимули до підвищення ефективності й якості¹.

ПМД стала основною ланкою доступу до системи та її координаційним центром. До 2022 року декларації з лікарями ПМД уклали понад 70% населення. ПМГ розширилася й охопила спеціалізовану та екстрену медичну допомогу, лікування ТБ, послуги у сфері психічного здоров'я та вакцинацію проти COVID-19. Лікарні почали звітувати про випадки лікування з використанням австралійських уточнених діагностично-споріднених груп (ДСГ) для підготовки до переходу на

¹ Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (Фінансування охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість та відновлення. Копенгаген : Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

оплату за принципом ДСГ. Урядову програму «Доступні ліки» інтегрували з ПМД для покращення доступу пацієнтів до основних лікарських засобів в амбулаторних умовах.

Архітектура реформи ґрунтується на системі збору та аналізу даних у сфері громадського здоров'я та діяльності національних інституцій. Центр громадського здоров'я (ЦГЗ) України разом із НСЗУ та ДП «Медичні закупівлі України» відіграє центральну роль у здійсненні епідагляду, організації закупівель та формуванні політики у сфері лікарських засобів. Така інституційна узгодженість сприяє ухваленню оперативних рішень та забезпеченню підзвітності. Нормативно-правова база реформування системи фінансування охорони здоров'я залишається чинною під час воєнного стану, а її впровадження коригується відповідно до поточних умов.

Цифрова інфраструктура є значною перевагою реформи. До повномасштабного вторгнення 97% закладів були підключені до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, використання медичних інформаційних систем, авторизованих НСЗУ, було обов'язковим для надавачів послуг, а публічні дашборди забезпечували прозорість. Цей фундамент уможлиблює масштабні закупівлі, використання електронних направлень та електронних рецептів.¹

Національне акумулювання (пулінг) коштів також сприяло фінансовій стабілізації. В умовах наростання кризи централізований бюджет НСЗУ та чітко визначені в ПМГ пакети послуг допомогли зберегти рівень охоплення населення й дозволили своєчасно запроваджувати нові пакети, зокрема ті, що необхідні для забезпечення готовності та надання допомоги в районах ведення бойових дій².

Вплив війни на безперервність надання послуг, інфраструктуру та кадровий потенціал системи охорони здоров'я

Згідно зі спільним оглядом ВООЗ та Світового банку, оприлюдненим 2024 року, доступ до послуг покращився порівняно з першим роком повномасштабного вторгнення. Це стосується, зокрема, доступу до первинної медичної допомоги, адже зменшилася кількість пацієнтів, які відкладають отримання основних медичних послуг. Динаміка використання послуг свідчить про поступову нормалізацію звернень по допомогу поза межами найбільш постраждалих районів. Цьому

² Habicht J, Hellowell M, Kutzin J. Sustaining progress towards universal health coverage amidst a full-scale war: learning from Ukraine. *Bull World Health Organ.* 2024;102(7):436–438. PMID: 38850221; PMCID: PMC11308602. (Хабіхт Дж., Гелловелл М., Кутцін Дж. Підтримка прогресу на шляху до загального охоплення послугами охорони здоров'я в умовах повномасштабної війни: досвід України. *Бюлетень Всесвітньої організації охорони здоров'я.* 2024. Т. 102, № 7. С. 436–438. PMID: 38850221; PMCID: PMC11308602).

сприяють державні гарантії в межах Програми медичних гарантій та продовження закупівель послуг Національною службою здоров'я України.¹

В огляді Світового банку та ВООЗ¹ зазначено, що, попри певний прогрес, домогосподарства й надалі стикаються зі значними перешкодами. Вартість ліків і лікування, а також витрати часу та коштів на дорогу залишаються поширеними обмежувальними чинниками; у деяких місцевостях пацієнти повідомляли про відмови в наданні допомоги або тимчасову недоступність послуг.³ Ці виклики є особливо гострими для внутрішньо переміщених осіб та мешканців громад поблизу зон активних або недавніх бойових дій, де доступ до сімейних лікарів і ліків є порівняно гіршим. Структурні чинники посилюють ці бар'єри: зокрема, недостатньо розвинена аптечна мережа в сільській місцевості, необхідність їздити до іншого населеного пункту для отримання ліків за е-рецептом, а також неповні або неактуальні декларації з лікарями ПМД серед переселенців.

Втрати інфраструктури були суттєвими й географічно сконцентрованими. Структурні пошкодження переважно зафіксовано в північних, східних та південних областях. Доступ до води в закладах охорони здоров'я був найбільше обмежений у південних регіонах після руйнування Каховської ГЕС у червні 2023 року⁴. Станом на грудень 2023 року прямі збитки інфраструктурі сфери охорони здоров'я оцінюють у 1,4 мільярда доларів США. Потреби у відновленні та реконструкції на 2024–2033 роки сягають 14,2 мільярда доларів США, з яких 873 мільйони доларів США є пріоритетними на 2024 рік⁵. Програма відновлення дає можливість для якісної відбудови («відбудувати краще, ніж було») через розширення спроможності ПМД, оптимізацію госпітальної мережі та посилення мультидисциплінарної допомоги.

Масштабне переміщення населення стало значним дестабілізаційним чинником для моделей фінансування, що ґрунтуються на кількості населення та обсязі наданих послуг. Станом на листопад 2023 року, за оцінками, 6,2 мільйона українців залишалися зареєстрованими за кордоном, переважно в Європі, а 3,7 мільйона мали статус внутрішньо переміщених осіб. Така динаміка зумовлює скорочення чисельності населення в короткостроковій перспективі та ускладнює справедливий розподіл ресурсів.

³ Оцінка потреб у сфері охорони здоров'я дорослого населення в Україні: звіт за результатами опитування: жовтень 2023 року. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024 рік (WHO/EURO:2024-6904-46670-73154; <https://iris.who.int/handle/10665/375967>).

⁴ Світовий банк, Уряд України, Європейський Союз, Організація Об'єднаних Націй. Україна: третя швидка оцінка завданої шкоди та потреб (RDNA 3): лютий 2022 року – грудень 2023 року. Вашингтон (округ Колумбія): Світовий банк; 2024 рік. (<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099021324115085807/p1801741bea12c012189ca16d95d8c2556a>).

⁵ Принципи для керівництва відновленням та трансформацією системи охорони здоров'я в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2022 рік. (WHO/EURO:2022-5750-45515- 65155; <https://iris.who.int/handle/10665/358446>).

Це вплинуло на процеси реєстрації пацієнтів та безперервність надання послуг на рівні ПМД. На початок 2024 року близько 14% українців ще не підписали декларацію з надавачем первинної медичної допомоги, і лише приблизно 2,8% пацієнтів змінили реєстрацію (переуклали декларацію) протягом 2022–2023 років, попри значні внутрішні переміщення. Серед внутрішньо переміщених осіб, за оцінками, оновили свої декларації 19%. Актуальність декларацій є ключовою умовою для забезпечення безперервності лікування та спрямування фінансування відповідним надавачем ПМД.

Повномасштабне вторгнення також спричинило значний дефіцит медичних працівників, особливо на сході України⁶. Аналіз ринку праці у сфері охорони здоров'я, проведений ВООЗ (2024), виявив суттєву нестачу кадрів в Україні: співвідношення медичних сестер і братів до лікарів становить лише 1,1 (порівняно із середнім показником в ЄС – 2,3), спостерігається високий рівень вакансій, старіння персоналу та гострий дисбаланс у розподілі фахівців у сільській місцевості. Це призводить до того, що багато посад лікарів первинної ланки та медичних сестер/братів залишаються вакантними, особливо в регіонах з обмеженим доступом до послуг.

У постраждалих від війни областях спостерігається подальше скорочення кадрового забезпечення, зокрема, суттєве зменшення кількості сімейних лікарів та медичних сестер/братів у частково окупованих і деокупованих регіонах (наприклад, у Луганській області протягом 2021–2023 років кількість сімейних лікарів скоротилася на 18%, а лікарів-спеціалістів – на 8%).⁷ Варто також зазначити, що значні пошкодження інфраструктури та перебої в наданні послуг у цих районах ускладнили роботу сервісів і погіршили умови праці. Сукупно ці чинники посилюють дефіцит кадрів у регіонах із найгострішими потребами, що підриває безперервність надання допомоги та сповільнює відновлення основних послуг у пріоритетних областях.

Наслідки для інтеграції послуг, цифрової трансформації та стійкості до надзвичайних ситуацій

Інтеграція послуг на базі ПМД триває. Доступ до додаткових пакетів послуг ПМД різниться залежно від місцевості, оскільки надавачі долучаються до них за власним бажанням. Йдеться, зокрема, про лікування ТБ під безпосереднім наглядом, медичну допомогу пацієнтам із ВІЛ-інфекцією, терапію

⁶ Результати початкового аналізу ринку праці у сфері охорони здоров'я в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024 р. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁷ Результати початкового аналізу ринку праці у сфері охорони здоров'я в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024 р. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

агоністами опіоїдів, мобільну паліативну допомогу, вакцинацію проти COVID-19 та спеціалізовані послуги з охорони психічного здоров'я на рівні ПМД. Оскільки залучення залежить від рішення надавача, доступність послуг є нерівномірною, що може впливати на справедливість їх розподілу.

Доступ до лікарських засобів залишається одним із ключових чинників фінансового захисту та ефективного охоплення населення медичними послугами. Станом на 2024 рік програма «Доступні ліки» налічувала 515 найменувань препаратів, з яких 192 були повністю безоплатними, а решта – з доплатою. Доступ є нерівномірним, особливо в сільській місцевості. Близько 89% сіл не мають аптечного закладу, і лише 22% електронних рецептів, виписаних у селах, було погашено в межах того самого населеного пункту. Для подолання географічних бар'єрів впроваджують такі заходи, як укладення багаторічних договорів з аптеками, робота мобільних аптечних пунктів у постраждалих від бойових дій областях та на деокупованих територіях, а також поштова доставка через національного оператора «Укрпошта».⁸

Цифрова система водночас забезпечила безперервність роботи й вимагала адаптивних заходів. Через збої, спричинені війною, НСЗУ тимчасово спростила вимоги до звітування в електронній системі охорони здоров'я, щоб надавачі могли й надалі надавати основну медичну допомогу. З березня до липня 2022 року дія системи оплати, заснованої на даних, була призупинена на користь фіксованих щомісячних платежів. У перші місяці повномасштабної війни частка закладів, що подавали дані до електронної системи охорони здоров'я, у межах країни знизилася, а на тимчасово окупованих і прифронтових територіях досі існують проблеми зі зв'язком та повнотою даних. Попри це, створена до війни цифрова архітектура, включно з майже повсюдним підключенням до центральної бази даних, і далі підтримує прозорість та сприяє поступовому відновленню регулярної аналітики й моніторингу ефективності. Стійкість системи в надзвичайних умовах забезпечували через цільові інструменти закупівель під час дії воєнного стану. У 2022 році спеціальні трансферти допомогли закладам виплачувати нові мінімальні заробітні плати. Протягом 2023-2024 років було запроваджено спеціальні платежі для підтримки готовності закладів по всій країні. Також надавалася додаткова підтримка на випадок потенційних інцидентів, пов'язаних із ядерною загрозою, в областях, де розташовані атомні електростанції. Ці механізми доповнюють контракування з НСЗУ на територіях ведення активних бойових дій та на тимчасово окупованих територіях.⁸

⁸ Фінансування охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість та відновлення. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024 р. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Збереження прогресу реформ у кризовий період свідчить про важливість спроможних інституцій та ефективного врядування. НСЗУ, ДП «Медичні закупівлі України» та ЦГЗ і далі відіграють ключову роль у забезпеченні раціонального використання ресурсів, стабільного постачання медичних товарів та потужної системи епідагляду. Основою реформи є централізоване фінансування, чіткий перелік гарантованих послуг, орієнтація на первинну медичну допомогу та цифровізовані закупівлі. Ці складові заклали надійний фундамент для підтримки доступу до медичної допомоги під час кризи та поступового повернення до оплати за надані послуги (оплати за результат) з поліпшенням ситуації.

2.3 Мета та сфера огляду

Мета цього огляду – оцінити прогрес, виявити прогалини та проаналізувати загальносистемну ефективність реалізації **Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року (ДС-2030)** упродовж 2023–2024 років. Особливу увагу зосереджено на досягненні національних цілей та їх відповідності глобальним і регіональним зобов'язанням, зокрема, **Політичній декларації ООН щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, ЦСР 3.3, а також планам дій ВООЗ для Європейського регіону щодо подолання СНІДу, вірусних гепатитів та інфекцій, що передаються статевим шляхом (2022–2030).**

В огляді проаналізовано вплив війни на послуги у сфері протидії ВІЛ-інфекції та визначено нагальні пріоритети відновлення для їх включення до наступного національного плану дій. Результати огляду сприятимуть плануванню на засадах доказовості, посиленню гнучкості та сталості програм, а також стануть основою для підготовки чергової **заявки України до Глобального фонду на фінансування у 2026 році.**

Оцінювання сфокусовано на п'яти ключових напрямках:

1. **Гнучкі та стійкі системи охорони здоров'я:** врядування, фінансування, організація послуг, системи надання послуг на рівні спільнот, кадрове забезпечення, доступ до базових медичних послуг для ключових груп населення та наслідки переходу від донорського фінансування.
2. **Характер поширення епідемії, епідагляд, моніторинг й оцінювання:** епідагляд на основі супроводу випадків, біоповедінкові дослідження, оцінка чисельності ключових груп, аналіз тенденцій серед них та інших уражених груп населення, а також використання стратегічної інформації для адаптації програм.

3. **Профілактичні послуги для ключових груп населення:** доступ, охоплення, якість, моделі надання послуг на рівні спільнот, робота в пенітенціарних установах, впровадження ДКП (включно з каботегравіром тривалої дії, CAB-LA) та готовність до валідації ЕПМД.
4. **Тестування на ВІЛ, діагностика та клінічний моніторинг,** зокрема, політики й алгоритми тестування, тестування та консультування за ініціативою медичного працівника (ТКМП), моделі тестування на рівні громад і самотестування, цифрові послуги з тестування, системи якості лабораторних досліджень, інтеграція з тестуванням на ТБ і гепатити та моніторинг резистентності ВІЛ до лікарських засобів.
5. **Лікування ВІЛ-інфекції та охоплення медичною допомогою,** зокрема, узгодження політик лікування з рекомендаціями ВООЗ, ефективність каскаду послуг і прогрес у досягненні цілей 95-95-95, ефективність лікування та вірусна супресія, постачання та прогнозування потреби в АРТ-препаратах, медичний супровід пацієнтів з ОІ та інтеграція з послугами лікування ТБ, гепатитів і ПТАО.

Мета цього комплексного огляду – спрямувати зусилля національних і партнерських організацій на прискорення прогресу в подоланні СНІДу як загрози громадському здоров'ю в Україні до 2030 року.

ТЗ огляду включено до Додатку 1.

У Додатку 2 подано програму місії, включно з розкладом онлайн-зустрічей та інтерв'ю, проведених у межах оцінювання заходів із протидії ВІЛ-інфекції та доступу до послуг ПТАО.

3. Методологія

3.1 Етапи аналізу

Робоча група оцінила прогрес і прогалини у впровадженні Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року. Ця оцінка, що ґрунтується на аналізі за 2023 рік, враховувала тенденції, які спостерігалися відтоді, та містила оновлену інформацію станом на 2025 рік. Аналіз проводили в три етапи: кабінетне дослідження, віртуальна місія та узагальнення результатів із подальшою презентацією для заінтересованих сторін і поданням звіту.

Етап 1: Кабінетне дослідження. Робоча група здійснила структурований аналіз національних стратегій та політик, настанов щодо тестування на ВІЛ-інфекцію та діагностичних алгоритмів, стандартів і протоколів лікування ВІЛ-інфекції, стандартів і настанов щодо ДКП, настанов із підтримувальної терапії агоністами опіоїдів, рекомендацій щодо профілактичних заходів, даних моніторингу й оцінювання, а також звітів ключових партнерів і донорів.

Етап 2: Віртуальна місія. У вересні 2025 року робоча група провела віртуальні інтерв'ю та консультації з представниками Міністерства охорони здоров'я, Центру громадського здоров'я України, Національної служби здоров'я України, неурядових організацій, організацій спільнот та громадянського суспільства, а також двосторонніх і багатосторонніх партнерів із розвитку. Обговорення стосувалися таких питань: надання, закупівля та інтеграція послуг, безперервність постачання, епіднагляд та управління даними, права людини та стійкість програм.

Етап 3: Узагальнення та звітність. У жовтні та листопаді 2025 року робоча група провела триангуляцію даних, отриманих з документів та інтерв'ю, верифікувала попередні висновки із зацікавленими сторонами під час віртуальної презентації та фіналізувала звіт.

Координаторками від Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України виступили доктор Лариса Гетьман (з питань ВІЛ-інфекції) та Ірина Іванчук (з питань підтримувальної терапії агоністами опіоїдів). Вони надавали підтримку у визначенні зацікавлених сторін, організації документообігу та розробці графіка впродовж усього процесу огляду.

Було організовано низку віртуальних зустрічей та обговорень у фокус-групах із представниками державних установ, громадських організацій та партнерів із розвитку. Попри складні умови, залученість була високою, а заходи відбулися з мінімальними змінами в графіку. Детальний порядок денний наведено в Додатку 2.

На основі кабінетного дослідження та інтерв'ю з ключовими інформантами робоча група розробила перелік рекомендованих заходів для кожного програмного напрямку. Для кожної рекомендації визначено рівень пріоритетності, головного виконавця та співвиконавців, а також орієнтовний графік реалізації. Поетапний графік відображає реалістичну послідовність дій. Етап 2026 року охоплює оцінку потреб, розробку політик, ухвалення нормативно-правових актів, затвердження рамкових документів та пілотне або початкове впровадження. Період 2027–2028 років передбачає масштабування ефективних підходів, їхню інтеграцію в механізми

контрактування та закупівель, а також впровадження в рутинну практику на обласному рівні. Метою до 2030 року є повна інституціоналізація, коли заходи стануть стандартною національною практикою та підтримуватимуться в межах національних систем. Такий поетапний підхід дає змогу розмежувати заходи, що потребують першочергової уваги на рівні політики та нормативного регулювання, і ті, що вимагають середньо- та довгострокової операційної інтеграції, стабільного фінансування та належної спроможності для їх реалізації на субнаціональному рівні.

3.2. Аналітична база

Огляд програм протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО проводили, застосовуючи структуровану аналітичну базу, яка ґрунтується на п'ятьох ключових критеріях оцінки: доцільність, результативність, ефективність, сталість та справедливість. Ці критерії були орієнтиром для аналізу політик, систем управління, фінансування, кадрового потенціалу, моделей надання послуг і систем підтримки у громадах. Кожен критерій допоміг визначити, наскільки поточні заходи відповідають потребам населення, досягають запланованих результатів, забезпечують раціональне використання ресурсів, зберігають стійкість під час війни та гарантують рівний доступ для ключових та інших залучених груп населення.

Під час огляду порівняли та узагальнили інформацію з багатьох джерел. Кількісні дані (наприклад, показники епідагляду, результати моніторингу програм та фінансові дані) аналізували разом із якісними даними, отриманими під час онлайн-інтерв'ю, консультацій із зацікавленими сторонами та аналізу документів. Використання різних джерел інформації допомогло підтвердити ключові висновки та виявити прогалини. Це також дало змогу отримати чіткіше уявлення про функціонування програми, зважаючи на обмеженість даних з окупованих та постраждалих від війни регіонів.

Експертна група проаналізувала всі показники та аналітичні елементи на відповідність Державній стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року (ДС-2030) і розглянула їх у контексті регіональних планів дій ВООЗ щодо подолання СНІДу, вірусних гепатитів та інфекцій, що передаються статевим шляхом (на період 2022–2030 років). Такий підхід дав змогу провести оцінку, яка відображає національні пріоритети, узгоджується з регіональними та глобальними зобов'язаннями, а також обґрунтувати рекомендації на основі затверджених стратегічних напрямів.

3.3. Обмеження

Цей огляд проводили в умовах повномасштабної війни в Україні, що позначилося на методах збору інформації. З міркувань безпеки експертна група не мала змоги відвідати країну, натомість робота ґрунтувалася на онлайн-інтерв'ю, віртуальних зустрічах та кабінетному аналізі документів. Хоча такі підходи дали змогу забезпечити широку взаємодію з національними партнерами, партнерами-виконавцями та надавачами послуг, вони унеможливили безпосереднє спостереження за роботою закладів та діяльністю на місцях.

Доступність даних також різнилася по країні. Інформація з повністю окупованих регіонів була недоступною, а звітність із територій, де тривають активні бойові дії, - неповною. Ці прогалини є зрозумілими в наявному контексті, і їх слід тлумачити як ситуативні обмеження, а не як недоліки національної системи моніторингу. Проте це знижує рівень деталізації, потрібний для оцінки динаміки епідемії та надання послуг у найбільш уражених регіонах.

Коливання, що спостерігаються в тенденціях фінансування та надання послуг, також слід розглядати з огляду на мінливі умови воєнного стану, зокрема, враховувати переміщення населення, зміни у знаменниках (під час розрахунку показників) та операційні перешкоди для надання послуг на окупованих або важкодоступних територіях. Ці чинники не залежать від управління програмою, і їх необхідно належно враховувати під час інтерпретації національного прогресу.

Незважаючи на ці обмеження, огляд провели за широкої участі національних установ, партнерів і технічних експертів, а його висновки надають надійну та всебічну оцінку заходів із протидії поширенню ВІЛ-інфекції та впровадження ПТАО у нинішніх умовах.

4. Огляд програми протидії ВІЛ-інфекції

4.1. Система врядування, координації та кадрового забезпечення

Контекст

Система врядування у сфері національного реагування на епідемію ВІЛ-інфекції та реалізації програми підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО) в Україні ґрунтується на комплексній нормативно-правовій та інституційній базі, що продовжує функціонувати в надзвичайно складних

умовах війни. Національне реагування регулюється чинним законодавством у сфері протидії ВІЛ-інфекції, а також комплексною державною стратегією, яка встановлює спільну мету – подолання епідемій СНІДу, ТБ та вірусних гепатитів до 2030 року. Цю стратегію підкріплено детальними технічними політиками та протоколами, зокрема, національною стратегією тестування на ВІЛ, клінічними протоколами і стандартами^{9,10,11}, а також національною стратегією з подолання бар'єрів, пов'язаних із правами людини, у доступі до послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції та ТБ до 2023 року.

Модель врядування у програмах протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО вирізняється чітким розподілом ролей і повноважень, а також значним потенціалом для координації на національному рівні. Обов'язки у сфері управління чітко розподілені між різними рівнями та державними установами¹². Кабінет Міністрів України визначає державну політику та затверджує стратегічні пріоритети. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) видає нормативно-правові акти, встановлює клінічні та громадсько-медичні стандарти й забезпечує загальне керівництво наданням послуг у сферах протидії ВІЛ-інфекції, ПТАО, ТБ та вірусним гепатитам. Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (ЦГЗ) відповідає за технічне лідерство та щоденну координацію впровадження програм, включно з епідаглядом, профілактикою та забезпеченням безперервності лікування. Обласні центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) сприяють реалізації національних пріоритетів у сфері громадського здоров'я на субнаціональному рівні та можуть надавати технічну й координаційну підтримку, тоді як основна відповідальність за операційне впровадження, моніторинг результативності та забезпечення безперервності послуг (зокрема, в умовах надзвичайних ситуацій) покладається на уповноважені заклади охорони здоров'я. Національні зацікавлені сторони зазначають, що спроможність обласних ЦКПХ у цих сферах суттєво різниться та в багатьох регіонах залишається обмеженою. Спеціалізовані центри із соціально значущих хвороб надають безпосередні клінічні та супровідні послуги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією, ТБ, вірусними гепатитами та клієнтам ПТАО, зокрема, представникам груп високого ризику та важкодоступних груп населення. Координаційний механізм країни та його технічні робочі групи діють як офіційні платформи для координації та підзвітності, об'єднуючи представників

⁹ Стандарт медичної допомоги «ВІЛ-інфекція», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 3 червня 2025 року № 916.

¹⁰ Порядок надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2022 року № 1695.

¹¹ Міністерство охорони здоров'я України, Державний експертний центр МОЗ України, Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Клінічна настанова, заснована на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини». 2022 рік.

¹² Закон України «Про систему громадського здоров'я» // Відомості Верховної Ради України (ВВР). 2023 рік.

уряду, надавачів послуг та громадянське суспільство для узгодження питань національного фінансування, підтримки з боку Глобального фонду та інших партнерів, ухвалення рішень щодо впровадження програм та усунення бар'єрів, що перешкоджають безперервності надання послуг.

Процес реформування системи громадського здоров'я в Україні¹³ докорінно змінив механізми координації заходів із протидії ВІЛ-інфекції на місцевому рівні. Внаслідок децентралізації функцій у сфері громадського здоров'я та заснування обласних центрів контролю та профілактики хвороб відповідальність за планування, епідагляд та координацію надання послуг було делеговано на рівень громад. З одного боку, це відкрило можливості для впровадження більш гнучких та локально орієнтованих стратегій протидії ВІЛ-інфекції, а з іншого – виявило прогалини у спроможностях та значні відмінності у фаховій компетентності між регіонами. Відтак, ефективність координації заходів у сфері протидії ВІЛ-інфекції залежить від посилення лідерського потенціалу місцевих інституцій громадського здоров'я, оптимізації систем збору даних та епідагляду, а також поглиблення співпраці між медичними закладами, надавачами ВІЛ-послуг та організаціями громадянського суспільства.

Важливо наголосити, що попри війну та її наслідки, Україна довела свою спроможність забезпечувати стає надання життєво важливих послуг у сфері ВІЛ-інфекції, зменшення шкоди та ПТАО. Доступність антиретровірусної терапії (АРТ), програм зменшення шкоди та лікування для людей, які вживають наркотики, було не лише збережено, але й адаптовано до нових умов, що дозволило уникнути переривань у наданні допомоги. Завдяки лідерській ролі Міністерства охорони здоров'я, ЦГЗ у тісній взаємодії з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та за підтримки міжнародних партнерів (включно з Урядом США, Глобальним фондом, PEPFAR, ВООЗ, ЮНЕЙДС та іншими) було забезпечено пріоритезацію ключових послуг, мобілізацію ресурсів та координацію моделей надання допомоги для забезпечення її безперервності¹⁴.

Мережі спільнот, зокрема, людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), та людей, які вживають наркотики (ЛВН), відіграли ключову роль у заходах реагування. Ці мережі сприяли аутріч-роботі, підвищенню прихильності до лікування та забезпеченню безперервності надання послуг через упровадження гнучких та адаптованих до місцевих умов підходів. Серед них – видача АРТ-препаратів на кілька

¹³ Узгодження реформи охорони здоров'я та децентралізації в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021 рік. Ліцензія:: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹⁴ Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. Дата звернення: 20 жовтня 2025 року. <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid>

місяців, надання терапії агоністами опіоїдів мобільними бригадами та розширення практики самостійного прийому препаратів удома. Такі адаптації забезпечили безперервність надання послуг у регіонах з обмеженим доступом до закладів охорони здоров'я.

Попри повномасштабну війну, Україна продовжує роботу з досягнення цілей 95–95–95 у сфері протидії ВІЛ-інфекції та розширення охоплення послугами ПТАО. Це демонструє не лише спроможність реагувати на надзвичайні ситуації, а й здатність адаптувати моделі надання послуг і дотримуватися довгострокових програмних цілей у складних умовах. На національному рівні МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ та партнерські організації демонструють чітку відданість збереженню скоординованого лідерства та сталої підтримки послуг у сферах ВІЛ-інфекції та ПТАО як пріоритетів системи громадського здоров'я.

Досягнення

Наведені нижче досягнення свідчать про наявність системи врядування, здатної формувати політику, координувати діяльність на національному рівні, забезпечувати постачання та розподіл життєво важливих товарів, а також підтримувати безперервність надання послуг для ключових груп населення навіть в умовах повномасштабної війни.

Забезпечення безперервності надання ключових послуг у сферах протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО в умовах повномасштабної війни. Україна зберегла доступ до антиретровірусної терапії, послуг зі зменшення шкоди та підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО) попри виклики, спричинені повномасштабною війною. Здатність забезпечувати безперервність лікування та надання супутніх послуг в екстремальних умовах свідчить про ефективне національне лідерство та високий рівень операційної стійкості.

Узгоджена політика та нормативно-правова база для інтегрованої відповіді на загрози інфекційних хвороб. Національна система протидії інфекційним хворобам функціонує на основі чіткої політики та нормативно-правової бази у сфері громадського здоров'я, що забезпечує комплексний підхід до питань ВІЛ-інфекції, ПТАО, ТБ та вірусних гепатитів. Позиціонування цих напрямів як складових єдиної скоординованої програми громадського здоров'я, а не окремих вертикальних ініціатив, сприяло створенню сприятливих умов для спільного планування, розподілу відповідальності та дотримання єдиних стандартів надання медичної допомоги.

Поступова гармонізація зі стандартами Європейського Союзу у сфері безпеки крові. Поточна діяльність з гармонізації національної політики у сфері безпеки крові з директивами ЄС демонструє послідовну відданість стандартам якості, безпеки та передовим міжнародним практикам. Цей процес свідчить про готовність до інтеграції ключових елементів інфекційного контролю, захисту прав пацієнтів та забезпечення безпеки донорської крові в європейську нормативно-правову базу та стандарти громадського здоров'я.

Інклюзивна національна координація через Координаційний механізм країни (КМК). КМК продовжує функціонувати як ефективна багатосекторальна платформа, що об'єднує державні установи, професійні агенції, організації громадянського суспільства та мережі спільнот. Його мандат було розширено, і тепер він охоплює не лише питання ВІЛ-інфекції та ТБ, а й координацію національних заходів із протидії вірусному гепатиту С (ВГС). Такий широкий мандат підсилює принцип, згідно з яким профілактика, лікування та зменшення шкоди для людей, які живуть з ВІЛ, людей, які вживають наркотики, та інших ключових груп населення є національними пріоритетами, що вимагають спільного моніторингу та розподілу відповідальності.

Централізовані закупівлі та стале управління ланцюгами постачання для АРТ і ПТАО.

Закупівля антиретровірусних препаратів та лікарських засобів для ПТАО здійснюється централізовано через МЗУ за суттєвої підтримки міжнародних партнерів. Цей підхід доповнюється національною системою управління ланцюгами постачання, здатною забезпечувати надійний розподіл товарів у регіонах, включно з територіями, що постраждали внаслідок бойових дій або де відбулося переміщення населення. Результатом є безперервність доступу до лікування в необхідних масштабах, що мінімізує ризики дефіциту препаратів та підвищує прогнозованість постачання для надавачів послуг.

Програма розвитку кадрового потенціалу системи громадського здоров'я¹⁵. Цю програму було схвалено Міністерством охорони здоров'я на початку 2025 року. Завдяки формуванню резерву керівних кадрів, приведенню навчання у відповідність до стандартів WHO/ASPHER та запровадженню стимулів для залучення й утримання фахівців за межами великих міст, ця політика визначає реалістичний шлях до стабілізації, професіоналізації та збереження кадрових ресурсів системи громадського здоров'я до 2030 року. Це є необхідною передумовою для забезпечення

¹⁵ Національна програма розвитку людських ресурсів для системи громадського здоров'я України до 2030 року. Наказ МОЗ № 65 від 9 січня 2025 року.

належного епіднагляду, ефективного реагування на спалахи захворювань та зміцнення національної безпеки у сфері охорони здоров'я.

4. Високий рівень інституційної, професійної та громадської відданості. Основою ефективного реагування стали компетентність та відданість національних інституцій, медичних працівників і неурядових організацій. Медичні працівники продовжували надавати послуги у надзвичайно складних умовах; організації громадянського суспільства та об'єднання спільнот забезпечували аутріч-роботу, підтримку прихильності до лікування та зв'язок із системою охорони здоров'я для ключових груп населення; а національні органи влади здійснювали політичне керівництво та координацію. Ці спільні зусилля відіграли ключову роль у забезпеченні сталості надання послуг у сферах протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО і є важливим досягненням української моделі державного управління.

Проблемні питання

Потреби у розбудові спроможності обласних центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ). Відповідно до Закону України «Про систему громадського здоров'я», обласні центри контролю та профілактики хвороб (обласні ЦКПХ) відповідають за громадське здоров'я та епіднагляд, зокрема, щодо ВІЛ-інфекції та інших суспільно значущих станів. Обласні ЦКПХ безпосередньо не координують надання клінічних послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції, однак на основі епідеміологічних даних можуть визначати напрями заходів у галузі громадського здоров'я.

Нинішні структурні реформи та бюджетні коригування створили умови, за яких ці центри все ще перебувають у процесі формування кадрового потенціалу, досягнення бюджетної гнучкості та накопичення технічних ресурсів, необхідних для стабільного виконання своїх функцій у всіх областях. Поки ця спроможність розбудовується, виконання певних функцій громадського здоров'я підтримують національні інституції та зовнішні партнери. Це допомагає забезпечити безперервність діяльності на час подальшого зміцнення регіонального потенціалу.

Неоднорідність координації на субнаціональному рівні. На національному рівні міжсекторальна координація добре налагоджена та спирається на структуровані платформи й чітке керівництво. Натомість на обласному рівні координація може бути ситуативною (*ad hoc*) і не завжди системно пов'язаною з поточними реформами у сфері охорони здоров'я чи пріоритетами фінансування. Це може призводити до нерівномірного впровадження політик у сфері протидії ВІЛ-інфекції та надання ПТАО, а також сповільнювати ухвалення рішень, які вимагають швидкого

реагування з урахуванням місцевого контексту (наприклад, забезпечення безперервності послуг для внутрішньо переміщених осіб). Посилення субнаціонального врядування та краща узгодженість координації на обласному рівні з національними стратегічними напрямами, особливо в регіонах з обмеженою спроможністю, залишаються пріоритетним напрямом подальшої роботи.

Підтримка спроможності громад. В умовах децентралізації ефективність заходів із протидії ВІЛ-інфекції дедалі більше залежить від потужних систем на рівні громад, здатних доповнювати послуги у сфері громадського здоров'я. Організації на рівні громад відіграють у цьому процесі центральну роль, надаючи засновані на довірі, клієнтоорієнтовані послуги з профілактики, підтримки прихильності до лікування та аутріч-роботи. Такі послуги дозволяють охопити ключові групи населення ефективніше, ніж це вдається багатьом традиційним закладам. Із передачею повноважень на місця безперервне фінансування та скоординована взаємодія з місцевими органами влади набувають ще більшого значення для забезпечення сталого доступу до життєво важливих послуг із профілактики ВІЛ-інфекції та підтримки. Отже, зміцнення систем на рівні громад через більш прогнозоване фінансування, чіткіші механізми укладання договорів та структуровану співпрацю з державними надавачами послуг є ключовим для забезпечення стійкої, справедливої та ефективної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції на місцевому рівні.

Фінансова сталість профілактики та аутріч-роботи. До повномасштабного вторгнення Україна перевела більшість базових послуг із профілактики ВІЛ-інфекції та аутріч-роботи (включно з послугами для ключових груп населення) на посилене державне фінансування через механізм соціального замовлення. Водночас розширені пакети послуг та окремі сервіси значною мірою залишалися залежними від донорської підтримки¹⁶. Багато заходів із профілактики, зменшення шкоди та роботи в громадах і досі фінансуються донорами. Хоча зовнішня допомога відіграла вирішальну роль у забезпеченні безперервності роботи під час кризи, залежність від неї створює довгострокову вразливість. Це особливо стосується послуг, які є надзвичайно важливими для контролю над епідемією, але ще не повністю інтегровані в гарантований державою пакет медичних послуг.

Виклики у сфері кадрового забезпечення охорони здоров'я. Дефіцит кадрів, внутрішнє переміщення, відтік кваліфікованого персоналу за кордон і нерівномірний прогрес децентралізації створюють прямий тиск на систему надання послуг. Згідно з аналізом ринку праці за 2024 рік,

¹⁶ Незалежний огляд Перехідного плану України на 2018-2021 рр. Центр політики та досліджень у галузі охорони здоров'я (Центр PAS), січень 2023 року.

вакантними залишаються від 15% до 25% посад лікарів, медичних сестер і братів, акушерок та акушерів, фізіотерапевтів, лаборантів і рентгенолаборантів. Цей дефіцит призводить до браку досвідчених фахівців, здатних надавати послуги у сфері ВІЛ-інфекції та ПТАО у необхідних обсягах для ключових та інших вразливих груп. Водночас персонал, що залишився, стикається з високим робочим навантаженням і стресом, пов'язаним із безпековою ситуацією. Забезпечення компетентності, охоплення та безперервності допомоги в таких умовах вимагає цільових стимулів для утримання кадрів, перерозподілу завдань і клінічних функцій, а також систематичного підтримувального супроводу (супервізії) для збереження стабільної роботи системи під тиском. У згаданому звіті також наголошено на необхідності розвитку спроможності для надання послуг у сфері ВІЛ-інфекції та ПТАО на рівні громад (зокрема, для надавачів первинної медичної допомоги та громадських організацій).

Хоча Національна програма розвитку кадрових ресурсів громадського здоров'я спрямована на загальне зміцнення кадрового потенціалу, інтеграція компетентностей, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією, до національної рамки компетентностей у сфері громадського здоров'я забезпечить сталий і довгостроковий підхід до подолання наявних прогалів серед різних фахівців, залучених до відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції. Цей напрям додатково підкріплюється поточними ініціативами з оцінки компетентностей у сфері протидії ВІЛ-інфекції, а також розробкою стратегій розвитку потенціалу та планів технічної допомоги у сферах протидії ВІЛ-інфекції та ТБ.

Стигма, пов'язана з ВІЛ-інфекцією, залишається серйозним викликом, особливо в умовах децентралізації, що покладає на місцеві органи влади більше відповідальності за планування та надання послуг. Хоча органи місцевого самоврядування отримують дедалі більше можливостей для формування гнучких та адаптованих до потреб програм протидії ВІЛ-інфекції, різний рівень управлінської спроможності та обмежений досвід роботи з потребами ключових груп населення можуть сповільнювати прогрес. Посилення лідерства на місцевому рівні, розвиток практичних навичок та інтеграція підходів до зменшення стигми в інформаційно-роз'яснювальну роботу та надання послуг матимуть ключове значення для того, аби децентралізація сприяла більш інклюзивній та ефективній відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції.

Уже досягнуто значного прогресу: згідно з «оцінкою прогресу» 2023 року в межах ініціативи Глобального фонду «Руйнуючи бар'єри» (Breaking Down Barriers), Україна має одні з найрозвиненіших програм з усунення бар'єрів у доступі до послуг у сфері ВІЛ-інфекції, пов'язаних із правами людини. Це охоплює зусилля, спрямовані на зменшення стигми та дискримінації,

просування недискримінаційної допомоги, а також розширення прав і можливостей ключових і вразливих груп населення для захисту своїх прав.

Національні стандарти України у сфері протидії ВІЛ-інфекції до 2025 року визнають принципи надання послуг на засадах поваги, недопущення дискримінації та дотримання прав людини, зокрема, для ключових груп населення. Водночас залишаються прогалини у повній інтеграції правозахисних програм у повсякденну практику надання послуг, а також у забезпеченні системного навчання, моніторингу та підтримки в усіх регіонах (особливо для груп населення, що постраждали від війни, зокрема внутрішньо переміщених осіб).¹⁷

Виклики у сфері інтеграції медичних інформаційних систем. На сьогодні НУО, Центр громадського здоров'я України та Національна служба здоров'я України використовують різні інформаційні системи, що працюють з національними компонентами електронної системи охорони здоров'я. Всі вони є інтегрованими складниками єдиної цифрової екосистеми, яка забезпечує надання послуг, стратегічні закупівлі, управління фінансовими потоками та формування звітності. При цьому електронні рішення є не окремими чи ізольованими системами, а основою для процесів контракування, обробки звітів та моніторингу з боку НСЗУ.

Глибша інтеграція потоків даних дозволить налагодити більш оперативний епіднадгляд, спростить супровід пацієнтів між різними надавачами медичних послуг та допоможе планувати охоплення послугами мобільних і пріоритетних груп населення, зокрема тих, хто отримує допомогу і в державних, і в громадських закладах. Таке покращення взаємодії також посилить надгляд, зменшить дублювання адміністративних функцій та забезпечить безперервність лікування.

Рекомендації

У таблиці нижче наведено рекомендовані дії для посилення врядування, координації та кадрового потенціалу у сфері протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО в Україні.

Рекомендації щодо посилення врядування, координації та кадрових ресурсів у сфері протидії ВІЛ та надання послуг ПТАО	Пріоритет	Виконавець (-вці)	2026	2027–2028	2030
Посилення спроможності системи врядування для підтримки децентралізації					

¹⁷ УКРАЇНА. Оцінка прогресу. Ініціатива Глобального фонду «Долаючи бар'єри». Грудень 2023 року.

Провести системну оцінку бар'єрів і прогалин у спроможності, що впливають на діяльність обласних ЦКПХ, з метою уточнення обсягу та доцільності децентралізації, включно з належним розподілом функцій епідеміологічного нагляду, повноважень щодо ухвалення рішень та структурної відповідальності на обласному рівні	Високий	МОН, ЦГЗ, обласні ЦКПХ	x	x	
Узгодити заходи зі зменшення стигми з реформами зміцнення первинної медичної допомоги та загального охоплення послугами охорони здоров'я; підтримати впровадження стандартів надання послуг, що ґрунтуються на повазі та дотриманні прав людини (зокрема, для ключових груп населення), відповідно до національної рамки якості медичної допомоги	Середній	МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ, надавачі ПМД	x	x	x
Забезпечити структуроване залучення організацій громадського суспільства як надійних та економічно ефективних партнерів, нарівні з державними надавачами послуг, у сферах профілактики, підтримки прихильності до лікування та аутріч-роботи, навіть за умов фінансових обмежень	Високий	МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ, НУО/ОГС, міжнародні партнери	x	x	x
Подолання браку кадрів та розвиток спроможності					
Визначити децентралізацію послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО як початковий етап практичного впровадження Цілі 1 (Національна програма розвитку кадрових ресурсів системи охорони здоров'я до 2025 року). Для цього прискорити правові й кадрові заходи, як-от: визначення поняття «працівник сфери громадського здоров'я», офіційне затвердження класифікації посад та обсягу повноважень (особливо для фахівців нелікарських спеціальностей), а також	Високий	МОЗ (кадрові ресурси/ політика), ЦГЗ, НСЗУ, обласні ЦКПХ	x	x	

запровадження моніторингу та кадрового планування, пріоритезуючи рівень громад					
Розробити й затвердити цільову, акредитовану програму для розвитку компетентностей та безперервного професійного розвитку фахівців, які надають послуги у сфері протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО на рівні громад (узгоджену з Ціллю 2 Національної програми розвитку кадрових ресурсів системи охорони здоров'я до 2025 року). Програма має передбачати визначення необхідних навичок, їхню інтеграцію в національні стандарти компетентностей та освіти, а також забезпечувати зарахування навчання для формального професійного зростання	Високий	МОЗ, ЦГЗ (навчання/технічна підтримка), НСЗУ (контрактування/ механізми оплати), професійні асоціації, обласні ЦКПХ		x	x
Сприяти формуванню та цільовому розвитку лідерського потенціалу на рівні муніципалітетів і ПМД для надання децентралізованих послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО. Для цього слід визначити заходи з розвитку лідерства, управління та стимулювання, передбачені Ціллю 3 (Національна програма розвитку кадрових ресурсів системи охорони здоров'я до 2025 року), як пріоритетну сферу для практичного впровадження. Це охоплює посилення управлінської спроможності на місцевому рівні та створення сталих механізмів фінансування й збереження кадрів	Високий	МОЗ (кадрові ресурси/політика), ЦГЗ, НСЗУ, обласні ЦКПХ	x	x	
Забезпечення сталого постачання якісних лікарських засобів та медичних виробів у сфері ВІЛ та ПТАО					
Дослідити диверсифіковані та довгострокові варіанти фінансування, що виходять за межі наявних механізмів донорської підтримки, з метою забезпечення сталого доступу до засобів профілактики ВІЛ-інфекції (зокрема шприців, презервативів та лубрикантів) і поступово	Середній	МОЗ, Мінфін, централізовані закупівлі (ПМГ), ЦГЗ, НСЗУ	x	x	x

зменшити залежність від короткострокового зовнішнього фінансування					
Посилити систему гарантування якості та фармаконагляду для препаратів опіоїдної агоністичної терапії вітчизняного виробництва шляхом систематичного тестування кожної партії та постійного моніторингу їхніх безпеки та якості.	Високий	МОЗ, ЦГЗ, ДЕЦ (фармаконагляд)	x	x	x
Підтримка та вдосконалення координації й інтеграції даних					
Інституціоналізувати та офіційно закріпити багатосторонні координаційні платформи на обласному рівні для узгодження децентралізованих заходів (у сферах ВІЛ-інфекції, ПТАО, ТБ, гепатитів, зменшення шкоди) з пріоритетами національних реформ і підтримкою зовнішніх партнерів	Високий	МОЗ, ЦГЗ, обласні ЦКПХ, департаменти охорони здоров'я ОДА/ОВА, Секретаріат КМК	x	x	x
НУО потрібно розробити та впровадити строковий план міграції даних. Він має включати повне зіставлення (мапінг) даних, якими оперують НУО, з полями системи ЦГЗ, а також скоординоване перенесення попередніх наборів даних. Щоб забезпечити безперешкодний перехід до національних систем даних, ЦГЗ має призначити відповідальну контактну особу	Високий	НУО/ОГС, ЦГЗ, НСЗУ, обласні ЦКПХ	x	x	x

4.2. Фінансування та сталість

Контекст фінансування системи охорони здоров'я

У 2021 році (останній рік, за який наявні міжнародно порівнянні дані) обсяг видатків на охорону здоров'я на душу населення в Україні перевищував середній показник для країн з рівнем доходу нижче середнього (КРДНС) в Європейському регіоні ВООЗ, однак був нижчим за середній показник у регіоні.¹⁸ Поточні видатки на охорону здоров'я у відсотках від ВВП України зросли з 7,1% у 2019

¹⁸ [Health Systems in Action: Ukraine, 2024](#). World Health Organization Regional Office for Europe and European Observatory of Health Systems and Policies. (Системи охорони здоров'я в дії: Україна, 2024 рік. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я та Європейська обсерваторія з систем та політики охорони здоров'я).

році до 8,2% у 2021 році, при цьому 47,9% загального обсягу видатків надходили з приватних джерел, переважно у вигляді прямих платежів пацієнтів. Частка бюджету охорони здоров'я в загальному обсязі державних видатків України у 2021 році становила 10,6% (порівняно з 7,7% у 2019 році), що дорівнювало 4,3% ВВП.¹⁹

До початку повномасштабного вторгнення Російської Федерації в Україну загальний (консолідований) бюджет сфери охорони здоров'я динамічно зростав: за період 2017–2021 років він збільшився вдвічі – зі 102,0 млрд до 203,6 млрд гривень. Попри серйозні виклики для державних фінансів України, що постали з 2022 року, уряд зберігає високу пріоритетність фінансування сфери охорони здоров'я (Таблиця 1).

Таблиця 1. Консолідований бюджет сфери охорони здоров'я України на 2022–2026 роки (млрд. грн)

	2022	2023	2024	2025	2026
Видатки державного бюджету на охорону здоров'я*	184,3	179,3	201,4	217,0	258,0

* 2022-2024 роки – виконаний бюджет, 2025 рік – затверджений бюджет, 2026 рік – план.

Джерело: Міністерство фінансів України. Офіційний вебсайт. <https://mof.gov.ua/uk/state-budget>

Варто зазначити, що будь-які порівняння бюджетних асигнувань на сферу охорони здоров'я в Україні до та після 2022 року потрібно проводити з обережністю. Це зумовлено суттєвими змінами в чисельності населення та територіальному охопленні послуг, що надаються державою, через війну, що триває.

Досягнення

Протягом останніх років Україна впровадила комплексні реформи у сфері фінансування охорони здоров'я, які розпочалися з ухвалення 2017 року Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Створення у 2018 році Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного національного закупівельника медичних послуг дало змогу запровадити стратегічні закупівлі та нові механізми оплати.²⁰ НСЗУ укладає договори з державними та приватними закладами охорони здоров'я та відповідає за реалізацію програми «Доступні ліки» та Програми медичних гарантій (ПМГ). ПМГ складається з пакетів медичних послуг, які охоплюють

¹⁹ Глобальна база даних ВООЗ про витрати на охорону здоров'я, <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

Дата звернення: 14 вересня 2025 року.

²⁰ Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19?lang=en#Text>

або лікування конкретних захворювань (як-от ТБ та ВІЛ-інфекція), або певні види медичної допомоги (наприклад, первинну, екстрену чи паліативну). Кількість пакетів медичних послуг зросла з 33 у 2020 році до 44 у 2025 році.²¹

В Україні створено ефективні системи управління державними фінансами (УДФ) на загальнодержавному та місцевому рівнях, що забезпечують високі показники виконання бюджету у сфері охорони здоров'я.²² Видатки центрального бюджету на ПМГ акумулюються в межах єдиної бюджетної програми, якою управляє НСЗУ і на яку припадає близько 75–80% державних видатків на охорону здоров'я (2024–2025 роки). МОЗ безпосередньо управляє тією частиною бюджету, що спрямована на програми у сфері громадського здоров'я та інші загальнодержавні програми. Водночас обласні та місцеві органи влади надають системі охорони здоров'я додаткове фінансування для оплати комунальних послуг, а також для поточних і капітальних ремонтів закладів, що перебувають у їхній власності.

Послуги з протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО покриваються в межах двох пакетів послуг ПМГ, які визначають обсяг послуг, умови їх надання (амбулаторно), а також вимоги до організації надання послуг, зокрема, до медичного персоналу та необхідного обладнання:

- 1) діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ-інфекцією (та з підозрою на неї);
- 2) лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок уживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії.^{23, 24}

Надавачі медичних послуг, які уклали договір з НСЗУ на надання послуг із лікування ВІЛ-інфекції та ПТАО, отримують оплату за фіксованою капітаційною ставкою на одного пацієнта на рік. На 2025 рік затверджено тарифи в розмірі 4091,04 грн за лікування ВІЛ-інфекції та 6874,20 грн за ПТАО відповідно.²⁵ Законтрактовані надавачі отримують оплату щомісяця з розрахунку середньомісячної кількості пацієнтів на лікуванні, помноженої на 1/12 річної капітаційної ставки. Окрім фінансування в межах ПМГ, у державному бюджеті також передбачено видатки на профілактику ВІЛ-інфекції за бюджетною програмою «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» (код 2301040), яка підтримує укладення договорів про соціальне замовлення з неурядовими організаціями. Асигнування за цією програмою затвердили на рівні 4,34 млн грн у

21 Національна служба здоров'я України. [Програма медичних гарантій 2025](#).

22 Виконання бюджету в галузі охорони здоров'я. Тематичне дослідження: Україна (неопубліковано), 2022 рік.

23 Національна служба здоров'я України. Програма медичних гарантій 2025. [Пакет послуг з ВІЛ](#).

24 Національна служба здоров'я України. Програма медичних гарантій 2025. [Пакет послуг ПТАО](#).

25 Постанова Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2024 р. № 1503 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році».

2022 році, і вони залишалися майже незмінними: 4,37 млн грн у 2025 році та 4,68 млн грн у проєкті державного бюджету на 2026 рік. До повномасштабного вторгнення ці кошти розподіляли та витрачали за встановленими механізмами. Після початку війни ЦГЗ продовжив використовувати ці процедури контракування, хоча наразі фінансування здійснюється через проєкт Глобального фонду. Варто зазначити, що проєкт Державного бюджету на 2026 рік уже містить державні асигнування для відновлення внутрішнього фінансування соціального замовлення.

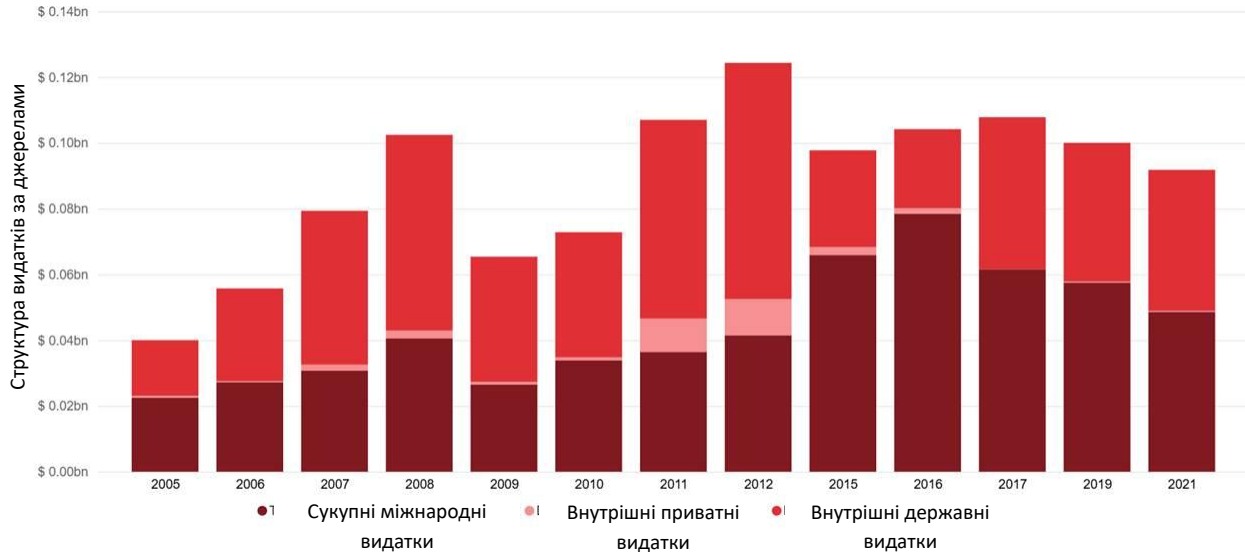
Проблемні питання

Загальний обсяг видатків на протидію ВІЛ-інфекції з усіх джерел у 2021 році (останній рік, за який наявні дані ЮНЕЙДС у розрізі країн) становив приблизно 91,8 млн доларів США. Із цієї суми 52,9 % (або 48,6 млн доларів США) надійшло із зовнішніх джерел, 46,7 % (42,9 млн доларів США) - коштом внутрішніх державних видатків, а решту 0,4 % (269,7 тис. доларів США) було задекларовано як внутрішні приватні видатки (див. Рис. 1). Частка зовнішнього фінансування програм протидії ВІЛ-інфекції в Україні у 2021 році перевищувала середній показник у регіоні СЄЦА (24 %) та середній світовий показник для країн із низьким і середнім рівнем доходу (46 %).

Детальний розподіл загальних видатків за конкретними програмами та напрямками діяльності свідчить, що найбільшу частку (39,5 %, або 36,3 млн дол. США) було спрямовано на лікування, догляд та підтримку. Наступними за обсягом фінансування були заходи зі зміцнення систем управління та забезпечення сталості (31 млн доларів США, або 33,8 %) та профілактичні заходи (18,4 млн доларів США, або 20 %). На інші види діяльності припало 6,7 % загальних витрат.²⁶

26 ЮНЕЙДС, [Глобальний моніторинг СНІДу, звіт GARPR](#), липень 2025 року.

Рис. 1. Задекларовані видатки на протидію ВІЛ-інфекції в Україні з усіх джерел фінансування, 2005–2021 роки



Джерело: UNAIDS, Глобальний моніторинг СНІДу (GAMPR), звіти, липень 2025 року. Інформаційна панель з фінансування протидії ВІЛ-інфекції, дані станом на 14 жовтня 2025 року.

Хоча загальний обсяг видатків на протидію ВІЛ-інфекції останніми роками мав тенденцію до зниження, спостерігалися й певні позитивні зрушення. Зокрема, зросла частка внутрішніх державних видатків (з 23 % у 2016 році до 46,7 % у 2021 році) та зменшилася частка приватних (з 2,5 % у 2015 році до 0,4 % у 2021 році). Ці тенденції свідчать про те, що послуги у сфері ВІЛ-інфекції стають доступнішими для населення, а роль внутрішніх ресурсів у їх фінансуванні посилюється.

У Таблиця 2 нижче наведено інформацію про загальну суму фінансування цих послуг НСЗУ протягом 2022–2024 років.

Таблиця 2. Фінансування НСЗУ послуг у сфері ВІЛ-інфекції та ПТАО, 2022–2024 роки

Показник	2022	2023	2024
1. Медичні послуги для людей, які живуть з ВІЛ			
1.1 Кількість законтракованих закладів охорони здоров'я	418	328	325
1.2 Фінансування (тис. грн)	460 416,7	361 631,0	420 559,0
2. Послуги з ПТАО			
2.1 Фінансування (тис. грн)	177 926,6	118 408,2	127 825,7

Загальний обсяг виплат надавачам медичної допомоги (за всіма напрямками) від НСЗУ (тис. грн)	145 656 392,3	133 850 227,7	151 306 502,3
Частка виплат за послуги у сфері ВІЛ-інфекції в загальному обсязі	0,32%	0,27%	0,28%
Частка виплат за послуги з ПТАО в загальному обсязі	0,12%	0,09%	0,08%

Джерело: річні звіти НСЗУ за 2022–2024 роки. <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti>

Наведені дані свідчать, що попри абсолютне скорочення фінансування у 2023 році порівняно з попереднім роком (на 22% для послуг у сфері ВІЛ-інфекції та на 33 % для ПТАО), у 2024 році спостерігається його відносно зростання порівняно з 2023 роком. Зменшення кількості законтракованих закладів охорони здоров'я зумовлене війною, що триває: близько 20% території України залишаються окупованими, тому багато закладів не можуть отримати фінансування, оскільки вони зруйновані, недоступні або не мають змоги пройти верифікацію та подати звітність.

За інформацією ЦГЗ зазначені скорочення мали обмежений вплив на надання основних послуг пацієнтам, оскільки заклади охорони здоров'я отримували фінансову підтримку як від зовнішніх донорів (зокрема закупівлю медикаментів, діагностичних тестів та витратних матеріалів коштом Глобального фонду), так і від обласних та місцевих органів влади. **Ці коливання у динаміці фінансування необхідно оцінювати в контексті надзвичайно складної, спричиненої війною ситуації в Україні, з урахуванням демографічної статистики та обмежених можливостей надання послуг на окупованих територіях.**

Загальна доступність внутрішніх і зовнішніх джерел для підтримки належного рівня фінансування програми протидії ВІЛ-інфекції в Україні залишається проблемою. За даними ЮНЕЙДС, станом на квітень 2025 року через призупинення постачання антиретровірусних препаратів, яке фінансували США, вже у другому кварталі 2025 року очікувався критичний дефіцит АРТ-препаратів. Програма ДКП також опинилася під загрозою через зупинку закупівель.²⁷ Навіть після призупинення зовнішнього фінансування механізми, запроваджені в межах реформи фінансування системи охорони здоров'я України, дозволили їй витримати ці виклики та продовжити надання послуг.

27 ЮНЕЙДС: Вплив скорочення фінансування США на програми протидії ВІЛ-інфекції в Україні. 22 квітня 2025 року.

Хоча зменшення обсягів фінансування можна частково пояснити скороченням кількості отримувачів послуг за програмами унаслідок спричиненої війною міграції, під час візиту місії до країни надавачі послуг висловили занепокоєння щодо капітаційної ставки на послуги, пов'язані з ВІЛ-інфекцією та ПТАО. На їхню думку, вона може не повною мірою покривати витрати, що знижує мотивацію медичних закладів забезпечувати високу якість цих послуг. Це також впливає на готовність надавачів ПМД подавати заявки до НСЗУ на укладення договорів за відповідними пакетами. Хоча НСЗУ надає додаткове фінансування, рішення про подання заявки ухвалює кожен надавач індивідуально. Як наслідок, впровадження цих послуг у межах пакета ПМД є нерівномірним та обмеженим, що може загрожувати рівному доступу до них у різних регіонах. Частка надавачів ПМД, які уклали договір з НСЗУ на надання послуг у сфері ВІЛ-інфекції, становила 3,7 % у 2021 році, 4,6 % у 2022 році та 4,5 % у 2023 році, тоді як для послуг ПТАО цей показник складав 2,4 %, 2,7 % та 2,5 % відповідно.²⁸

Рекомендації

Рекомендації щодо фінансування та забезпечення сталості заходів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
Спрямувати зусилля на захист державного фінансування для ключових послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ПТАО та для функцій громадського здоров'я, щоб гарантувати їхню безперервність	Високий	Кабінет міністрів	X	X	X
Переглянути й оновити капітаційні ставки (тарифи) на послуги у сфері ВІЛ-інфекції та ПТАО, які НСЗУ використовує для оплати послуг надавачів медичної допомоги, з якими укладено договір. Тарифи мають відображати повну вартість, необхідну для надання якісних послуг. Варто	Високий	НСЗУ	X		

²⁸ [Фінансування охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість та відновлення](#). Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024 рік.

також розглянути можливість запровадити додаткові показники оплати за результатами для посилення мотивації надавачів.					
Посилити роль надавачів первинної медичної допомоги у наданні послуг, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією та ПТАО. Для цього потрібно розвивати спроможність закладів ПМД укладати договори з НСЗУ та надавати відповідні послуги. Зокрема, це передбачає забезпечення достатньої кількості кваліфікованого персоналу; підвищення готовності закладів та розвиток клінічних компетентностей; зміцнення організаційної структури та оптимізацію маршрутів пацієнта; гарантування доступу до необхідних інструментів та ресурсів.	Високий	НСЗУ, ЦГЗ		X	

4.3. Характер епідемії, епіднадгляд за ВІЛ-інфекцією та системи МіО

4.3.1. Епідеміологічний контекст

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні поширюється переважно серед ключових груп населення (КГ), а саме: людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), жінок, які надають сексуальні послуги (ЖСП), чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), та транс*жінок (ТЖ). Епідемія ВІЛ-інфекції в країні розпочалася на початку 1990-х років, насамперед серед ЛВІН, і досягла піку приблизно у 2000 році, охопивши інші ключові групи та їхніх сексуальних партнерів. Характер епідемії відрізняється залежно від регіону: найвищі показники зареєстрованих випадків на 100 тис. населення спостерігаються на південному сході країни.

Оціночні дані щодо кількості ЛЖВ, отримані за допомогою інструменту UNAIDS Spectrum після початку повномасштабного вторгнення, ЦГЗ не використовує через труднощі з визначенням

загальної чисельності населення України. Невизначеність щодо кількості людей, які проживають в Україні, ускладнює моделювання епідемії ВІЛ-інфекції та оцінку чисельності ЛЖВ у країні, а також розрахунок показників захворюваності та смертності. Війна та окупація частини території країни спричинили масштабне переміщення населення та збої в наданні медичних послуг, зокрема, в системі епіднадзора за ВІЛ-інфекцією. Дані рутинного збору, зокрема, дані реєстрації випадків ВІЛ-інфекції, необхідно інтерпретувати обережно, особливо з територій, які зазнали найбільшого впливу війни. Неточні знаменники ключової групи, труднощі з відстеженням переміщених осіб усередині та за межами України, а також різна спроможність систем епіднадзора в регіонах обмежують можливість точного моделювання захворюваності на ВІЛ-інфекцію, її поширеності та смертності.

За даними ЦГЗ, станом на кінець 2024 року в закладах охорони здоров'я було зареєстровано 137 780 ЛЖВ, з яких 118 701 особа (86,1%) отримувала АРТ. Згідно з даними, наданими в межах Глобального моніторингу СНІДу (GAM), у 2024 році 98 051 пацієнт, який отримував АРТ, пройшов тестування на вірусне навантаження, що становить 82,6% охоплення. Серед обстежених у 96,0% було досягнуто вірусної супресії. Кількість пацієнтів на АРТ у 2024 році (n=118 701) була значно нижчою порівняно з 2021 роком (n=152 226), що, найімовірніше, пов'язано з міграцією з країни через війну та втратою пацієнтів, які проживають на окупованих територіях^{29 30}. Українські біженці становили 10,2% (n=2 338) від усіх випадків ВІЛ-інфекції, діагностованих у країнах ЄС/ЄЕЗ у 2022 році, що вдсятеро більше, ніж у 2021 році.

4.3.2. Епідемія ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення

Серед КГ ЛВІН залишаються найбільшою групою з найвищим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, який, за оцінками, у 2023 році становив 16,5% (**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**). Хоча рівень поширеності ВІЛ-інфекції є нижчим, ніж у попередні роки, субрегіональний аналіз не продемонстрував статистично значущого його зниження. Основна проблема в каскаді послуг з тестування та лікування ВІЛ-інфекції для ЛВІН виникає на першому етапі: за поточними оцінками, лише близько двох третин ЛВІН із ВІЛ-інфекцією знають про свій статус.

29 ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень 2024. Київ: Центр громадського здоров'я, 2025 рік.

30 Reyes-Urueña J, Marrone G, Noori T et al. HIV diagnoses among people born in Ukraine reported by EU/EEA countries in 2022: impact on regional HIV trends and implications for healthcare planning. [Діагнози ВІЛ-інфекції серед народжених в Україні, зареєстровані країнами ЄС/ЄЕЗ у 2022 році: вплив на регіональні тенденції ВІЛ-інфекції та наслідки для планування охорони здоров'я] // Euro Surveill. 2023; 28(48):2300642.

Другий за величиною показник поширеності ВІЛ-інфекції серед КГ спостерігається в ЧСЧ – 6,8% у 2024 році. На відміну від ЛВІН, серед ЧСЧ спостерігаються ознаки зростання поширеності ВІЛ-інфекції принаймні в деяких регіонах. Каскад послуг з тестування та лікування ВІЛ-інфекції (95-95-95) серед ЧСЧ становить 89–99–92 відповідно, водночас за останні три роки найбільшого прогресу досягнуто в обізнаності щодо свого ВІЛ-позитивного статусу.

Щодо людей, які надають сексуальні послуги (ЛСП), оціночні дані про чисельність групи доступні лише за довоєнний період. Представники НУО та працівники сфери громадського здоров'я вказують на можливе збільшення кількості жінок, залучених до секс-бізнесу, в регіонах, що постраждали від війни. Отже, попри відносно низький рівень поширеності ВІЛ-інфекції, виявлений у 2021 році, та загальну тенденцію до зниження, що спостерігалася протягом останніх 20 років (зокрема, серед ЛСП віком до 25 років), епідеміологічне значення цієї групи може зрости через зміну обставин та динаміку населення.

У світі поширеність ВІЛ-інфекції, як правило, вища серед транс*жінок, тоді як серед транс*чоловіків та небінарних осіб вона зазвичай суттєво нижча. Дані ІБПД в Україні свідчать про поширеність ВІЛ-інфекції на рівні 2–4% у цих групах. Оціночна чисельність транс* та небінарного населення становить 12 800 осіб.

Люди, які тримаються в установах виконання покарань та інших установах закритого типу, є ще однією групою з високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції (8,0%). Рівень обізнаності про ВІЛ-статус у цій групі не досягає цільових показників (71,2%), що частково пояснюється загально субоптимальним охопленням тестуванням (77,9% осіб будь-коли проходили тестування). Для цієї групи характерні ризики передачі інфекції як статевим, так і парентеральним шляхами.

Таблиця 3. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення: основні дані

КГ	ІБПД						Оцінка чисельності		
	Поширеність ВІЛ-інфекції, остання оцінка	Поширеність ВІЛ-інфекції, попередня оцінка	Каскад лікування 95-95-95	Тестування на ВІЛ та обізнаність про ВІЛ-статус (GAM) ³¹	Індикатор ризикова поведінки	Метод та розмір вибірки, рік	Оцінка чисельності, тис.	Рік	Метод
ЛВІН	16,5%↓	20,3% (2020)	68,9%	55,6%	93,9% (використання стерильного шприца під час останньої ін'єкції)	RDS, N=5,000	Регіональні оцінки, загальнонаціональна оцінка відсутня	2023	Поєднання кількох методів
		22,6% (2017)	-			2023	295 9	2020	Метод розширення мережі контактів (NSUP)
		-	86,7%			-	350 0	2018	Поєднання кількох методів
		78,1%	-						
ЧСЧ	6,8%↑↔	3.9% (2021)	88,6%	65,0% - пройшли тестування протягом останніх 12 місяців	67,5% (використання презерватива під час останнього статевого акту)	RDS, N=3,490	-	2025	Оцінки за ключовими об'єктами
		8.0% (2015)	-			2024	202,2	2021	Екстраполяція
		-	98,6%			-	152,3	2020	NSUP
		91,8%	-						
Транс* люди	2,7% (2,4% -ТЖ, 3.7% - ТЧ, 2,1% - небінарні особи)	2% -ТЖ, 0% - ТЧ (2020)	75%	49,2%	63,5% (використання презерватива під час останнього статевого акту)	Неімовірна вибірка, N=600	12,8	2022	Коефіцієнти, NSUP
		-	100%			2024	10,0	2020	NSUP
		-	100%			2024	8,2	2020	Поєднання кількох методів
ЛСП	3,1% ↓	7,0% (2016)	83,1%	64,2%	92,4% (використання презерватива під час останнього статевого акту)	TLS, N=5,450	78,4	2020	NSUP
		7,3% (2013)	-			2021	86.6 (і жінки, і чоловіки)	2018	Поєднання кількох методів
		-	93,8%						
		-	79,7%						

³¹ Стандартний показник GAM: частка представників КГ, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців або знають про свій ВІЛ-позитивний статус.

КГ	ІБПД						Оцінка чисельності		
	Поширеність ВІЛ-інфекції, остання оцінка	Поширеність ВІЛ-інфекції, попередня оцінка	Каскад лікування 95-95-95	Тестування на ВІЛ та обізнаність про ВІЛ-статус (GAM) ³¹	Індикатор ризикованої поведінки	Метод та розмір вибірки, рік	Оцінка чисельності, тис.	Рік	Метод
Люди у в'язницях та інших установах закритого типу	8,0%↔	8,9% (2019) 7,6% (2017)	71.2%- Немає даних Немає даних	77,9% - люди, які коли-небудь тестувалися т	Не визначено	БПД, стратифікована квотна вибірка, N=1 500 2023	39,7	2024	Офіційний реєстр

Руйнівні наслідки війни можуть суттєво впливати на епідеміологічну динаміку серед ключових груп населення через численні механізми. Хоча наявні дані залишаються обмеженими, низка досліджень та експертних оцінок вказують на декілька потенційних чинників.

До них належать: (1) зміни в ризикованій поведінці, зокрема, можливе поширення вживання психоактивних речовин чи інших практик із високим ризиком серед певних груп (як-от цивільне населення та військовослужбовці в прифронтових зонах), спричинене травматичним стресом; (2) скорочення або зміна моделей споживання наркотиків через порушення на ринку наркотичних речовин (доступність, якість, ціна); (3) залучення до надання сексуальних послуг або до інших ризикованих практик людей, які раніше до цього не вдавалися, зокрема, як до стратегії виживання.

Загалом ці спостереження вказують на ймовірні суттєві зміни в ризикованій поведінці, проте наявних даних недостатньо, щоб визначити, чи призводять ці зміни до формування нових, окремих груп населення, які потребують спеціальних заходів.

До інших наслідків, зумовлених війною, належать: (4) перебої в наданні послуг із профілактики, тестування та лікування ВІЛ-інфекції, що мають регіональні відмінності; та (5) зростання смертності. Окрім того, масштабна внутрішня та зовнішня міграція, зокрема, серед ключових груп, а також втрата контролю над частиною територій ускладнюють інтерпретацію епідеміологічних даних, оскільки бракує достовірних оцінок цих змін. Проведення ІБПД ускладнилося через труднощі із залученням респондентів та логістикою, особливо серед чоловіків, що може спричинити додаткові систематичні похибки.

З огляду на ці різноманітні, а подекуди й протилежні, впливи, а також на обмеженість даних, однозначна інтерпретація тенденцій неможлива без ретельного, контекстуалізованого аналізу, що ґрунтується на експертному консенсусі.

4.3.3. Дані про реєстрацію випадків ВІЛ-інфекції

Згідно з інформаційним бюлетенем «ВІЛ-інфекція в Україні» № 56, у 2024 році було зареєстровано 10 038 нових випадків ВІЛ-інфекції. Серед осіб, у яких інфекцію виявили вперше, 65,5% становили чоловіки, а 74,7% належали до вікової групи 25–49 років.³² Більшість нових випадків у 2024 році (72,6%) припадала на міське населення. Варто зазначити, що частка вперше зареєстрованих випадків серед сільського населення зросла з 18,9% у 2021 році до 27,4% у 2024 році.

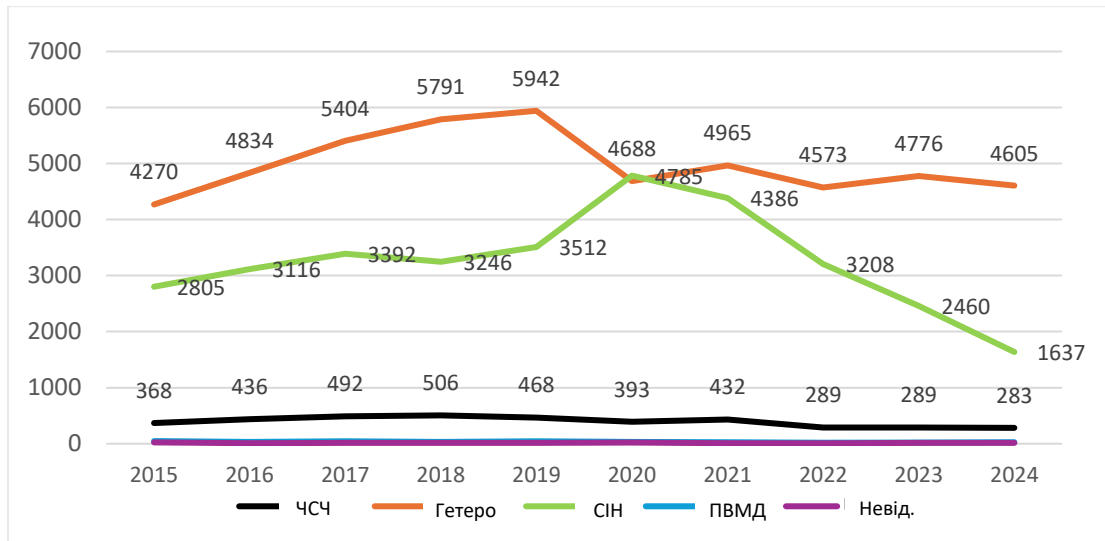
Упродовж 2015–2024 років кількість нових випадків ВІЛ-інфекції була найвищою у 2019 році (16 357 випадків), і відтоді стабільно знижувалася. У 2024 році близько 50% уперше діагностованих випадків припадало на чотири області: Дніпропетровську (n=2 064), Одеську (n=1 381), Харківську (n=654) області та місто Київ (n=909). За даними того ж бюлетеня, показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в країні, ймовірно, становив 32,2 на 100 тис. населення, а найвищі показники зафіксовано в Дніпропетровській (65,3), Одеській (65,8), Херсонській (67,6) та Донецькій (104,3) областях.

За останні 10 років зросла частка статевого шляху передання інфекції, сягнувши 80,1% у 2024 році. Загалом у 2024 році 19,1% випадків ВІЛ-інфекції були пов'язані з парентеральним шляхом передання, хоча в деяких областях цей показник був значно вищим: у Харківській (44,5%), Львівській (35,8%) та Херсонській (33,0%).

Протягом 2015–2024 років домінантним шляхом передання інфекції серед чоловіків був гетеросексуальний (Рис. 2). У 2024 році з 6 572 нових випадків, зареєстрованих серед чоловіків, 70,1% були пов'язані з гетеросексуальними контактами, 24,9% - зі споживанням ін'єкційних наркотиків, і лише 4,3% - з контактами між ЧСЧ. Варто зауважити, що кількість зареєстрованих випадків, пов'язаних зі споживанням ін'єкційних наркотиків (СІН), стрімко зменшилася з 2020 року.

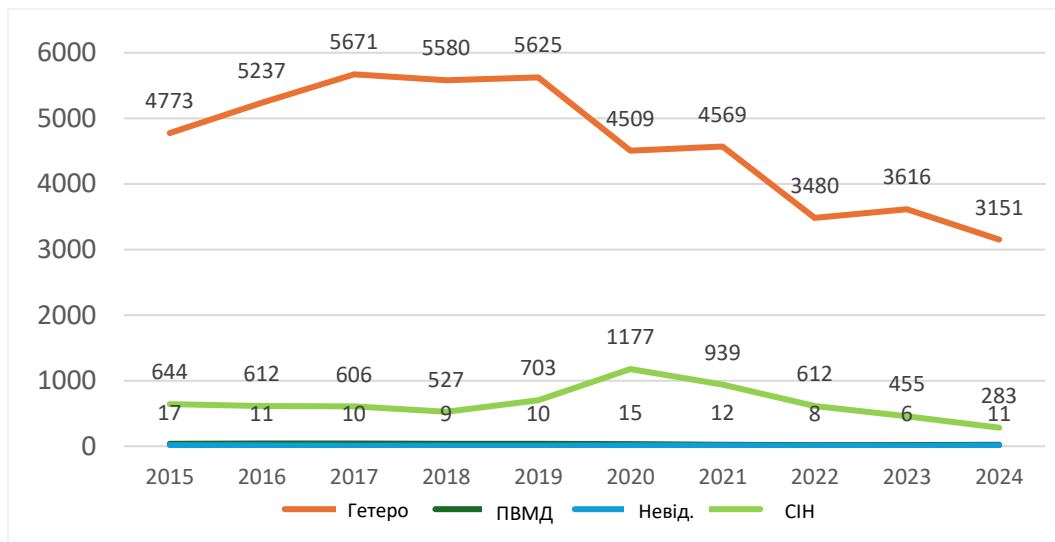
³²Також доступно на [НАЦІОНАЛЬНОМУ ПОРТАЛІ стратегічної інформації у сфері громадського здоров'я](#).

Рис. 2. Кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед чоловіків за шляхами передачі, 2015–2024 роки



Як і серед чоловіків, кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед жінок досягла піку у 2019 році (n=6 375), після чого неухильно знижувалася до 3 466 випадків у 2024 році. З усіх випадків, зареєстрованих у 2024 році, 90,9% були пов'язані з гетеросексуальним шляхом передачі, а 8,2% - із СІН. Частка випадків, пов'язаних зі споживанням ін'єкційних наркотиків, знижувалася впродовж 2020–2024 років (Помилка! Джерело посилання не знайдено.).

Рис. 3. Кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед жінок за шляхами передачі, 2015–2024 роки



Співвідношення кількості випадків інфікування гетеросексуальним шляхом серед жінок і чоловіків у 2019–2021 роках становило приблизно 1:1,05, проте з 2022 року воно перевищило 1:1,3, що

вказує на ймовірне завищення даних про гетеросексуальний шлях передачі серед чоловіків. У генералізованих епідеміях ВІЛ-інфекції із домінуючим гетеросексуальним шляхом передачі співвідношення чоловіків і жінок становить приблизно 1:1,2.³³ Зокрема, з 2022 року спостерігається надлишок випадків інфікування серед чоловіків гетеросексуальним шляхом, що свідчить про те, що певна кількість цих випадків насправді пов'язана з передачею інфекції від чоловіка до чоловіка або через СІН, або ж про те, що ВІЛ-інфіковані жінки залишаються недіагностованими та/або їхні випадки не реєструються. Дослідження, проведені в Україні протягом останнього десятиліття, виявили неповну реєстрацію випадків передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом між чоловіками та через СІН, що обмежує використання цих даних для планування програм.^{34, 35} Неповна звітність щодо таких моделей поведінки, ймовірно, зумовлена побоюваннями стигми та дискримінації у сфері охорони здоров'я.

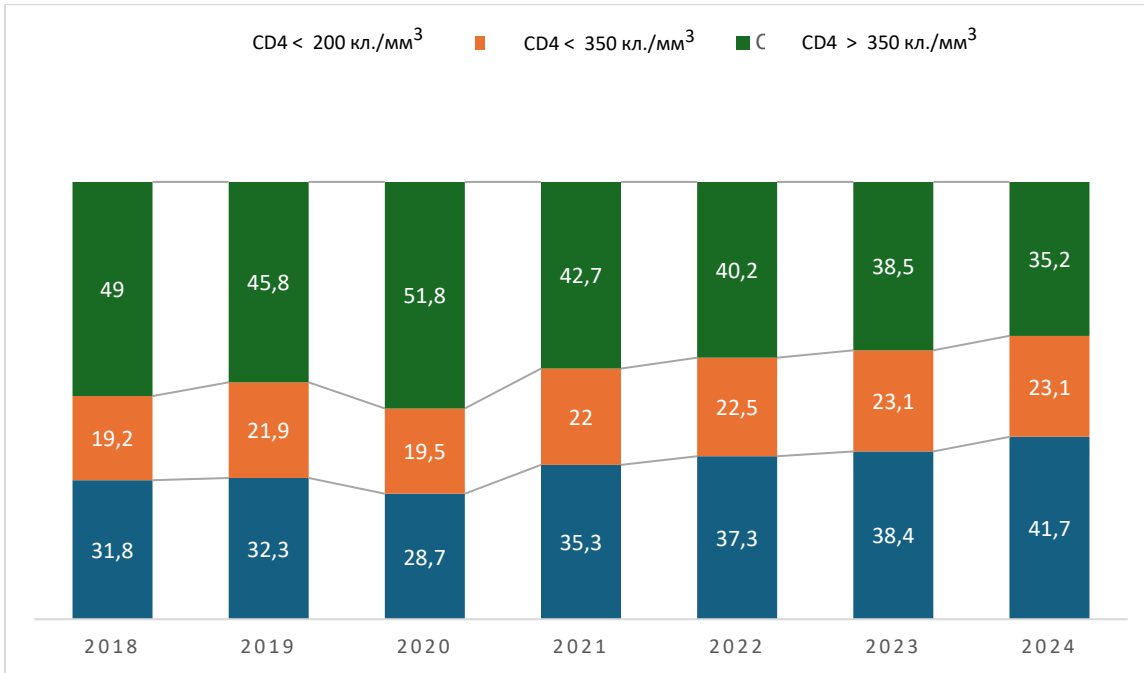
У 2024 році охоплення тестуванням для визначення кількості клітин CD4 становило 91,2%. На **Помилка! Джерело посилання не знайдено.** показано, що з 2020 року спостерігалось постійне зростання частки нових випадків ВІЛ-інфекції, у яких кількість клітин CD4 була нижчою за 200 клітин/мм³. Це зростання може бути пов'язане з покращенням виявлення осіб із довготривалою ВІЛ-інфекцією внаслідок розширення обсягів тестування. У 2024 році частка людей з уперше діагностованою ВІЛ-інфекцією та рівнем CD4 <200 клітин/мм³ наблизилася до 50% у Дніпропетровській, Рівненській, Закарпатській та Одеській областях.

33 Hegdahl HK, Fylkesnes KM, Sandoy IF. Sex Differences in HIV Prevalence Persist over Time: Evidence from 18 Countries in Sub-Saharan Africa. [Статеві відмінності у поширеності ВІЛ-інфекції зберігаються з часом: дані з 18 країн Субсахарської Африки] // PLoS One. 2016; 11(2):e0148502.

34 Sakalo JI, Božičević I, Vitek CR, Mandel JS, Salyuk TO, Rutherford GW. Misclassification of men with reported HIV infection in Ukraine. [Помилкова класифікація чоловіків із зареєстрованою ВІЛ-інфекцією в Україні] // AIDS Behav. 2015; 19:1938–40.

35 Dumchev K, Kornilova M, Kulchynska R, Azarskova M, Vitek C. Improved ascertainment of modes of HIV transmission in Ukraine indicates importance of drug injecting and homosexual risk. [Удосконалене визначення шляхів передачі ВІЛ в Україні вказує на важливість ін'єкційного вживання наркотиків та гомосексуального ризику] BMC Public Health 2020;20(1):1288.

Рис. 4. Відсотковий розподіл випадків ВІЛ-інфекції за кількістю клітин CD4 на момент діагностування



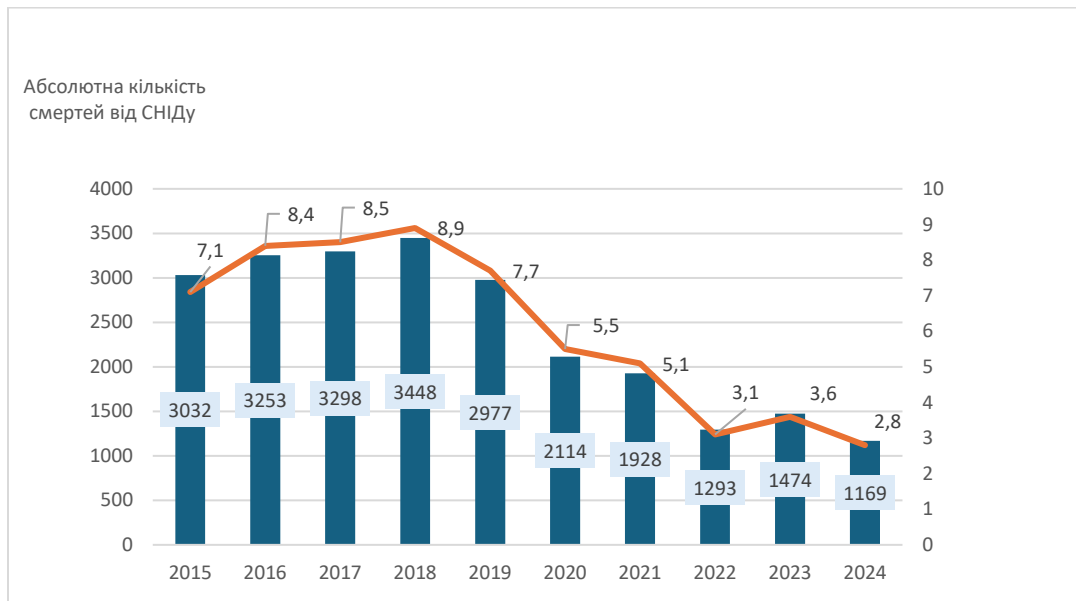
Серед осіб, у яких ВІЛ-інфекцію було діагностовано у 2024 році, 90,1% були взяті під медичний нагляд, що є значним зростанням порівняно з 82,7% у 2020 році.

4.3.4. Звітність щодо смертності, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією

Загальна кількість ЛЖВ, що померли від СНІДу, досягла піку у 2018 році, коли було зареєстровано 3 448 випадків смерті, і надалі знижувалася, ймовірно, завдяки розширенню доступу до АРТ. У 2023 та 2024 роках було зареєстровано 1 474 та 1 169 випадків смерті від СНІДу відповідно. Аналогічно, рівень смертності від СНІДу знизився з 8,9 на 100 тис. населення у 2018 році до 2,8 на 100 000 населення у 2024 році (

Рис. 5). Це свідчить про успіх у зниженні смертності, пов'язаної з ВІЛ. Найвищі зареєстровані показники смертності від СНІДу спостерігалися в Донецькій (13,1), Одеській (11,3), Дніпропетровській (9,2) та Миколаївській (6,3) областях. Варто зазначити, що зареєстровані дані про смертність є певною мірою заниженими, насамперед через перебої в поданні звітності, спричинені війною.

Рис. 5. Абсолютна кількість смертей від СНІДу та показник смертності від СНІДу на 100 тис. населення



4.3.5. Дані про тестування на ВІЛ

У 2024 році було проведено приблизно 2,59 млн тестувань на ВІЛ, порівняно з 1,96 млн у 2020 році. Рівень позитивних результатів тестування на ВІЛ знизився з 1,1% у 2020 році до 0,5% у 2024 році. У 2024 році 51% від загального обсягу тестувань припав на сім областей. Найвищий рівень позитивних результатів тестування на ВІЛ спостерігався в Одеській (0,93%), Донецькій (0,9%) та Харківській (0,82%) областях.

4.3.6. Індикатори раннього попередження та дослідження медикаментозної резистентності ВІЛ

Протягом останніх років в Україні зростає увага до моніторингу медикаментозної резистентності ВІЛ (МР ВІЛ) для збереження ефективності антиретровірусної терапії (АРТ) та посилення національних програм лікування. Було проведено низку національних досліджень для оцінки набутої та первинної МР ВІЛ, а також ключових індикаторів раннього попередження (ІРП), які відображають ефективність програм, утримання пацієнтів на лікуванні та показники вірусної супресії. Дані, зібрані в період 2020–2025 років, надають важливу інформацію про моделі

резистентності та прогалини в програмах, що сприяє оптимізації схем АРТ і підвищенню якості медичної допомоги людям з ВІЛ-інфекцією по всій країні.

Дослідження набутої резистентності ВІЛ до медикаментів, проведене у 2020–2023 роках, охопило 594 пацієнтів з 11 областей. Критеріями включення були вірусне навантаження понад 1000 копій/мл та отримання АРТ щонайменше 9 місяців. Мутації резистентності ВІЛ виявили у 301 зразку (50,7%). Резистентність до будь-якого ННІЗТ зафіксовано у 264 зразках (44,4%), а до будь-якого ІП – у дев'яти (1,5%). Серед пацієнтів, які отримували схеми лікування на основі долутеґравіру (n = 366), зважена поширеність резистентності до цього препарату становила 6,6% (95% ДІ: 2,3–10,9).

Ще одне дослідження набутої МР ВІЛ проводять у 2024–2025 роках. Згідно з протоколом, воно мало охопити 933 пацієнтів, які отримували схеми АРТ на основі долутеґравіру. Однак до нього долучилися лише 693 особи, оскільки пацієнтів із вірусологічною неефективністю лікування виявилось менше, ніж очіувалося. Наразі триває аналіз даних цього дослідження.

Перше національно репрезентативне дослідження первинної МР ВІЛ провели у 2023 році, воно охопило 208 пацієнтів. 35,5% учасників уже мали досвід застосування АРТ-препаратів. МР ВІЛ до ННІЗТ (ефавіренз/невірапін) виявили у 8,1% усіх зразків та у 13,7% зразків пацієнтів, які раніше приймали АРТ. МР ВІЛ до TDF/TAF становила 0,1–0,2%. Резистентності ВІЛ до інгібіторів інтегрази (ІІ) та інгібіторів протеази (ІП) не виявили.

У 2024 році розпочалося перше національно репрезентативне дослідження медикаментозної резистентності ВІЛ серед дітей віком до 18 місяців, у яких ВІЛ-інфекцію діагностували вперше. Польовий етап дослідження триватиме у 2025 році.

Дані індикаторів раннього попередження (ІРП) доступні для когорти пацієнтів, які розпочали лікування у 2020, 2021, 2022 та 2023 роках. Ці когорти налічували 5 509, 5 076, 4 405 та 4 508 осіб відповідно. Показник утримання на АРТ через 12 місяців після її початку був неоптимальним: 81,2% для когорти 2020 року, 81,0% – для когорти 2021 року, 78,1% – для когорти 2022 року та 84,8% - для когорти 2023 року. Охоплення тестуванням на вірусне навантаження через 12 місяців у 2020–2022 роках також було неоптимальним (52,5%, 52,7% та 58,6% відповідно) і не відповідало каскадним індикаторам, наведеним у Глобальному посібнику з моніторингу (GAM). Це потребує глибшого аналізу формування вибірки та репрезентативності даних ІРП. Водночас рівень вірусної

супресії серед обстежених пацієнтів був відносно високим – 94,3%, 94,7% та 93,9%. Обнадіює покращення показника утримання пацієнтів у когорті 2023 року порівняно з 2022 роком.

Ці результати свідчать про постійний прогрес України в моніторингу та забезпеченні ефективності лікування ВІЛ-інфекції, але водночас вказують на напрями, що потребують подальшого вдосконалення програм. Стабільно високі показники вірусної супресії серед протестованих пацієнтів свідчать про ефективність поточних схем АРТ. Однак неоптимальні показники утримання на лікуванні та недостатнє охоплення тестуванням на вірусне навантаження вказують на потребу в цілеспрямованих заходах для забезпечення наступності медичної допомоги. Поточні та заплановані дослідження медикаментозної резистентності (що проводяться за підтримки національних і міжнародних партнерів) нададуть важливу доказову базу для формування політики у сфері охорони здоров'я, оновлення національних клінічних протоколів лікування та забезпечення сталого прогресу на шляху до оптимальних результатів АРТ і контролю над епідемією.

4.3.7. Стратегічна інформація та інструменти збору даних

Контекст

А. Показники Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам і оцінка прогресу в їхньому досягненні

Стратегічна ціль 1 Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року полягає у зменшенні рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію та зниження рівня смертності від хвороб, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією. Для оцінки прогресу стратегія передбачає сім ключових показників. Серед них два є індикаторами впливу: рівень передавання ВІЛ-інфекції від матері до дитини та смертність від СНІДу на 100 тис. населення. Цільовий показник передавання ВІЛ-інфекції від матері до дитини ($\leq 2\%$), за прогнозами, зберігатиметься і у 2025 році. Надійні оцінки щодо досягнення 50% зниження смертності від СНІДу до 2025 року відсутні. Хоча зареєстрована смертність від СНІДу зменшилася, обмеженість статистичних і демографічних даних, а також недоліки в системі реєстрації смертей не дають змоги дійти обґрунтованих висновків.

Частка ЛЖВ, які мають вірусну супресію завдяки АРТ, перевищила цільові показники і ЮНЕЙДС, і Державної стратегії (96% у 2024 році). Водночас охоплення лікуванням серед осіб, які знають про свій статус, хоч і значно покращилося порівняно з базовим рівнем, не досягло цільових показників

ані ЮНЕЙДС, ані Державної стратегії (86,1%). Дані про частку ЛЖВ, які знають про свій статус, відсутні через брак точних даних про загальну чисельність населення.

Інші показники передбачають охоплення профілактичними послугами на рівні 80% для кожної ключової групи та 15% охоплення замісною підтримувальною терапією (ЗПТ) серед ЛВІН з опіоїдною залежністю. Досягнення цих цілей планували вимірювати, використовуючи оціночну чисельність населення як знаменник; однак у 2024 році це неможливо через відсутність надійних даних. Наявні оцінки, отримані за результатами останніх ІБПД, свідчать, що, хоча цілі щодо ЗПТ були досягнуті (15,4%), цільові показники охоплення профілактикою, ймовірно, не досягнуті для жодної з груп³⁶. Порівняння охоплення послугами серед різних груп ускладнене через розбіжності у використуваних індикаторах та часових межах.

Порівняльний аналіз із Регіональним планом дій виявляє сфери, що потребують подальшого узгодження (Додаток 3). До суттєвих розбіжностей належать: відсутність у Державній стратегії України індикаторів впливу на рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію, менш амбітні цільові показники з профілактики та лікування, а також брак індикаторів щодо стигми, дискримінації та гендерно зумовленого насильства. Крім того, деякі індикатори не дезагредовані, зокрема, дані про смертність, пов'язану з ВІЛ-інфекцією, з розподілом за конкретними станами (наприклад, криптококовий менінгіт, ТБ, тяжкі бактеріальні інфекції), а також дані каскадів із розподілом за віковими групами, статтю та ключовими групами населення, зокрема, мігрантами.

Сім ключових індикаторів Стратегії доповнюють 20 завдань Операційного плану, що загалом охоплює 50 індикаторів у трьох технічних сферах: профілактика нових випадків ВІЛ-інфекції, ефективне виявлення випадків та загальний доступ до лікування ВІЛ-інфекції. У першому півріччі 2025 року значна частина заходів з охоплення не досягла запланованих цільових показників.

Спеціалізований вебпортал **«Моніторинг ВІЛ-інфекції в Україні»** (<https://npsi.phc.org.ua/en/>) акумулює ключові актуальні індикатори моніторингу ВІЛ-інфекції на національному та регіональному рівнях. Це комплексний онлайн-інструмент, який підтримує ЦГЗ та містить понад

36. ЧСЧ, показник GAM, період 3 місяці: 28,2% (2021 рік). Дані за 2024 рік у процесі обробки: охоплення серед клієнтів профілактичних програм – 70,3%, серед неклієнтів – 13,4%.

Трансгендерні люди, показник GAM, період 3 місяці: 15,5%-16,2% залежно від типу послуги, 10,8% – щонайменше 2 послуги (2024 рік). ЛВІН, період 12 місяців: 36,6% – 42,7% залежно від послуги (2023 рік). ПКС, показник GAM, період 3 місяці: 38,5% – щонайменше одна послуга, 30,2% – щонайменше 2 послуги; період 12 місяців: 49,8% – щонайменше одна послуга, 47,0% – щонайменше 2 послуги (2021 рік).

200 пов'язаних із ВІЛ-інфекцією індикаторів із детальними визначеннями, візуалізаціями та численними рівнями дезагрегації (регіональний, гендерний тощо). Однією з ключових переваг платформи є інтеграція даних від різних зацікавлених сторін, зокрема, закладів охорони здоров'я, НУО, що впроваджують профілактичні програми, а також даних PSE та ІБПД, хоча останні можуть додаватися зі значною затримкою, імовірно, через час, необхідний для обговорення та верифікації. Попри те, що на порталі ще не представлені найновіші індикатори, отримані на основі моделювання, та не відображені актуальні дані щодо передавання ВІЛ-інфекції від матері до дитини (наприклад, про пологи у ВІЛ-інфікованих жінок, наявні до 2022 року), він залишається основним відкритим та прозорим ресурсом для ухвалення інформованих рішень у сфері моніторингу епідемії ВІЛ-інфекції на національному та регіональному рівнях.

Загалом Стратегія та Операційний план створюють основу для моніторингу та оцінки заходів із протидії епідемії ВІЛ-інфекції. **Водночас комплексну національну систему епідеміологічного нагляду та моніторингу ВІЛ-інфекції, яка б чітко визначала заходи з нагляду, терміни та відповідальних за збір даних, досі не розроблено.**

В. Система стратегічної інформації та інструменти збору даних

В Україні діє комплексна система стратегічної інформації щодо ВІЛ-інфекції. Вона охоплює реєстрацію випадків захворювання, звітність про смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ, дані моніторингу профілактики та лікування, результати дослідження набутої медикаментозної резистентності вірусу (проведеного у 2020–2023 роках), дані індикаторів для її раннього виявлення, результати ІБПД, оцінки чисельності ключових груп населення (ОЧКГ), а також низку досліджень з упровадження та оцінки програм. Координацію цієї діяльності здійснює ЦГЗ.

Основні системи управління інформацією, які використовує ЦГЗ:

- Інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб», де збирають дані про пацієнтів, які отримують медичну допомогу з приводу ВІЛ-інфекції та ТБ, а також про пацієнтів на ПТАО та результати їхніх лабораторних досліджень. Система також генерує інформацію для обліку та планування закупівель і має модуль профілактики ВІЛ-інфекції.
- Інформаційна система епіднагляду, у якій збирають дані про реєстрацію випадків інфекційних та професійних захворювань, включно з ВІЛ-інфекцією.

Інформаційну систему «Моніторинг соціально значущих хвороб» ввели в дослідну експлуатацію 27 листопада 2015 року, а в промислову – 25 червня 2022 року. Станом на 2025 рік система містить близько 227 000 медичних карток пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, які перебувають під медичним наглядом у 492 закладах, що надають АРТ. Система також має у своєму складі модуль ППМД.

Інформаційно-аналітична система «Медична статистика: соціально небезпечні захворювання» (ІАС «МС СНЗ») дає змогу здійснювати централізований моніторинг якості, охоплення та безперервності надання профілактичних послуг для ключових груп населення. Це, зокрема, аутріч-робота, тестування, скеровування для отримання медичної допомоги, а також послуги з догляду та підтримки для ЛЖВ. Водночас, як зазначено під час огляду, система має обмежені вбудовані аналітичні інструменти та можливості для створення інформаційних панелей (дашбордів) із даними в реальному часі, особливо на рівні закладу. Система дозволяє проводити лонгітюдний аналіз, проте такі дані щодо утримання пацієнтів на АРТ та пригнічення вірусного навантаження доступні лише частково. Наразі планується передати функції реєстрації випадків ВІЛ-інфекції від обласних центрів СНІДу до обласних центрів контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ). Персоніфікований епідагляд за випадками ВІЛ-інфекції зараз пілотують у трьох областях, і після його впровадження цю функцію передадуть до ЦКПХ.

З 2023 року ІАС «МС СНЗ» вдосконалюють, зокрема, її модуль «Профілактика». Подальше доопрацювання системи фахівцями ЦГЗ забезпечило її відповідність вимогам національних інформаційних систем, розширило можливості та уможливило моніторинг послуг із профілактики та підтримки для ключових груп населення.

База даних Sygex від МБФ «Альянс громадського здоров'я» використовується як програмне забезпечення з відкритим вихідним кодом для моніторингу та обліку інформації про клієнтів із ключових груп, охоплених послугами в межах програм профілактики ВІЛ-інфекції на рівні спільнот. Клієнтів реєструють за допомогою унікального ідентифікаційного коду (УІК) для обліку отриманих товарів та послуг у межах різних проєктів. Система уможливляє комплексний лонгітюдний аналіз когорт пацієнтів і може бути інтегрована з даними інноваційних проєктів. Прикладом такого проєкту є оптимізований підхід до виявлення випадків захворювання з використанням стратегії соціальних мереж, який упроваджує МБФ «Альянс громадського здоров'я».

Водночас для відстеження клієнтів із різних груп, зокрема, ЛЖВ, різні НУО використовують іншу систему програмного моніторингу – DataCheck, яку спочатку розробила та підтримувала

організація «100% Життя». Натепер ця система повністю замінила систему Go++, що використовувалася раніше. Центр громадського здоров'я застосовує аналогічну програму, розроблену на основі функціонала DataCheck, для моніторингу профілактичних заходів, які здійснюють НУО в межах державного контракту.

Загалом системи збору даних повністю електронні. Однак у регіонах з обмеженим доступом до інтернету чи електропостачання, особливо в прифронтових зонах, можуть епізодично використовувати паперові форми, дані з яких згодом переносять до електронної системи.

Україна має багаторічний досвід проведення ІБПД та ОЧКГН як ключових компонентів національної системи стратегічної інформації та продовжує їх застосовувати. Центр громадського здоров'я координує всю діяльність у межах ІБПД та ОЧКГ на національному рівні, включно з плануванням, розробкою методології та збором даних. Водночас зацікавлені сторони, зокрема, НУО, долучаються на різних етапах, особливо до планування досліджень та валідації їхніх результатів. Крім того, різноманітні зацікавлені сторони, як-от НУО та дослідницькі організації, проводять дослідження, результати яких слугують основою для формування політики та практичних підходів у сфері протидії ВІЛ-інфекції.

Рекомендація за результатами огляду 2023 року щодо пріоритезації збору інформації про міграцію серед КГ, ЛЖВ та клієнтів профілактичних програм була виконана частково. Обмін інформацією з європейськими країнами щодо кількості українських біженців, які живуть з ВІЛ, та їхнього доступу до АРТ був обмеженим. До того ж серед невиконаних рекомендацій залишаються розробка багаторічного плану епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією та оптимізація сумісності (інтероперабельності) різних електронних баз даних.

Досягнення

Попри значні логістичні та інфраструктурні виклики, спричинені тривалою війною, Україна підтримує стабільну й дієву систему епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією, стратегічної інформації, а також моніторингу й оцінювання. Багато компонентів епіднагляду вже впроваджено, зокрема, звітність за кожним випадком, ІБПД, рутинний збір даних моніторингу профілактики, тестування й лікування, ІРП щодо МР ВІЛ, а також спеціальні дослідження для реагування на програмні потреби. Наявність даних ІРП на рівні закладів охорони здоров'я дає змогу, за потреби, покращувати якість послуг на доказових засадах.

Країна і далі впроваджує масштабні ІБПД серед усіх ключових груп, зокрема, ЧСЧ, ЛВІН, транс* і гендерно-неконформних осіб, а також людей, що перебувають у в'язницях та інших закритих установах. Це відбувається за активного залучення та координації національних і регіональних зацікавлених сторін. Наступні раунди ІБПД (серед осіб, позбавлених волі, які вживають неін'єкційні наркотики, та людей, які надають сексуальні послуги) заплановано провести у 2026 році. Країна також планує охопити дослідженнями потенційні нові пріоритетні групи, зокрема, військовослужбовців.

Спостерігається сталий прогрес в інтеграції різноманітних наборів даних та аналітичних інструментів, а також у верифікації та дедуплікації даних. Це необхідно для точнішої оцінки ЛЖВ на АРТ і для визначення охоплення різними видами послуг.

Загалом, система продовжує надавати ключові дані для ухвалення рішень на доказових засадах, забезпечуючи дієвість та інформаційну цінність заходів з епідагляду та моніторингу навіть в умовах кризи. Важливим досягненням країни є прозорість та відкритість ключових даних для різних зацікавлених сторін, що забезпечується через спеціалізований онлайн-портал та вебсайти партнерських організацій.

Проблемні питання

Система стратегічної інформації щодо ВІЛ-інфекції стикається із взаємопов'язаними викликами у сферах управління, епідагляду та фінансування. Деякі з цих викликів виникли або загострилися через тривалу війну та обмежують спроможність системи надавати повну й своєчасну картину епідемії.

Щодо управління, для підвищення ефективності епідагляду за ВІЛ-інфекцією та МіО необхідно усунути певні прогалини. Наразі відсутній детальний національний план, який би спрямовував діяльність з епідагляду та моніторингу. Координація в межах Технічної робочої групи залишається недостатньою, особливо у визначенні пріоритетів, узгодженні майбутніх досліджень між зацікавленими сторонами та забезпеченні послідовного і вчасного поширення результатів.

Щодо епідагляду, розуміння епідемії ускладнюється через низку взаємопов'язаних прогалин. Немає надійних чи прийнятних оцінок чисельності загального населення, ЛЖВ та КГ. Довоєнні оцінки ненадійні через міграцію, мобілізацію та ймовірні зміни в кількості людей, які вживають наркотики чи залучені до надання сексуальних послуг. Якість даних додатково погіршує неправильна класифікація шляхів передання інфекції для ЧСЧ та ЛВІН в офіційних даних про реєстрацію випадків ВІЛ-інфекції. В інформаційному бюлетені щодо ВІЛ-інфекції відсутні ІРП, зокрема, дані про довгострокове утримання на АРТ, тоді як детальні звіти з ІБПД публікують із затримкою, а більшість оцінок чисельності ключових груп не оновлювали. Дані про довгострокові результати лікування пацієнтів (втрата контакту, утримання під наглядом) здебільшого не публікують. На рівні закладів охорони здоров'я обмежена доступність ключових результатів лікування в режимі реального часу, що є важливим для покращення якості послуг.

Ці недоліки посилює відсутність змодельованих індикаторів впливу (захворюваність на ВІЛ-інфекцію, її поширеність, смертність, передання ВІЛ від матері до дитини) та індикаторів охоплення (охоплення профілактичними послугами ключових груп, охоплення ЗПТ) через невизначеність в оцінках загальної чисельності населення. Брак індикаторів охоплення профілактикою значно обмежує здатність відповідальних осіб розуміти прогрес та виявляти перешкоди у впровадженні заходів. Чинні рекомендації наголошують³⁷, що моніторинг цільових показників профілактики має спиратися як на програмні дані (що потребують оцінки чисельності ключової групи), так і на дані досліджень. За відсутності програмних оцінок, використання індикаторів, отриманих з досліджень, усе ж може надати важливу інформацію про прогрес у профілактиці серед ключових груп. Ретельний аналіз даних досліджень, попри певні обмеження, також може бути корисним для розуміння охоплення ЗПТ, доки програмні оцінки отримати неможливо³⁸.

Насамкінець, відсутність даних із тимчасово окупованих територій та неповна звітність із районів, де тривають бойові дії, не дають змоги повноцінно оцінити реальну епідемічну ситуацію.

37 **World Health Organization.** *Consolidated HIV strategic information guidelines: driving impact through programme monitoring and management.* Geneva: WHO; 22 April 2020. ISBN 978-92-4-000073-5. **(Всесвітня організація охорони здоров'я. Консолідовані настанови зі стратегічної інформації щодо ВІЛ: забезпечення результативності шляхом моніторингу та управління програмами. Женева: ВООЗ; 22 квітня 2020 року, ISBN 978-92-4-000073-5).** Доступно за посиланням: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735>

38 **UNAIDS.** (2021). *Global AIDS Monitoring 2022: Indicators and questions for monitoring progress on the 2021 Political Declaration on HIV and AIDS.* Geneva: UNAIDS (ЮНЕЙДС). (2021). *Глобальний моніторинг СНІДу 2022: Індикатори та питання для моніторингу прогресу Політичної декларації з ВІЛ та СНІДу 2021 року.* Женева: ЮНЕЙДС). URL: https://indicatorregistry.unaids.org/sites/default/files/2022-global-aids-monitoring_en.pdf

Із системного погляду, низка проблем впливає на узгодженість та практичне застосування стратегічної інформації щодо ВІЛ-інфекції. Існує розбіжність між національними індикаторами щодо ВІЛ-інфекції та показниками, визначеними в Регіональному плані дій. Зокрема, бракує індикаторів, пов'язаних із захворюваністю, та показників для моніторингу ширшого контексту, як-от стигма, дискримінація та насильство. Також бракує дезагрегації деяких індикаторів (наприклад, каскаду 95-95-95) за ключовими групами населення, віком та статтю. Відсутність єдиного національного унікального ідентифікаційного коду (УІК) ускладнює надійне відстеження пацієнтів на шляху отримання послуг, хоча робота з гармонізації вже триває. Крім того, інформаційний бюлетень з питань ВІЛ-інфекції має певні недоліки, зокрема, структурні невідповідності, проблеми з потоками даних та складність інтерпретації, що знижує його ефективність як ключового довідкового документа для керівників програм.

Варто також зазначити, що деякі нові підходи до управління даними (зокрема, верифікація клієнтів із ключових груп за номером мобільного телефону) можуть становити загрозу для конфіденційності, а також для залучення й утримання клієнтів у програмах, якщо не впроваджувати їх із належною обережністю.

Щодо ресурсів, то через загальне скорочення підтримки від ключових донорів (зокрема PEPFAR та Глобального фонду), а також через невизначеність щодо наступних раундів фінансування, реалізація дослідницьких ініціатив стає дедалі малоюмовірнішою. Особливо це стосується проєктів, не пов'язаних безпосередньо з програмною діяльністю, які ризикують залишитися недофінансованими. На сьогодні також не визначено місцеві джерела фінансування для МіО.

У сфері збору даних, з огляду на повномасштабну війну, пріоритетним завданням є подальше зміцнення систем збору рутинних програмних даних.

Рекомендації

Рекомендації щодо зміцнення системи стратегічної інформації	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
Активізувати діяльність Технічної робочої групи (ТРГ) з питань	Високий	МОЗ, ЦГЗ	X		

епіднагляду за ВІЛ-інфекцією та МіО					
Розробити національну стратегію/план з епіднагляду за ВІЛ-інфекцією та МіО із зазначенням джерел фінансування	Високий	МОЗ, ЦГЗ	X		
Узгодити національні індикатори з Регіональним планом дій, зокрема, цільові показники захворюваності та сприятливого середовища (стигма, дискримінація та насильство)	Високий	МОЗ, ЦГЗ	X	X	X
Продовжувати ведення епіднагляду за ВІЛ-інфекцією на основі реєстрації випадків	Високий	ЦГЗ	X	X	
Проводити ОЧКГ, зокрема, з використанням віртуальних платформ	Високий	ЦГЗ, НУО	X		
Впроваджувати біоповедінкові дослідження (БПД) та їх спрощені версії (БПД-лайт) серед ключових та контактних груп	Високий	ЦГЗ, НУО	X	X	X
Забезпечити функціональну сумісність (інтероперабельність) платформ, що збирають дані про лікування ВІЛ-інфекції, епіднагляд за випадками та статистику природного руху населення	Високий	ЦГЗ	X	X	
Використовувати дані ІБПД для вимірювання індикаторів охоплення ключових груп профілактичними послугами разом із програмними даними	Середній	ЦГЗ	X	X	X
Покращити обмін даними про ЛЖВ за кордоном	Середній	МОН, ЦГЗ	X	X	

(щодо результатів АРТ та ВН)					
Забезпечити доступ та публікацію даних про тестування на ВН серед людей на АРТ та утримання на лікуванні для кращого розуміння показників каскаду ВІЛ-послуг	Середній	ЦГЗ	X	X	X
Забезпечити можливість використання даних про лікування на рівні закладів охорони здоров'я в режимі реального часу	Середній	ЦГЗ	X	X	X
Провести формативне дослідження для вивчення нових груп інтересу (ЛІН, військовослужбовці, ЛСП у постраждалих від війни регіонах тощо)	Середній	ЦГЗ, НУО	X	X	
Здійснювати коригування даних щодо невірної класифікації шляхів передачі ВІЛ-інфекції (ШП) під час звітування про випадки захворювання	Середній	ЦГЗ	X	X	
Удосконалити статистику природного руху населення та звітність щодо смертності серед ЛЖВ	Середній	ЦГЗ, МОЗ	X	X	
Покращити бюлетень з питань ВІЛ-інфекції (у частині структури, чіткості викладу та інтерпретації даних)	Низький	ЦГЗ	X		

4.4. Профілактичні послуги для ключових та інших груп населення

Контекст та досягнення

Україна надалі приділяє пріоритетну увагу профілактиці ВІЛ-інфекції та наданню послуг ключовим і вразливим групам населення, попри повномасштабну збройну агресію та складну гуманітарну

ситуацію. Національна політика та нормативно-правова база регулярно оновлюються з метою адаптації до змін в епідеміологічній ситуації та потребах у послугах, що забезпечує доступ до основних заходів із профілактики ВІЛ-інфекції, лікування та підтримки в усіх регіонах.

У 2023 році МОЗ оновило наказ № 1632, який визначає сім ключових груп населення у сфері профілактики та лікування ВІЛ-інфекції: статеві партнери та партнерки ВІЛ-позитивних людей; люди, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВІН), та їхні статеві партнери; чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ); люди, які надають сексуальні послуги (ЛСП); особи, які тримаються в установах виконання покарань та попереднього ув'язнення, особи, звільнені з установ виконання покарань, та трансгендерні люди. З огляду на поточну безпекову ситуацію, низка опитаних організацій визначила військовослужбовців як вразливу групу, однак через обмежений доступ до даних та труднощі, зумовлені воєнним станом, обґрунтувати це не виявилось можливим.

Стандарти послуг, вимоги до їх надання та правові аспекти регламентовано наказами МОЗ, зокрема: (I) наказом № 140 від 26.01.2024 року «Про затвердження Порядку надання послуг з догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ»; (II) наказом № 288 від 20.02.2024 року «Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ»; (III) наказом № 1556 від 08.07.2019 року «Про затвердження Методики розрахунку граничних тарифів на послуги з профілактики ВІЛ» та (IV) наказом № 1681 від 23.07.2019 «Про затвердження граничних тарифів на послуги з профілактики ВІЛ».

Попри війну, надання послуг із профілактики ВІЛ-інфекції не припинялося на всій території України. У 2024 році 29 неурядових організацій (НУО) за фінансової підтримки Глобального фонду реалізовували профілактичні заходи щодо ВІЛ-інфекції для ключових груп населення (ЛСП, ЧСЧ, ЛВІН) у 24 областях³⁹. Оскільки існують інші джерела фінансування НУО, ці дані можуть не повною мірою відображати загальнонаціональну ситуацію.

Зріс попит на інтегровані мобільні послуги, що поєднують профілактику та лікування ВІЛ-інфекції, ТБ і надання первинної медичної допомоги з гуманітарною підтримкою, зокрема, транспортним забезпеченням, наданням засобів для обігріву та джерел електроенергії. Наразі діє близько 50 мобільних клінік, які забезпечують безперервний доступ до життєво необхідних послуг із профілактики та лікування ВІЛ-інфекції у важкодоступних і постраждалих від війни регіонах.

³⁹ Звіт про прогрес та виплати, 31 грудня 2024 року.

Окрім заходів, що реалізуються на рівні громад, значно розширила свою діяльність цифрова платформа телемедицини Help24, яка є важливим інноваційним рішенням у сфері надання послуг із профілактики та лікування ВІЛ-інфекції в межах національної цифрової екосистеми. Станом на 2025 рік через платформу було розповсюджено тисячі профілактичних наборів і надано майже 10 000 консультацій. Платформа забезпечує інтернет-аутріч, діагностику, телемедицинські послуги, доставку АРТ, а також надає підтримку внутрішньо переміщеним особам та представникам уразливих груп.

Help24 функціонує разом з іншими цифровими платформами та ініціативами на рівні громад в Україні, які також підтримують тестування та профілактику ВІЛ-інфекції. Серед них – сервіси, що забезпечують доставку поштою тестів для самостійного тестування, презервативів, лубрикантів та інформаційних матеріалів, а також надають онлайн-консультації та здійснюють скеровування до закладів охорони здоров'я. Кілька національних гарячих ліній також сприяють охопленню ключових груп населення та їхньому залученню до отримання послуг з профілактики та лікування. Відповідно до Державної стратегії розвитку телемедицини в Україні (2023), ця динамічна цифрова екосистема сприяла зменшенню бар'єрів доступу до послуг під час війни, охоплюючи за допомогою чат-ботів, мобільних додатків, соціальних мереж та онлайн-заходів за принципом «рівний-рівному» клієнтів, доступ до яких раніше був ускладнений, що дозволяє скласти повніше уявлення про сучасні цифрові інновації в Україні.

Проблемні питання

Впровадження програм профілактики в Україні зіткнулося з низкою нових викликів. Через повномасштабну війну пріоритети клієнтів змістилися з турботи про здоров'я на нагальні потреби в безпеці та соціальній підтримці. Погіршення безпекової ситуації, що характеризується частими повітряними тривогами й обстрілами, а також пошкодження медичної інфраструктури та значне навантаження на медичних працівників суттєво обмежили доступ до медичних послуг і збільшили потребу в послугах, пов'язаних із травмою, реабілітацією та психічним здоров'ям.

НУО повідомляють про скорочення фінансування, кадрового потенціалу та операційної спроможності, а також про обмежений доступ до послуг, особливо в роботі з ЧСЧ та людьми, які надають сексуальні послуги. До перебоїв у наданні послуг призводили нерівномірне регіональне покриття, слабка інфраструктура в сільській місцевості та висока мобільність клієнтів і персоналу.

Відзначається зростання потреби в послугах із психічного здоров'я як для персоналу, так і для клієнтів.

Невизначеність та обмеженість державного й донорського фінансування, невключення засобів профілактики ВІЛ-інфекції до державного бюджету, а також невідповідність тарифів на послуги рівню інфляції створюють постійні перешкоди для забезпечення довгострокової сталості програм у сфері протидії ВІЛ-інфекції. Крім того, відсутність актуальних епідеміологічних даних та оцінки чисельності населення (ОЧН) щодо окремих ключових груп вказує на потребу в оновлених та надійніших програмних даних.⁴⁰

У 2022 році охоплення профілактичними заходами знизилося порівняно з 2021 роком, що пов'язано з багатьма чинниками, зокрема, з тимчасовою окупацією частини територій України. Попри активну фазу війни, у 2023 році показники охоплення зросли (Таблиця 4).

Таблиця 4. Профілактичні втручання та охоплення ключових груп у 2022–2024 роках, цільові показники на 2025–2026 роки

Рік	(Охоплення клієнтів)	ЛВІН	ПС	ЧСЧ	ТГ*	Усього**
2021 ⁴¹	Цільовий показник	289 896	55 337	59 740	12 800	
	Досягнуто	286 896	59 740	55 337	3 647	401 973
	%	99%	108%	93%	27%	
2022	Цільовий показник	203 283	53 410	47 582	12 800	304 275
	Досягнуто	176 917	43 888	42 079	3 689	262 884
	%	87%	82%	88%	29%	86%
Зміни у 2021-2022 роках		38%	27%	24%	1%	35%
2023	Цільовий показник	194,558	44,906	44,829	12,800	284,293
	Досягнуто	220,235	50,023	50,509	4,496	320,767
	%	113%	111%	113%	35.1%	113%
2024	Цільовий показник	207,351	54,488	48,533	12,800	310,372
	Досягнуто	209,279	48,232	46,902	5,720	304,413

⁴⁰ Kovtun, O., Paniotto, V., Sakhno, Y. *et al.* Size estimation of key populations and 'bridge populations' based on the network scale-up method in Ukraine. [Оцінка чисельності ключових груп населення та «мостових груп» на основі методу network scale-up в Україні] *BMC Public Health* **24**, 979 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18501-1>

⁴¹ Інформаційний бюлетень № 53 «ВІЛ-інфекція в Україні». Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2022.

	%	101%	89%	97%	45%	98%
План на 2025 рік		211,498	55,577	49,503	5,800	316,578
План на 2026 рік		215,727	56,688	50,493	6,450	322,908

*Джерело даних за 2021–2023 рр.: Інформаційний бюлетень № 55 «ВІЛ-інфекція в Україні», 2024; дані за 2024 рік: «Альянс» (aph.org.ua/en/resources/statistics); Підсумковий показник не враховує представників спільноти ТГ.

4.4.1. Профілактичні послуги для ЛВІН

Контекст та досягнення

Профілактичні послуги для ЛВІН надаються в межах базового та розширеного пакетів. Базовий пакет включає: стерильний інструментарій для ін'єкцій та спиртові серветки, презервативи й лубриканти, консультування і тестування (КіТ) на ВІЛ, скринінг на ТБ та правову допомогу. Розширений пакет додатково охоплює тестування на ВГС, консультування з питань ДКП та кейс-менеджмент.

Станом на 2024 рік послуги для ЛВІН надавали через 2024 пункти на базі НУО, використовуючи стаціонарні осередки, аутріч-роботу, мобільні клініки та аптечні заклади. Попри те, що за останні три роки охоплення ЛВІН профілактичними програмами зросло зі 176 917 осіб (87% від планового показника,

Таблиця 4) у 2022 році до 209 279 осіб (101% від планового показника) у 2024 році, кількість виданих стерильних голок та шприців у розрахунку на одного клієнта програми становила 81,6 шт./рік. Хоча цей показник зріс (порівняно з 51 шт./рік)⁴², він залишається нижчим за цільові рівні для програм зменшення шкоди, рекомендовані ВООЗ та ЮНЕЙДС.⁴³ Починаючи з 2015 року, лікування ВГС для ключових груп населення було поступово децентралізовано на рівень спільнот. До середини 2025 року на базі громадських організацій та 43 мобільних пунктів надання медичної допомоги лікування отримала 14 901 людина, з них 6 518 – протягом 2022–2025 років.⁴⁴

За останньою оцінкою, чисельність людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВІН), в Україні становила **296 000 осіб (станом на 2020 рік, Помилка! Джерело посилання не знайдено.)**. Однак через активну фазу війни, що супроводжується масштабним переміщенням населення всередині країни та за її межі, а також тимчасову окупацію низки областей, ці оціночні дані втратили

42 ЮНЕЙДС. Реагування на епідемію, Люди, які вживають ін'єкційні наркотики на aidsinfo.unaids.org.

43 Глобальні стратегії сектору охорони здоров'я щодо ВІЛ, вірусних гепатитів та інфекцій, що передаються статевим шляхом, на період 2022-2030 рр. (GHSS), липень 2022 року.

44 Альянс громадського здоров'я. Презентація, 29 вересня 2025 р.

актуальність. Це створило значні перешкоди для планування та безперервного впровадження програм профілактики ВІЛ-інфекції.

ІБПД 2023 року показало, що поширеність ВІЛ-інфекції становить 16,5%, що нижче за показник ІБПД 2020 року (20,3%). Водночас спостерігалися значні регіональні відмінності: найвищий рівень поширеності ВІЛ-інфекції зафіксовано в Одеській області – 22,1%. Дані моніторингу випадків недавнього інфікування ВІЛ свідчать, що найвища частка таких випадків спостерігається серед жінок, які інфікувалися ВІЛ через ін'єкційне вживання наркотиків⁴⁵.

Наявні дані ІБПД є цінною доказовою базою для розуміння мінливих потреб людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), та визначення найефективніших профілактичних послуг. Результати дослідження вказують на зміни в демографічних і поведінкових характеристиках ключової групи ЛВІН та підкреслюють важливість адаптації програм зменшення шкоди для забезпечення їхньої актуальності й ефективності в сучасних умовах.

У 2023 році дослідження ІБПД виявило значне «старіння» ключової групи ЛВІН. Жінки становили 20,5% учасників, причому їхня частка була надзвичайно високою у Дніпрі (41,5%) та Черкасах (32,5%). Переважали опіюди: 60% респондентів протягом останнього року вживали ін'єкційно «вуличний» метадон. Нелегально придбаний аптечний метадон (у таблетках, отриманий на чорному ринку) вживали 27% опитаних, тоді як метадон у межах програм ПТАО – 15%. Частка ін'єкційного вживання стимуляторів (переважно амфетамінів та синтетичних катинонів) різко знизилася – з 40% у 2017 році до 22% у 2023 році.

Частка осіб, які знають свій ВІЛ-статус, у 2023 році зросла до 69% порівняно з 64,4% у 2020 році. Серед тих, хто знав про свій статус, у 2020 році 94,2% були скеровані до закладів охорони здоров'я для підтвердження діагнозу, а у 2023 році цей показник становив 92,1%. Про участь у профілактичних програмах у 2023 році зазначили 29,6% респондентів, що менше, ніж у 2020 році, коли клієнтами програм зменшення шкоди себе назвали 32,3%.

Протягом 2020-2023 років відбулося значне розширення охоплення послугами з профілактики ВІЛ-інфекції. Зокрема, охоплення послугою з надання стерильних шприців зросло з 26,3% до 43,6%, забезпечення презервативами – з 22,1% до 37,7%, а охоплення тестуванням на ВІЛ – з 20,2% до

⁴⁵ Впровадження системи моніторингу та реагування на нові випадки ВІЛ-інфекції в Україні. ЦГЗ, PEPFAR. Дайджест, січень 2025 р., 1(3).

35,1%. Ці досягнення, ймовірно, свідчать про успішну адаптацію та стійкість програм зменшення шкоди в умовах криз, як-от пандемія COVID-19 та активна фаза війни.

Проблемні питання

Результати ІБПД свідчать про стабілізацію поширеності ВІЛ-інфекції. Проте стійка ризикована поведінка (ін'єкційна та сексуальна), регіональні відмінності та обмежений доступ до програм зменшення шкоди й ПТАО продовжують загрожувати досягнутому прогресу. Важливим системним викликом є надзвичайно низький рівень охоплення ЛВІН послугами ПТАО. ІБПД 2023 року засвідчило, що понад 60% ЛВІН або не знали про ПТАО, або не виявляли інтересу до її початку, і лише третина повідомила про отримання будь-яких профілактичних послуг від НУО. Ці прогалини були особливо помітними у Вінниці, Дніпрі та Львові.

Проблема шкідливого вживання алкоголю торкнулася 17,2% ЛВІН. Небезпечні ін'єкційні практики залишаються поширеними: 6,1% повідомили про використання стерильних шприців під час останньої ін'єкції, а 35,5% – про щонайменше одну ін'єкційну практику високого ризику за останній місяць. Найчастішими видами такої поведінки були повторне використання власного шприца (34%), спільне користування ємностями для розчину (20%) та використання шприців, наповнених методом «фронтлодингу» або «беклодингу» (front-/back-loading) (20%). Ризикована поведінка була більш поширеною серед жінок, споживачів стимуляторів та осіб, які поєднували вживання опіоїдів і стимуляторів. Основними джерелами отримання стерильних шприців були аптеки (68%) та НУО (24%).

Про використання презерватива під час останнього статевого акту повідомили 45% опитаних (цей показник нижчий серед жінок). Надання сексуальних послуг було поширенішим серед жінок, які вживають ін'єкційні наркотики, особливо в Дніпрі та Черкасах, що відображає економічні труднощі та близькість до зони бойових дій.

Результати ІБПД 2023 року вказують на значні відмінності та мінливість якості послуг для ЛВІН. Багато клієнтів цінували послуги НУО за їхню конфіденційність та довіру, але висловлювали занепокоєння щодо якості медичної допомоги, зокрема, через обмежену доступність ліків (наприклад, для ПТАО), перебої з постачанням профілактичних матеріалів, тривалий час очікування та неналежне ставлення надавачів послуг. Хоча профілактичні матеріали загалом були доступні там, де послуги функціонували, надійність та сталість постачання залишаються

ключовими проблемами, особливо в постраждалих унаслідок війни та сільських районах. Також повідомлялося про обмежений доступ до налоксону.

Деякі ЛВІН повідомляли про неповажне або стигматизуюче ставлення з боку медичних працівників, що демотивувало їх звертатися по подальшу допомогу. Безперервність надання послуг та координація між НУО і закладами охорони здоров'я також були нестабільними, особливо в регіонах, що постраждали внаслідок війни. Ці дані підкреслюють наявність стійких прогалів у якості та доступності допомоги, зокрема, за межами великих міст та серед маргіналізованих груп, як-от жінки та внутрішньо переміщені особи. Водночас поширення нових психоактивних речовин (НПР) змінює картину вживання наркотиків, тоді як наявні заходи з профілактики ВІЛ-інфекції не повною мірою задовольняють потреби споживачів цих речовин. Пілотні ініціативи, як-от розповсюдження наборів для зменшення шкоди «PartyBox» (що містять оральні самотести на ВІЛ, презервативи, лубриканти та інформаційні матеріали з профілактики ВІЛ-інфекції) та надання послуг із перевірки наркотиків й інших спеціалізованих послуг для молоді, яка експериментує з НПР та іншими речовинами, є прикладами новітніх підходів до охоплення цих груп населення. Проте їхній вплив та можливість масштабування ще потребують подальшої оцінки. Такі заходи вторинної профілактики мають стати частиною ширших зусиль із первинної профілактики, спрямованих на запобігання або відтермінування початку вживання наркотиків серед молоді (наприклад, через шкільну освіту, дружнє до молоді консультування та психосоціальну підтримку). Їх слід чітко роз'яснювати, аби вони не сприймалися як заохочення до вживання наркотиків, а як спосіб пом'якшити ризики для здоров'я тих, хто їх уже вживає.

Криміналізація вживання та зберігання наркотиків для особистих потреб (36,9% опитаних мали досвід ув'язнення) разом із примусовим наркологічним обліком посилює стигму, бідність та обмежує доступ до послуг. Доступ до послуг із профілактики та лікування ВІЛ-інфекції серед ЛВІН в Україні ускладнюється низькою обізнаністю та зацікавленістю в ПТАО, обмеженим охопленням послугами, що їх надають НУО, а також стійкою стигмою та дискримінацією. Мотивація потенційних клієнтів є викликом для надавачів послуг зі зменшення шкоди. Пріоритети клієнтів програм змінилися: через неможливість задовольнити базові потреби вони втратили інтерес до заходів із протидії поширенню ВІЛ-інфекції та зменшення шкоди. Стало важко мотивувати людей проходити тестування. Багато ЛВІН втратили тимчасовий дохід унаслідок порушень на ринку праці, пов'язаних із масштабною внутрішньою міграцією та посиленням конкуренції за обмежені робочі місця, зокрема, з боку внутрішньо переміщених осіб. Ці виклики ще більше загострилися через наслідки війни. Пошкодження інфраструктури, економічні труднощі та переміщення населення

збільшили ризики переривання послуг зі зменшення шкоди та безперервності лікування. Проблеми з психічним здоров'ям, бідність, занепокоєння щодо конфіденційності та криміналізація додатково перешкоджають зверненню по послуги, тоді як прогалини у знаннях про засоби профілактики та нерівномірний регіональний доступ продовжують обмежувати ефективно залучення до профілактичних заходів та подальшу інтеграцію в систему медичної допомоги. Програма також стикається з обмеженим фінансуванням невідкладних та безперервних послуг для вразливих клієнтів.

Нещодавні аналізи, проведені як на глобальному рівні, так і в Україні, свідчать, що збої в ланцюжках постачання залишаються суттєвим ризиком. Це підкреслює необхідність посилення управління запасами та планування дій у надзвичайних ситуаціях^{46,47}. Належною практикою також є залучення отримувачів послуг та моніторинг силами спільнот до оцінки якості й наявності профілактичних матеріалів. Це гарантує, що постачання є прийнятним, доречним та відповідає потребам ЛВІН.

Рекомендації щодо поліпшення доступу до якісних профілактичних послуг для ЛВІН	Пріоритет	Виконавець	Терміни		
			2026	2027-2028	2030
Пріоритезувати географічні регіони (області або, за наявності даних епіднагляду, райони нижчого рівня) з найвищим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції для розширення послуг зі зменшення шкоди, забезпечивши безперебійне постачання відповідних товарів, зокрема,	Високий	АГЗ, НУО	x		

46 Центр громадського здоров'я України. Національна відповідь на ВІЛ-інфекцію, ТБ, вірусні гепатити та замісну підтримувальну терапію в умовах війни, Річний звіт за 2023 рік.

47 Управління Генерального інспектора USAID. PEPFAR в Україні: USAID-Україна досягла неоднозначних результатів у реалізації програм через виклики воєнного часу та не проводила незалежного моніторингу ефективності. (Аудиторський звіт, 2025 рік).

шприців, налоксону та презервативів					
Підтримувати гнучкі моделі надання послуг (зокрема, мобільні та на рівні громад) і продовжувати розвивати онлайн-сервіси за активної участі спільнот. Онлайн-програми варто зробити гнучкішими та менш обмежувальними – наприклад, переглянути і, де доцільно, скасувати верифікацію за номером телефону. Водночас необхідно і далі оцінювати механізми верифікації, щоб збалансувати інтереси клієнтів, підзвітність надавачів послуг та державні вимоги щодо належного використання коштів	Високий	НУО, оператори мобільного зв'язку, надавачі медичних послуг через цифрові платформи	x		
За наявності додаткового фінансування розширити адаптовані профілактичні послуги для людей, які вживають наркотики (ЛВН) – зокрема, для споживачів нових психоактивних речовин (НПР) та більш поширених наркотиків. Це можна зробити через впровадження втручань на рівні спільнот, анонімне тестування на наркотики, надання доступу до безпечного обладнання для інтраназального вживання/куріння та чистої	Середній	НУО, що працюють у сфері зменшення шкоди, заклади ПМД		x	

питної води. Також важливо регулярно оновлювати інформаційні матеріали, адаптуючи їх до змін у місцевій ситуації щодо наркотиків та потреб спільнот ЛВН					
За наявності фінансування підвищувати компетентність надавачів послуг: проводити тренінги з нестигматизувального, травмоінформованого та гендерно-чутливого підходів, а також забезпечувати регулярну супервізію та психологічну підтримку	Середній	Навчальні заклади, ЗОЗ системи МОЗ, НУО		x	
В умовах повномасштабної війни в Україні використовувати наявні кризові механізми та надалі зміцнювати їх для забезпечення безперервності послуг з профілактики ВІЛ-інфекції у постраждалих від війни та інших кризових регіонах. Це охоплює планування безперервного надання послуг під час переміщення населення чи пошкодження інфраструктури (наприклад, мобільна видача препаратів, аутріч-робота, телемедицина) та інтеграцію цих підходів до національних систем готовності й реагування на надзвичайні ситуації	Високий	МОЗ, підрозділи реагування на надзвичайні ситуації, координатори мобільних клінік	x		

<p>Протидіяти стигмі та криміналізації: обстоювати декриміналізацію вживання наркотиків та скасування обов'язкового наркологічного обліку. Посилювати співпрацю з правоохоронними органами для зменшення рівня переслідувань та усунення бар'єрів на шляху до отримання допомоги.</p>	<p>Середній</p>	<p>Представники директивних органів (Міністерство юстиції, Парламент), громадянське суспільство, правоохоронні органи</p>		<p>x</p>	
<p>Посилювати координацію та механізми перенаправлення між службами зменшення шкоди та наявними програмами лікування в межах Програми медичних гарантій (ПМГ) – включно з лікуванням гепатиту С та ТБ, АРТ/ДКП, ПТАО/лікуванням залежності, детоксикацією/ реабілітацією та послугами з психічного здоров'я. Це потрібно для забезпечення безперервної та комплексної допомоги людям, які вживають наркотики. Там, де існують значні прогалини, варто розглянути можливість пілотування більш інтегрованих моделей надання послуг у межах ПМГ для людей із розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин, у партнерстві з НСЗУ та організаціями громадянського суспільства</p>	<p>Високий</p>	<p>МОЗ, надавачі послуг з лікування та догляду, НУО</p>	<p>x</p>		

<p>Посилити та формалізувати співпрацю з державними, комунальними та неурядовими (НУО) надавачами послуг у сфері психічного здоров'я для забезпечення системної взаємодії з програмами зменшення шкоди та лікування. Це може включати аналіз наявних послуг, розробку стандартних операційних процедур для двостороннього перенаправлення пацієнтів, інтеграцію короткотривалого консультування на базі пунктів зменшення шкоди та спільне ведення випадку (за згодою клієнта) для підтримки людей з психологічними травмами, депресією або іншими розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин</p>	Середній	НУО, служби психічного здоров'я, спільноти рівних		x	
<p>Посилити координацію між НУО та системою охорони здоров'я: вдосконалити маршрути пацієнтів, обмін даними та спільне планування для створення безперервного континууму допомоги</p>	Високий	МОЗ, консорціуми НУО, підрозділи з моніторингу та оцінки	x		
<p>За наявності фінансування підвищувати рівень обізнаності та формувати попит: проводити комунікаційні кампанії та</p>	Середній/ низький	Комунікаційні команди, мережі рівних		x	x

роз'яснювальні заходи за принципом «рівний-рівному» для поглиблення знань щодо профілактики ВІЛ, ДКП, ПТАО та принципу «Н=Н» (U=U)		консультантів, НУО			
Забезпечити якість товарів та безперервність постачання через гнучкі механізми закупівель, систематичний контроль якості, структуровані механізми зворотного зв'язку від користувачів, а також підтримувати належні резервні запаси на національному та регіональному рівнях для запобігання дефіциту ключових товарів для протидії ВІЛ-інфекції та зменшення шкоди	Високий	Відділи закупівель, МОЗ, донорські організації	x		
Охопити недостатньо представлені групи населення: адаптувати програми втручання для жінок, молодих ЛВІН та внутрішньо переміщених осіб з метою забезпечення рівного доступу та інклюзивності	Високий	Виконавці програм, аутріч-НУО, спільноти	x		

4.4.2. Профілактичні послуги для ЧСЧ

Контекст та досягнення

Мінімальний пакет профілактичних послуг для ЧСЧ передбачає розповсюдження презервативів і лубрикантів, скринінг ТБ, тестування на ВІЛ, консультування та підвищення обізнаності. Розширений пакет включає тестування на гепатити С і В, консультування щодо ДКП та скеровування до служб правової допомоги.

У 2022 році профілактичними програмами неурядових організацій (17 НУО) було охоплено 68 292 унікальних клієнтів з-поміж ЧСЧ. Із них 45 780 (що становить $\approx 22,6\%$ від оцінної чисельності ключової групи ЧСЧ, або $\approx 67\%$ зареєстрованих клієнтів) отримали «мінімальний пакет» послуг (презерватив + консультація). За даними Альянсу громадського здоров'я (АГЗ), діяльність НУО, спрямовану на ЧСЧ в Україні, визнали «надзвичайно економічно ефективною» у запобіганні поширенню ВІЛ-інфекції.⁴⁸

ЧСЧ стали одними з перших, хто почав використовувати ДКП, і продемонстрували найвищі показники охоплення серед усіх ключових груп (див. підрозділ про ДКП). Щоб задовольнити потреби ЧСЧ, які вживають психостимулятори під час сексуалізованого вживання наркотиків (хемсекс), реалізували пілотний проєкт із розповсюдження наборів PartyBox. Цей набір для зменшення шкоди містив презервативи, лубриканти, тести для самостійного тестування на ВІЛ, комплект для безпечного інтраназального вживання психоактивних речовин (ПАР), реагенти для тестування на ПАР, а також інформаційні та промоційні матеріали.

Крім того, онлайн-сервіси надавали консультації зі зменшення шкоди та профілактики ВІЛ-інфекції, а також допомагали зі скеровуванням до програм догляду й підтримки для початку АРТ та прийому препаратів ДКП. Поштова доставка у поєднанні з онлайн-сервісами виявилася ефективним альтернативним способом надання профілактичних послуг.

Операційні дослідження інтегрували в процес надання послуг, під час яких виявили кілька кластерів ризику. До профілів вищого ризику належали вживання кількох видів наркотиків та ризикована сексуальна поведінка. Ці дані використовують, щоб виявляти такі ризики та ефективніше реагувати на них за допомогою профілактичних заходів. Щоб розширити розповсюдження тестів для самотестування серед партнерів клієнтів, а також надати їм змогу реєструвати результати та отримувати скеровування, розробили та впровадили чат-боти в Telegram.

Виклики

Остання оціночна чисельність ЧСЧ в Україні становить 202 200 осіб (дані за 2022 рік), проте ця цифра може не відображати актуальної ситуації. За даними останнього раунду ІБПД (2024 рік), поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ становила 6,8%, із суттєвими регіональними відмінностями та концентрацією у великих міських агломераціях.

48 Trickey A, Walker JG, Bivegete S, Semchuk N, Saliuk T, Varetska O, Stone J, Vickerman P. Impact and cost-effectiveness of non-governmental organizations on the HIV epidemic in Ukraine among MSM. [Вплив та економічна ефективність неурядових організацій на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні серед ЧСЧ] AIDS. 2022 Nov 15;36(14):2025-2034.

За даними ІБПД 2024 року значна частина ЧСЧ⁴⁹ повідомила про внутрішнє переміщення через війну, що свідчить про суттєву міграцію в межах України. Щодо ВІЛ-статусу, 79 % опитаних знали свій статус. Показник використання презерватива під час останнього статевого контакту з чоловіком різнився залежно від міста і переважно становив 50–70 %. Обізнаність про доконтактну профілактику (ДКП) значно зросла порівняно з попередніми раундами опитувань, однак її фактичне застосування залишалось на низькому рівні. Серед причин невикористання ДКП були: переконання у низькому ризику (48 %), страх побічних ефектів (27 %) та незнання, де її отримати (6 %).

Окрім наслідків війни та масштабної мобілізації, ІБПД 2024 року серед ЧСЧ висвітлює ризики передання ВІЛ-інфекції, що зберігаються, та прогалини в охопленні послугами. Охоплення ЧСЧ профілактичними послугами залишається найнижчим серед ключових груп населення і становить 23 %, хоча цей показник із часом коливався (Таблиця 4). Показники охоплення також суттєво відрізняються залежно від регіону.

ЧСЧ визнані на міжнародному рівні як група з підвищеним ризиком інфікування вірусом гепатиту В. Дані європейських опитувань (наприклад, EMIS) свідчать, що охоплення вакцинацією проти ВГВ у цій групі, згідно із самозвітами, залишається неповним навіть там, де існують відповідні рекомендації. В Україні Наказ МОЗ № 595 (у редакції 2024 року) вже відносить ЧСЧ до переліку груп, яким рекомендована вакцинація проти гепатиту В. Водночас останні національні дані щодо серопревалентності вказують на значний рівень контакту з ВГВ протягом життя серед дорослого населення загалом, що підкреслює важливість максимального захисту груп підвищеного ризику. Попередні результати дослідження 2024 року не містять даних про рівень вакцинації, однак під час інтерв'ю з представниками спільноти ЧСЧ зазначалося про труднощі з отриманням щеплення проти гепатиту В. Попереднє дослідження 2021 року показує, що тестування на гепатит В формально доступне для ЧСЧ через національні служби з питань ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів, зокрема, через програми на базі спільнот та заклади, що пропонують комбіноване тестування на ВІЛ та інші інфекції. Рівень охоплення тестуванням на ВГВ та обізнаності про нього серед ЧСЧ залишається недостатнім: багато хто з них не проходить скринінг регулярно або не знає своєї історії тестувань. Охоплення вакцинацією є вочевидь субоптимальним: лише 17 % ЧСЧ повідомили, що були вакциновані проти гепатиту В, 76 % зазначили, що не були, а 7 % не знали

49 Інтегроване біоповедінкове дослідження серед ЧСЧ, проєкт звіту, 2024 р., Україна.

про це. Такі дані вказують на значні прогалини в захисті цієї ключової групи населення попри тривалу доступність вакцини.

Із початком повномасштабної війни в Україні мільйони людей були змушені переміститися всередині країни або виїхати за кордон. При цьому ключові групи, зокрема, ЧСЧ, є більш уразливими через перебої в наданні послуг, стигму та небезпеку в притулках і транзитних пунктах. Керівні принципи ЮНЕЙДС та Міжвідомчого постійного комітету щодо ВІЛ-інфекції в умовах гуманітарних криз наголошують, що профілактику ВІЛ-інфекції, тестування та залучення до системи догляду й лікування, включно з цільовими програмами для ключових груп, необхідно систематично інтегрувати в заходи з реагування на надзвичайні ситуації, управління таборами/притулками та роботу мобільних медичних бригад. В Україні мобільні клініки, громадські притулки для ЛГБТІК+ та гуманітарні проєкти за підтримки Альянсу громадського здоров'я та партнерів уже надають послуги у сфері ВІЛ-інфекції та гуманітарну допомогу внутрішньо переміщеним особам, прифронтовим громадам та ЛГБТІК+ людям. Спираючись на ці моделі, впровадження чутливої до потреб ЧСЧ профілактики ВІЛ-інфекції у притулках для ВПО, мобільних медичних бригадах та службах екстреної допомоги є вкрай важливим для збереження охоплення профілактикою ЧСЧ, які постраждали внаслідок війни та вимушеного переміщення. Це має охоплювати конфіденційне тестування на ВІЛ та ІПСШ, надання презервативів і лубрикантів, інформування про ПКП та ДКП, а також скеровування до служб, очолюваних представниками спільноти ЧСЧ.

В Україні організації, очолювані ЧСЧ та іншими спільнотами, вже відіграють ключову роль у моніторингу під керівництвом та силами спільнот (МКСС), зокрема, в межах програм Глобального фонду та проєкту, що фінансується USAID. У рамках цих ініціатив ключові групи населення, як-от ЧСЧ, систематично оцінюють наявність, доступність та якість послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції. Нещодавня оцінка ПРООН⁵⁰ підтверджує, що українські спільноти мають значний досвід у МКСС, і що такий моніторинг є особливо важливим під час повномасштабної війни для виявлення перебоїв у наданні послуг, порушень прав людини та бар'єрів доступу в постраждалих від конфлікту районах. Водночас оцінка вказує на такі прогалини, як фрагментовані інструменти, нерегулярний збір даних та обмежене використання даних, зібраних спільнотою, у національному моніторингу та процесі ухвалення рішень. У цьому контексті рекомендація спрямована не на впровадження МКСС з нуля, а на його консолідацію та систематизацію під проводом ЧСЧ в Україні. Це передбачає вдосконалення специфічних для ЧСЧ індикаторів, посилення ролі НУО, що

⁵⁰ Оцінка спроможності організацій, керованих спільнотами, в Україні здійснювати моніторинг якості та повноти пакетів послуг, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Зведений звіт. (2023 р., травень). КИЇВ, УКРАЇНА.

працюють із ЧСЧ, в аналізі даних МКСС, а також забезпечення регулярного спільного перегляду та життя подальших заходів із надавачами послуг та державними замовниками. Мета полягає в тому, щоб результати МКСС сприяли конкретним покращенням у доступності та якості ВІЛ-послуг, орієнтованих на ЧСЧ, під час війни та після її завершення.

Протягом останнього десятиліття Україна за підтримки національних органів влади, інвестицій Глобального фонду та міжнародних партнерів упровадила широкий спектр комунікаційних та адвокаційних програм для подолання стигми, пов'язаної з ВІЛ-інфекцією та ЛГБТК+. Серед них – медійні кампанії, ініціативи з підвищення правової грамотності на кшталт «знай свої права», а віднедавна – масштабні цифрові проєкти, як-от національна платформа TESTproch. Ця платформа продемонструвала широке охоплення та економічно ефективно залучення ключових груп, зокрема ЧСЧ, під час війни.⁵¹ Водночас результати опитувань щодо стигми стосовно ЛЖВ та національні опитування громадської думки свідчать: хоча підтримка рівних прав зросла, значна частина населення все ще висловлює негативне ставлення до ЛГБТК+ людей.⁵² З огляду на це, потенційний підхід полягає в консолідації та посиленні наявних зусиль. Це можна реалізувати шляхом систематичної інтеграції повідомлень, специфічних для ЧСЧ, у національні та місцеві комунікаційні стратегії, пріоритезації охоплення постраждалих від війни регіонів і переміщених громад, а також використання підходів, керованих спільнотою, та моніторингу для відстеження того, чи сприяє комунікаційна й адвокаційна діяльність покращенню доступу до послуг, зменшенню стигми та кращим результатам для здоров'я ЧСЧ.

У зв'язку зі зростанням потреб у сфері психічного здоров'я в Україні, особливо серед ключових груп населення, національні реформи вже офіційно інтегрували базову підтримку психічного здоров'я в пакети первинної медичної допомоги та профілактики ВІЛ-інфекції. Це, зокрема, Всеукраїнська програма ментального здоров'я та оновлені стандарти профілактики ВІЛ-інфекції серед ключових груп (наприклад, наказ МОЗ № 288). Проте нещодавні оцінки, проведені серед ключових груп, свідчать про низький рівень обізнаності щодо наявних послуг, значні бар'єри в доступі до них та нерівномірну інтеграцію послуг із психічного здоров'я в роботу ВІЛ-сервісних НУО та в практику сімейних лікарів. Тому зусилля варто зосередити на посиленні цих наявних компонентів психічного здоров'я: розширювати спроможність надавачів послуг проводити скринінг та короткі консультації

51 Aleksandrenko H, Chervak O, Krasnikova K, Shevchenko M, Yurochko T.

Digital Health Initiative for HIV Testing Promotion in War-Affected Ukraine: Effectiveness Evaluation. [Ініціатива у сфері цифрової охорони здоров'я для просування тестування на ВІЛ в Україні, що постраждала від війни: оцінка ефективності] Preprint, May 2025. DOI: 10.21203/rs.3.rs-6640828/v1

52 Київський міжнародний інститут соціології (КМІС). Ставлення українського суспільства до ЛГБТК-людей та їхніх прав. Результати опитування громадської думки, 17 червня 2024 року. (<https://www.kiis.com.ua/?lang=eng&cat=reports&id=1417&page=1>)

щодо тривоги, депресії, безсоння та ПТСР; удосконалювати механізми скеровування до спеціалізованої допомоги; забезпечувати супервізію та контроль якості; а також підвищувати доступність через послуги на базі громад та цифрові/телемедичні послуги, адаптовані для ЧСЧ та інших ключових груп.

Рекомендації щодо поліпшення доступу ЧСЧ до якісних профілактичних послуг	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
Підтримувати та розширювати онлайн-інтервенції, спрямовані на ЧСЧ (реклама в застосунках для знайомств, онлайн-аутріч)	Високий	НУО, надавачі профілактичних послуг	x		
Налаштувати систему скеровування на вакцинацію проти гепатиту В та інтегрувати її в послуги з профілактики ВІЛ-інфекції для ЧСЧ	Високий	НУО, що надають послуги ЧСЧ, заклади охорони здоров'я	x		
Інтегрувати профілактику ВІЛ-інфекції, що враховує потреби ЧСЧ, у заходи гуманітарної допомоги переміщеним особам у регіонах, які постраждали від війни. Це можна зробити через конфіденційне тестування на ВІЛ-інфекцію/ІПСШ, надання презервативів і лубрикантів, інформування про ПКП/ДКП та скеровування до сервісів, дружніх до ЧСЧ, у притулках для ВПО, безпечних громадських просторах, мобільних медичних бригадах та в межах інших механізмів надання екстреної допомоги	Високий	Гуманітарні організації, мобільні медичні бригади, НУО	x		

<p>Консолідувати та посилити моніторинг під керівництвом та силами спільнот (МКСС), очолюваний ЧСЧ. Важливо забезпечити ключову участь НУО та мереж, орієнтованих на ЧСЧ, не лише у зборі даних, а й у плануванні пріоритетів МКСС, вдосконаленні показників доступності та якості послуг. Також вони мають брати участь у регулярних спільних аналітичних зустрічах із надавачами послуг, замовниками та представниками органів влади. Висновки МКСС мають стати основою для конкретних планів удосконалення (наприклад, змін у процедурах роботи клінік, моделях соціально-роз'яснювальної роботи, вимогах до контракування) та систематично використовуватися для відстеження подальших дій</p>	Середній	НУО, що надають послуги ЧСЧ; АГЗ, ЦГЗ			
<p>Зміцнювати та підтримувати комунікаційні й адвокаційні ініціативи, що враховують місцевий контекст, для зменшення стигми та дискримінації щодо ЧСЧ, спираючись на наявні національні та громадські зусилля. Надавати пріоритет інформаційним повідомленням, розробленим спільно з організаціями, очолюваними ЧСЧ; стратегічному використанню цифрових і цільових медіаканалів; адаптованим кампаніям для ключових аудиторій (медичні</p>	Середній	Організації громадянського суспільства, адвокаційні мережі та органи державної влади		x	

<p>працівники, гуманітарні організації, місцева влада та широка громадськість). Ці ініціативи мають включати механізми для відстеження змін у ставленні та користуванні послугами</p>					
<p>За наявності додаткового фінансування провести оцінку ефективності заходів із використанням наборів для безпечного хемсексу та за її результатами розглянути можливість їх включення до стандартного пакета послуг</p>	Середній	ЦГЗ, консультант			
<p>За наявності додаткового фінансування розробити скоординований план із масштабування профілактичних послуг серед ЧСЧ. План має ґрунтуватися на ефективних моделях, уже рекомендованих у цьому звіті: телемедичних платформах (наприклад, Help24), клініках «єдиного вікна», мобільних клініках, роботі за принципом «рівний рівному», самотестуванні на ВІЛ, а також на співпраці з гуманітарними організаціями та притулками для ВПО, дружніми до ЛГБТКІ+. Це допоможе подолати найбільші прогалини в охопленні, уникнути дублювання зусиль та забезпечити чітку пріоритезацію інвестицій</p>	Середній	НУО, що надають послуги ключовим групам населення, гуманітарні організації, мобільні медичні бригади, НУО			

<p>За наявності додаткового фінансування:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проводити тренінги для медичних працівників з надання неупередженої та інклюзивної допомоги з метою підвищення довіри та зменшення стигми; * надавати структуровану підтримку у вигляді кейс-менеджменту для ЧСЧ та інших ключових груп. Це може бути подальший супровід від «рівного» консультанта (навігатора) або соціального працівника після тестування, активне залучення до послуг, скеровування із супроводом до сервісів з лікування ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів та ІПСШ, нагадування про візити та допомога у подоланні соціальних бар'єрів на шляху до лікування. Таку підтримку мають надавати НУО, мобільні амбулаторії та заклади первинної медичної допомоги відповідно до протоколів, затверджених МОЗ/ЦГЗ 	<p>Середній/ низький</p>	<p>МОЗ, ЦГЗ, виконавці програм з профілактики ВІЛ-інфекції, надавачі послуг у сфері психічного здоров'я, мережі первинної медичної допомоги, НУО</p>		<p>X</p>	<p>X</p>
<p>За наявності додаткового фінансування посилити інтеграцію послуг з психічного здоров'я у профілактичні пакети для ЧСЧ. Для цього потрібно розвивати потенціал надавачів послуг у проведенні базового скринінгу та короткого консультування, вдосконалювати механізми скеровування до спеціалізованої допомоги, а також</p>					

підвищувати доступність і якість послуг, зокрема, на базі громад та через цифрові/телемедичні платформи					
За наявності додаткового фінансування посилити структурні та правозахисні компоненти програм для ЧСЧ. Це передбачає інституціоналізацію чутливих до потреб ЧСЧ тренінгів з протидії стигмі та упередженості для медичних, соціальних і гуманітарних працівників. Також необхідно підтримувати правову допомогу в громадах, систематично документувати порушення прав, а також використовувати дані моніторингу силами спільноти та дані щодо стигми для цільової адвокації, спрямованої на політичні й процедурні зміни, що усувають бар'єри в доступі до послуг для ЧСЧ	Середній/ низький	Організації громадянського суспільства, адвокаційні мережі та органи державної влади		x	x

4.4.3. Профілактичні послуги для людей, які надають сексуальні послуги

Контекст і досягнення

Останніх оцінок чисельності людей, які надають сексуальні послуги, в Україні не проводили; за останніми даними (станом на 2020 рік), їхня кількість становила 76 000 осіб⁵³. Припускають, що

53 Kovtun, O., Paniotto, V., Sakhno, Y. *et al.* Size estimation of key populations and 'bridge populations' based on the network scale-up method in Ukraine. [Оцінка чисельності ключових груп населення та «мостових груп» на основі методу network scale-up в Україні] *BMC Public Health* 24, 979 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18501>

спричинені війною соціально-економічні зміни (зокрема, масштабне внутрішнє та зовнішнє переміщення, втрата житла та скорочення можливостей для працевлаштування) призвели до зростання кількості людей у секс-бізнесі. Доступ до закладів охорони здоров'я, особливо в прифронтових регіонах, є вкрай обмеженим.

Базовий пакет послуг охоплював консультації, надання презервативів та лубрикантів, тестування на ВІЛ-інфекцію та сифіліс, а також скринінг на ТБ. Він також передбачав цільове навчання та скеровування до фахівців із правової допомоги. У 2024 році охоплення людей, які надають сексуальні послуги, профілактичними заходами сягнуло 89% від запланованого показника.

ІБПД 2021 року серед людей, які надають сексуальні послуги,⁵⁴ проведене вже під час повномасштабної війни, показало, що понад 40% опитаних переїжджали між містами в пошуках клієнтів або безпечніших умов праці. Більшість ЛСП повідомили, що мають як постійних, так і випадкових клієнтів. Рівень використання презервативів залишався високим, але нерегулярним: переважна більшість (92%) зазначила, що використала презерватив під час останнього статевого контакту з клієнтом, але лише близько 70% постійно користувалися ними з клієнтами впродовж останнього місяця, і ще менше – з партнерами, які не є клієнтами.

Основним методом пошуку клієнтів стали віртуальні платформи (соціальні мережі та вебсайти), витіснивши традиційну вуличну роботу. Вживання алкоголю було поширеним явищем, і близько 15% опитаних повідомили про вживання незаконних наркотиків, зокрема 4% - ін'єкційно. Майже третина респондентів зазнала фізичного або сексуального насильства, часто з боку клієнтів чи поліції. Насильство та вживання психоактивних речовин корелювали з рідшим використанням презервативів та вищим ризиком інфікування ВІЛ. Близько 60% ЛСП були клієнтами НУО, де отримували безкоштовні презервативи, тестування та консультації. Проте 30% усе одно купували презервативи самостійно, що може свідчити про незадоволені потреби у профілактиці. Доступ до медичної допомоги залишався обмеженим, а основними перешкодами називали стигму, дискримінацію та переслідування з боку поліції. Понад 40% учасників дослідження повідомили про симптоми депресії. Дослідження ІБПД засвідчує зниження поширеності ВІЛ-інфекції та покращення охоплення профілактичними послугами серед ЛСП. Водночас зберігаються такі вразливості, як економічна нестабільність, міграція, насильство та стигма. Постійна підтримка сервісів на базі

54 Kovtun, O., Kulchynska, R., & Sazonova, Y. (2023). Integrated Biological and Behavioral Surveillance among Sex Workers in Ukraine, 2021: Report on the Findings of the Study. [Інтегроване біологічне та поведінкове дослідження серед працівників секс-бізнесу в Україні, 2021: Звіт про результати дослідження]. Київ: Альянс громадського здоров'я.

спільнот, програми зменшення шкоди, доступ до ДКП та захист від насильства залишаються надзвичайно важливими для закріплення досягнень у боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції та для захисту здоров'я і прав осіб, які надають сексуальні послуги.

У межах спеціалізованих послуг було створено модель мобільної клініки сексуального здоров'я для вразливих жінок, зокрема, для жінок, які мають кількох сексуальних партнерів та залучені до секс-роботи. Серед інших фахівців у клініці працює гінеколог, який надає послуги у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, проводить скринінг на виявлення ґендерно зумовленого насильства та скеровує для отримання психологічної підтримки. Пілотний проєкт, запущений у лютому 2025 року, розширився до трьох мобільних клінік, що працюють у Донецькій, Харківській та Запорізькій областях. Під час 108 виїздів послуги надали 1632 жінкам.

Проблемні питання

Серйозним викликом, про який повідомляли опитані, є поширення неофіційної секс-роботи в постраждалих від війни регіонах та обмежений доступ до послуг із профілактики й охорони здоров'я, оскільки безпекова ситуація впливає на моделі надання послуг. Ці тенденції потребують глибшого вивчення для підтвердження якісними або кількісними даними.

Секс-робота в Україні криміналізована, що робить людей, які надають сексуальні послуги, вразливими. З початком повномасштабного російського вторгнення цей правовий статус ще більше посилив їхню маргіналізацію. Багато представників та представниць секс-індустрії втратили дохід або зіткнулися з його різким скороченням, через що їм складно платити за оренду житла та забезпечувати базові потреби. ЛСП (зокрема ті, хто має дітей чи інших утриманців) стикаються з труднощами в доступі до прихистків. Особливо складною ця ситуація є для людей, які вживають незаконні наркотики, тоді як ті, хто отримує ПТАО, зазвичай мають більше шансів отримати місце в прихистку.

Національні стандарти профілактики ВІЛ-інфекції в Україні дозволяють гнучко розповсюджувати презервативи з урахуванням потреб, без заздалегідь установлених кількісних обмежень на одного клієнта. Аутріч-працівники не зобов'язані обмежувати кількість презервативів, які вони надають. З 2024 року державні закупівлі також було розширено: тепер вони охоплюють жіночі презервативи та ширший вибір інших типів, що відображає вподобання, виявлені під час консультацій зі спільнотою, і дає змогу краще задовольняти потреби різних груп людей, які надають сексуальні послуги.

Водночас деякі ЛСП та аустріч-працівники, опитані під час оцінки, розповіли про практичні проблеми з доступом до засобів профілактики в окремих населених пунктах та в певні періоди. Це пов'язано переважно з умовами воєнного часу: наприклад, тимчасові перебої з запасами, логістичні й транспортні труднощі або складнощі з доступом до певних локацій, особливо на територіях, що постраждали від конфлікту, або поблизу них. Отже, ці проблеми необхідно розглядати як контекстуальні труднощі з упровадженням та логістикою, а не як структурні обмеження щодо кількості презервативів на одного клієнта.

У першому кварталі 2025 року ДКП використовували лише 35 ЛСП, що свідчить про те, що заходи зі стимулювання попиту на цю послугу не адаптовані до потреб спільноти.

Програмні дані та результати ІБПД 2021 року свідчать, що, попри високе загальне охоплення ЛСП профілактичними заходами, для окремих підгруп зберігаються суттєві прогалини. Зокрема, інтерв'ю з ключовими респондентами засвідчили, що ЛСП, які вживають психоактивні речовини, зокрема, ін'єкційні наркотики (ЛСП-ЛВІН), можуть отримувати менше презервативів та засобів зменшення шкоди, оскільки в системах моніторингу їх реєструють передусім як ЛВІН. Крім того, поширюється неформальна секс-робота в постраждалих від війни регіонах, а ті, хто працює на вулиці або в саунах/масажних салонах, стикаються з підвищеними ризиками для безпеки, переслідуваннями з боку поліції та обмеженим доступом до послуг у стаціонарних пунктах. ЛСП з низьким рівнем доходу та освіти також мають труднощі з доступом до послуг та задоволенням базових потреб, що обмежує їхню здатність приділяти пріоритетну увагу здоров'ю. Відтак, пріоритезація недостатньо охоплених підгруп означає не лише посилення аустріч-роботи з ними, а й адаптацію моделей надання послуг. Це включає: для ЛСП-ЛВІН – інтеграцію повних пакетів послуг зі зменшення шкоди (обмін голочок та шприців, скеровування на ОЗТ, профілактика передозувань); для ЛСП з низьким рівнем доходу/освіти – надання спрощеної інформації, активний супровід та скеровування до служб соціальної підтримки; для тих, хто працює на вулиці та в закладах (сауни/масажні салони) – розширення вечірньої/нічної та виїзної аустріч-роботи, конфіденційне розповсюдження презервативів і тестів для самотестування, а також налагодження тісних зв'язків для скеровування до мобільних клінік сексуального здоров'я, служб протидії ГЗН та правової допомоги.

Рекомендації щодо розширення доступу до якісних профілактичних послуг ЛСП	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
<p>Пріоритезувати надання послуг підгрупам людей, які надають сексуальні послуги, з недостатнім рівнем охоплення (ЛСП-ЛВН, ЛСП з низьким рівнем доходу/освіти, а також ті, хто працює на вулиці, у саунах/масажних салонах) шляхом:</p> <ul style="list-style-type: none"> • посилення інтегрованого скринінгу на ВІЛ/ІПСШ (і, за можливості, на ВГВ/ВГС) та прискореного залучення до лікування в межах надання послуг через аутріч-роботу, мобільні бригади та на базі стаціонарних пунктів; • інтеграції послуг зі зменшення шкоди для ЛСП-ЛВН (видача/обмін стерильного інструментарію, скеровування на ОЗТ, профілактика передозувань), у програми для ЛСП; • посилення аутріч-роботи та соціального супроводу за принципом «рівний-рівному» у закритих і важкодоступних місцях (сауни, масажні салони, приватні квартири, місця зустрічей, організованих через онлайн-платформи); • розроблення чітких механізмів запобігання та реагування на 	Високий	НУО, мережі спільнот, послуги мобільної клініки	X		

випадки ГЗН, надання правової допомоги, психологічної та психосоціальної підтримки з особливим фокусом на територіях, що постраждали внаслідок воєнних дій					
Протидіяти насильству та долати правову вразливість шляхом підтримки доказового діалогу щодо декриміналізації та інших правових реформ, що стосуються ЛСП; розширення послуг правової допомоги та підвищення рівня правової грамотності ЛСП; а також налагодження та/або зміцнення механізмів співпраці з правоохоронними органами та органами місцевого самоврядування для запобігання утискам, вимаганню та насильству	Високий	Парламент та Мін'юст, НУО, що надають послуги ключовим групам	X		
Інтегрувати послуги з профілактики ВІЛ у систему первинної медичної допомоги шляхом навчання сімейних лікарів та медичного персоналу первинної ланки надання неупередженої, конфіденційної та комплексної допомоги ЛСП, що охоплює інтегрований скринінг на ВІЛ/ІПСШ, пропозицію вакцинації (за показаннями) та індивідуальне консультування	Високий	МОЗ, первинна ланка медичної допомоги; професійні медичні асоціації, НУО, що працюють з ЛСП	X		
За наявності додаткового фінансування: адаптувати та розширювати комплекс профілактичних послуг на основі потреб, визначених спільнотою ЛСП,	Середній	АГЗ, ЦГЗ, НУО, закупівельні організації		x	

шляхом інтеграції послуг із протидії ГЗН та розширення спектра послуг для розв'язання інших проблем зі здоров'ям (шкідливе вживання алкоголю/ наркотиків, психічне здоров'я, ІПСШ) у межах програм для ЛСП					
Розширити цифрове/веб-охоплення шляхом використання безпечних онлайн-платформ, соціальних мереж і таргетованої реклами для інформування ЛСП про доступні послуги з профілактики ВІЛ-інфекції, тестування та сексуального і репродуктивного здоров'я, які надаються на базі громадських організацій, а також поєднуючи цифровий аутріч із соціальним супроводом за принципом «рівний-рівному» та моніторингом каскаду послуг	Середній	Надавачі профілактичних послуг, громадські організації, агенції з соціальних медіа		X	
За наявності додаткового фінансування: розширювати залучення спільноти шляхом посилення надання послуг за принципом «рівний-рівному», залучення спільноти ЛСП до спільного розроблення та моніторингу послуг, а також підтримки адвокаційної та інформаційно-роз'яснювальної роботи, очолюваної представниками спільноти, для зменшення стигми, дискримінації та насильства.	Середній	Мережі спільнот ЛСП, адвокаційні мережі, НУО		X	
Розвивати навички ведення переговорів щодо використання презерватива та зниження ризиків: інтегрувати практичні	Середній	Навчальні заклади, програми		X	

тренінги для ЛСП щодо постійного та правильного використання презерватива (включно з оральним сексом) та зменшення ризиків, пов'язаних із вживанням алкоголю чи наркотиків під час надання сексуальних послуг		для ЛСП, «рівні» консультанти			
За наявності додаткового фінансування: просувати біомедичну профілактику: підвищувати рівень обізнаності та розширювати доступ до ДКП та ПКП серед ЛСП, інтегрувати консультування щодо переваг та побічних ефектів у планові візити, а також надавати чітку інформацію про маршрути пацієнта для отримання цих послуг	Середній	Програма профілактики і ВІЛ-інфекції, клініки, дружні до ЛСП сервіси	X		
Підтримувати самотестування на ВІЛ шляхом розширення доступності наборів для самотестування через мережу громадських організацій та аутріч-працівників, надання чітких інструкцій та можливостей для дистанційного/онлайн-консультування, забезпечення зв'язку з послугами підтверджувального тестування та подальшого лікування, а також розглянути можливість впровадження подвійного самотестування на ВІЛ/сифіліс, де це доцільно	Високий	НУО, розповсюджені набори для тестування, інформаційні онлайн-платформи	X		
За наявності додаткового фінансування: посилювати послуги у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ) в межах профілактичних програм для ЛСП шляхом проведення	Середній	Надавачі послуг у сфері СРЗ, клініки з охорони		X	

інформаційно-освітніх заходів з питань сучасних методів контрацепції, догляду під час вагітності та безпечного зачаття, а також посилення заходів із профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (ППМД)		материнсько го здоров'я, аутріч-НГО для ЛСП			
---	--	--	--	--	--

4.4.4. Профілактичні послуги для транс* та гендерно-різноманітних людей

Контекст та досягнення

За даними дослідження, опублікованого у 2024 році, оціночна чисельність транс* та гендерно-різноманітних людей (транс*люди) в Україні становила 9 963 особи [7 352–12 571].⁵⁵ Мінімальний пакет послуг включав розповсюдження презервативів та лубрикантів, консультування соціальних працівників і медичних фахівців, асистоване самотестування на ВІЛ, сифіліс та гепатит С, а також скринінг на ТБ. Крім того, клієнтам пропонували направлення до ендокринологів, надання препаратів для замісної гормональної терапії, ДКП, а також подальший медичний, психологічний, юридичний та соціальний супровід. Дані щодо охоплення послугами наведено в Таблиці 6. У 2024 році в п'яти містах було проведено ІБПД серед трансгендерних (ТГ) та небінарних (НБ) осіб. Загалом було залучено 600 учасників (трансжінки, трансчоловіки та небінарні особи). Проведення дослідження ускладнювалося логістичними труднощами через війну, що триває, та обмежену чисельність ключової групи, тому його результати не є репрезентативними на національному рівні. Показник використання презерватива під час останнього статевого акту становив 74%, проте показник постійного використання – лише 45%. Третина респондентів повідомила про вживання будь-яких наркотичних речовин (переважно неін'єкційних). Майже 25% учасників уникали звернення по медичну допомогу через страх або попередній досвід дискримінації. Багато респондентів повідомили про стигматизацію в громадських місцях та побоювання бути ідентифікованими як ТГ або НБ особи. Клієнти НУО частіше отримували презервативи, інформацію про ДКП/ПКП та направлення на тестування на ВІЛ. Близько половини опитаних (49%) продемонстрували вичерпні знання щодо профілактики ВІЛ-інфекції.

55 Kovtun, O., Paniotto, V., Sakhno, Y. et al. Size estimation of key populations and 'bridge populations' based on the network scale-up method in Ukraine. [Оцінка чисельності ключових груп населення та «мостових груп» на основі методу network scale-up в Україні] BMC Public Health 24, 979 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18501-1>

Історично транс*спільнота отримувала послуги переважно від організацій, що реалізують профілактичні програми для ЧСЧ, а пакет послуг для транс*людей був аналогічним до того, що пропонувався ЧСЧ. Спеціалізований пакет послуг з профілактики ВІЛ для транс*людей було розроблено у 2022 році. Наразі послуги для транс*людей надають кілька громадських організацій. ГО «Когорта» бере участь у програмах Глобального фонду, що зосереджені на юридичній підтримці та адвокації/мобілізації спільноти. Організація «Конвіктус» раніше пропонувала безоплатну гормональну терапію, а зараз проводить малі групові зустрічі для транс*людей. Параюридична команда ГО «Когорта» (старший параюрист, параюрист-«рівний» консультант та юрист) опрацьовує звернення щодо правових питань від членів спільноти та співпрацює з партнерськими організаціями (наприклад, «Прожектор» в Одесі) для ведення стратегічних судових справ на основі меморандумів про співпрацю.

ГО «Когорта» щорічно проводить близько 100 зустрічей спільноти у 12 областях (деякі з них – в онлайн-форматі з міркувань безпеки) для поширення інформації, надання направлень та підтримки бази «дружніх лікарів». З 2021 року «Когорта» пропонує консультації за принципом «рівний-рівному», які найчастіше стосуються питань гендерного переходу, медичних направлень та викликів воєнного часу, як-от статус військового обліку.

ГО «МОД Партнер» (Одеса) та «Конвіктус-Україна» (Київ) надають послуги з профілактики ВІЛ-інфекції та тестування для транс*людей. Ці послуги доступні у великих містах (наприклад, у Харкові, Львові, Миколаєві) і значною мірою залежать від координаційного потенціалу на місцях. Мультидисциплінарна медична команда в Одесі надає діагностичні послуги, гендерно-афірмативну допомогу (на платній основі) та видає довідки для юридичної зміни гендерного маркера.

Проблемні питання

Транс*люди в Україні мають доступ до базових послуг з профілактики ВІЛ-інфекції в межах програм, що реалізуються НУО на базі спільнот. Однак комплексний пакет профілактичних послуг, орієнтований на потреби транс*людей, який би включав гендерно-афірмативну допомогу, підтримку психічного здоров'я, правовий супровід, спеціалізовану виїзну роботу та гнучкі формати надання послуг, ще не впроваджено в повному обсязі. Доступ до послуг переважно зосереджений у великих містах, через що значна частина транс*людей, які проживають поза їхніми межами, залишаються поза охопленням. Поширеними є фінансові бар'єри: багато транс*людей не мають

фінансової змоги оплатити гормональну терапію чи покрити інші медичні витрати, а також часто не мають стабільного доходу або постійного житла.

Ризики, пов'язані з безпекою, створюють перешкоди для пересування країною або участі в громадських заходах. Особливо це стосується транс*жінок без юридично змінених документів, що підтверджують їхню гендерну ідентичність, та транс*чоловіків, які не змінили офіційну реєстрацію. Повномасштабне вторгнення посилює наявні проблеми, зокрема, спричинило внутрішнє переміщення населення, обмеження мобільності, порушення безперервності надання послуг та переорієнтацію пріоритетів з профілактичних заходів на надання гуманітарної допомоги.

У ході проведених інтерв'ю було виявлено проблему у звітуванні за програмними даними, а саме – можливу некоректну класифікацію деякими НУО цисгендерних клієнтів як транс* для досягнення цільових показників. Це ставить під сумнів достовірність даних щодо охоплення цільової аудиторії.

Національні цільові показники охоплення ДКП для транс*людей перебувають на низькому рівні (наприклад, 20 клієнтів у 2024 році), що може свідчити про наявність незадоволеного попиту. За даними ІБПД (2024)⁵⁶, 60,5% респондентів обізнані про ДКП, проте лише 3,8% застосовували її протягом останнього року (детальнішу інформацію про ДКП наведено у відповідному розділі). Вичерпний рівень знань з питань ВІЛ-інфекції/ДКП/ПКП продемонстрували 21,3% опитаних (найвищий показник серед транс*чоловіків – 27,4%). 18,8% ніколи не проходили тестування на ВІЛ-інфекцію; 29,7% не тестувалися понад 12 місяців. Рівень охоплення профілактичними програмами є низьким: близько 15–16% для презервативів, консультування з питань безпечного сексу та тестування на ІПСШ, з певними відмінностями залежно від гендерної ідентичності.

Багато постачальників послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції надають пріоритет клієнтам з інших ключових груп населення (наприклад, людям, які вживають ін'єкційні наркотики, ЧСЧ, ЛСП). Транс*люди, які не належать до зазначених груп ризику, можуть не включатися до програм або бути змушеними повідомляти недостовірну інформацію про себе для отримання доступу до послуг. Постачальники послуг часто не мають належної підготовки з питань здоров'я транс*людей, що підвищує ризик ненавмисного завдання психологічної шкоди. Зафіксовано непоодинокі випадки упередженого ставлення або дискримінації щодо транс*клієнтів.

56 2024 – Біоповедінкове дослідження серед трансгендерних та небінарних людей. ЦГЗ. Презентація, липень 2025 року. Київ. https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/PDF_IBBS_TG_NB_eng_v2.pdf

Основними джерелами інформації про профілактику ВІЛ-інфекції для транс*людей є інтернет-ресурси та соціальні мережі. Водночас частина спільноти є менш активною в онлайн-просторі та може не отримувати інформацію про профілактичні заходи. Деякі організації вимагають підтвердження особи через соціальні мережі, що може суперечити праву особи на конфіденційність щодо її гендерної ідентичності.

Державні установи повідомляли про правові перешкоди в роботі з транс*людьми, оскільки процедура юридичного визнання гендеру для цієї групи населення не має належного законодавчого врегулювання. Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) містила психіатричний діагноз «Транссексуалізм» (F64.0). Чинний в Україні клінічний протокол «Гендерна дисфорія» (2016), що регулює процес гендерного переходу, є застарілим і базується на положеннях МКХ-10. Оновлена МКХ-11 виключає психіатричні діагнози, пов'язані з гендерною невідповідністю, та не розглядає трансгендерність як патологію, однак в Україні зазначену класифікацію ще не імplementовано. Ця проблема також впливає на доступ до життєво необхідних медичних послуг.

Рекомендації щодо поліпшення доступу транс*людей до якісних профілактичних послуг	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
Посилити інклюзивні підходи в охороні здоров'я, підтримку психічного здоров'я та цільові профілактичні заходи (ДКП, використання презервативів, зменшення шкоди) для транс*людей. Забезпечити доступність та прийнятність програм обміну голочок та шприців і ПТАО для транс*людей. Проводити навчання для фахівців, залучених до реалізації цих програм, з питань надання неупередженої та компетентної допомоги для транс*клієнтам	Високий	ЦГЗ, служби, що надають послуги зі зменшення шкоди, надавачі послуг у сфері психічного здоров'я, НУО	X		

<p>Активізувати поширення інформації за межами соціальних мереж, залучаючи канали комунікації, доступні для транс*людей з обмеженим доступом до засобів зв'язку (наприклад, через залучення спільнот, консультантів за принципом «рівний-рівному», розповсюдження друкованих матеріалів)</p>	<p>Високий</p>	<p>Організації/ НУО транс* спільнот</p>	<p>X</p>		
<p>Поліпшити доступ до послуг та розширити залучення цільової аудиторії шляхом впровадження виїзної соціальної роботи за принципом «рівний-рівному», онлайн-залучення, системи перенаправлення та навігації пацієнтів, телемедицини, а також через гарантування конфіденційності та застосування гнучких моделей надання послуг</p>	<p>Високий</p>	<p>НУО, надавачі медичних послуг та громадські служби охорони здоров'я</p>	<p>X</p>		
<p>За наявності додаткового фінансування забезпечити надання інтегрованих послуг. Це передбачає поєднання профілактики ВІЛ-інфекції з гендерно-афірмативною допомогою у сприятливому та вільному від стигми середовищі. До переліку послуг також мають входити: охорона психічного здоров'я, профілактика та лікування раку шийки матки,</p>	<p>Середній</p>	<p>Клініки, дружні до транс*людей, постачальники гендерно-афірмативних послуг, програми протидії ВІЛ-інфекції</p>		<p>x</p>	

<p>послуги з контрацепції та безпечного переривання вагітності, допомога в реалізації репродуктивних планів, скринінг та лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин, а також діагностика гепатитів В і С з подальшим перенаправленням на лікування</p>					
<p>Адаптувати процедури ідентифікації клієнтів та доступу до послуг, щоб транс*люди мали змогу отримувати їх анонімно та без вимоги ідентифікувати себе як представників інших ключових груп населення</p>	Середній	Міністерство охорони здоров'я, пункти надання послуг, НУО		X	
<p>За наявності додаткового фінансування розробити та впровадити навчальні програми для фахівців НУО та сектору громадського здоров'я з метою підвищення їхньої компетентності та чутливості в роботі з транс*клієнтами</p>	Середній	Медичні навчальні заклади, НУО, професійні асоціації		X	
<p>Розширювати та адаптувати послуги для транс*людей, застосовуючи індивідуалізований підхід, що гарантує інклюзивність незалежно від походження чи гендерного вираження. Відповідно, коригувати інформаційно-роз'яснювальну діяльність,</p>	Середній	Громадські організації, надавачі медичних послуг		X	

процеси консультування та надання підтримки					
За наявності додаткового фінансування створювати або посилювати програми безпечних притулків та мережі кризової підтримки для транс*людей (зокрема, для внутрішньо переміщених осіб та мешканців невеликих населених пунктів). Такі програми мають бути інтегровані з послугами у сферах протидії ВІЛ-інфекції, охорони психічного здоров'я та надання правової допомоги з метою зниження рівня вразливості та запобігання насильству й перериванню лікування	Середній	Гуманітарні організації, НУО із захисту прав транс*людей, органи місцевого самоврядування/ муніципальні служби		X	
Спростити та демедикалізувати процедуру юридичного визнання гендеру відповідно до стандартів МКХ-11. Для цього необхідно оновити національні клінічні протоколи, виключивши з них розгляд транс*ідентичності як психічного розладу, та забезпечити, щоб процедури документування сприяли безпечному доступу до медичних послуг і точності медичних записів для епідеміологічних цілей	Середній	МОЗ		X	
Здійснювати моніторинг переходу України на МКХ-11 (згідно з наказом МОЗ № 703, що набуває	Середній	Міністерство охорони здоров'я,		Iкс	

чинності у квітні 2025 року), залучаючи до цього процесу відповідні заклади охорони здоров'я та професійні асоціації. Організувати навчання для клініцистів та медичних реєстраторів щодо нових практик кодування та ведення документації, що сприятиме усуненню бар'єрів у доступі до медичної допомоги та підвищенню якості даних стосовно ВІЛ-інфекції та здоров'я транс*людей		професійні медичні асоціації, транс-НУО			
Включити послуги з гендерно-афірмативної допомоги до Програми медичних гарантій. Це дозволить зменшити фінансове навантаження на пацієнтів, знизити поширеність неконтрольованого вживання гормональних препаратів, забезпечити наступність медичної допомоги та розширити можливості для інтеграції послуг з профілактики, тестування й лікування ВІЛ-інфекції в межах планових візитів до закладів охорони здоров'я	Середньо-низький	МОЗ		X	X

4.4.5. Профілактичні послуги для осіб в установах виконання покарань

Контекст та досягнення

Державна кримінально-виконавча служба України при Міністерстві юстиції є центральним органом виконавчої влади, відповідальним за управління установами виконання покарань, зокрема,

слідчими ізоляторами та виправними колоніями. Унаслідок повномасштабної збройної агресії чисельність контингенту в цих установах скоротилася приблизно на 20% через переміщення, пошкодження, руйнування або тимчасову окупацію частини закладів.⁵⁷ Із загальної кількості 91 установи виконання покарань, за наявними даними, 7 перебували під окупацією з лютого 2022 року, 2 було повністю зруйновано, а близько 12 зазнали значних пошкоджень. Чисельність утримуваних осіб становила 37 782 (станом на вересень 2025 року). Рівень поширеності ВІЛ-інфекції становив 7,9%.⁵⁸

Результати ІБПД 2023 року свідчать, що поширеність ВІЛ-інфекції серед осіб, позбавлених волі, залишається високою – близько 8%, хоча цей показник є стабільним порівняно з попередніми роками (8,9% у 2019 році). Поширеність гепатиту С сягнула 29%, що підтверджує значний рівень коінфекції та наявні ризики передачі, тоді як поширеність гепатиту В становила близько 4%. В установах для жінок зафіксовано дещо вищі показники поширеності ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів, ніж в установах для чоловіків, що зумовлено як біологічною вразливістю, так і структурними чинниками, зокрема, обмеженим доступом до послуг та стигматизацією. Також були зафіксовані значні регіональні відмінності: в установах південно-східних та південних регіонів зареєстровано найвищі рівні інфікування, тоді як у центральних та західних – найнижчі.

Рівень обізнаності щодо профілактики ВІЛ-інфекції залишається недостатнім. Лише близько 75% респондентів надали правильні відповіді на всі запитання щодо профілактики ВІЛ-інфекції, а обізнаність щодо профілактики гепатитів В і С була суттєво нижчою (близько 25–30%). Поширеними залишаються хибні уявлення щодо побутових шляхів передачі інфекції, використання презервативів та ризиків, пов'язаних із татуюванням. Причиною цих прогалин у знаннях є обмежений доступ до достовірної медичної інформації та відсутність системних освітніх програм.

Охоплення тестуванням покращилося, проте залишається на недостатньому рівні. Близько 72% респондентів повідомили, що проходили тестування на ВІЛ-інфекцію, і менше половини – на вірусні гепатити. Рівень поінформованості про можливості тестування та післятестового консультування є нерівномірним у різних установах. Водночас більшість виявлених осіб, які живуть

⁵⁷ Україна – Умови утримання у в'язницях, оновлення за 2024 рік. Данська імміграційна служба, 2024 рік.

(<https://us.dk/media/tx1o42fe/ukraine-prison-conditions-2024.pdf>)
⁵⁸ ЦГЗ. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №56.

з ВІЛ-інфекцією, знали про свій статус, і 93% з них отримували антиретровірусну терапію, що свідчить про високий рівень безперервності лікування в системі після встановлення діагнозу.

Ризикова поведінка залишається значущим чинником передачі інфекції. Дослідження задокументувало систематичне вживання психоактивних речовин, зокрема ін'єкційних наркотиків, та практику нанесення татуювань нестерильним інструментарієм – обидва фактори пов'язані з підвищеним ризиком інфікування. Незахищені статеві контакти, хоча і є менш поширеними, також мають місце, особливо під час тривалих або короткострокових побачень. Такі поведінкові практики вказують на прогалини в доступі до програм зменшення шкоди, оскільки програми обміну голок та шприців і замісної підтримувальної терапії агоністами опіоїдів мають обмежене географічне охоплення.

В установах виконання покарань доступне тестування на ВІЛ-інфекцію та інші інфекційні захворювання. Нещодавно у двох установах було розпочато впровадження заходів з обміну голок та шприців. Існують плани розширити Програму обміну голок та шприців (ПОГШ) ще на дві установи. У 2024 році було розповсюджено 57 760 голок та шприців, при цьому інцидентів не зафіксовано. Крім того, було розповсюджено 672 000 презервативів та лубрикантів. Також для осіб, позбавлених волі, з 2022 року доступна ДКП, і спостерігається значне розширення її застосування (детальніша інформація в розділі про ДКП). Налоксон є обов'язковим для наявності в медичних частинах усіх установ виконання покарань. Його закупівля здійснюється Державною кримінально-виконавчою службою, і він наявний у кожному медичному пункті пенітенціарного сектору.

Здійснюється співпраця з НУО щодо проведення тренінгів та надання послуг в установах виконання покарань. Для підтримки програм готують консультантів за принципом «рівний-рівному» з-поміж засуджених. Також надаються послуги із соціального супроводу після звільнення. Проте через різне відомче підпорядкування (пенітенціарна система – Міністерству юстиції, а цивільна система охорони здоров'я – Міністерству охорони здоров'я) забезпечення безперервності надання послуг є складним завданням. Попри це, міжвідомча співпраця останніми роками зміцнилася, що покращило координацію між цими паралельними системами та сприяло кращій безперервності надання допомоги.

Проблемні питання

Впровадження профілактичних заходів в установах виконання покарань стикається з низкою системних викликів. Майже повна залежність від донорського фінансування становить суттєвий

ризик для сталості програм. Обмежені ресурси, особливо на оновлення інфраструктури, перешкоджають створенню умов, що повністю відповідають нормативним вимогам. Координація з цивільним сектором охорони здоров'я залишається складною через різне відомче підпорядкування та відмінності в механізмах управління. Забезпечення підтримки нових підходів з боку персоналу вимагає додаткових зусиль у сферах управління змінами, професійного навчання та внутрішньої комунікації. Процес отримання ліцензій на надання медичних послуг може бути ускладненим через невідповідність застарілих приміщень сучасним стандартам. Крім того, централізована система закупівель має обмежену гнучкість, що ускладнює адаптацію асортименту товарів до специфічних потреб окремих установ.

Отже, результати ІБПД 2023 року підтверджують, що установи виконання покарань в Україні залишаються одним із ключових пріоритетів для національної відповіді на епідемії ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів. Попри відчутний прогрес у тестуванні та безперервності лікування, збереження високих показників інфікування, поширення ризикованих практик та нерівномірне охоплення профілактикою наголошують на необхідності подальшого посилення інформаційно-освітньої роботи, розширення програм зменшення шкоди та надання інтегрованих послуг.

Наявні дані підтверджують високий тягар ВІЛ-інфекції серед позбавлених волі осіб в Україні, але існуючі системи епіднагляду надають обмежену інформацію про обставини інфікування, оскільки епіднагляд за нещодавніми випадками інфікування (ЕНВІ) в установах виконання покарань ще не впроваджено. Наявні моніторингові звіти та звіти щодо якості вказують на численні потенційні шляхи передачі інфекції в цих установах – зокрема, статеві контакти (за згодою та примусові), вживання ін'єкційних наркотиків зі спільним інструментарієм, а також нестерильне нанесення татувань чи проведення медичних процедур. Проте їхній відносний внесок у поточну передачу ВІЛ-інфекції недостатньо кількісно оцінений. Посилення епіднагляду шляхом запровадження ЕНВІ, доповненого коротким поведінковим модулем щодо ризикованих практик та безперервності АРТ, дозволить отримати критично важливі дані про динаміку передачі інфекції. Це, у свою чергу, уможливить точніше спрямування заходів із профілактики ВІЛ-інфекції, зменшення шкоди та забезпечення безперервності допомоги як під час позбавлення волі, так і під час переходу до отримання послуг на рівні громади після звільнення.

Доступ до профілактичних та лікувальних послуг значно різниться. Хоча доступність АРТ є майже універсальною, профілактичні послуги – розповсюдження презервативів, доступ до дезінфекційних засобів, лубрикантів, інформаційно-освітня робота – не забезпечуються

систематично в усіх установах. Можливості для психологічного консультування та соціальної підтримки також є нерівномірними. Існують і структурні перешкоди, такі як переповненість, брак кадрового забезпечення та періодичні перебої в ланцюгах постачання медикаментів, що ускладнюється в умовах воєнного стану та обмеженого фінансування.

Системна взаємодія між пенітенціарною системою, Міністерством охорони здоров'я, НУО та міжнародними партнерами матиме ключове значення для подолання наявних викликів і досягнення національних цілей щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу до 2030 року.

Рекомендації щодо поліпшення доступу до якісних послуг із профілактики ВІЛ-інфекції в установах виконання покарань	Пріоритет	Виконавець	Терміни виконання		
			2026	2027-2028	2030
<p>Підвищення рівня поінформованості про ВІЛ-інфекцію та вірусні гепатити:</p> <ul style="list-style-type: none"> Посилити освітні програм щодо шляхів передачі та профілактики ВІЛ-інфекції, ВГВ та ВГС в установах виконання покарань Розробити цільові матеріали, що роз'яснюють ризики орального/анального сексу без презервативу, спільного використання інструментарію для ін'єкцій та передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини Поширити інформацію через плакати, внутрішнє телебачення/радіо, залучення консультантів за принципом «рівний-рівному» та проведення консультацій з метою максимального охоплення аудиторії та ефективного засвоєння інформації 	Високий	Медичні частини установ виконання покарань, ЦОЗ, НУО, що діють в установах виконання покарань	X		
Посилити епіднагляд за ВІЛ-інфекцією та її профілактики в установах виконання покарань шляхом поширення епіднагляду за нещодавніми випадками інфікування на установи ДКВС та використання отриманих даних для вдосконалення цільових профілактичних заходів і заходів зі зменшення шкоди для засуджених та осіб, звільнених з місць позбавлення волі	Високий	Медичні частини установ виконання покарань, ЦГЗ	X		
Розширити доступ до тестування та консультування:	Високий	Медичні частини	X		

<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечити регулярне добровільне тестування на ВІЛ-інфекцію, сифіліс, ВГВ та ВГС під час прибуття до установи, періодично протягом терміну відбування покарання та перед звільненням 		установ виконання покарань, ЦГЗ, партнерські НУО, ДКВС			
<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечити дотестове та післятестове консультування для всіх засуджених із наголошенням на конфіденційності та подальшому направленні для отримання медичної допомоги 					
<ul style="list-style-type: none"> • Підвищити рівень поінформованості засуджених про місця та способи отримання послуг з тестування під час перебування в установах виконання покарань та після звільнення 					
<p>За наявності додаткового фінансування посилити профілактику шляхом розширення програм зменшення шкоди в усіх установах виконання покарань, зокрема, програм обміну інструментарію для ін'єкцій</p>	Високий/середній	ДКВС, Міністерство охорони здоров'я, НУО, що надають послуги зі зменшення шкоди	X	X	
<p>За наявності додаткового фінансування сприяти поширенню безпечнішої сексуальної поведінки, зокрема:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Розширити доступ до презервативів та лубрикантів в усіх установах (не лише в медико-санітарних частинах та кімнатах для побачень) • Проводити консультації та інформаційні заходи з питань профілактики ВІЛ-інфекції та ІПСШ, особливо для засуджених, які мають статеві контакти • Залучати засуджених як консультантів/волонтерів за принципом «рівний-рівному» для утвердження профілактичних практик як норми поведінки та зменшення стигми 	Середній	Медичні та освітні служби установ виконання покарань, НУО, мережі взаємодопомоги засуджених		X	
<p>Зміцнення залученості та мотивації:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Запровадити системи заохочень (наприклад, сертифікати, надання додаткових переваг, відзнаки) для стимулювання участі засуджених у профілактичних та освітніх програмах 	Середній	Соціально-психологічні служби установ виконання покарань, НУО, релігійні		X	

<ul style="list-style-type: none"> • Підтримувати групові та індивідуальні заходи (дискусії, групи підтримки, спортивні/культурні події), до яких інтегровано теми профілактики • Залучати громадські організації та соціально-психологічні служби установ до спільної організації профілактичних заходів 		організації, групи взаємодопомоги			
<ul style="list-style-type: none"> • Поліпшити інтеграцію медичних послуг • Посилити механізми направлення на тестування, лікування та отримання психосоціальної підтримки після звільнення • Забезпечити безперервність надання допомоги особам після звільнення з установ виконання покарань 	Високий	Міністерство охорони здоров'я, ЦГЗ, ДКВС, НУО, що підтримують звільнених з установ виконання покарань	X		
<p>За наявності додаткового фінансування забезпечити розбудову спроможності та інституційну підтримку:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Провести навчання для медичного та психологічного персоналу установ виконання покарань щодо сучасних підходів до профілактики ВІЛ-інфекції, зменшення шкоди та консультування • Сприяти міжвідомчій взаємодії між ДКВС, МОЗ, ЦГЗ та неурядовими організаціями 	Середній	Міністерство охорони здоров'я, ДКВС, ЦГЗ, навчальні заклади, НУО		X	

4.4.6. Профілактичні послуги для інших груп

4.4.6.1. Профілактичні послуги для чинних військовослужбовців

Тривала збройна агресія проти України суттєво вплинула на інфраструктуру громадського здоров'я, зокрема, на безперервність надання та доступність послуг з профілактики й лікування ВІЛ-інфекції. Навіть в умовах воєнного стану Україна забезпечує функціонування національної програми протидії ВІЛ-інфекції. Проте, за даними НУО, окремі представники груп підвищеного ризику або люди, які живуть з ВІЛ-інфекцією, можуть бути мобілізовані до зон ведення бойових дій. Це призводить до їхнього територіального віддалення від цивільних закладів охорони здоров'я, обмеження доступу до профілактичних послуг та потенційного підвищення ризику передачі ВІЛ-інфекції. З огляду на обмежений доступ до інформації з міркувань безпеки, офіційні дані для підтвердження чи спростування зазначених ризиків відсутні. Існує ймовірність обмеження доступу

до тестування на ВІЛ-інфекцію, доконтактної та постконтактної профілактики (ДКП/ПКП), антиретровірусної терапії (АРТ) та послуг зі зменшення шкоди, що підвищує вразливість до інфікування та сприяє передачі вірусу.⁵⁹

Важливо розрізняти військовослужбовців, які перебувають у зонах активних бойових дій, і тих, хто служить у місцях постійної дислокації або виконує завдання в тилу, оскільки їхні профілі ризику та доступ до послуг відрізняються. Особовий склад, дислокований поблизу лінії зіткнення, стикається зі значними логістичними труднощами та пріоритетністю надання травматологічної допомоги для збереження життя, що може знижувати пріоритетність заходів з профілактики ВІЛ-інфекції, зокрема тестування на ВІЛ-інфекцію/ІПСШ та своєчасного застосування ПКП. У місцях постійної дислокації та навчальних центрах можливостей для профілактики, консультування та подальшого супроводу більше, однак на їх ефективність можуть впливати часті ротації, дефіцит персоналу та необхідність виконання інших пріоритетних завдань.

Руйнування медичної інфраструктури у прифронтових регіонах та нестабільність системи постачання, ймовірно, ускладнили доставку таких важливих засобів профілактики, як-от презервативи, лубриканти, набори для самотестування та препарати АРТ. В умовах активних бойових дій логістичне забезпечення, як правило, пріоритетно спрямоване на задоволення невідкладних медичних потреб, тоді як профілактика ВІЛ-інфекції відсувається на другий план. Як наслідок, безперервність надання профілактичних послуг залишається на низькому рівні, особливо у східних та південних областях з високою інтенсивністю бойових дій.⁶⁰

У межах партнерства з Альянсом громадського здоров'я чотири мобільні амбулаторії, укомплектовані військовими медичними працівниками, проводять тестування на ВІЛ-інфекцію та вірусні гепатити у визначених локаціях. Це є важливим доповненням до послуг, що надаються у стаціонарних закладах, і більш прийнятним форматом отримання послуг для частини військовослужбовців. Проте охоплення послугами залишається неповним та фрагментарним, а зведені дані, дезагреговані за категоріями (статус служби, рід військ, функціональна роль – бойова, допоміжна, медична), відсутні.

59 ЦГЗ (2023). Національний стратегічний план реагування на ВІЛ-інфекцію/СНІД на 2023–2030 роки. Київ.

60 Глобальний фонд (2024). Профіль країни: Україна та оновлення щодо безперервності послуг з ВІЛ/ТБ у надзвичайних ситуаціях. Женева.

Інституційні та нормативно-правові бар'єри додатково ускладнюють ситуацію. Хоча Державна стратегія України з протидії ВІЛ-інфекції визначає збройні сили складовою загального населення, у Міністерстві оборони (МО) відсутня окрема затверджена політика щодо профілактики ВІЛ-інфекції. Відсутність такого спеціалізованого протоколу призводить до нерівномірного впровадження відповідних заходів у різних підрозділах та медичних службах. Зокрема, підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (ПТАО) – ключовий елемент зменшення шкоди для осіб з опіоїдною залежністю – залишається недоступною на території військових частин через чинні нормативно-правові акти та вимоги безпеки. Військовослужбовці, які отримують ПТАО, змушені звертатися до цивільних закладів охорони здоров'я, що створює логістичні труднощі та загрожує безперервності лікування під час несення служби. Координація між МО та Центром громадського здоров'я (ЦГЗ) МОЗ України залишається на низькому рівні, внаслідок чого дані про тестування, профілактику, безперервність АРТ та використання ДКП серед військовослужбовців є фрагментарними або відсутніми.^{61,62}

Чинне законодавство вимагає тестування на ВІЛ-інфекцію під час вступу на військову службу, однак результати є конфіденційними та не підлягають розголошенню. У військовому середовищі поширеними залишаються стигма та побоювання щодо розголошення статусу. Чимало військовослужбовців можуть уникати тестування чи лікування, побоюючись втрати статусу, стигматизації з боку співслужбовців або застосування дисциплінарних стягнень. Суворі ієрархічна структура та недостатній рівень конфіденційності в малих підрозділах унеможливають відкрите обговорення питань сексуального здоров'я чи вживання психоактивних речовин. Навіть за наявності профілактичних засобів їх використання обмежується низьким рівнем поінформованості щодо принципів конфіденційності та доступності послуг.^{63,64}

Проблеми з доступністю послуг та рівнем поінформованості створюють додаткові перешкоди. Військові медичні працівники, часто перевантажені лікуванням травм та наданням невідкладної допомоги, мають обмежену підготовку з питань профілактики ВІЛ-інфекції, консультування та застосування ПКП або ДКП. Інформаційно-роз'яснювальна робота щодо ВІЛ-інфекції серед новобранців та офіцерського складу має несистематичний характер і часто обмежується

61 Міністерство охорони здоров'я України (2022). Настанови з профілактики, тестування та лікування ВІЛ-інфекції. Київ.

62 ПРООН в Україні (2024). Підтримка медичних послуг під час війни: Звіт про гуманітарну допомогу у сфері охорони здоров'я та реагування на ВІЛ-інфекцію. Київ.

63 KFF (2020). HIV Prevention among Military and Uniformed Services: Global Review. (Профілактика ВІЛ-інфекції серед військових та силових структур: Глобальний огляд) Washington, DC. 7

64 ЮНЕЙДС (2023). Інформаційний бюлетень країни: Україна 2023. Женева.

короткими інструктажами з безпеки без поглибленого розгляду сексуальних та поведінкових ризиків. Як наслідок, рівень знань про шляхи передачі ВІЛ-інфекції, правила використання презервативів та доступність профілактичних препаратів залишається недостатнім.⁶⁵

Аналіз ризиків інфікування ВІЛ-інфекцією в умовах військової служби має враховувати різні типи професійних ризиків. Військовослужбовці можуть стикатися з гемоконтактними ризиками, пов'язаними з пораненнями, наданням невідкладної допомоги, польовою хірургією та переливанням крові. Ці ризики є особливо актуальними для бойових медиків, медичного персоналу на передовій та працівників екстрених служб, які контактують з кров'ю та іншими біологічними рідинами в надскладних умовах. Тому розробка чітких протоколів щодо стандартних запобіжних заходів, забезпечення негайного доступу до ПКП та належне документування професійних контактів є критично важливими компонентами профілактики ВІЛ-інфекції у Збройних Силах.

Психосоціальне навантаження, зумовлене війною, також впливає на моделі ризикованої поведінки. Участь у бойових діях, тривалий стрес, розлука з родинами, а також вживання алкоголю чи психоактивних речовин можуть підвищувати схильність до ризикованої сексуальної поведінки. Фіксуються випадки транзакційного сексу та незахищених статевих контактів серед військовослужбовців, дислокованих у нових місцевостях, особливо за умов обмеженого доступу до презервативів або тестування. Розлади психічного здоров'я, як-от тривожність, депресія та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), можуть знижувати мотивацію до звернення по медичну допомогу та дотримання принципів профілактичної поведінки.^{66,67}

Системні та фінансові обмеження становлять загрозу для сталості заходів. Програми, що фінансуються донорами, як-от Глобальний фонд, USAID та PEPFAR, зосереджені переважно на потребах цивільного населення та ключових груп і лише в окремих випадках поширюються безпосередньо на сектор оборони. Як наслідок, у питаннях доступу до тестування на ВІЛ-інфекцію,

65 UNAIDS (2022). Regional Analysis: HIV Prevention in Conflict Settings in Eastern Europe and Central Asia. Geneva [ЮНЕЙДС (2022). Регіональний аналіз: Профілактика ВІЛ-інфекції в умовах конфліктів у Східній Європі та Центральній Азії. Женева].

66 Global Fund (2023). Emergency Support for HIV Services in Frontline Regions of Ukraine. Geneva [Глобальний фонд (2023). Невідкладна підтримка послуг з ВІЛ-інфекції у прифронтових регіонах України. Женева].

67 Pankov, O. et al. (2024). Maintaining HIV Services During War [Підтримка послуг з ВІЛ-інфекції під час війни]. Journal of the International AIDS Society, 27(3), e26142.

профілактичних матеріалів та інформаційно-освітніх заходів військовослужбовці значною мірою залежать від партнерства з НУО.^{68,69}

Рекомендації щодо поліпшення доступу чинних військовослужбовців до якісних послуг із профілактики ВІЛ-інфекції	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
Сприяти налагодженню міжсекторальної взаємодії з метою ухвалення наказу Міністерства оборони (МО) щодо профілактики ВІЛ-інфекції та надання допомоги, який інтегруватиме тестування на ВІЛ-інфекцію, надання ДКП/ПКП, розповсюдження презервативів та чіткі механізми перенаправлення (скеровування)	Високий	Міноборони, Центр громадського здоров'я, НУО, що працюють у районах ведення бойових дій	X		
Забезпечити сталий доступ військовослужбовців до засобів профілактики ВІЛ-інфекції (презервативи, лубриканти, швидкі тести, ДКП/ПКП) через системи логістики (матеріально-технічного забезпечення) Міноборони, диференціюючи стратегії постачання для підрозділів на передовій та в місцях постійної дислокації. Також, відповідно до правил безпеки, забезпечувати безперервність надання послуг ПТАО та лікування інших видів залежностей під час	Високий	Підрозділи матеріально-технічного забезпечення МО, закупівельні агенції, партнери програм із протидії ВІЛ-інфекції	X		

68 Альянс громадського здоров'я (2023). Річний звіт з профілактики ВІЛ-інфекції та зменшення шкоди в Україні в умовах війни. Київ.

69 UNDP (2024). Sustaining Health Services During War [ПРООН (2024). Підтримка медичних послуг під час війни]. Київ.

проходження військово-лікарської комісії, служби в тилу та після демобілізації з метою запобігання перериванню лікування					
Інтегрувати спеціалізоване навчання з профілактики ВІЛ-інфекції для військового медичного персоналу та командирів. Навчання має охоплювати такі теми: професійний контакт із кров'ю (наприклад, під час обробки поранень, переливання крові, надання екстреної допомоги), належне застосування ДКП/ПКП, дотримання конфіденційності та принципу недискримінації, а також надання достовірної інформації про обов'язкове та добровільне тестування на ВІЛ-інфекцію	Високий	Медична служба Міноборони, ЦГЗ, акредитовані навчальні заклади/НУО	X		
Запровадити та розширити для військовослужбовців доступ до конфіденційних та нестигматизуючих послуг із тестування на ВІЛ-інфекцію (зокрема, самотестування, приватне консультування, виїзне тестування в місцях постійної дислокації). Ці послуги мають доповнювати наявні вимоги щодо тестування під час вступу на службу, забезпечуючи можливість добровільного повторного тестування та подальшого медичного супроводу без розголошення інформації колегам чи командуванню	Високий	Медичні служби Міноборони, ЦГЗ, партнери з числа НУО, що мають досвід роботи з ключовими групами населення	X		

<p>Посилити координацію дій між Міноборони, ЦГЗ та НУО щодо епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією, забезпечення безперервності АРТ та розбудови механізмів скеровування для військовослужбовців</p>	<p>Середній</p>	<p>Медичні служби Міноборони, ЦГЗ, ВІЛ-сервісні НУО</p>		<p>X</p>	
<p>Розширити для військовослужбовців послуги з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, інтегровані в заходи з профілактики ВІЛ-інфекції. Особливу увагу слід приділяти особам, які мають досвід участі в бойових діях, пережили втрати чи були залучені до медичних евакуацій (включно з бойовими медиками та медичним персоналом), з метою подолання наслідків травми, бойового стресу, зловживання алкоголем та протидії іншим факторам, що підвищують ризик інфікування ВІЛ-інфекцією</p>	<p>Середній</p>	<p>Медичні/ психологічні служби МО, НУО у сфері психічного здоров'я, програми з профілактики ВІЛ-інфекції</p>		<p>X</p>	
<p>Інтегрувати структуровані навчальні модулі з профілактики ВІЛ-інфекції до програм медичної підготовки військовослужбовців та програм навчання під час служби (для медичного персоналу, командирів та особового складу). Тематика модулів має охоплювати ризики для сексуального здоров'я, ризики гемоконтактного інфікування та інфікування під час виконання професійних обов'язків, стандартні</p>	<p>Середній</p>	<p>Навчальні академії Міноборони, ЦГЗ, заклади медичної освіти</p>		<p>X</p>	

заходи безпеки, застосування ДКП/ПКП, методи подолання стигми та алгоритми отримання конфіденційної допомоги					
--	--	--	--	--	--

4.4.6.2. Послуги з профілактики для ветеранів

В Україні налічується близько 1,2 мільйона ветеранів⁷⁰, і Міністерство у справах ветеранів України має значний потенціал для об'єднання послуг у сферах охорони здоров'я, соціального захисту та реінтеграції для спільноти ветеранів, чисельність якої стрімко збільшується. На сьогодні відсутні порівняльні дані щодо поширеності ВІЛ-інфекції чи вірусних гепатитів серед військовослужбовців або ветеранів в Україні порівняно із загальною чоловічою популяцією. З огляду на середовище підвищеного ризику (мобілізація, бойовий стрес, переміщення, обмежений доступ до медичної допомоги тощо), існує висока ймовірність того, що ветерани війни та чинні військовослужбовці належать до групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ-інфекцією та вірусними гепатитами. Шляхом інтеграції профілактики ВІЛ-інфекції у власну систему надання послуг та налагодження структурованого партнерства з МОЗ, ЦГЗ, НУО та міжнародними донорами Міністерство може сприяти захисту здоров'я ветеранів, запобіганню новим випадкам інфікування та зміцненню стійкості системи громадського здоров'я України в період повоєнного відновлення.

Таким чином на сьогодні Міністерство визначає ВІЛ-інфекцію, вірусні гепатити та супутні інфекційні захворювання як актуальні загрози для здоров'я ветеранів та включає інформацію про них у свої інформаційні ресурси. Зокрема, на офіційному вебсайті Міністерства створено розділ «Діагностика та лікування ВІЛ-інфекції, гепатитів та інших інфекційних захворювань».⁷¹ Водночас інформація у відкритих джерелах щодо активного впровадження Міністерством програм із профілактики ВІЛ-інфекції (наприклад, надання презервативів, ДКП і ПКП, аустріч-роботи, тестування, залучення до лікування) безпосередньо в межах послуг для ветеранів є обмеженою. На вебсайті відсутній детальний опис випереджувальних профілактичних кампаній або спеціалізованих послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції, адаптованих для ветеранів, за винятком закликів до проходження діагностики та перенаправлення для отримання лікування.

⁷⁰ <https://ukraine.iom.int/ua10-2025-ip87-promoting-social-cohesion-and-veteran-reintegration-ukraine-through-evidence-based-and-locally-owned-responses-and-capacities>

⁷¹ <https://mva.gov.ua/veteranam/diagnostics-and-treatment-of-hiv-hepatitis-and-other-infectious-diseases>

Враховуючи, що багато ветеранів перебували під тривалим впливом чинників, пов'язаних із бойовими діями, пережили вимушене переміщення, зазнали поранень, вживали знеболювальні препарати та психоактивні речовини, а також стикаються зі складнощами соціальної реінтеграції, вони становлять групу, що може мати специфічні профілі ризику та потребувати адаптованих профілактичних заходів.

Обсяг даних у відкритому доступі щодо поширеності, захворюваності та охоплення послугами у сфері протидії ВІЛ-інфекції та вірусним гепатитам саме серед ветеранів є обмеженим. Це ускладнює для зацікавлених сторін планування й адаптацію відповідних заходів, а також оцінювання їхньої ефективності. Ветерани частіше звертаються за послугами до ветеранських організацій, які є для них первинною точкою контакту, ніж до НУО, що надають спеціалізовані послуги з профілактики ВІЛ-інфекції.

У співпраці з НУО було реалізовано декілька пілотних проєктів. Пілотний проєкт із тестування на ВІЛ-інфекцію серед ветеранів на рівні громад мав на меті охопити колишніх учасників бойових дій, які практикують ризиковану поведінку. Проєкт упроваджували в п'яти областях із залученням ветеранів за принципом «рівний-рівному». На момент проведення оцінювання послугами з тестування на ВІЛ-інфекцію було охоплено 1400 ветеранів, а підсумковий звіт перебував на стадії підготовки. Інша ініціатива стосувалася використання цифрових стратегій для розширення охоплення послугами у сфері протидії ВІЛ-інфекції (платформа «GoPoruch») для осіб із ризикованою поведінкою. Проєкт продемонстрував значний потенціал для стимулювання попиту на послуги, залучення представників нових і ключових груп населення до послуг на рівні громад та інтеграції тестування на декілька захворювань. Набутий досвід свідчить про взаємодоповнювальну ефективність цифрових кампаній та стратегій перенаправлення.

Обмеженість активних профілактичних програм є недоліком, що потребує особливої уваги. Наявні лише обмежені дані щодо надання послуг первинної профілактики (наприклад, розповсюдження презервативів, аустріч-робота, ДКП/ПКП) у межах діяльності, орієнтованої на ветеранів. Задokumentована діяльність переважно стосується адвокаційних заходів щодо необхідності проходження ветеранами скринінгу та звернення по медичну допомогу, а не безпосереднього надання профілактичних послуг. Спостерігається перетин сфер відповідальності з іншими суб'єктами системи охорони здоров'я: питання профілактики та лікування ВІЛ-інфекції в Україні переважно належать до компетенції Міністерства охорони здоров'я, Центру громадського здоров'я, НУО та донорських програм.

Рекомендації щодо поліпшення доступу ветеранів до якісних послуг із профілактики ВІЛ-інфекції	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
Розглянути можливість проведення швидкої оцінки / опитування серед військовослужбовців / нещодавно демобілізованих ветеранів для визначення поширеності ВІЛ-інфекції, вірусного гепатиту В (ВГВ) і вірусного гепатиту С (ВГС), а також для оцінювання ключових поведінкових ризиків	Високий	Мінветеранів, МОЗ, ЦГЗ	X		
<p>На підставі результатів оцінки адаптувати та інтегрувати заходи з профілактики ВІЛ-інфекції в систему охорони здоров'я, реабілітації та реінтеграції ветеранів</p> <p>• Розробити «Протокол охорони здоров'я ветеранів та профілактики інфекційних захворювань», узгоджений із клінічними настановами Центру громадського здоров'я (ЦГЗ) та Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ)</p>	Високий	Мінветеранів, МОЗ, ЦГЗ, установи, що надають послуги ветеранам, НУО	X		
<p>Інституціоналізувати міжвідомчу координацію:</p> <p>• Офіційно оформити співпрацю між Мінветеранів, МОЗ та Міноборони через укладення меморандуму про співробітництво для забезпечення</p>	Високий	Мінветеранів, МОЗ, Міноборони, ЦГЗ, ветеранські НУО	X		

<p>безперервності надання послуг із профілактики та лікування ВІЛ-інфекції у процесі переходу військовослужбовців до цивільного життя</p>					
<ul style="list-style-type: none"> • Посилити спроможність Мінветеранів у частині координації медичних послуг для ветеранів після демобілізації, зокрема, з профілактики ВІЛ-інфекції, зменшення шкоди та забезпечення безперервності лікування. <p>Координаційна функція у структурі Мінветеранів має охоплювати навчання персоналу та регіональних координаторів з питань ВІЛ-інфекції та супутніх захворювань, розробку стандартних операційних процедур (СОП) та механізмів скеровування пацієнтів спільно з МОЗ, закладами ПМД та НУО</p>					
<p>Запровадити систематичний скринінг ветеранів на ВІЛ-інфекцію та гепатити:</p>	<p>Середній</p>	<p>Мінветеранів, ЦГЗ, обласні департаменти</p>		<p>X</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Включити тестування на ВІЛ, ВГВ та ВГС до обов'язкового медичного огляду після демобілізації та до щорічних профілактичних оглядів ветеранів 		<p>охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я для ветеранів</p>			
<ul style="list-style-type: none"> • Розробити та впровадити офіційні механізми координації між Мінветеранів, ЦГЗ та обласними департаментами охорони здоров'я 					

<p>для забезпечення своєчасного скеровування ветеранів із позитивним результатом скринінгу для проходження підтверджувальної діагностики та взяття під медичний нагляд</p>								
<ul style="list-style-type: none"> • Залучати мобільні діагностичні лабораторії та інтегрувати послуги з тестування в роботу закладів охорони здоров'я, що працюють з ветеранами 								
<p>Забезпечити доступ до презервативів, тестів для самодіагностики, ПКП та ДКП через заклади охорони здоров'я для ветеранів:</p>	<p>Високий</p>	<p>Мінветеранів, ЦГЗ, центри АРТ, донорські організації, ветеранські простори</p>	<p>X</p>					
<ul style="list-style-type: none"> • Організувати на базі медичних центрів та громадських просторів для ветеранів пункти розповсюдження засобів профілактики (презервативи, лубриканти, тести для самодіагностики) 								
<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечити надання ДКП/ПКП для груп ветеранів із підвищеним ризиком інфікування у співпраці із закладами, що надають АРТ 								
<p>На підставі результатів швидкої оцінки розглянути можливість інтеграції послуг зі зменшення шкоди та допомоги в разі розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин:</p>	<p>Високий</p>	<p>Мінветеранів, МОЗ, ЦГЗ, НУО у сфері зменшення шкоди, заклади охорони</p>	<p>X</p>					

<ul style="list-style-type: none"> • Налагодити співпрацю з МОЗ та ЦГЗ для забезпечення доступу ветеранів до підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО), послуг зі зменшення шкоди та психосоціального консультування в разі розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин • Забезпечити безперервність курсу ПТАО, розпочатого під час військової служби або до неї 		здоров'я для ветеранів			
<p>Розглянути можливість розширення програм із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) через інтеграцію компонентів профілактики ВІЛ-інфекції:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Включити до програм реабілітації та реінтеграції компоненти ПЗПСП щодо ризикованої поведінки, наслідків травматичних подій, безпечних сексуальних практик та профілактики ВІЛ-інфекції/ІПСШ • Провести навчання для психологів щодо надання консультацій з питань профілактики ВІЛ-інфекції, ризикованої поведінки та формування прихильності до лікування для ветеранів, які живуть з ВІЛ-інфекцією 	Середній	Мінветеранів, служби психічного здоров'я, ветеранські НУО, програми з профілактики ВІЛ		X	
<p>Розробити інформаційну кампанію з питань профілактики ВІЛ-</p>	Середній	Мінветеранів, ветеранські		X	

інфекції та прав ветеранів у сфері охорони здоров'я:		НУО, комунікаційні агенції, ЦГЗ			
<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечити проведення під егідою Мінветеранів комунікаційної кампанії, спрямованої на ветеранів та їхні родини, з метою підвищення обізнаності щодо профілактики ВІЛ-інфекції, доступних послуг із тестування та лікування 					
<ul style="list-style-type: none"> • Залучати соціальні мережі, ветеранські простори, військове радіо та телебачення, акцентуючи на важливості конфіденційності та ранньої діагностики 					
Створити єдину систему моніторингу та скеровування для відстеження стану здоров'я ветеранів, зокрема, щодо доступу до послуг із профілактики ВІЛ-інфекції:	Середній	Мінветеранів, ЦГЗ, МОЗ, заклади охорони здоров'я для ветеранів, підрозділи моніторингу відповідних організацій		X	
<ul style="list-style-type: none"> • Розробити у співпраці Мінветеранів та ЦГЗ єдину систему даних та скеровування для відстеження доступу ветеранів до послуг тестування, профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, гарантуючи конфіденційність даних 					
<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечити інтеграцію розробленої системи з наявними електронними системами охорони здоров'я ЦГЗ з метою вдосконалення звітності та своєчасного виявлення недоліків у наданні послуг 					

4.4.7. Доконтактна профілактика ВІЛ-інфекції (ДКП)

Контекст та досягнення

Впровадження пероральної ДКП в Україні розпочалося у 2017 році в межах пілотного проекту. У 2019 році її було впроваджено на національному рівні через включення до Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. З 2021 року встановлюються щорічні цільові показники охоплення ДКП. Того ж року ДКП було включено до ПМГ, і на сьогодні її доступність гарантується відповідними нормативно-правовими актами. До національних Стандартів медичної допомоги при ВІЛ-інфекції (редакція 2022 року) було внесено окремий розділ, присвячений пероральній ДКП, який у редакції 2025 року було розширено шляхом включення ін'єкційного препарату каботегравір тривалої дії (CAB-LA).

Редакція Стандартів 2025 року відповідає технічним рекомендаціям ВООЗ щодо ДКП та має лише незначні розбіжності. Згідно з цими Стандартами, ДКП надається за зверненням усім особам із суттєвим ризиком інфікування ВІЛ-інфекцією, зокрема, представникам усіх ключових груп населення та підліткам віком від 15 років. У редакції 2025 року запроваджено швидке тестування на ВІЛ-інфекцію (визначення антитіл/антигену), що рекомендоване для початку застосування пероральної ДКП та є обов'язковим для призначення CAB-LA. Також передбачено можливість призначення доксі-ПеП пацієнтам, які отримують ДКП. Послуги з консультування щодо ДКП, супроводу та перенаправлення пацієнтів інтегровано в комплекс інших послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції, що регулюються зазначеними Стандартами медичної допомоги.

У 2024 році консультування з питань ДКП було включено до розширеного пакета послуг із профілактики ВІЛ-інфекції для ключових груп населення, що сприяє підвищенню рівня обізнаності та кращому залученню до отримання медичної допомоги. У більшості регіонів функціонують налагоджені механізми перенаправлення від НУО, що працюють із ключовими групами, до закладів охорони здоров'я, зокрема, ПМД. Ці механізми діють за підтримки як національних програм із профілактики ВІЛ-інфекції, так і проектів, що фінансуються донорськими організаціями.

Пероральна ДКП доступна в усіх регіонах у 305 закладах охорони здоров'я, зокрема, в 30 центрах ПМД у 9 областях та понад 200 лікарнях вторинного рівня в усіх областях (станом на березень 2025 року). Процес децентралізації послуг із надання ДКП триває відповідно до національної стратегії, а також у межах проектів, що фінансуються донорськими організаціями. Більшість

пацієнтів ДКП переважно отримують послуги в обласних та міських центрах із протидії ВІЛ-інфекції, однак спостерігається тенденція до збільшення кількості осіб, які звертаються до закладів на місцевому рівні. З 2022 року ДКП доступна в установах виконання покарань, проте наразі не надається у військово-медичних закладах. Для військовослужбовців діють спрощені процедури доступу до ДКП у цивільних закладах охорони здоров'я.

Надання послуг із ДКП залишається переважно у компетенції закладів охорони здоров'я. Водночас із 2022 року впроваджуються диференційовані моделі надання послуг, що включають телемедичні консультації для ініціювання та продовження курсу, використання самотестування на ВІЛ-інфекцію, поштову доставку препаратів, а також візити мобільних амбулаторій для надання послуг та видачі препаратів. Телемедичні послуги для ініціювання та продовження ДКП надаються переважно через платформу «Help 24», яку впроваджує МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки ГФ. Надавачі послуг та заклади з відповідною технічною спроможністю можуть надавати телемедичні послуги згідно з наказом МОЗ № 1695 від 2022 року. Заклади охорони здоров'я, що мають затверджені стандартні операційні процедури, можуть надсилати препарати ДКП поштою. Надання послуг ДКП у форматі телемедицини супроводжується тестуванням на ВІЛ-інфекцію, проведеним у приватних лабораторіях або за допомогою самотестування.

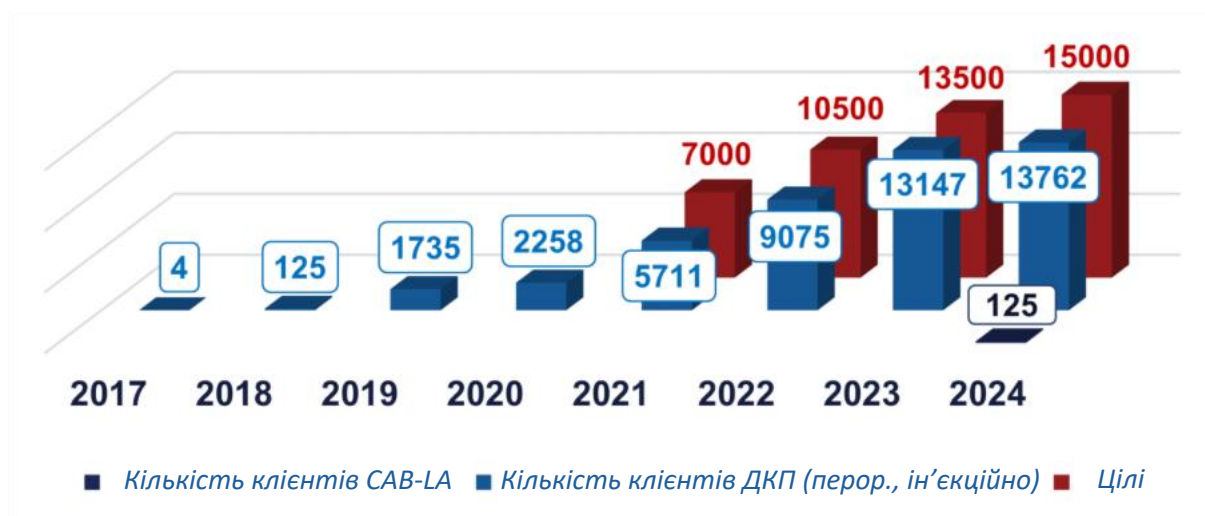
Подальший розвиток телемедичних послуг має залишатися пріоритетом як для забезпечення безперервності надання допомоги в умовах скорочення фінансування та бойових дій, так і для покращення доступу до послуг у довгостроковій перспективі. Послуги з ДКП фінансуються спільно з національних та донорських джерел, тоді як препарати, як і всі АРТ-препарати, наразі закуповуються виключно за кошти донорських організацій. Початково закупівлі препаратів для ДКП здійснювалися в межах Надзвичайного плану Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR), однак подальші зміни в політиці постачання призвели до перебоїв, унаслідок чого закупівлі було переорієнтовано на Глобальний фонд. Підтримка пацієнтів, які отримують ДКП, надається соціальними працівниками ОГС на всіх етапах континууму допомоги. Ця підтримка включає систему заохочень (наприклад, поповнення мобільного рахунку, продуктивні ваучери) та відшкодування транспортних витрат, що покриваються з різних джерел фінансування.

Індивідуальні дані пацієнтів, які отримують ДКП, збираються та вносяться до інформаційної системи «Соціально значущі хвороби» (IC СЗХ) за допомогою спеціалізованих оновлених форм.

Окрім цього, заклади охорони здоров'я ведуть облік запасів, призначень та видачі препаратів ДКП, що дає змогу здійснювати постійний моніторинг наявних ресурсів.

Охоплення послугами ДКП стабільно зростало в період із 2019 по 2023 рік, однак темпи зростання уповільнилися протягом 2024 року (Рис. 6). У 2022–2024 роках не спостерігалось значних змін у розподілі пацієнтів за ключовими групами населення, за винятком скорочення частки ЧСЧ, що може бути пов'язано з мобілізацією та міграційними процесами. Рівень прихильності до лікування в межах національної програми ДКП через 6 місяців після його початку оцінюється на рівні близько 40 %, що є значно нижчим показником порівняно з даними клінічної практики в інших країнах⁷². Хоча умови воєнного стану вплинули на прихильність у прифронтових регіонах, загальний показник був зіставним з оцінками, зробленими до повномасштабного вторгнення. Впровадження каботегравіру тривалої дії (СAB-LA) розпочалося в серпні 2024 року; наразі препарат доступний у Києві, Львові та Чернігові. У жовтні 2025 року було отримано 4050 додаткових доз для розширення доступу до препарату в 22 областях. Проведено навчання для медичних працівників закладів-учасників програми та розпочато її впровадження на національному рівні. Протягом першого року 194 особи розпочали прийом СAB-LA, переважно з групи ЧСЧ.

Рис. 6. Кількість осіб, які щонайменше один раз протягом року отримували послуги з ДКП в Україні (2017–2024 роки)



Джерело: Програмні дані та дані з ІС СЗХ, ЦГЗ

⁷² Moon EG, Ihnatiuk AP, Kazanzhy AP, Danylenko OV, Hetman LI, Manhart LE, et al. HIV Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Uptake and Persistence in Wartime Ukraine: Analysis of Data from a Scaled PrEP Program [Охоплення та безперервність доконтактної профілактики ВІЛ (ДКП) в Україні в умовах війни: Аналіз даних масштабованої програми ДКП] // AIDS Behav. 2025 Oct;29(10):3253–63. <https://doi.org/10.1007/s10461-025-04773-0>.

Кількість випадків сероконверсії серед клієнтів, які отримують пероральну ДКП, була дуже низькою (8 у 2022 році, 7 у 2023 році, 1 у 2024 році). В одного клієнта, який отримував каботегравір пролонгованої дії (CAB-LA), відбулася сероконверсія у 2025 році попри оптимальне дотримання графіка ін'єкцій. Перший результат визначення його ВН був занадто низьким для проведення тесту на резистентність; результати тесту на ВН після початку АРТ наразі очікуються. Постійний прогрес, попри повномасштабне вторгнення, втрату контролю над деякими територіями, міграцію, зниження спроможності до надання послуг та збої в ланцюгах постачання, доводить стійкість системи охорони здоров'я та систем на рівні громад, а також ефективність диференційованих моделей надання послуг.

Оцінка можливості впровадження ленакапавіру

У вересні 2025 року було оголошено про надання ленакапавіру (LEN) для ДКП через PEPFAR; впровадження препарату, ймовірно, розпочнеться у 2026 році. Оцінка можливості впровадження LEN проводилася шляхом аналізу процесу запровадження CAB-LA, програмних даних про його впровадження, результатів інтерв'ю з медичними працівниками та представниками спільнот, а також проєкту звіту ЦГЗ щодо імплементації CAB-LA.

У 2023 році усіма залученими сторонами було розроблено дорожню карту впровадження CAB-LA та створено відповідну Робочу групу. Етапи та терміни, визначені в цій дорожній карті, загалом дотримувалися, і препарат CAB-LA для ДКП було зареєстровано у відносно короткий термін. Розгортання CAB-LA проходило успішно, зокрема, завдяки тісній співпраці з ОГС. Під час оцінки не було виявлено значних перешкод для впровадження LEN, а медичні працівники та представники спільнот продемонстрували готовність і бажання надавати пацієнтам додатковий режим ДКП. Згідно з проєктом звіту ЦГЗ, клієнти, які отримували CAB-LA, були загалом задоволені як самою ін'єкційною ДКП тривалої дії, так і моделлю її надання. Декілька учасників повідомили про труднощі з навігацією в київській клініці, тоді як львівську клініку відзначили за високу ефективність роботи. Деякі учасники вже висловили зацікавленість у застосуванні LEN для ДКП.

Успішне впровадження та подальше масштабування застосування CAB-LA свідчать про те, що впровадження LEN є можливим за умови ретельного планування та тісної співпраці між усіма зацікавленими сторонами. Отже, дорожня карта впровадження CAB-LA може бути використана як основа для впровадження LEN. Завдяки графіку ін'єкцій раз на шість місяців, LEN буде легше розгортати порівняно з CAB-LA, і це, ймовірно, зменшить навантаження на медичні заклади та їхніх працівників. LEN може сприяти розширенню охоплення ДКП та її оптимальному застосуванню,

особливо в регіонах, де доступ до медичних закладів найбільше ускладнений через активні бойові дії. Підготовку рамкових засад для впровадження LEN, включно з дорожньою картою, необхідно розпочати невідкладно.

Ключові виклики

За даними останніх ІБПД, рівень обізнаності про ДКП залишається недостатнім серед усіх ключових груп населення (коливається від 60,5 % до 23,8 %). Протягом останніх 12 місяців препарати ДКП приймали: 28 % ЧСЧ, 6,8 % людей у місцях позбавлення волі, 5 % ЛВІН, 2,7 % людей, які надають сексуальні послуги, 2,3 % транс*людей. Водночас до 55 % ЛВІН та 45 % людей, які надають сексуальні послуги, виявили зацікавленість у початку прийому ДКП за різних умов. У всіх випадках, коли були доступні дані, люди, які отримували послуги від ОГС, демонстрували значно вищі показники обізнаності про ДКП (ЛВІН та люди, які надають сексуальні послуги) та її вживання (ЛВІН). Брак обізнаності та належних знань про ДКП залишається суттєвим бар'єром для доступу до неї серед усіх ключових груп населення, що не дозволяє людям, яким ДКП може бути корисною, робити поінформований вибір.

Надання послуг ДКП у медичних закладах залишається значним бар'єром для доступу до ДКП, що частково нівелюється наявністю послуг телемедицини, які фінансуються донорами, та залученням ОГС і громадських медичних працівників до надання ДКП. Надання послуг на рівні ПМД також, імовірно, знизить бар'єри доступу, однак відносна нестача фахівців та наявне навантаження на працівників ПМД можуть обмежувати масштаби та сталість процесу децентралізації. Перерозподіл завдань та делегування повноважень підготовленим громадським медичним працівникам може допомогти зменшити навантаження на фахівців та медичні заклади, одночасно підтримуючи децентралізацію, надання інтегрованих послуг та підвищуючи економічну ефективність. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, усі етапи надання ДКП (консультування, швидке тестування на ВІЛ-інфекцію, призначення та видача препаратів) можуть самостійно виконуватися немедичними працівниками та «рівними» консультантами, які пройшли відповідну підготовку, за умови існування належних механізмів скерування до фахівця в разі потреби. Перерозподіл завдань між медичними сестрами та іншими медичними працівниками щодо окремих компонентів надання ДКП вже впроваджено в багатьох закладах. Хоча існують приклади, коли фахівці надають певні компоненти послуг ДКП у громадах, а скерування до клінік спрощено, видача препаратів ДКП відбувається виключно в закладах охорони здоров'я.

Оскільки тестування на ВІЛ та надання послуг ДКП класифікуються як медичні послуги, їх мають надавати в місцях та ті надавачі послуг, що мають ліцензію на провадження медичної практики. Хоча асистоване самотестування вже впроваджується в громадах, необхідна реформа нормативно-правової бази, щоб немедичні працівники могли самостійно проводити швидке тестування на ВІЛ. Попри те, що ОГС технічно можуть отримати ліцензію, існує небагато ліцензованих клінік, що працюють на базі громад. Оскільки ліцензії можуть одночасно поширюватися на декілька місць надання послуг та їх надавачів, цю можливість можна розглянути стратегічно та у великих масштабах (наприклад, шляхом розширення ліцензії обласного закладу на відповідні приміщення ОГС в області). Альтернативним рішенням є надання технічної підтримки окремим ОГС, які бажають отримати ліцензію. Можливість видачі АРТ-препаратів в аптечних закладах розглядається Робочою групою МОЗ, але це також потребуватиме масштабної реформи нормативно-правової бази. Видача препаратів в аптеках може доповнити моделі телемедицини, зменшуючи витрати на доставку ліків.

Також було виявлено бар'єри, специфічні для ключових груп населення. По-перше, транс*люди надають перевагу доступу до послуг із гендерно-афірмативної допомоги перед іншими медичними послугами, як-от профілактика ВІЛ-інфекції, що підтверджують результати останнього ІБПД. Відтак, спрощення та демедикалізація процедури юридичного визнання гендеру згідно з 11-м переглядом Міжнародної класифікації хвороб ВООЗ (МКХ-11), а також включення послуг із гендерно-афірмативної допомоги до ПМГ, сприятиме розширенню охоплення транс*людей послугами з профілактики ВІЛ-інфекції (див. також розділ «Послуги з профілактики для транс* та гендернорізноманітних людей» вище). Аналогічно, повна декриміналізація секс-роботи сприятиме покращенню доступу. Окрім того, нещодавнє дослідження серед ЛВІН у м. Києві свідчить, що учасники періодично вживали пероральну ДКП за умови вищого усвідомлюваного ризику інфікування ВІЛ^{73,74}. ІБПД серед ЛВІН також визначило незручний графік приймання препарату як одну з головних причин припинення ДКП, що, ймовірно, також призводить до його рідшого застосування. Для осіб, які мають труднощі з дотриманням графіка приймання пероральної ДКП, можна розглянути застосування препаратів CAB-LA та LEN.

73 Dumchev K, Kornilova M, Makarenko O, Antoniak S, Liulchuk M, Cottrell ML, et al. Low daily oral PrEP adherence and low validity of self-report in a randomized trial among PWID in Ukraine [Низька прихильність до щоденного перорального ДКП та низька валідність самозвітів у рандомізованому дослідженні серед ЛВІН в Україні] // International Journal of Drug Policy. 2024, січень;123:104284. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104284>.

74 Morozova O, Kornilova M, Makarenko O, Antoniak S, Liulchuk M, Varetska O, et al. Patterns of daily oral HIV PrEP adherence among people who inject drugs in Ukraine: an analysis of biomarkers [Моделі прихильності до щоденного перорального ДКП серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, в Україні: аналіз біомаркерів] // J Int AIDS Soc. 2024, липень;27(S3):e26319. <https://doi.org/10.1002/jia2.26319>.

Національні цільові показники з охоплення ДКП протягом останніх трьох років встановлювалися з огляду на наявні можливості (convenience-based) і не були досягнуті. У межах циклів фінансування на 2021–2023 та 2024–2026 роки цільові показники охоплення ДКП для ключових груп населення переважно базувалися на розподілі клієнтів ДКП у 2019 та 2022 роках відповідно. Рівень досягнення цих показників був неоднозначним, і стабільно їх досягали лише для осіб, які перебувають в установах позбавлення волі.

Використання інструментів ЮНЕЙДС для встановлення цільових показників охоплення ДКП серед ключових груп на наступний цикл, як це запропонував ГФ, пов'язане з певними труднощами щодо репрезентативності результатів останніх ІБПД та відсутності надійних оцінок чисельності популяцій (ОЧП). Встановлення цільових показників, що ґрунтуються лише на поточних рівнях охоплення, створює ризик закріплення наявних структурних бар'єрів доступу до ДКП, а поточні показники, зокрема, для транс*людей, є непропорційно низькими. Оцінки на основі програмних даних PEPFAR за 2023 рік продемонстрували значну нерівність у задоволенні потреб між ЧСЧ, людьми, які надають сексуальні послуги, та ЛВІН⁷⁵, попри суттєвий прогрес у задоволенні потреби в ДКП на національному рівні порівняно з 2020 роком⁷⁶. Отже, під час встановлення наступних цільових показників слід також враховувати незадоволену потребу в ДКП та забезпечення справедливого доступу. Європейське регіональне бюро ВООЗ наразі адаптує інструмент QuantPrEP, розроблений Регіональним бюро для країн Америки, для оцінки потреб у ДКП⁷⁷. Цей інструмент буде надано Україні, а також буде забезпечено підтримку в його використанні для встановлення цільових показників на 2027–2028 роки.

Оцінка коефіцієнта «ДКП/потреба» (кількість користувачів доконтактної профілактики, поділена на кількість нових випадків ВІЛ-інфекції) може використовуватися для порівняння рівності доступу до ДКП між різними групами населення, регіонами чи за іншими відповідними параметрами, а також для оцінки прогресу в динаміці⁷⁸. Проте розрахунок цих показників вимагає точних даних про

75 Mukherjee TI, Yep M, Koluch M, Abayneh SA, Eyassu G, Manfredini E, et al. Disparities in PrEP use and unmet need across PEPFAR-supported programs: doubling down on prevention to put people first and end AIDS as a public health threat by 2030 [Диспропорції у використанні ПрЕП та незадоволені потреби у програмах, що підтримуються PEPFAR] //Front Reprod Health. 2024, грудень 13;6:1488970. <https://doi.org/10.3389/frph.2024.1488970>.

76 Kerzner M, De AK, Yee R, Keating R, Djomand G, Stash S, et al. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake and service delivery adaptations during the first wave of the COVID-19 pandemic in 21 PEPFAR-funded countries [Охоплення доконтактною профілактикою (ДКП) та адаптація надання послуг під час першої хвилі пандемії COVID-19 у 21 країні, що фінансується PEPFAR] PLoS ONE. 2022, квітень 5;17(4):e0266280. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266280>.

77 QUANTPrEP: інструмент для оцінки потреб у пероральній доконтактній профілактиці ВІЛ-інфекції (ДКП) та витрат на її впровадження. Доступно за посиланням: <https://www.paho.org/en/topics/hivsti-surveillance-and-monitoring/quantprep-tool-estimate-oral-hiv-pre-exposure-prophylaxis>.

78 See Coukan F, Sullivan A, Mitchell H, Jaffer S, Williams A, Saunders J, et al. Impact of national commissioning of pre-exposure prophylaxis (PrEP) on equity of access in England: a PrEP-to-need ratio investigation [Вплив національного замовлення доконтактної профілактики (PrEP) на рівність доступу в Англії] Sex Trans Infect. 2024, травень 1;100(3):166–72. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2023-055989>.

належність до ключових груп (КГ) для нових випадків ВІЛ-інфекції, які не завжди доступні для транс*людей і, ймовірно, є заниженими для ЧСЧ.

У межах встановлення цільових показників, популяції та підгрупи, де розширення охоплення ДКП матиме найбільший вплив, можна визначити шляхом розрахунку показника необхідної кількості лікування (ПННЛ), тобто кількості осіб, які повинні отримувати ДКП для запобігання одному новому випадку ВІЛ-інфекції⁷⁹⁸⁰. Розрахунок ПННЛ все ще вимагає точних даних епідагляду, проте для оцінки річної захворюваності серед ключових груп для цих цілей можна використовувати програмні дані (наприклад, з IC CC3 або Syrex).

Оскільки після повномасштабного вторгнення відсутні надійні ОЧКГ та довгострокові (лонгитудинальні) оцінки захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції, ефективність та охоплення національної програми складно оцінити більш точно. Оцінка охоплення ДКП, з аналогічною дезагрегацією інших показників ДКП, на основі індивідуальних даних про кількість візитів та обсяг виданих препаратів, зареєстрованих в IC CC3 (наприклад, кількість місяців, покритих ДКП протягом звітного періоду), може надати додаткову інформацію для досягнення цієї мети та виявити наявність і локалізацію значних прогалів.

У деяких випадках надмірна залежність від матеріальних стимулів, ймовірно, сприяє наданню переваги обсягу послуг над їхньою якістю та доречністю. З одного боку, в умовах погіршення гуманітарної та безпекової ситуації через повномасштабне вторгнення, надання значних стимулів може залучати до послуг осіб, які не мають мотивації ними користуватися. З іншого боку, якщо заробітна плата чи інші заохочення для надавачів послуг або соціальних працівників значною мірою залежать від кількості залучених або супроводжуваних клієнтів, а не від відпрацьованих годин, вони можуть зазнавати надмірного тиску. Це може призводити до неоптимального використання ДКП та фінансової неефективності. Після повної інтеграції моніторингу під керівництвом та силами спільнот (МКСС) в IC CC3, показники якості послуг зможуть слугувати орієнтиром для стимулювання організацій та надавачів послуг на основі цілей, спільно узгоджених залученими сторонами.

79 See Beyrer C, Tomaras GD, Gelderblom HC, Gray GE, Janes HE, Bekker L-G, et al. Is HIV epidemic control by 2030 realistic? [Чи є контроль над епідемією ВІЛ до 2030 року реалістичним?] // *Lancet HIV*. 2024;11(7):e489–94. [http://doi.org/10.1016/S2352-3018\(24\)00098-5](http://doi.org/10.1016/S2352-3018(24)00098-5).

80 Див. також Sharma I, Hill A. Global HIV Incidence Analysis and Implications for Affordability using CAB-LA versus Continuous and Event-Driven Oral PrEP [Аналіз глобальної захворюваності на ВІЛ та наслідки для доступності при використанні CAB-LA порівняно з безперервним та ситуаційним пероральним PrEP] // *Clin Infect Dis*. 2023, вересень 4;78(2):386–394. <https://doi.org/10.1093/cid/ciad537>.

Мережі скерування між НУО, ПМД та установами, що надають послуги ДКП, значною мірою залежать від донорського фінансування та проєктів з обмеженим терміном дії. Повідомлялося про перебої в наданні послуг з профілактики ВІЛ-інфекції через тимчасове призупинення фінансування з боку США та перерозподіл пріоритетів у грантах Глобального фонду. Охоплення ДКП, імовірно, зазнає негативного впливу, якщо в наступних циклах фінансування буде виділено менше ресурсів, оскільки заклади охорони здоров'я не мають достатньої спроможності для самостійного проведення аутріч-роботи та формування попиту.

Також в умовах скорочення фінансування програм протидії ВІЛ-інфекції необхідно додатково вивчити можливість інтегрованого та комбінованого тестування на ВІЛ, сифіліс та вірусні гепатити для підвищення економічної ефективності. Подвійні ШДТ на ВІЛ-інфекцію/сифіліс наразі використовуються лише в межах АНД, тоді як мультиплексні ШДТ на ВІЛ, сифіліс та вірусні гепатити не могли закуповуватися до отримання прекваліфікації ВООЗ. Широке використання ШДТ на антитіла/антиген до ВІЛ для початку та продовження ДКП варто переглянути з огляду на останні дані через вищу вартість та відсутність переконливих доказів на користь їх пріоритетності над тестами, що виявляють лише антитіла.⁸¹⁸²⁸³ Використання ШДТ антитіла/антиген до ВІЛ можна зосередити на випадках, де є підозра на гостру ВІЛ-інфекцію, або при призначенні CAB-LA.

Рекомендації

Рекомендації щодо поліпшення доступу до ДКП та розширення охоплення послугами	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
Забезпечити сталість надання послуг із консультування щодо ДКП у межах розширеного пакета послуг для ключових груп населення	Високий	ОГС, ОР	x	x	
Підтримувати та надалі інвестувати у заходи зі стимулювання попиту на ДКП,	Середній	ЦГЗ, ОР, ОГС	x	x	

81 ВООЗ. Настанови щодо ленакапавіру для профілактики ВІЛ та стратегій тестування для доконтактної профілактики (ДКП) тривалої дії. 2025. С. 31-32. Доступно за посиланням: <https://iris.who.int/handle/10665/381892>.

82 Irwanto I, Kawi NH, Luis H, Rahmawati DP, Sihotang EP, Januraga PP, et al. Incorporating acute HIV infection screening, same-day diagnosis and antiretroviral treatment into routine services for key populations at sexual health clinics in Indonesia: a baseline analysis of the INTERACT prospective study. [Впровадження скринінгу на гостру ВІЛ-інфекцію, діагностики в той же день та антиретровірусного лікування у рутинні послуги для ключових груп населення] // J Int AIDS Soc. 2025, квітень 28;28(5). <https://doi.org/10.1002/jia2.26463>.

83 Ciglenecki I, Ntshalintshali N, Mukooza E, Lekelem S, Mavimbela M, Dlamini S, et al. Low sensitivity of the fourth-generation antigen/antibody HIV rapid diagnostic test Determine™ HIV Early Detect for detection of acute HIV infection at the point of care in rural Eswatini: a diagnostic accuracy study [Низька чутливість швидкого діагностичного тесту четвертого покоління на антиген/антитіла до ВІЛ Determine™ HIV Early Detect для виявлення гострої ВІЛ-інфекції] // J Int AIDS Soc. 2025 Jul;28(7):e26517. <https://doi.org/10.1002/jia2.26517>.

орієнтовані на всі ключові групи населення, та забезпечувати їх адаптацію до потреб кожної групи					
Визначити пріоритетним подальше надання послуг з ДКП із застосуванням інструментів телемедицини протягом наступного циклу фінансування	Високий	Донори, МОЗ, ЦГЗ	x	x	
Сприяти децентралізації послуг з ДКП (консультування щодо початку та продовження приймання, швидке тестування на ВІЛ-інфекцію, призначення та видача препарату) шляхом перерозподілу та делегування повноважень немедичним працівникам, а також через видачу препаратів в аптечних закладах	Середній	МОЗ, ЦГЗ, донори		x	
Визначити найефективніший механізм ліцензування ОГС для надання послуг з ДКП та видачі препаратів на рівні громад. Розробити та надати методичні рекомендації й технічну підтримку ОГС, зацікавленим в отриманні відповідної ліцензії	Середній	МОЗ, ЦГЗ		x	
Затвердити цільові показники охоплення ДКП на 2027–2029 роки, враховуючи незадоволені потреби ключових груп населення та необхідність забезпечення рівного доступу	Середній	ОР, донори	x		
Забезпечити надання харчових продуктів та іншої гуманітарної допомоги (за потреби) представникам ключових груп населення незалежно від факту отримання ними інших послуг	Високий	ОГС, ОР	x		
Переглянути наявну систему заохочень для клієнтів ДКП та розробити план переходу до механізмів відшкодування фактичних витрат (наприклад, на проїзд)	Середній	ОР, донори		x	
Спільно з усіма зацікавленими сторонами визначити та впровадити змішану модель	Середній	ОР, ОГС, ЦГЗ, представники		x	

фінансування, орієнтовану на результат, для кожної моделі та типу надавача послуг з ДКП. Ця модель має збалансовувати показники охоплення, результативності та якості відповідно до даних МКСС		надавачів послуг			
Переглянути доцільність використання тестів на антитіла/антиген до ВІЛ, а також комбінованих (подвійних та мультиплексних) тестів на ВІЛ, сифіліс та вірусні гепатити з метою посилення інтеграції послуг та підвищення економічної ефективності	Середній	ЦГЗ, ОР, донори, ОГС	x	x	
Підготувати дорожню карту впровадження LEN	Високий	МОЗ, ЦГЗ, ОГС, ОР, донори	x		
Інтегрувати актуальні рекомендації ВООЗ щодо LEN та майбутні рекомендації щодо доксициклінової постконтактної профілактики (доксипеп) у відповідні національні стандарти	Високий	МОЗ, ЦГЗ	x		

4.4.8. ППМД: ініціатива потрібної елімінації

Контекст

Україна послідовно демонструє незмінну політичну волю та відданість у сфері громадського здоров'я елімінації передачі ВІЛ-інфекції, вірусного гепатиту В та сифілісу від матері до дитини (ЕПМД) як на національному, так і на регіональному рівнях.

Послуги з охорони здоров'я матері та дитини залишаються пріоритетом навіть в умовах повномасштабної війни, вимушеного переміщення населення та обмежених ресурсів. Водночас докладаються зусилля для забезпечення безперервності надання антенатальної допомоги, кваліфікованого супроводу пологів та післяпологового нагляду.

Упродовж багатьох років функціонує національний комітет з ЕПМД, а також відповідні регіональні комітети. У 2019–2022 роках за підтримки міжнародних партнерів було проведено низку оцінювань готовності до подання заявки на валідацію ЕПМД ВІЛ-інфекції та сифілісу.

У 2023 році за підтримки ЮНІСЕФ та в межах проєкту «Технічна допомога з моніторингу, координації та доступу до послуг із ППМД ВІЛ-інфекції серед вагітних, матерів та дітей» ЦГЗ провів оперативне оцінювання потреб у подальшому розвитку програми ЕПМД. Оцінювання включало інтерв'ю з 32 медичними працівниками із 23 областей. Серед виявлених викликів – нестача кваліфікованих фахівців у сфері ППМД, спричинена переміщенням персоналу з регіонів, що постраждали від війни. Незначна частина респондентів не підтримала використання комбінованих тестів на ВІЛ та сифіліс. Близько 80% респондентів зазначили, що обсяги тестування на ВІЛ серед вагітних та дітей із перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції не скоротилися. Однак повідомлялося про обмежене постачання тест-систем на ВІЛ на тимчасово окупованих та прифронтових територіях (Херсонська, Чернігівська та Запорізька області). У Донецькій, Чернігівській, Тернопільській, Вінницькій та Харківській областях доступ вагітних до тестування був обмежений насамперед через проблеми з транспортним сполученням, відсутність у жінок коштів на проїзд, логістичні труднощі та прибуття вагітних із прикордонних районів. Оцінювання не виявило перебоїв із наданням АРТ вагітним та ПКП дітям із перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції. Респонденти вказали на недостатній рівень надання таких послуг: тестування партнерів вагітних, забезпечення контрацептивами жінок, які споживають ін'єкційні наркотики, та препаратами для припинення лактації у жінок, які живуть із ВІЛ-інфекцією. Більшість опитаних зазначила, що дані щодо ППМД не охоплюють приватний сектор охорони здоров'я.

ЦГЗ розробив Дорожню карту ЕПМД ВІЛ-інфекції, ВГВ та сифілісу на 2025–2027 роки. У ній визначено програмні заходи, що сприятимуть прогресу на шляху до ЕПМД, а також відповідні цільові показники та терміни їх виконання. Серед цих заходів: залучення до медичного супроводу партнерів вагітних із позитивним результатом тестування на ВІЛ, ВГВ, ВГС та сифіліс (цільовий показник: $\geq 95\%$) та завершення лікування сифілісу і ВГС у партнерів (цільовий показник: $\geq 95\%$).

ЦГЗ провів пілотне тестування модуля з ППМД в ІС ССЗ та з 2025 року розпочинає впровадження його повноцінної версії в усіх закладах охорони здоров'я, що надають допомогу у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, зокрема, відповідальних за послуги з ППМД. Це забезпечить стандартизований збір даних, поліпшить безперервність надання допомоги та посилить епідагляд за показниками ППМД.

Національні клінічні протоколи з ППМД загалом відповідають рекомендаціям ВООЗ, зокрема, щодо рутинного тестування на ВІЛ, ВГВ та сифіліс під час вагітності, своєчасного призначення АРТ

вагітним, які живуть з ВІЛ-інфекцією, надання належної АРВ-профілактики немовлятам із перинатальним контактом щодо ВІЛ-інфекції, а також протоколів вакцинації та профілактики ВГВ. Відповідно до національного клінічного протоколу «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26.04.2022 № 692, як схема першої лінії рекомендована комбінація TDF + 3TC (або FTC) + DTG. Однак у першому триместрі вагітності призначення DTG дозволяється за умови отримання інформованої згоди пацієнтки у зв'язку з ризиком виникнення дефектів нервової трубки. Основні положення щодо ведення вагітності та пологів у жінок, які живуть з ВІЛ-інфекцією, є такими: спосіб розродження обирається на основі акушерських показань та вірусного навантаження (ВН) перед пологами (пологи через природні пологові шляхи, якщо ВН <50 копій/мл на 36 тижні; кесарів розтин на 38–39 тижні, якщо ВН ≥50 копій/мл). Внутрішньовенна інфузія зидовудину під час пологів (інтранатально) все ще рекомендується у разі ВН >1000 копій/мл та для жінок, які не отримували лікування та мають невідомий рівень ВН (наразі ВООЗ не рекомендує використання інтранатальної внутрішньовенної інфузії зидовудину незалежно від вірусного навантаження у матері). Постнатальна профілактика призначається залежно від групи ризику: дуже низький ризик – монотерапія ZDV протягом 2 тижнів; низький ризик – монотерапія ZDV протягом 4 тижнів; високий ризик – потрійна схема (ZDV + 3TC + NVP). Перевага надається штучному вигодовуванню, однак необхідно підтримувати грудне вигодовування, якщо жінка обирає цей варіант за умови ВН у матері <50 копій/мл та забезпечення суворого дотримання режиму лікування з щомісячним моніторингом ВН під час грудного вигодовування та через 2 місяці після його припинення. Тестування методом ампліфікації нуклеїнових кислот (NAT) для ранньої діагностики у немовлят рекомендується проводити: для дітей, які не перебувають на грудному вигодовуванні – при народженні (≤48 годин), у 6 та 12 тижнів; для дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні – при народженні (≤48 годин), у 2 тижні, щомісяця протягом періоду грудного вигодовування, а також через 4 та 8 тижнів після його припинення (у протоколі відсутнє тестування методом NAT у віці 9 місяців, рекомендоване ВООЗ).

У результаті впровадження цих стратегій та програм загальна кількість дітей, які живуть із ВІЛ-інфекцією, з часом зменшується, що свідчить як про поліпшення профілактики вертикальної передачі, так і про ефективнішу ранню діагностику та охоплення медичним наглядом. Подальша увага до безперервності надання послуг вагітним жінкам із числа внутрішньо переміщених осіб, інтеграція послуг із ППМД у первинну медичну допомогу та послуги з охорони репродуктивного здоров'я, а також цільова підтримка регіонів із високим тягарем захворюваності матимуть ключове значення для подальшого просування на шляху до сертифікації ЕПМД.

Дані щодо ЕПМД ВІЛ-інфекції

Протягом 2022–2024 років спостерігалось зменшення кількості ВІЛ-інфікованих вагітних: з 1416 у 2022 році до 1232 у 2023 році та 1083 у 2024 році. Серед них частка жінок, у яких ВІЛ-інфекцію було вперше діагностовано під час вагітності, також знизилася: з 29,9 % у 2022 році до 25,7 % у 2024 році.

Кількість дітей, народжених жінками з ВІЛ-інфекцією, у 2022, 2023 та 2024 роках становила 1423, 1226 та 1125 відповідно. Водночас кількість переривань вагітності (абортів) за цей період становила 69, 61 та 50 випадків відповідно.

У таблиці 7 наведено ключові показники ЕПМД) за період 2022–2024 років, згідно з даними ЦГЗ. У 2023 та 2024 роках охоплення послугами АНД, тестуванням на ВІЛ-інфекцію вагітних та АРТ перевищувало 95 %, що свідчить про досягнення відповідних цільових показників елімінації. Охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію на 34–36 тижнях вагітності становило 88,3 % у 2022 році, 95,0 % у 2023 році та 92,8 % у 2024 році.

Протягом 2022–2024 років охоплення тестуванням для визначення вірусного навантаження у немовлят із перинатальним контактом з ВІЛ-інфекцією у віці 2 місяців перевищувало 95 %, а показник передавання ВІЛ-інфекції від матері до дитини серед обстежених у цьому віці був нижчим за 2,0 %. У 2024 році лише в одній області показник передавання ВІЛ-інфекції від матері до дитини у двомісячному віці перевищував 2,0 %, а саме в Харківській (5,3 %). Протягом 2022–2024 років охоплення ПКП дітей із перинатальним контактом з ВІЛ-інфекцією перевищувало 95 %.

Варто зазначити низьку частку ВІЛ-інфікованих жінок, у яких інфекцію було вперше діагностовано впродовж перших 12 тижнів вагітності: 25 % у 2022 році та 30 % у 2023 і 2024 роках.

Таблиця 7. Ключові показники ЕПМД ВІЛ-інфекції за програмними даними

	2022	2023	2024
	%	%	%
Охоплення послугами АНД	99,8	99,7	99,8
Тестування вагітних на ВІЛ	98,5	98,3	98,5
Охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих вагітних	94,4	97,3	97,3
Охоплення тестуванням на ВІЛ немовлят із перинатальним контактом з	91,6	98,2	99,0

ВІЛ-інфекцією у віці 2 місяців			
Частота передавання ВІЛ-інфекції від матері до дитини (у віці 2 місяців)	1,6	1,5	0,5
Кількість дітей з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції за результатами ранньої діагностики немовлят (у віці 2 місяців)	21	18	6

Однак дані поздовжнього моніторингу свідчать, що частота ПВД ВІЛ-інфекції у віці 18 місяців дорівнювала 2,25 % у когорті дітей, народжених у 2020 році (n=1950), 2,27 % – у когорті 2021 року (n=1929) та 2,36 % – у когорті 2022 року (n=1318). Статус значної кількості дітей у віці 18 місяців залишався невизначеним: 31,9 % у когорті 2020 року, 29,3 % – у когорті 2021 року та 16,2 % – у когорті 2022 року. Щорічна кількість нових випадків діагностування ВІЛ-інфекції серед дітей віком 0–17 років становила: 59 у 2022 році, 74 – у 2023 році та 75 – у 2024 році. Значна частина цих випадків пов'язана з передаванням вірусу від матері до дитини (35, 37 та 50 випадків відповідно), однак їх не було враховано під час розрахунку показника ПВД.

Протягом 2022–2024 років понад 98 % дітей із перинатальним контактом з ВІЛ-інфекцією отримали постконтактну АРВ-профілактику. За наявними даними, понад 99 % немовлят, народжених у цей період, не перебували на грудному вигодовуванні.

Досягнення

Україна досягла та підтримує високий рівень охоплення за всіма основними компонентами ЕПМД. Охоплення антенатальним доглядом є практично повним: понад 99 % вагітних відвідують заклад охорони здоров'я щонайменше один раз, і понад 98 % з них проходять тестування на ВІЛ під час вагітності, зокрема, з використанням рекомендованих ВОЗ швидких діагностичних тест-систем на ВІЛ/сифіліс. Серед жінок з діагностованою ВІЛ-інфекцією понад 97 % отримують антиретровірусну терапію. Частка жінок, у яких ВІЛ-інфекцію діагностовано вперше під час вагітності, зменшується, що свідчить про більш раннє виявлення захворювання та залучення до медичного нагляду жінок репродуктивного віку. Профілактика вродженого сифілісу тісно інтегрована із заходами з протидії ВІЛ-інфекції у межах потрійної елімінації, зокрема, шляхом використання подвійних тест-систем на ВІЛ/сифіліс під час АНД.

Показники ранньої діагностики немовлят стабільно поліпшуються, що уможливлює раннє підтвердження ВІЛ-статусу немовлят та, за потреби, своєчасне призначення лікування. Охоплення антиретровірусною профілактикою немовлят із перинатальним контактом із ВІЛ-інфекцією є стабільно високим: 98–99 % з них отримують повний курс відповідно до національних клінічних протоколів. Крім того, згідно з національними рекомендаціями, з метою мінімізації ризику постнатальної передачі, понад 99 % немовлят із перинатальним контактом із ВІЛ-інфекцією не отримують грудного вигодовування. У сукупності ці результати свідчать про наявність надійної системи ППМД, чітке дотримання рекомендацій ВООЗ та значний прогрес у досягненні цілей ЕПМД, що проявляється у зменшенні кількості дітей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, в Україні.

Проблемні питання

Попри високі загальні показники, низка проблем продовжує перешкоджати прогресу в досягненні ЕПМД. Масштабна внутрішня та зовнішня міграція вагітних, а згодом і народжених ними дітей, ускладнює забезпечення безперервності надання медичної допомоги та повного подальшого спостереження в межах усього каскаду послуг із ППМД. Доступ до послуг у районах, що постраждали внаслідок воєнних дій, та у сільській місцевості є обмеженим через пошкодження інфраструктури, дефіцит медичних працівників та переміщення населення. Координація між державним і приватним секторами охорони здоров'я є недостатньою, що може призводити до недоліків в обліку, звітності та подальшому спостереженні за жінками та немовлятами, які отримують допомогу поза державною системою.

Частка дітей із перинатальним контактом із ВІЛ-інфекцією, які мають невизначений ВІЛ-статус, хоча з часом і зменшується, залишається відносно високою (з 31,9 % у 2020 році до 16,2 % у 2022 році). Це свідчить про те, що значна кількість немовлят випадає з-під медичного нагляду на етапах діагностики та подальшого спостереження. Рівень ПМД ВІЛ-інфекції в когортах 2020–2022 років народження перевищує 2,0 %. Щорічна кількість нових випадків діагностування ВІЛ-інфекції у дітей також є предметом занепокоєння (60, 66 та 65 у 2022–2024 роках), причому значна частка з них пов'язана з передачею інфекції від матері до дитини (35, 38 та 50 випадків відповідно). Це наголошує на необхідності подальшого вдосконалення заходів з виявлення нових випадків та подальшого спостереження за немовлятами й дітьми з перинатальним контактом із ВІЛ-інфекцією.

Щодо вірусного гепатиту В, прогалини у профілактиці є більш суттєвими. Охоплення тестуванням на HBsAg під час вагітності, попри поступове поліпшення, у 2024 році становило лише 69,5 %, а

показники охоплення як повним курсом вакцинації проти вірусного гепатиту В (ВГВ-3), так і своєчасною дозою при народженні (ВГВ-1), не досягають цільових показників ВООЗ. Ці недоліки вказують на важливість посилення інтеграції тестування на ВГВ та імунізації до комплексу послуг з АНД, пологової допомоги та охорони здоров'я дитини, з особливим акцентом на районах, що постраждали внаслідок воєнних дій, та важкодоступних регіонах.

Хоча оцінка послуг, пов'язаних із передачею сифілісу від матері до дитини, не входила до завдань цього огляду, зафіксовано окремі повідомлення про те, що за відсутності бензатин бензилпеніциліну (BPG) пролонгованої дії пацієнтів з діагностованим сифілісом госпіталізують на 21-денний термін для лікування альтернативними антибіотиками. Однією із зазначених проблем є відсутність державної реєстрації BPG в Україні.

З огляду на національні зобов'язання та мету подання заявки на валідацію ЕПМД, чинні статті Кримінального кодексу, що передбачають кримінальну відповідальність за ризик інфікування та передачу ВІЛ-інфекції й ІПСШ, можуть стати суттєвою перешкодою на шляху до досягнення цієї мети.

Рекомендації

Рекомендації щодо досягнення цілей ЕПМД	Пріоритет	Виконавець	2026	2027–2028	2030
Поліпшити збір даних за показниками ЕПМД; інтегрувати послуги з АНД та акушерської допомоги до електронної системи охорони здоров'я; посилити звітність щодо ЕПМД від приватних надавачів медичних послуг	Високий	МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ, ДП «Електронне здоров'я», обласні департаменти охорони здоров'я, професійні асоціації, приватні надавачі медичних послуг	X		
Продовжити когортне спостереження за ВІЛ-експонованими немовлятами та їхніми матерями для підтвердження досягнення цілей ЕПМД	Високий	МОЗ, ЦГЗ, обласні ЦКПХ, пологові та педіатричні заклади	X	X	
Зменшити високу частку невизначеного кінцевого статусу щодо ВІЛ-інфекції у ВІЛ-експонованих дітей шляхом упровадження ефективніших	Високий	МОЗ, ЦГЗ	X		

заходів з пошуку та повернення під нагляд дітей, які вибули зі спостереження					
Провести спеціалізоване оцінювання якості даних та систем ЕПМД із можливим залученням зовнішніх експертів	Середній	МОЗ, ЦГЗ, ВООЗ та інші партнери	X	X	X
Забезпечити проведення комплексного аналізу кожного випадку ПВМД для виявлення прогалин та розробки коригувальних заходів	Високий	МОЗ, ЦГЗ, обласні/міські органи охорони здоров'я, пологові та педіатричні заклади	X		
<p>Оновити національні протоколи з ППМД відповідно до останніх рекомендацій ВООЗ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • застосовувати DTG у схемах лікування вагітних на будь-якому терміні вагітності; • розглянути можливість припинення інтрапартального (під час пологів) внутрішньовенного введення зидовудину в разі застосування трикомпонентної схеми профілактики для немовляти; • оновити схеми постнатальної профілактики відповідно до рекомендацій ВООЗ 2025 року: низький ризик – шеститижневий курс монотерапії (NVP як пріоритетний препарат, DTG або ЗТС як альтернатива), високий ризик – шеститижневий курс трикомпонентної схеми, що відповідає 	Середній	МОЗ, ЦГЗ, ВООЗ та інші партнери	X		

<p>віку, з переходом на ABC/ЗТС+DTG як пріоритетний варіант, додаткові положення для немовлят, які перебувають на грудному вигодовуванні.</p> <p>Розглянути можливість проведення додаткового тестування методом ампліфікації нуклеїнових кислот для ВІЛ-експонованих дітей у віці 9 місяців</p>					
Розширити охоплення тестуванням партнерів вагітних жінок та здійснювати моніторинг цього показника	Середній	МОЗ, ЦГЗ, ВООЗ та інші партнери	X	X	
Продовжити проводити оперативне оцінювання прогалин у програмі ПВД для виявлення нових викликів, що потребують відповідного реагування	Середній	МОЗ, ЦГЗ		X	
І далі використовувати подвійні швидкі діагностичні тести на ВІЛ/сифіліс для скринінгу вагітних жінок	Високий	МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ, закупівельна агенція, надавачі послуг з АНД	X	X	X
Забезпечити повне охоплення вагітних жінок тестуванням на HBsAg, зокрема, розглянути можливість застосування мультиплексних тест-систем (наприклад, для одночасного тестування на ВІЛ, сифіліс та HBsAg)	Високий	МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ, закупівельна агенція, надавачі послуг з АНД	X		
Забезпечити своєчасне введення дози вакцини проти гепатиту В при народженні та завершення повного курсу вакцинації (ВГВ-3) для всіх немовлят	Високий	Національна програма імунізації, заклади охорони материнства та дитинства, обласні органи охорони здоров'я	X	X	X
Продовжити адвокаційну діяльність на національному рівні та діалог із партнерами щодо декриміналізації передачі	Середній	Парламент, Мін'юст, МОЗ, Уповноважений з прав людини,	X	X	X

ВІЛ-інфекції (скасування відповідної статті Кримінального кодексу України)		правозахисні організації, мережі ЛЖВ та КГ, ОГС, міжнародні партнери			
Забезпечити закупівлю ВРГ та безперервний доступ до нього для всіх вагітних жінок, яким діагностовано сифіліс	Високий	МОЗ, ЦГЗ, центри з лікування ІПСШ, закупівельна агенція, надавачі послуг з АНД	X	X	X

4.5. Тестування на ВІЛ та діагностика ВІЛ-інфекції

Контекст

Тривало розширення послуг з тестування на ВІЛ на базі закладів різного типу, зокрема, первинної медичної допомоги (ПМД), а також у межах надання послуг на рівні громад та реалізації ініціатив НУО. У червні 2025 року наказом МОЗ було затверджено стандарт медичної допомоги «ВІЛ-інфекція». Натепер, згідно з чинним законодавством, в Україні доступні такі способи тестування на ВІЛ: ініційоване медичним працівником тестування та консультування, індексне тестування, самотестування, асистоване самотестування, а також тестування, що проводять НУО. Загальна кількість проведених тестів зростає з приблизно 1,6 млн у 2022 році до понад 2,5 млн у 2024 році, переважно завдяки ширшому застосуванню ШДТ. У 2024 році зафіксовано 15% зростання загальної кількості проведених тестів на ВІЛ порівняно з 2023 роком, що свідчить про значний прогрес в охопленні населення відповідними послугами.

Упродовж 2021–2023 років, відповідно до рекомендацій ВООЗ, було проведено верифікаційне дослідження алгоритмів тестування. Проте його результати не враховують під час закупівлі тест-систем, оскільки цей процес децентралізовано і він відбувається на рівні областей. Варто зазначити, що попри збільшення обсягів тестування, кількість уперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції зменшилася. До того ж пізня діагностика залишається проблемою: понад 60% нових випадків виявляють на пізніх стадіях (кількість клітин CD4+ < 350/мкл), і цей показник надалі зростає. Водночас ранню діагностику ВІЛ-інфекції у дітей (РДД) було успішно інтегровано до служб охорони здоров'я матері та дитини з використанням зразків сухої краплі крові (СКК). Станом на 2025 рік тестування для РДД проводять 28 лабораторій (проти 5 у 2021 році), що дало змогу скоротити час очікування результату (з 2,5 місяця до 7 днів) та зменшити частку ВІЛ-експонованих немовлят, втрачених для медичного спостереження.

Упровадження мультисистемних швидких діагностичних тестів (ШДТ), зокрема, комбінованих тестів на ВІЛ/сифіліс та ВІЛ/ВГВ, сприяло підвищенню ефективності та оптимізації використання ресурсів. Натепер ШДТ становлять близько 61% від усіх тестів, що проводяться в країні. Інформаційно-роз'яснювальні кампанії, удосконалення нормативно-правової бази та активна участь НУО забезпечили подальше розширення доступу до тестування, особливо для ключових і важкодоступних груп населення.

Досягнення

Досягнуто значного прогресу в розширенні та диверсифікації послуг з тестування на ВІЛ-інфекцію в масштабах країни, що свідчить про посилення координації програм, упровадження інновацій та залучення громадськості. Основні досягнення:

- внесено зміни до законодавства, спрямовані на розширення доступу до тестування на ВІЛ;
- збільшено обсяги тестування на ВІЛ на 15% за період 2023–2024 років завдяки ширшому застосуванню швидких тестів, частка яких у 2024 році становила 61% від загальнонаціонального обсягу;
- ранню діагностику ВІЛ-інфекції у дітей (РДД) інтегровано до стандартних протоколів надання медичної допомоги матерям і дітям з використанням зразків СКК;
- упроваджено та розширено застосування мультисистемних ШДТ (ВІЛ/сифіліс, ВІЛ/ВГВ);
- завдяки розбудові потенціалу та вдосконаленню законодавства підвищено якість тестування та посилено нагляд на національному рівні;
- розширено тестування на рівні громад під керівництвом НУО (тестування «А0»), що продемонструвало високу ефективність та забезпечило належне залучення пацієнтів до лікування;
- упроваджено широкий спектр способів тестування, зокрема, мобільні амбулаторії, індексне тестування та методи із залученням соціальних мереж.

Проблемні питання

Попри значні досягнення, існують стійкі проблеми, що перешкоджають повній оптимізації та сталості послуг із тестування на ВІЛ-інфекцію. Серед основних перешкод:

- перебої в наданні послуг у регіонах, що постраждали внаслідок воєнних дій;

- регіональна неузгодженість у закупівлях ШДТ та їхня різноманітність, що призводить до нестабільної якості тестів, обмежує доступ до них відповідно до результатів національного верифікаційного дослідження та унеможлиблює послідовне застосування затвердженого алгоритму;
- зниження частки позитивних результатів тестування через відсутність дієвих стратегій скерованого тестування;
- відсутність єдиної національної цифрової системи звітності щодо тестування на ВІЛ;
- недостатній прогрес в інтеграції діагностики ВІЛ-інфекції/ТБ та охопленні тестуванням на ВІЛ за принципом «відмови від тестування» (opt-out), що є перешкодою для досягнення цільових показників 2024 року.

Рекомендації

З огляду на наявні програмні недоліки та виклики, для покращення якості діагностики та зміцнення стійкості системи пропонуються такі рекомендації.

Рекомендації щодо підвищення якості тестування та діагностики в межах програми протидії ВІЛ-інфекції	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
Розробити та впровадити єдиний національний цифровий інструмент для звітування про результати тестування на ВІЛ, який об'єднуватиме дані закладів охорони здоров'я та НУО	Високий	Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), партнери	x		
Розглянути можливість централізованої закупівлі мультиплексних ШДТ, прекваліфікованих ВООЗ, з метою підвищення якості та економічної ефективності	Високий	МОЗ, централізована закупівельна організація, донори	x	x	
Посилити інтеграцію діагностики ВІЛ-інфекції/ТБ (з використанням тестів LAM, Xpert, CrAg) у регіонах з високим рівнем поширеності захворювань	Високий	МОЗ, Національна програма протидії ТБ	x	x	

Надалі підтримувати й розширювати програми тестування, що реалізуються НУО, а також програми самотестування, спрямовані на ключові групи населення	Середній	МОЗ, НУО, мережі спільнот		x	
Забезпечити закупівлю ШДТ відповідно до результатів національної валідації та здійснювати регуляторний нагляд	Високий	МОЗ, Національний регуляторний орган	x		
Розробити стратегії цільового тестування для вирішення проблеми зниження частки позитивних результатів	Середній	МОЗ, Національна програма з протидії СНІДу		x	x

4.6. Лабораторні послуги у сфері діагностики ВІЛ-інфекції

Контекст

В Україні лабораторні послуги у сфері діагностики ВІЛ-інфекції забезпечуються мережею з 30 обласних лабораторій, які проводять підтверджувальні та спеціалізовані дослідження. Станом на 2024 рік 27 із цих лабораторій виконують тестування на вірусне навантаження ВІЛ, а 28 – на кількість клітин CD4. Функції референс-лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції виконує Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

У межах структурних реформ системи охорони здоров'я України на різних рівнях було централізовано спеціалізовану діагностику ВІЛ-інфекції та підтверджувальні дослідження. Послуги з тестування, зокрема, підтвердження діагнозу, визначення вірусного навантаження (ВН), кількості клітин CD4 та спеціалізована діагностика, були зосереджені в шести референс-лабораторіях. На базі Національної референс-лабораторії було створено спроможність для проведення секвенування за методом Сенгера з метою епіднадзора за медикаментозною резистентністю ВІЛ (МЗ ВІЛ). Національна референс-лабораторія була залучена до моніторингу набутої медикаментозної резистентності ВІЛ, виконуючи секвенування в межах двох етапів проекту «Постійний моніторинг набутої медикаментозної резистентності ВІЛ» (CADRE) у 2020–2023 та 2024–2025 роках.

Програми зовнішньої оцінки якості (ЗОЯ) для визначення РНК ВІЛ, серологічних досліджень та ШТД реалізуються в межах міжнародних, національних і регіональних програм, що сприяло значному поліпшенню загальної якості роботи лабораторій. З 2018 року Референс-лабораторія з

діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу проводить зовнішню оцінку якості визначення серологічних маркерів ВІЛ інструментальними методами.

Упродовж 2022–2024 років Референс-лабораторія з діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу та низка інших лабораторій взяли участь у міжнародній програмі ЗОЯ для тестування на РНК та ДНК ВІЛ. Результати тестування на РНК ВІЛ стабільно перевищували 95 %, а показник для ДНК ВІЛ у 2024 році зріс на понад 20 % порівняно з 2023 роком. Протягом останніх двох років Національна референс-лабораторія на базі ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» координувала навчальні заходи та надавала методичну підтримку лабораторіям і надавачам послуг з тестування на ВІЛ (ПТВ). У 2021–2024 роках було розроблено освітню платформу ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», що налічує 19 дистанційних курсів із питань ВІЛ-інфекції, 9 з яких стосуються надання послуг з тестування на ВІЛ.

З метою поліпшення управління даними та звітності здійснюється впровадження лабораторних інформаційних менеджмент-систем (ЛІМС). На національному рівні посилюється увага до впровадження систем управління якістю в лабораторіях (СУЯЛ) та забезпечення якості, у зв'язку з чим зростає кількість лабораторій, зацікавлених у національній акредитації відповідно до стандарту ISO 15189. Однією з головних перешкод на цьому шляху є висока плінність кадрів.

Водночас існують недоліки в технічному обслуговуванні обладнання, постачанні реагентів та системах скеровування зразків. Проведення тестування на кількість клітин CD4 ускладнюється через застаріле обладнання та дефіцит реагентів, а потужності для тестування на вірусне навантаження залишаються нерівномірно розподіленими між регіонами. Фрагментарність фінансування, за якої лабораторії діють у межах бюджетів окремих закладів, обмежує розробку єдиної національної стратегії оптимізації лабораторної мережі.

Досягнення

Досягнуто значного прогресу у зміцненні лабораторних систем у сфері протидії ВІЛ-інфекції. Найвагомими є результати в забезпеченні якості, оптимізації мережі та розширенні діагностичних можливостей. Ключові досягнення:

- централізовано підтверджувальну та спеціалізовану діагностику ВІЛ-інфекції в шести референс-лабораторіях;

- упроваджено програми ЗОЯ, завдяки чому якість лабораторних досліджень з 2021 року поліпшилася на ~20 %;
- створено спроможність для секвенування з метою епіднагляду за лікарською стійкістю;
- розроблено та поступово впроваджуються інструменти ЛІМС;
- значною мірою відновлено стабільну роботу, порушену внаслідок повномасштабного вторгнення, та забезпечено надання основних лабораторних послуг.

Проблемні питання

Попри значний прогрес, низка структурних та операційних проблем і надалі обмежує ефективність, рівний доступ та сталість лабораторних послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції. До ключових проблем належать:

- обмежені можливості для тестування на CD4 через застаріле обладнання та дефіцит реагентів;
- нерівномірне регіональне охоплення тестуванням на вірусне навантаження;
- фрагментарні механізми фінансування лабораторій та закупівель;
- відсутність затвердженої національної стратегії з оптимізації лабораторної мережі;
- недосконалі системи транспортування та скеровування зразків;
- висока плінність кадрів та значна залежність від донорського фінансування.

Рекомендації

На основі виявлених недоліків та проблем у функціонуванні національної лабораторної мережі наведені нижче рекомендації визначають пріоритетні заходи для посилення діагностичної спроможності, оптимізації управління ресурсами та забезпечення довгострокової сталості системи.

Рекомендації щодо посилення діагностичної спроможності у сфері протидії ВІЛ-інфекції	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030

Розширити можливості для тестування на вірусне навантаження та CD4 завдяки інтеграції технологій діагностики за місцем надання допомоги	Високий	МОЗ, національна лабораторна мережа у сфері протидії ВІЛ-інфекції, партнери	x	x	
Розробити та впровадити національну стратегію оптимізації лабораторної мережі, що визначатиме її структуру, розподіл ресурсів та використання технологій	Високий	МОЗ, національні референс-лабораторії, ВООЗ	x	x	
Централізувати механізми закупівель та узгодити донорську підтримку з національними пріоритетами	Високий	МОЗ, закупівельна агенція, донори	x	x	
Удосконалити систему транспортування зразків та дотримання вимог холодового ланцюга	Середній	МОЗ, обласні лабораторії		x	
Впровадити інтегровану національну ЛІМС на всіх рівнях лабораторної мережі	Середній	МОЗ, партнери		x	x
Посилити кадровий потенціал лабораторій через організацію структурованого навчання, наставництва та впровадження програм професійної адаптації для нових працівників	Високий	МОЗ, заклади освіти	x	x	
Консолідувати та координувати на	Високий	МОЗ, Національна	x		

національному рівні програми зовнішньої оцінки якості (ЗОЯ) для всіх видів тестування, пов'язаних із діагностикою ВІЛ-інфекції		програма забезпечення якості			
Мобілізувати внутрішнє фінансування для поступового зменшення залежності від донорської допомоги	Середній	МОЗ, Міністерство фінансів		х	х

4.7. Лікування ВІЛ-інфекції та забезпечення доступу до ефективної медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та супутніми захворюваннями

4.7.1. Лікування ВІЛ-інфекції та клінічне ведення

Контекст

Попри триваючу збройну агресію, масштабні міграційні процеси та значні пошкодження інфраструктури охорони здоров'я, забезпечення надання, доставки та доступу до антиретровірусної терапії (АРТ) залишається одним із пріоритетних завдань національної системи охорони здоров'я. Вживалися послідовні заходи, спрямовані на забезпечення безперервності лікування для внутрішньо переміщених осіб, підтримку децентралізації надання послуг та забезпечення стабільності ланцюгів постачання для дотримання національних стандартів медичної допомоги у сфері протидії ВІЛ-інфекції. Координація дій між Міністерством охорони здоров'я, регіональними закладами охорони здоров'я, що надають послуги АРТ, та гуманітарними партнерами відіграла ключову роль у збереженні безперервності АРТ в умовах воєнного стану. Також було посилено увагу до інтеграції послуг у сфері ВІЛ-інфекції до загальної системи охорони здоров'я, зокрема, до мереж закладів сімейної медицини та первинної медичної допомоги, за наявності відповідних умов.

Досягнення

Каскад послуг з лікування ВІЛ-інфекції (Рис. 7)⁸⁴ демонструє значний прогрес, що свідчить про стійкість та адаптивність системи охорони здоров'я в кризових умовах. Хоча оцінити **перший показник «95»** складно через внутрішнє переміщення населення, окупацію та зовнішню міграцію, **другий показник «95»** сягнув приблизно 86 % (діапазон 73–100 % залежно від регіону), **а третій – 96 %**. Проте в деяких регіонах досі відсутній комплексний моніторинг вірусного навантаження. Національні клінічні протоколи з лікування ВІЛ-інфекції відповідають рекомендаціям ВООЗ та передбачають призначення АРТ усім особам, які живуть з ВІЛ, незалежно від кількості клітин CD4 чи клінічної стадії захворювання. Рекомендовано розпочинати АРТ у найкоротші терміни, зокрема, в день встановлення діагнозу. Клінічно обґрунтоване відтермінування лікування можливе лише в обмежених випадках за наявності опортуністичних інфекцій ЦНС. Схема TLD (тенофовір/ламівудин/долутеґравір) є національним стандартом терапії першої лінії, що підтверджено національними даними щодо резистентності. Схеми на основі ефавірензу (EFV) застосовуються рідко. Лише незначна частка пацієнтів отримує лікування за схемами другої/третьої лінії (для яких доступний дарунавір/ритонавір як препарат третьої лінії). При цьому зміна терапевтичної схеми здійснюється лише після оцінки прихильності до лікування, враховуючи високий бар'єр резистентності схеми TLD (див. табл. 5). Застосування DRV/r (дарунавіру/ритонавіру) як інгібітора протеази (ІП) відповідає рекомендаціям ВООЗ, які визнають роль DRV/r в оптимізованих схемах лікування наступних ліній.

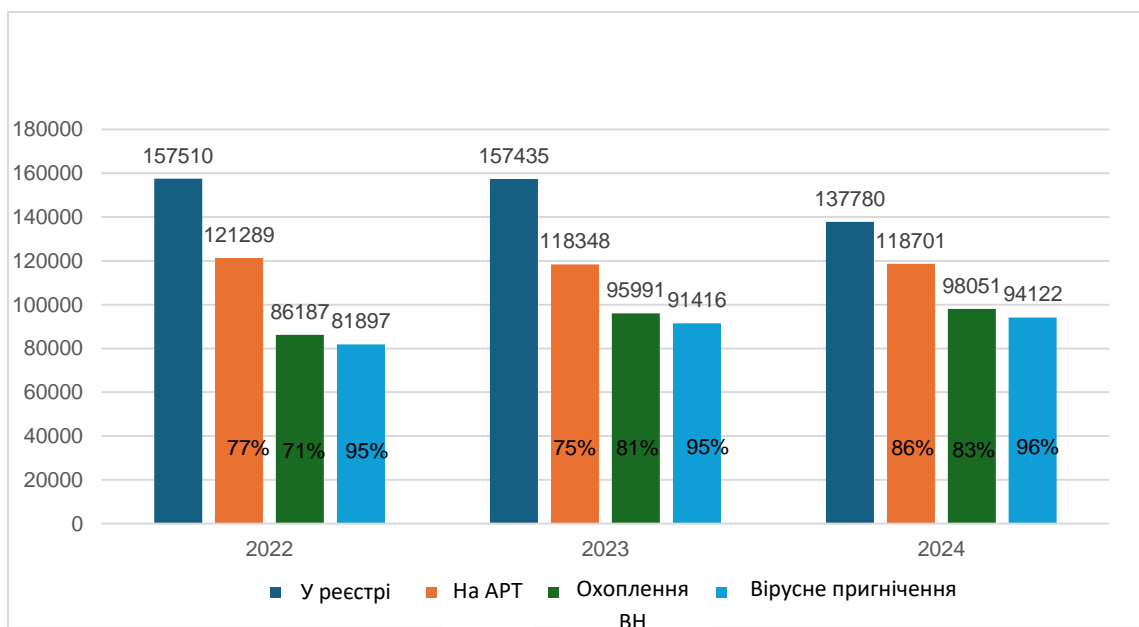
Таблиця 5. Розподіл пацієнтів (дорослі та підлітки) за схемами лікування

TDF/3TC/DTG	92010	89710	2300
TAF/FTC/DTG	6637	6477	160
TDF/FTC + DTG	200	151	49
TDF/FTC + DRV/rtv	319	293	26
TDF/FTC+DRV + rtv	290	290	
TDF/FTC+RAL	128	128	
ABC/3TC/DTG	3612	3491	121
ABC/3TC + DTG	455	455	
ABC/3TC + DRV/rtv	18	18	
ABC/3TC + DRV + rtv	46	46	
ABC/3TC + RAL	17	17	
AZT/3TC + DTG	180	149	31
AZT/3TC + DRV/rtv	8	1	7
AZT/3TC + DRV + rtv	16	16	

84 Відділ управління та протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України», Програма протидії ВІЛ в Україні, Презентація станом на жовтень 2025 року

AZT/3TC + RAL	4	4	
3TC + DTG	391	391	
TDF/3TC/EFV	5050	4901	149
TDF/FTC	41	41	
3TC	18	18	
DTG	11	11	
3TC	10	10	
DTG	2	2	
3TC	3	3	
RTV	1	1	
3TC	1	1	
AZT/3TC	1	1	
RAL	1	1	
LPV/r	1	1	

Рис. 7. Каскад надання медичної допомоги у сфері протидії ВІЛ-інфекції в Україні у 2022–2024 роках



Загалом рівень прихильності до лікування є високим, а більшість випадків втрати контакту з пацієнтами зумовлено їхнім переміщенням або руйнуванням інфраструктури, а не низьким рівнем дотримання режиму лікування (.).

Таблиця 6).

Таблиця 6. Каскад надання медичних послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції за областями

Region	2022 year							2023 year							2024 year						
	on TO	on ART	IL_95 (%)	Examined at VN	Coverage of VN	<1000	IL_95 (%)	on TO	on ART	IL_95 (%)	Examined at VN	Coverage of VN	<1000	IL_95 (%)	on TO	on ART	IL_95 (%)	Examined at VN	Coverage of VN	<1000	IL_95 (%)
Ukraine	157,510	121,289	77	86,187	71%	81,897	95	157,435	118,348	75	95,991	81%	91,416	95	137,780	118,701	86	98,051	83%	94,122	96
Vynnytsia region	3,260	2,445	75	2,099	86%	1,945	93	3,431	2,437	71	2,052	84%	1,914	93	3,028	2,530	84	2,294	91%	2,190	95
Volyn region	2,108	1,749	83	1,140	65%	1,048	92	2,062	1,794	87	1,518	85%	1,436	95	1,981	1,959	99	1,602	82%	1,523	95
Onipropeetrovsk region	29,293	25,985	89	18,332	71%	17,530	96	29,628	27,027	91	20,545	76%	19,717	96	28,436	26,471	93	21,725	82%	20,732	95
Donetsk region	11,148	4,427	40	2,116	48%	1,994	94	10,520	4,231	40	3,014	71%	2,898	96	7,886	4,003	51	2,872	72%	2,755	96
Zhytomyr region	3,274	2,810	86	2,467	88%	2,281	92	3,477	2,880	83	2,587	90%	2,441	94	3,289	3,051	93	2,641	87%	2,537	96
Transcarpathian region	1,093	808	74	482	60%	468	97	1,070	808	76	570	71%	552	97	807	802	99	678	85%	642	95
Zaporizhlia region	4,497	3,801	85	1,949	51%	1,824	94	4,537	2,044	45	1,766	86%	1,629	92	2,166	2,087	96	1,665	80%	1,609	97
Ivano-Frankivsk region	1,219	1,201	99	863	72%	792	92	1,333	1,222	92	896	73%	831	93	1,214	1,233	102	1,074	87%	1,031	96
Kyiv region	8,074	6,603	82	4,598	70%	4,322	94	8,210	6,339	77	5,504	87%	5,233	95	7,008	6,126	87	4,891	80%	4,706	96
Kirovohrad region	3,394	3,096	91	2,477	80%	2,374	96	3,501	3,339	95	2,794	84%	2,648	95	3,512	3,458	98	2,626	76%	2,482	95
Luhansk region	1,986	215	11	348	162%	317	91	1,847	71	4	19	27%	19	100	270	64	24	32	50%	32	100
Lviv region	4,277	3,325	78	2,636	79%	2,480	94	4,690	3,548	76	3,143	89%	2,979	95	4,937	3,640	74	3,175	87%	3,038	96
Mykolajiv region	8,104	6,470	80	5,085	79%	4,808	95	8,137	6,606	81	6,295	95%	5,983	95	7,642	6,797	89	6,300	93%	6,116	97
Odesa region	27,248	20,039	74	13,937	70%	13,210	95	25,745	17,631	68	14,507	82%	13,669	94	20,202	16,858	83	13,890	82%	13,237	95
Poltava region	3,710	3,407	92	2,742	80%	2,662	97	3,785	3,430	91	2,699	79%	2,615	97	3,667	3,593	98	3,044	85%	2,984	98
Rivne region	2,335	2,203	94	1,752	80%	1,675	96	2,445	2,371	97	1,774	75%	1,699	96	2,500	2,476	99	1,771	72%	1,659	94
Sumy region	1,776	1,357	76	993	73%	934	94	1,617	1,416	88	1,217	86%	1,165	96	1,617	1,520	94	1,283	84%	1,217	95
Ternopil region	858	770	90	537	70%	506	94	922	804	87	648	81%	595	92	911	832	91	644	77%	612	95
Kharkiv region	5,523	3,633	66	2,036	56%	1,834	90	5,779	3,850	67	3,187	83%	2,913	91	6,239	4,194	67	3,335	80%	3,114	93
Kherson region	4,547	1,515	33	1,266	84%	1,193	94	4,115	1,127	27	398	35%	372	93	3,329	1,155	35	786	68%	725	92
Khmelnitskyi region	2,366	1,994	84	1,253	63%	1,173	94	2,414	2,056	85	1,538	75%	1,442	94	2,242	2,193	98	1,691	77%	1,598	95
Cherkasy region	3,993	3,868	97	3,511	91%	3,407	97	4,041	3,832	95	3,787	99%	3,682	97	4,141	3,940	95	3,810	97%	3,756	99
Chernivtsi region	1,087	903	83	639	71%	575	90	1,155	909	79	790	87%	717	91	911	944	104	719	76%	681	95
Chernihiv region	4,065	3,828	94	3,087	81%	3,022	98	4,174	3,890	93	3,405	88%	3,319	97	4,165	3,988	96	3,488	87%	3,433	98
Kyiv (DZ)	18,275	11,530	63	9,842	85%	9,523	97	18,800	11,374	61	11,338	100%	10,948	97	15,680	11,484	73	12,015	105%	11,713	97
Kyiv (DoH+MoH,NAMS)	21,582	14,837	69					22,112	14,686	66					18,983	14,787	78				

Як показано в Таблиця 7, у чотирьох регіонах, що постраждали внаслідок війни, загальна кількість закладів, які надають послуги з АРТ, залишалася стабільною у 2023–2024 роках (74 заклади), однак дещо зменшилася до 71 закладу до 2025 року.⁸⁴ Водночас кількість окупованих або нефункціонуючих закладів зростає з 37 у 2023 році до 39 у 2024 році та залишилася незмінною у 2025 році, що свідчить про постійні перебої в наданні послуг.

Найбільш значне погіршення ситуації спостерігалось в Донецькій області, де кількість тимчасово окупованих закладів постійно зростала з 4 до 7, а загальна кількість закладів дещо зменшилася до 2025 року. У Луганській та Херсонській областях протягом трьох років ситуація не покращилася, а кількість окупованих закладів залишалася незмінною (6 у Луганській та 12 у Херсонській). Загалом ці дані свідчать про серйозні труднощі в забезпеченні повноцінного функціонування послуг з АРТ у регіонах, що постраждали внаслідок бойових дій.

Таблиця 7. Функціонуючі заклади АРТ у регіонах, що постраждали внаслідок війни

Область	Станом на 01.01.23 р.		Станом на 01.01.24 р.		Станом на 01.01.25 р.	
	Усього закладів АРТ	З них окупованих	Усього закладів АРТ	З них окупованих	Усього закладів АРТ	З них окупованих
Донецька	25	4	25	6	23	7
Запорізька	18	15	18	15	18	14

Луганська	11	6	11	6	10	6
Херсонська	20	12	20	12	20	12
Усього	74	37	74	39	71	39

Тестування для визначення медикаментозної резистентності доступне для пацієнтів із вірусним навантаженням понад 1000 копій/мл, однак воно залишається централізованим (проводиться в м. Києві) та використовується на регіональному рівні в недостатньому обсязі.

Децентралізація медичної допомоги у сфері ВІЛ-інфекції, розпочата до повномасштабного вторгнення Росії, залишається значним досягненням. Обласні центри і надалі координують надання послуг з АРТ та ДКП. Пакети амбулаторного лікування тепер охоплюють АРТ та рутинний лабораторний моніторинг для більшості пацієнтів, а системи доставки медикаментів налагоджені для забезпечення доступу навіть для переміщених або важкодоступних груп населення. Національні клінічні стандарти у сфері ВІЛ-інфекції було оновлено у 2025 році, узгоджено з рекомендаціями ВООЗ та іншими міжнародними настановами й інтегровано в систему безперервного професійного розвитку. Національні стандарти надання послуг у сфері ВІЛ-інфекції відповідають рекомендаціям ВООЗ щодо диференційованого надання послуг (ДНП) для стабільних пацієнтів: наприклад, видача препаратів на кілька місяців (до 12 місяців для стабільних пацієнтів), зменшення частоти візитів, використання телемедицини та взаємодія зі спільнотами, а також адаптація до надзвичайних ситуацій та умов воєнного стану.

Проблемні питання

Попри значний прогрес у децентралізації послуг у сфері ВІЛ-інфекції, досі існують серйозні системні та контекстуальні проблеми. Тривала війна та масштабні переміщення населення спричинили зміни в географічному розподілі медичних кадрів, що призвело до надмірного навантаження на лікарів у деяких закладах, які надають послуги з АРТ (наприклад, у Житомирській та Чернігівській областях), де на одного лікаря може припадати до 3 000 пацієнтів. Хоча лікарі первинної медичної допомоги мають законне право призначати антиретровірусну терапію, здійснювати подальший супровід та надавати медичну допомогу у сфері ВІЛ-інфекції після взяття пацієнта на облік фахівцем з лікування ВІЛ-інфекції, на практиці рівень їхнього реального залучення різниться. У деяких закладах обмеженість спроможностей, як-от недостатній доступ до лабораторних послуг на місцях, нерівномірне забезпечення кваліфікованими кадрами та високе робоче навантаження, і надалі обмежує повноцінну інтеграцію лікування та моніторингу ВІЛ-

інфекції в систему первинної медичної допомоги, особливо в регіонах, що постраждали внаслідок бойових дій, та в регіонах із високим рівнем поширеності захворювання.

Зберігаються регіональні відмінності в призначенні АРТ та тестуванні на вірусне навантаження. У деяких регіонах, наприклад, в Одеській області, до 15% пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою щонайменше раз на рік, не отримують АРТ. Деякі пацієнти отримують препарати без подальшого моніторингу, що підвищує ризик розвитку невиявленої вірусологічної неефективності лікування.

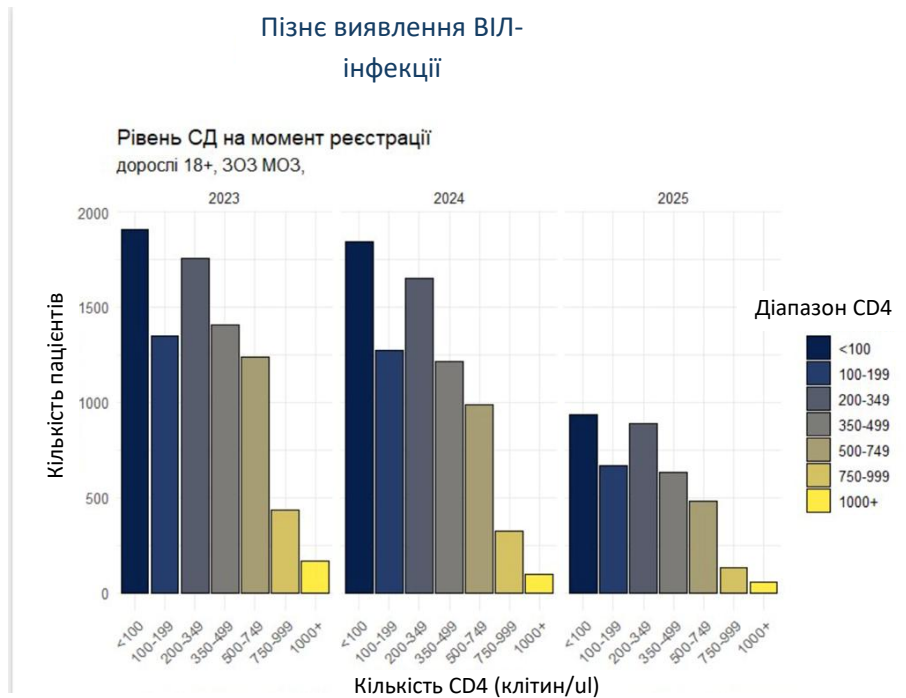
Рівень обізнаності щодо варіантів схем АРТ другої та третьої лінії залишається обмеженим, оскільки дарунавір/ритонавір (DRV/r) часто розглядають як єдину доступну схему в разі неефективності лікування. Хоча можливості для тестування ВІЛ на медикаментозну резистентність (MR ВІЛ) для індивідуальної оптимізації схем лікування існують, за межами Києва воно застосовується лише в окремих випадках. Це відповідає рекомендаціям ВООЗ щодо посилення системи індикаторів раннього попередження для запобігання розвитку MR ВІЛ та створення організованої загальнонаціональної системи епіднагляду за MR ВІЛ шляхом проведення національних репрезентативних досліджень раз на два-три роки. У звіті ВООЗ з епіднагляду за MR ВІЛ за 2024 рік⁸⁵ зазначено, що з'являються перші дані зі стандартизованих перехресних досліджень стійкості ВІЛ до лікарських засобів у різних країнах, зокрема, в Україні. Багатокраїнний аналіз (який включав дані з України) з цього джерела ВООЗ свідчить, що поширеність стійкості до долутегравіру (DTG) серед осіб, які отримують АРТ на основі DTG та мають непригнічене вірусне навантаження (≥ 1000 копій/мл), виявилася вищою, ніж очікувалося за результатами клінічних досліджень. Це вказує на необхідність подальшого посилення епіднагляду за MR ВІЛ, зокрема, з акцентом на інгібітори інтегрази. Хоча випадки неефективності лікування на індивідуальному рівні зазвичай пов'язують із низькою прихильністю, не проводячи при цьому вірусологічного аналізу, такий підхід є обґрунтованим з погляду громадського здоров'я на національному рівні. Для оптимізації лікування та призначення схем АРТ 3-ї лінії рекомендовано розглянути можливість проведення генотипування та ретельно аналізувати результати тесту на MR ВІЛ для обґрунтованого коригування схем АРТ.

Значна частка пацієнтів розпочинає АРТ на пізніх (III–IV) клінічних стадіях (Рис. 8), особливо серед осіб, які не належать до ключових груп ризику. У деяких регіонах до 70% нових випадків

85 Резистентність до препаратів проти ВІЛ-інфекції: короткий звіт 2024 рік. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2024 рік. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086319>

призначення АРТ припадає саме на ці стадії. Плани щодо впровадження рутинного тестування на ВІЛ-інфекцію в стаціонарних закладах ще не реалізовані, що призводить до втрачених можливостей для раннього виявлення захворювання.

Рис. 8. Динаміка пізнього виявлення ВІЛ-інфекції за рівнем клітин CD4 під час реєстрації, 2023–2025 роки



Оптимізація лікування завжди була одним із ключових пріоритетів під час перегляду національних протоколів. Однак, з огляду на останні наукові дані, варто розглянути кілька пропозицій для майбутніх переглядів протоколів:

- попри те, що частка схем лікування, які містять ралтегравір (RAL), у загальній структурі призначень АРТ є низькою, з метою подальшої оптимізації лікування доцільно розглянути можливість заміни RAL на долутегравір (DTG) у таких схемах;
- хоча ін'єкційні препарати тривалої дії (наприклад, каботегравір тривалої дії (CAB-LA) для ДКП) визнані та включені до поточної версії національних протоколів, АРТ тривалої дії для лікування ще не розглядається як повноцінний інтегрований варіант. ВООЗ підтримує поступове впровадження АРТ тривалої дії там, де це можливо. Українські протоколи залишаються орієнтованими переважно на пероральну АРТ. В оновлених рекомендаціях

ВООЗ 2025 року⁸⁶ зазначено: «ін'єкційні препарати тривалої дії каботегравір + рилпівірин можуть використовуватися як альтернативний варіант для переходу на нову схему лікування для дорослих та підлітків із невизначеним вірусним навантаженням ВІЛ на тлі пероральної АРТ та без активної інфекції гепатиту В». З огляду на поточну ситуацію в країні, це може не бути нагальним пріоритетом для змін, однак це питання потребуватиме розгляду в довгостроковій перспективі.

Рекомендації

Рекомендації щодо удосконалення лікування ВІЛ-інфекції та клінічного супроводу пацієнтів	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
Забезпечити початок АРТ для всіх пацієнтів, які перебувають під медичним наглядом, та усунути прогалини в наданні послуг на рівні регіонів (зокрема, в Одеській області)	Високий	МОЗ, НСЗУ, регіональні органи влади	X		
Розглянути можливість подальшої оптимізації АРТ: (1) заміна ралтегравіру (RAL) на долутегравір (DTG) у схемах лікування, які містять RAL; (2) поетапне запровадження АРТ тривалої дії, де це доцільно	Середній	ЦГЗ	X	X	
Розширити охоплення тестуванням для визначення вірусного навантаження та забезпечити належний моніторинг, зокрема, для ВПО	Високий	МОЗ, ЦГЗ	X	X	

⁸⁶ Огляд рекомендацій ВООЗ щодо тестування, профілактики, лікування, догляду та надання послуг у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та інфекціями, що передаються статевим шляхом. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2025 рік. <https://doi.org/10.2471/B09471>. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

та мешканців віддалених районів					
Розширити доступ до тестування на медикаментозну резистентність; провести навчання для лікарів щодо інтерпретації результатів та забезпечити їх урахування під час ухвалення рішень про лікування	Середній	ЦГЗ	X	X	
Посилити заходи з ранньої діагностики та залучення до медичної допомоги, приділяючи особливу увагу пацієнтам з пізньою діагностикою ВІЛ-інфекції та нетиповим групам ризику	Високий	ЦГЗ	X	X	
Підвищити спроможність закладів первинної медичної допомоги щодо супроводу пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, аби сімейні лікарі могли здійснювати супровід стабільних пацієнтів, які отримують АРТ	Середній	ЦГЗ	X	X	X
Забезпечувати безперебійність ланцюгів постачання препаратів АРТ та ДКП і гарантувати доступ до них для ВПО та важкодоступних груп населення	Високий	МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ, партнери з впровадження	X	X	X

4.7.2. Клінічне ведення супутніх захворювань та опортуністичних інфекцій

Контекст

У 2025 році було оновлено національні стандарти ведення опортуністичних інфекцій (ОІ), які повністю відповідають настановам і рекомендаціям ВООЗ щодо нових інфекційних захворювань, зокрема віспи мавп (Мрор). Пацієнтів з ОІ дедалі частіше лікують у лікарняних відділеннях загального профілю (неврологічних, терапевтичних тощо), що поліпшує доступ до медичної допомоги та сприяє зменшенню стигми. Однак медичний персонал непрофільних відділень часто не має досвіду ведення пацієнтів на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції/СНІДу, а стаціонарна допомога таким пацієнтам не фінансується в межах чинних механізмів відшкодування, що покривають лише амбулаторні послуги.

Аналіз динаміки випадків опортуністичних інфекцій за нозологіями за 2022–2024 роки (Таблиця 8) засвідчує, що загальний тягар ОІ залишається високим, з незначними коливаннями впродовж 2022–2024 років та значною кількістю випадків, зареєстрованих уже в першому півріччі 2025 року. Найбільшу частку серед розпочатих курсів лікування, як і раніше, становлять кандидоз ротоглотки та бактеріальні інфекції, що вказує на стійку імуносупресію у значної частини пацієнтів. Щодо кількох інфекцій (зокрема, оперізувального герпесу, пневмоцистної пневмонії та локалізованих форм інфекцій, спричинених ВПГ) спостерігається тенденція до зростання або стабільно високі показники. Це свідчить про наявність сталої проблеми пізнього виявлення ВІЛ-інфекції або перерв в АРТ. Водночас кількість випадків тяжких або менш поширених інфекцій, як-от криптококовий менінгіт, токсоплазмоз та системний кандидоз, змінюється щороку, але вони залишаються вагомими чинниками захворюваності. Рідкісні хвороби, включно з криптоспоридіозом та дисемінованими мікозами, трапляються спорадично. Загалом така динаміка відображає наявність сталих викликів у сферах ранньої діагностики, утримання пацієнтів на АРТ та ведення задавненої ВІЛ-інфекції. Це наголошує на необхідності посилення профілактичних заходів, підтримки прихильності до лікування та подальшого клінічного нагляду.

Таблиця 8. Динаміка випадків опортуністичних інфекцій за нозологіями за 2022–2024 роки

Назва опортуністичної інфекції	Кількість розпочатих курсів лікування ОІ			
	2022 р.	2023 р.	2024 р.	6 місяців 2025 р.
Локалізовані форми інфекцій, спричинених ВПГ-1 та ВПГ-2	1183	1254	1950	684
Генералізовані форми інфекцій, спричинених ВПГ-1 та ВПГ-2	152	262	88	76
Оперізувальний герпес	824	1074	1166	525

ЦМВ-ретиніт, коліт	425	236	223	223
Кандидоз ротоглотки	8745	7253	7161	3682
Системний кандидоз	668	833	676	287
Дисеміновані мікози (кокцидіоїдомікоз, гістоплазмоз)	26	191	9	1
Бактеріальна пневмонія	2580	2111	2171	1054
Інші бактеріальні інфекції	4850	3777	4011	1611
Мікобактеріальна інфекція (окрім ТБ)	73	97	39	21
Пневноцистна пневмонія	633	955	962	383
Токсоплазмоз (церебральний, хоріоретиніт)	436	642	452	208
Криптококовий менінгіт	127	215	176	102
Криптоспоридіоз, ізоспороз	9	1	2	1
Вісцеральний лейшманіоз	0	0	0	0
Саркома Капоші	28	21	26	7
Лімфоми (неходжкінські, Т-клітинна лімфома Ходжкіна)	25	27	52	20
Усього	20784	18949	19164	8885

Досягнення

Затвердження стандартів 2025 року щодо профілактики та лікування опортуністичних інфекцій є значним кроком у гармонізації національних підходів із глобальними протоколами.

Чинна Державна стратегія до 2030 року чітко визначає заходи з профілактики, діагностики та ведення опортуністичних інфекцій (ОІ) та захворювань, зумовлених СНІДом, серед людей, які живуть з ВІЛ. У ній наголошено на важливості своєчасного клінічного моніторингу, ефективної АРТ, управління небажаними явищами, пов'язаними з лікуванням, та надання комплексної допомоги при супутніх захворюваннях. Окрім того, Стратегія забезпечує доступ до послуг із профілактики та лікування ТБ, включно з профілактичним лікуванням ТБ для людей, які живуть з ВІЛ.

Ці стратегічні напрями **повністю узгоджуються зі зведеними настановами ВООЗ, які рекомендують інтегровану, пацієнтоорієнтовану допомогу у сфері ВІЛ-інфекції, систематичний скринінг та ведення опортуністичних інфекцій, регулярний моніторинг безпечності та ефективності лікування, а також надання профілактичного лікування ТБ як невід'ємного компонента відповідних послуг.**

Інтеграція послуг з лікування ВІЛ-інфекції та ОІ у лікарнях загального профілю розширила доступ до стаціонарної допомоги. З одного боку, лікування людей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом у непрофільних стаціонарних відділеннях (наприклад, неврологічних, терапевтичних) зменшує стигматизацію пацієнтів, але водночас ускладнює лікувальний процес через брак експертних знань з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу у відповідних фахівців.

Діагностичні спроможності було покращено, зокрема, завдяки впровадженню тестування на криптококовий антиген (CrAg) для діагностики криптококового менінгіту. Ліпосомальний амфотерицин В наразі доступний на національному рівні, проте його наявність у регіонах не є сталою. Систематичні програми з навчання та фахового супроводу, які впроваджуються Національною програмою з ВІЛ-інфекції та партнерами, сприяють посиленню клінічної спроможності лікарів у стаціонарних закладах. «Порядок проведення скринінгу та ранньої діагностики раку шийки матки і моніторингу жінок груп ризику» (наказ МОЗ № 1368, зареєстрований за № z1274-24) охоплює аспекти, пов'язані з ВІЛ-інфекцією: її визначено як фактор ризику розвитку раку шийки матки; нормативно встановлено підхід до скринінгу для груп ризику, зокрема, для жінок, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, починаючи з 25-річного віку кожні 5 років, із направленням на ПАП-тест та/або ПЛР-тест на вірус папіломи людини (ВПЛ). **Вакцинація проти ВПЛ наразі не входить до Національного календаря профілактичних щеплень** в Україні; вона доступна лише на комерційній основі. Відповідні нормативні зміни вже ухвалено, і очікується, що вони набудуть чинності з 2026 року. З 1 січня 2026 року до Національного календаря профілактичних щеплень буде внесено безоплатну вакцинацію проти ВПЛ для дівчат віком 12–13 років. Передбачається, що в межах цієї національної програми імунізації використовуватиметься 9-валентна вакцина проти ВПЛ.

Проблемні питання

залишаються суттєві виклики в забезпеченні рівного доступу до комплексного лікування та клінічного ведення ОІ. Зберігається значна структурна прогалина у фінансуванні стаціонарної допомоги при СНІДі. Досі відсутній спеціальний механізм відшкодування витрат, що обмежує спроможність лікарень госпіталізувати та належним чином вести пацієнтів із тяжкими станами, зумовленими ВІЛ-інфекцією, або з прогресуючою стадією імунодефіциту. Це призводить до несвоєчасного направлення, фрагментації медичної допомоги та неоптимального лікування ускладнень, що загрожують життю.

Національний клінічний протокол містить елементи пакета послуг ВООЗ для людей із прогресуючою стадією ВІЛ-інфекції (ПСВІ), що було підтверджено під час цього огляду та обговорень з експертами. Однак у національних протоколах цей пакет не представлений як повністю інтегроване та стандартизоване втручання. Доцільно було б розглянути його впровадження разом із систематичним скринінгом на криптококовий антиген (КраГ), розширенням доступу до тестування на ліпоарабіноманнан (ЛАМ-тест на **ТБ**) та забезпеченням його наявності в місцях надання допомоги, а також із комплексним пакетом швидкої профілактики та лікування ОІ.

Розподіл уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед осіб віком від 15 років залежно від рівня лімфоцитів CD4 в Одеській області (Рис. 9 та Рис. 10) свідчить про погіршення ситуації зі своєчасним діагностуванням ВІЛ-інфекції в регіоні протягом 2022-2024 років. Частка осіб із пізно діагностованою ВІЛ-інфекцією, зокрема, з рівнем CD4 <200 клітин/мм³, є високою та продовжує зростати. Це свідчить про те, що значна кількість людей залишається неохопленою послугами з профілактики, тестування та раннього виявлення захворювання.

Рис. 9. Розподіл уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед осіб віком від 15 років залежно від рівня лімфоцитів CD4 в Одеській області, 2022 рік

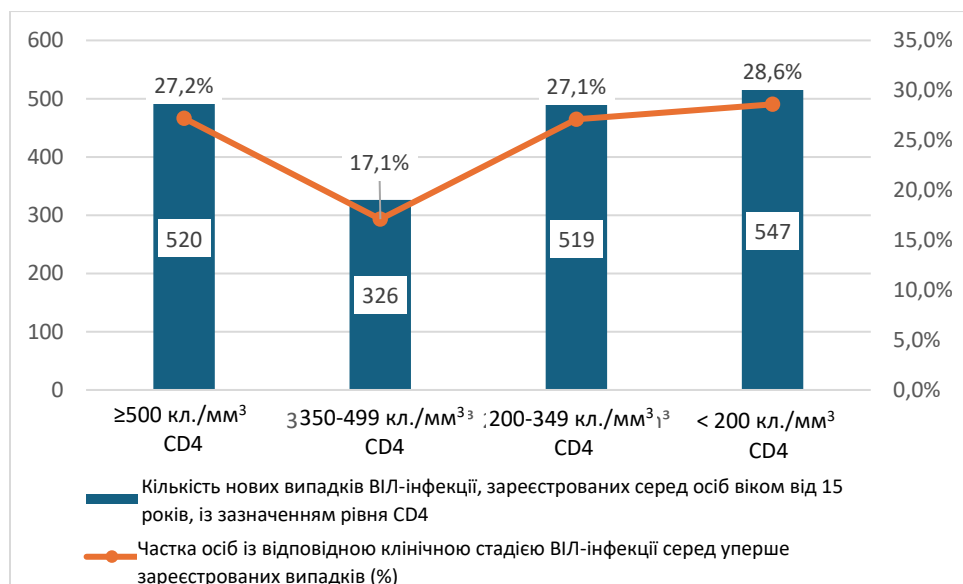
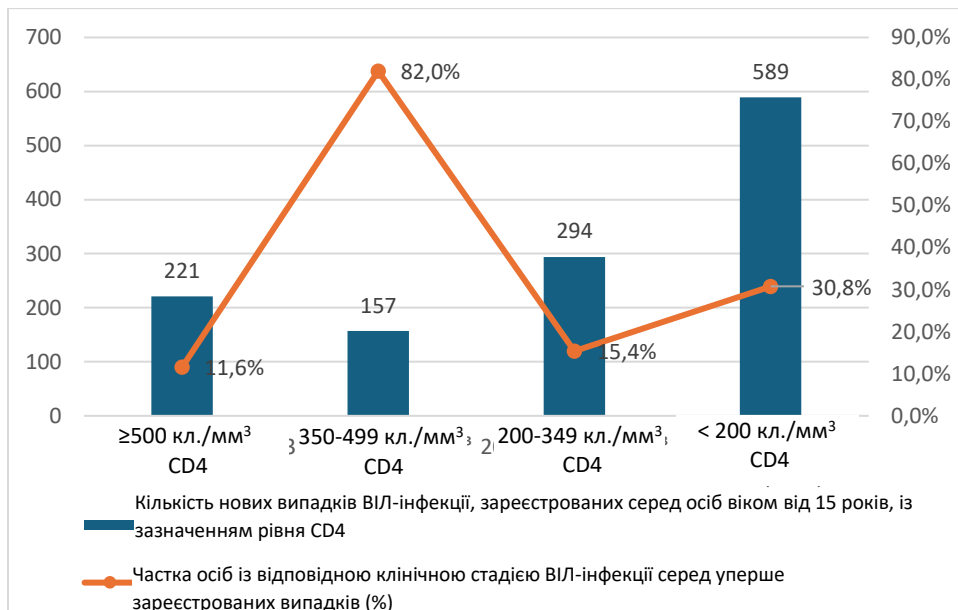


Рис. 10. Розподіл уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед осіб віком від 15 років залежно від рівня лімфоцитів CD4 в Одеській області, 2024 рік



Клінічна спроможність також залишається обмеженою. Більшість лікарів загального профілю та терапевтів не мають достатньої підготовки для ведення складних випадків ВІЛ-інфекції, особливо в умовах стаціонару та інтенсивної терапії. Цей брак спеціалізованих компетенцій часто призводить до несвоєчасної діагностики, призначення неналежної емпіричної терапії та труднощів з урахуванням лікарських взаємодій у пацієнтів зі складною клінічною картиною. Основні лікарські засоби для лікування опортуністичної інфекції є дефіцитними або нерівномірно розподіляються між областями. **Бензатин-пеніцилін та прокаїн-пеніцилін** – стандартні препарати для лікування сифілісу – часто відсутні. Крім того, **чинні національні протоколи лікування сифілісу містять некоректні рекомендації щодо дозування та схем прийому пеніциліну** й потребують термінового перегляду для узгодження з настановами ВООЗ та найкращими міжнародними практиками.

Флуцитозин, один із компонентів терапії криптококового менінгіту, досі повністю відсутній у країні, що робить лікування неповним і підвищує ризик смертності. Хоча **ліпосомальний амфотерицин В** наявний на загальнонаціональному рівні, доступ до нього за межами великих міст є нерівномірним.

Діагностичні можливості для виявлення комплексу **Mycobacterium avium (МАК)** та деяких інших опортуністичних патогенів залишаються вкрай обмеженими. Більшість обласних лабораторій не мають потужностей для проведення бактеріологічних чи молекулярних досліджень, що затримує діагностику та перешкоджає веденню дисемінованих інфекцій на засадах доказової медицини.

Тому зміцнення лабораторної інфраструктури та впровадження сучасних діагностичних алгоритмів є ключовим пріоритетом для зниження смертності, пов'язаної з пізніми стадіями ВІЛ-інфекції.

ВООЗ дедалі більше наголошує на важливості інтегрованої допомоги при ВІЛ-інфекції та неінфекційних захворюваннях (НІЗ), особливо для людей старшого віку. Національні клінічні настанови України торкаються питання коморбідних станів, однак їх варто доповнити детальним розділом про практичне впровадження моделей інтегрованих послуг з лікування ВІЛ-інфекції та НІЗ з урахуванням національного контексту. Це завдання є складним з огляду на загальну епідеміологічну трансформацію та потребу в удосконаленні медичної допомоги при хронічних захворюваннях.

У самому національному протоколі з ВІЛ-інфекції вибір схеми профілактики ТБ, вочевидь, **винесений в інші настанови з ТБ**, замість того, щоб бути уточненим і деталізованим у частині пріоритетних підходів до профілактичного лікування ТБ для людей, які живуть з ВІЛ. З огляду на останні наукові дані та оновлені рекомендації ВООЗ 2025 року, країні доцільно розглянути пріоритетність коротших схем лікування на основі рифапентину, зокрема, схеми ЗНР для ПЛТ у ЛЖВ.

З 2026 року всі дівчата віком 12–13 років в Україні мають отримати право на безоплатну вакцинацію проти ВПЛ. На сьогодні дівчата та жінки, які живуть з ВІЛ-інфекцією, не мають спеціального фінансування цієї послуги поза межами зазначених вікових критеріїв, за винятком випадків, коли вони належать до вікової групи 12–13 років, вакцинуються власним коштом або в межах місцевих програм. Національні клінічні настанови з імунізації рекомендують, щоб люди з ВІЛ-інфекцією отримували тридозову схему вакцинації проти ВПЛ незалежно від віку (як група ризику). Однак це поки що не відображено в засадах національної програми імунізації та потребує подальшого моніторингу для задоволення потреб ЛЖВ у межах її загального впровадження.

Рекомендації

Рекомендації щодо вдосконалення ведення супутніх захворювань та опортуністичних інфекцій у пацієнтів із ВІЛ-інфекцією/СНІДом	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
Запровадити механізми відшкодування вартості для стаціонарної допомоги при СНІДі та посилити співпрацю між фахівцями з питань ВІЛ-інфекції та відділеннями загального профілю	Високий	МОЗ і НСЗУ	X		

Забезпечити сталу доступність ліпосомального амфотерицину В на регіональному рівні та організувати клінічні навчання на національному рівні щодо схем лікування	Високий	МОЗ, ЦГЗ	X	X	
Забезпечити безперебійне постачання бензатин-пеніциліну та прокаїн-пеніциліну, що входять до Національного переліку основних лікарських засобів	Високий	МОЗ, ЦГЗ	X	X	
Посилити спроможність обласних лабораторій щодо бактеріологічної та молекулярної діагностики <i>Mycobacterium avium</i> та інших ОІ	Середній	ЦГЗ	X	X	
Забезпечити подальше впровадження стандартів лікування ОІ 2025 року та організувати структуроване навчання для персоналу лікарень загального профілю	Середній	ЦГЗ	X	X	X
Забезпечити планову вакцинацію проти ВПЛ для людей, які живуть з ВІЛ, незалежно від віку, відповідно до нової стратегії імунізації, що почне діяти з 2026 року	Високий	МОЗ, ЦГЗ	X	X	X

5. Огляд програми ПТАО

5.1 Огляд програми та контекст

Розлади, пов'язані з уживанням опіоїдів, залишаються серйозним викликом для системи громадського здоров'я України. За оцінками 2019 року, підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО) потребували близько 278 000 людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН)⁸⁷. Однак сьогодні ці дані застаріли й вимагають перегляду. Від 2019 року й особливо після повномасштабного вторгнення Росії в Україні відбулися докорінні демографічні, соціальні та поведінкові зміни. Це ставить під сумнів достовірність довоєнних оцінок чисельності населення. Використання цих застарілих даних без відповідних уточнень може призвести до некоректної оцінки охоплення програм, що особливо важливо з огляду на те, що національні цільові показники

⁸⁷

Уряд України. (2025). *Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2030 року*. Київ: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2025 року № 920-р.

з розширення ПТАО зазвичай розраховують як відсоток від оціночної чисельності групи ЛВІН. Відтак, хоча дані 2019 року є вихідною точкою, для забезпечення стратегічного планування та моніторингу на основі надійних та актуальних даних, необхідно терміново оновити оцінку чисельності ключових груп населення.

У відповідь на ці виклики Україна поступово розширює програму ПТАО. Цю програму визнано економічно ефективним заходом, що відіграє ключову роль у зниженні передачі ВІЛ-інфекції та вірусного гепатиту С (ВГС), а також у стабілізації здоров'я та соціального життя тисяч людей.

З моменту свого започаткування у 2004 році за донорської підтримки програма ПТАО перейшла на значне державне фінансування, а з 2020 року її послуги включено до Програми медичних гарантій. Станом на 30 червня 2025 року ПТАО по всій Україні отримували загалом 33 029 пацієнтів⁸⁸. Це означає зростання кількості пацієнтів на 6,9% порівняно з другим півріччям 2024 року (Рис. 11).⁸⁹ Послуги надаються у комунальних (21 974 пацієнти), приватних (10 485 пацієнтів) та пенітенціарних (570 пацієнтів) закладах охорони здоров'я (Рис. 12). Основний препарат, який отримують понад 88 % пацієнтів як у комунальному, так і в приватному секторах, - метадон.

Рис. 11. Кількість пацієнтів, включених до програми ПТАО у 2020-2025 роках



⁸⁸ Звіт щодо опіоїдної замісної терапії (ОЗТ), психічного здоров'я та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, за перше півріччя 2025 року

⁸⁹ Іванчук Ірина. СТАН ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ СТАНОМ НА 1 КВІТНЯ 2025 РОКУ. Презентація для місії ВООЗ, 24 вересня 2025 року.

Рис. 12. Розподіл пацієнтів між приватними та комунальними закладами охорони здоров'я



Повномасштабне російське вторгнення суттєво вплинуло на надання послуг. Воно не лише створило величезні виклики, але й стимулювало швидку адаптацію. Наприклад, щоб забезпечити безперервність лікування для внутрішньо переміщених пацієнтів, терміни видачі препаратів для самостійного прийому збільшили до 30 днів. Попри війну, програма виявила надзвичайну стійкість: вона продовжує залучати нових пацієнтів та розширювати своє охоплення. Цей курс на розширення підтверджує і державна політика. Національна стратегія ставить за мету збільшити охоплення ПТАО до 40% до 2030 року, а операційний план Стратегії державної політики щодо наркотиків прагне охопити лікуванням 68 595 пацієнтів до того ж року^{Помилка! Закладку не визначено.}. Це число, ймовірно, базується на застарілих оцінках чисельності ЛВІН.

5.2 Досягнення

ПТАО в Україні демонструє значний прогрес та інноваційність. Цьому сприяють сприятливе нормативно-правове середовище, розширення послуг та чіткий акцент на допомозі, орієнтованій на потреби пацієнта.

Сприятлива нормативно-правова база та підтримка з боку держави

Держава продемонструвала чітку політичну підтримку ПТАО, що втілюється у сприятливих нормативних актах та повному державному фінансуванні медикаментів і послуг через Програму медичних гарантій. Ключові реформи усунули значні перешкоди для доступу до лікування. Зокрема, зміни до наказу МОЗ № 200 дозволили лікарям будь-якої спеціальності надавати послуги ПТАО, запровадили відпуск препаратів за рецептом та надали можливість приватним закладам долучитися до програми. Крім того, скасування так званого радянського «наркологічного обліку» стало вирішальним кроком для зменшення стигми та заохочення людей звертатися по допомогу.

У 2025 році було затверджено нові та оновлені стандарти медичної допомоги при розладах, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (SUD), що ще більше наблизило національну практику до міжнародних рекомендацій. Оновлений стандарт «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» (затверджений 11 липня 2025 року) визначає комплексний обсяг медичних послуг, які зобов'язані надавати заклади ПТАО. Він зосереджений на

пацієнтоорієнтованому підході, що поєднує медикаментозне лікування з інтегрованими медичними та соціально-психологічними послугами.

Розширення програми та підвищення доступу до лікування

Кількість пацієнтів ПТАО постійно зростає, сягнувши 33 029 осіб станом на середину 2025 року. Таке зростання підкріплене розширенням мережі закладів, що надають послуги. Лише за перше півріччя 2025 року вісім нових комунальних закладів охорони здоров'я почали надавати послуги ПТАО, і до кінця року планується подальше розширення мережі.

Значним досягненням стало розширення ПТАО у пенітенціарній системі. Програма, запроваджена у 2021 році, розширилася до 21 сайту в установах виконання покарань та станом на 2025 рік охоплює 570 пацієнтів; планується її подальше розширення⁹⁰. Це особливо важливо, враховуючи, що 8% осіб, позбавлених волі, є ВІЛ-позитивними. Забезпечення безперервності лікування є вкрай важливим для людей, які потрапляють до пенітенціарної системи та звільняються з неї. Для тих, хто потрапляє за ґрати, вже діє механізм, який гарантує, що особи, які отримували ПТАО на волі, продовжать лікування після затримання. Водночас забезпечення безперервності допомоги після звільнення є ключовим національним пріоритетом. Стратегія державної політики щодо наркотиків передбачає розробку комплексних програм підготовки до звільнення та підтримки після нього. Мета – створити ефективну систему перенаправлення для безперервного лікування та реабілітації після виходу з місця виконання покарань⁹¹.

Інноваційне надання послуг та пацієнтоорієнтований підхід

В Україні впроваджують інноваційні, пацієнтоорієнтовані моделі надання послуг. Зокрема, поширена практика видачі препаратів для самостійного прийому стала ключовим елементом, що забезпечив гнучкість та стійкість програми, особливо під час пандемії COVID-19 та повномасштабної війни. Наразі 93,2% пацієнтів отримують ліки для самостійного прийому³, що зменшує навантаження на медичні заклади та дає людям більше часу для соціальної й економічної активності. Таке широке впровадження є значним кроком уперед, але воно потребує ретельного моніторингу та мінімізації потенційних ризиків (передозування, нецільове використання чи зловживання препаратами). Це необхідно для гарантування безпеки пацієнтів та належного функціонування програми.

Успішною інновацією стало відеоконтрольоване лікування (ВКТ), запроваджене в межах пілотного проекту. Дослідження 2023 року підтвердило, що цей метод є дієвим та ефективним: 97,1% запланованих відеосеансів відбулися успішно⁹². Переважна більшість пацієнтів (82,9%) позитивно оцінили свій досвід використання ВКТ, а 87% згодом успішно перейшли на самостійний прийом ліків. Пацієнти зазначили, що ВКТ допоміг їм дотримуватися режиму лікування та зекономив час на поїздки, адже багато хто витрачає понад годину на дорогу до медичного закладу.

Залучення до лікування та висока задоволеність пацієнтів

90 ЦГЗ. (2025). Звіт про замісну підтримувальну терапію (ЗПТ), психічне здоров'я та розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, за перше півріччя 2025 року.

91 Уряд України. (2025). *Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2030 року*. Київ: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2025 року. № 920-р.

92 Карагодіна Є.Г. (2023). ОЦІНКА ТЕЛЕМЕДИЦИНИ ТА ВІДЕОСУПРОВОДУ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ЗПТ. Звіт про якісне дослідження на замовлення ЦГЗ, Київ.

Державні заклади ПТАО демонструють високі показники тестування на інфекційні хвороби та ефективно залучення пацієнтів до медичної допомоги. Серед учасників програми, які живуть з ВІЛ, охоплення АРТ у державних закладах становить 98,1%, що свідчить про ефективну інтеграцію послуг. Рівень задоволеності пацієнтів послугами ПТАО залишається стабільно високим. Опитування, проведене в серпні 2025 року, показало, що загальний рівень задоволеності сягнув 84%, перевищивши цільовий показник у 70%⁹³. Пацієнти високо оцінили компетентність лікарів і медсестер, якість медичної допомоги та ставлення персоналу. За їхніми відгуками, довіра між ними та медиками зростає від початку повномасштабної війни, оскільки вони бачать, яких надзвичайних зусиль докладає персонал для забезпечення безперервності лікування.

5.3 Проблемні питання

Незважаючи на успіхи, програма ПТАО стикається з низкою значних викликів, пов'язаних із кадровим забезпеченням, фінансуванням, якістю послуг у приватному секторі та поширеною стигматизацією.

Кадровий дефіцит та низька мотивація надавачів послуг

Дефіцит кваліфікованих фахівців, зокрема, психіатрів та наркологів, є головною перешкодою для розширення послуг ПТАО. Ця проблема значно загострилася через повномасштабне вторгнення Росії та появу нових пріоритетів у системі охорони здоров'я. Водночас інтеграція ПТАО у заклади первинної медичної допомоги (ПМД) є ефективним рішенням для подолання дефіциту фахівців – ця модель уже довела свою дієвість у попередніх пілотних проектах⁹⁴. Однак залученість закладів ПМД до програми залишається низькою, що частково зумовлено економічними та мотиваційними чинниками. Хоча НСЗУ фінансує послуги у сфері ВІЛ та ПТАО через спеціальні пакети, капітаційні ставки були затверджені багато років тому і можуть не повною мірою відображати поточні витрати. Через це надання таких послуг може бути економічно непривабливим для деяких медичних працівників. Ситуацію ускладнює стійка стигма: фахівці відзначають небажання деяких колег працювати з пацієнтами, яких вони сприймають як «складну та маргіналізовану» групу. Сукупність цих фінансових і соціальних чинників ускладнює залучення та утримання персоналу. Це, у свою чергу, не дозволяє системі охорони здоров'я повною мірою реалізувати потенціал закладів ПМД для розширення програми.

Якість надання медичної допомоги та нагляд у приватних клініках

Хоча залучення приватних клінік допомагає розширити охоплення, воно також створює значні виклики щодо якості медичної допомоги та нагляду. Багато приватних закладів не співпрацюють з державною системою, не надають даних про кількість пацієнтів та не звітують через національну інформаційну систему, що є порушенням нормативних вимог. Це створює ризик того, що пацієнти отримуватимуть ліки одночасно і в державних, і в приватних закладах, підвищуючи ризик їх перенаправлення на нелегальний ринок.

93 ЦГЗ. (2025). Задоволеність послугами замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). Київ.

94 Machavariani E, Bromberg DJ, Dumchev K, Esserman D, Earnshaw VA, Pykalo I, Filippovich M, Ivasiy R, Ahmad B, Long J, Haddad MS, Madden LM, Oliveros D, Dvoriak S, Altice FL. Decrease in provider stigma is associated with improved quality health indicators among individuals receiving methadone in primary care centers in Ukraine [Зниження стигми з боку постачальників послуг пов'язане з покращенням показників якості здоров'я серед осіб, які отримують метадон у центрах первинної медичної допомоги в Україні] // Int J Drug Policy. 2025 Feb;136:104682. doi: 10.1016/j.drugpo.

Крім того, багато приватних закладів не надають таких важливих комплексних послуг, як психосоціальна підтримка або скринінг на інфекційні захворювання. Надходять повідомлення про недотримання протоколів стабілізації, зокрема, про негайну видачу препаратів для прийому вдома та, що особливо важливо, про одночасне призначення психоактивних препаратів. Як повідомляється, останню практику застосовують для полегшення роботи персоналу, заспокоюючи пацієнтів, які вважають такий комбінований ефект бажаним, - стратегія, що може ставити зручність персоналу вище за клінічні потреби.

Посилення взаємозв'язків для інтеграції психічного здоров'я

З початком війни спостерігається очікуване зростання проблем із психічним здоров'ям серед пацієнтів ПТАО, зокрема, депресії та ПТСР. Задоволення цих супутніх потреб є пріоритетним завданням. Національні стандарти чітко вимагають від надавачів послуг ПТАО регулярно проводити скринінг пацієнтів на наявність депресії, тривожних розладів та інших психічних станів. Проте залишаються виклики у забезпеченні того, щоб пацієнти, виявлені під час скринінгу, отримували комплексну допомогу, якої вони потребують.

Проблема не обов'язково полягає в структурі фінансування; насправді, поточна модель фінансування, за якою лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, та послуги з психічного здоров'я покриваються різними пакетами, дозволяє закладам отримувати фінансування з кількох джерел, що підтримує їхню фінансову стійкість. Об'єднання їх в єдиний обов'язковий пакет може призвести до зменшення кількості відповідних надавачів послуг та обмеження загального фінансування. Натомість, складність полягає в операційній координації.

Хоча наркологи відповідають за первинний скринінг, основною перешкодою є налагодження ефективних механізмів направлення та координації між наркологами та фахівцями у сфері психічного здоров'я. Наразі зв'язки між цими службами можуть бути фрагментованими. Посилення спроможності надавачів послуг ПТАО не лише проводити скринінг, а й ефективно направляти пацієнтів до спеціалізованої допомоги у сфері психічного здоров'я, а також зміцнення співпраці між цими структурами, має вирішальне значення для того, щоб пацієнти отримували комплексну підтримку.

Збалансування вибору медикаментів та поінформованості пацієнта

В Україні призначення метадону значно переважає над призначенням бупренорфіну. На такий розподіл впливають комплексні чинники, зокрема, вподобання пацієнтів: метадону часто надають перевагу через його специфічні фармакологічні властивості та відчутну придатність для довготривалої стабілізації.

Однак для забезпечення повноцінного пацієнтоорієнтованого підходу вкрай важливо, щоб цей розподіл відображав поінформований вибір, а не звичку чи брак обізнаності. Бупренорфін має особливий профіль безпеки і може краще підходити пацієнтам із менш тяжкою залежністю або тим, хто прагне інших результатів лікування. Наявний дисбаланс свідчить про необхідність покращення комунікації та роз'яснювальної роботи. Можливо, існує прогалина в інформуванні, яка заважає деяким пацієнтам розглядати бупренорфін як варіант. Розширення освітніх заходів як для клініцистів, так і для пацієнтів щодо переваг бупренорфіну могло б допомогти забезпечити, щоб

рішення про лікування були справді індивідуалізованими та відповідали різноманітним потребам пацієнтів.

Поширена стигма та дезінформація

Міфи та стигма навколо ПТАО залишаються значною перешкодою для розширення програми та залучення пацієнтів. Багато людей досі помилково бояться постановки на «наркологічний облік», який давно скасовано. Це свідчить про гостру потребу в активнішій інформаційно-роз'яснювальній роботі. Низький попит, спричинений дезінформацією та недовірою до ефективності лікування, уповільнює розширення програми та перешкоджає досягненню національних цілей з охоплення допомогою.

5.4 Рекомендації

Для закріплення успіхів програми, розв'язання наявних проблем та подальшого розширення охоплення якісною допомогою пропонуються такі рекомендації.

Рекомендації щодо покращення якості послуг ПТАО та розширення охоплення	Пріоритет	Виконавець	Термін виконання		
			2026	2027-2028	2030
I. Розширення доступу та залучення надавачів послуг			2026	2027-2028	2030
1. Активізувати залучення закладів ПМД через розбудову спроможності та надання підтримки. Зосередити зусилля на нефінансових стимулах для закладів ПМД. Проводити цільові інформаційні кампанії для медичних працівників, щоб зменшити стигму, пов'язану з пацієнтами ПТАО. Надавати технічну допомогу новим закладам, що впроваджують ПТАО. Розширювати навчальні програми для медиків, фокусуючись на доказовій ефективності ПТАО, клінічній природі залежності та перевагах підходу зменшення шкоди. Мета: подолати упередження щодо роботи з уразливими групами пацієнтів та створити для пацієнтів сприятливе, недискримінаційне середовище	Високий	Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), Національна служба здоров'я України (НСЗУ)	x	x	
2. Посилити роль організацій громадянського суспільства (ОГС) у протидії стигмі та заохоченні до лікування. Підтримувати ОГС у	Високий	Організації громадянського суспільства (ОГС), МОЗ,	x	x	

<p>проведенні цільових інформаційних кампаній для підвищення попиту на лікування. Впроваджувати спеціальні освітні заходи за принципом «рівний-рівному» для безпосереднього спростування поширених міфів, зокрема, щодо страху перед «наркологічним обліком» та хибних уявлень ефективність лікування. Масштабувати аутріч-роботу ОГС для залучення нових пацієнтів, оскільки їхній поточний внесок у цьому напрямі обмежений. Проводити навчання для рівних консультантів з надання точної клінічної інформації та забезпечення активного супроводу («навігації») пацієнтів до закладів лікування з метою подолання розриву між першим контактом та зарахуванням на лікування.</p>		<p>Центр громадського здоров'я (ЦГЗ)</p>			
<p>3. Провести доказовий аналіз потенціалу мобільних клінік.</p> <p>Рекомендується зробити переоцінку потенціалу мобільних клінік. Попри занепокоєння щодо ризиків та економічної ефективності, необхідно провести цільовий аналіз та порівняльне дослідження мобільних пунктів ПТАО з альтернативними моделями (напр., стаціонарними). Рішення про впровадження мобільної моделі має ґрунтуватися на результатах цієї об'єктивної оцінки</p>	<p>Середній</p>	<p>МОЗ, НСЗУ, ОГС</p>		<p>x</p>	
<p>II. Покращення якості та інтеграція допомоги</p>					
<p>4. Посилити контроль якості та нагляд. Запровадити обов'язкову звітність у реальному часі до національної інформаційної системи для всіх надавачів послуг (включно з приватними). Проводити регулярні</p>	<p>Високий</p>	<p>МОЗ, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужба)</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>

аудити для перевірки дотримання клінічних протоколів					
5. Посилити інтеграцію з послугами у сфері психічного здоров'я. Зміцнити клінічну координацію між наркологічною службою та спеціалізованими службами психічного здоров'я. Створити чіткі та оптимізовані маршрути пацієнта, щоб у разі виявлення супутніх розладів (напр., депресії, ПТСР) він отримував безперервну та скоординовану допомогу	Середній	МОЗ, НСЗУ	x	x	
6. Сприяти пацієнтоорієнтованому підходу до вибору препаратів. Впровадити освітні ініціативи для лікарів та пацієнтів щодо переваг метадону та бупренорфіну. Це допоможе сформувати модель спільного ухвалення рішень, де вибір препарату ґрунтується на індивідуальних потребах пацієнта, а не на усталених практиках закладу	Середній	МОЗ, ЦГЗ, профільні медичні асоціації	x	x	
III. Модернізація підходів до лікування та безпеки			x	x	
7. Масштабувати застосування бупренорфіну ін'єкційного тривалої дії (БІТД). На основі успішного пілотного проекту розширити доступ до БІТД по всій країні. Це зменшить тягар щоденних візитів до клініки, покращить прихильність до лікування та суттєво знизить ризик нецільового використання препарату, пов'язаного з пероральними формами	Середній	МОЗ, НСЗУ, міжнародні донори			
8. Посилити протоколи безпеки щодо видачі препарату для самостійного прийому. Розробити та впровадити стандартизовані інструменти оцінки ризиків, щоб допомогти лікарям ідентифікувати пацієнтів, схильних до передозування чи нецільового використання препарату. Розробити	Високий	МОЗ, експертні групи	x		

стратегії пом'якшення ризиків для нестабільних пацієнтів (напр., частіший моніторинг, коротші інтервали видачі), щоб збалансувати гнучкість лікування та безпеку					
9. Розширити доступ до налоксону для запобігання передозуванням. Запровадити комплексну програму видачі налоксону додому (Take-Home Naloxone). Проактивно видавати набори з налоксоном усім пацієнтам ПТАО, особливо на початку лікування та після звільнення з місць позбавлення волі. Організувати навчання з розпізнавання передозування та використання налоксону для пацієнтів, їхніх родин та соціального оточення з метою створення ширшої мережі безпеки	Високий	МОЗ, ОГС, надавачі ПМД	x		

6. Сприятливе середовище: права, гендер, громади

Створені на рівні громад системи є однією з ключових складових національної відповіді України на поширення ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів ІПСШ. Представники спільнот та організації громадянського суспільства (ОГС) здійснюють вагомий внесок у впровадження практично всіх медичних і структурних втручань, рекомендованих ВООЗ для ключових груп населення. Окрім надання медичних і психосоціальних послуг та скринінгу на інфекційні захворювання, представники спільнот відіграють провідну роль у реалізації таких структурних втручань, як: адвокація сприятливого законодавства, політик і фінансування; заходи, спрямовані на декриміналізацію моделей поведінки, властивих ключовим групам населення (зокрема, вживання та зберігання наркотиків, надання сексуальних послуг тощо); зменшення стигми та дискримінації; сприяння доступності та прийнятності послуг для ключових груп населення; а також протидія гендерно зумовленому насильству.

Надання послуг ОГС ґрунтується на моделях, орієнтованих на потреби громад та керованих їхніми представниками, що доповнюють і підсилюють систему громадського здоров'я. Наявні підходи, орієнтовані на громади, охоплюють: надання послуг у стаціонарних і мобільних пунктах (включно з мобільними амбулаторіями), тестування на базі громад, виявлення випадків ВІЛ-інфекції, ТБ та вірусних гепатитів, ініціацію лікування та підтримку прихильності до нього (включно з психосоціальним супроводом), моніторинг і дослідження під керівництвом та силами спільнот, а також адвокацію комплексних пакетів послуг і сталості їх надання.

Низка надзвичайних ситуацій, зокрема, пандемія COVID-19, а згодом повномасштабне вторгнення, спричинили значний тиск на систему охорони здоров'я та державну програму протидії ВІЛ-інфекції, але водночас засвідчили стійкість та адаптивність створених на рівні громад систем. ОГС оперативно розширили свою діяльність за межі протидії ВІЛ-інфекції для задоволення нагальних гуманітарних потреб як ключових груп, так і населення загалом. Використовуючи наявну інфраструктуру (дроп-ін центри, мобільні амбулаторії, аутріч-команди) та людські ресурси, вони організовували гуманітарні конвої, підтримували впровадження телемедицини та інших ІТ-рішень, а також долучалися до заходів з відновлення. Їхня діяльність охоплювала транспортування кількох тисяч тонн гуманітарних вантажів, закупівлю та доставку продуктових і гігієнічних наборів, облаштування прихистків для внутрішньо переміщених осіб, а також забезпечення безперервності доставки препаратів АРТ, ліків проти ТБ та інших життєво необхідних медичних товарів до найбільш постраждалих громад та у важкодоступні регіони.

Організації людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), також відіграють ключову роль під час війни. Вони провадять свою діяльність скрізь, де це можливо, підтримуючи людей, які живуть з ВІЛ та є вразливими до ВІЛ-інфекції, захищаючи їхні права (зокрема, через надання правової допомоги постраждалим від сексуального насильства) та забезпечуючи їх психологічною підтримкою. Вони сприяють екстреній евакуації та тимчасовому розміщенню, організують доставку АРТ до «гарячих точок», забезпечують транспортування для пацієнтів, а також проводять тестування на ВІЛ-інфекцію (включно з індексним тестуванням та тестуванням на ВІЛ-інфекцію/ВГС) і розповсюджують набори для самотестування. Мережі ЛЖВ мобілізували жертви в Україні та на міжнародному рівні для підтримки людей, які постраждали внаслідок окупації та бойових дій, а також медичних працівників і закладів охорони здоров'я.

Досягнення

В Україні діють розгалужені мережі неурядових та громадських організацій, що представляють майже всі ключові групи населення (ЛВІН, люди, які надають сексуальні послуги, ЧСЧ, транс*люди, особи, позбавлені волі, ветерани та інші). За останнє десятиліття було здійснено значні інвестиції у розвиток лідерства, навичок адвокації та зміцнення організаційної спроможності. Ці заходи сприяли розбудові потенціалу спільнот для участі в політичному діалозі, роботи в технічних робочих групах, формування національних стратегій та донесення науково обґрунтованої інформації як до осіб, що ухвалюють рішення, так і до спільнот, яких торкнулась проблема захворювань. На сьогодні представники спільнот на постійній основі залучені до формування політики, моніторингу національних програм та мобілізації зусиль для забезпечення фінансування і проведення правових реформ.

Моніторинг під керівництвом та силами спільнот (МКСС) було запроваджено, і він поступово набуває системного характеру, охоплюючи доступ до послуг, якість допомоги, досвід отримання послуг та випадки порушення прав. Інструменти та механізми звітування МКСС використовуються для документування бар'єрів у режимі реального часу та надання структурованих даних національним і регіональним платформам, відповідальним за ухвалення рішень. З початком повномасштабного вторгнення сферу застосування МКСС було розширено для охоплення проблем, пов'язаних із переміщенням населення, зокрема, забезпечення безперервності лікування та профілактичних послуг для внутрішньо переміщених осіб і біженців, порушень у системах перенаправлення пацієнтів та ризиків у сфері захисту. Це дозволило оперативно виявляти прогалини в наданні послуг та стало основою для коригування програм як державними, так і недержавними надавачами послуг.

Проблемні питання

Хоча механізми моніторингу під керівництвом та силами спільнот (МКСС) було посилено, і вони дедалі частіше формують структуровані дані та звіти, їхня інтеграція в офіційні національні системи МіО та координації залишається частковою. Висновки МКСС ще не інтегруються на системній основі у стандартні інформаційні панелі, огляди ефективності чи цикли ухвалення рішень на національному та обласному рівнях. Це обмежує можливість систематично трансформувати дані, зібрані спільнотами щодо доступу, якості та порушень прав, у програмні чи нормативно-правові зміни, а також ставить під сумнів довгострокову інституційну та фінансову сталість платформ МКСС.

Результати низки інтерв'ю засвідчили недостатнє та фрагментарне фінансування діяльності з розширення прав і можливостей спільнот, адвокації та правозахисту. Основні напрями, як-от розвиток лідерства, правова грамотність, стратегічні комунікації та розбудова рухів, часто фінансуються на короткостроковій, проектній основі. Це послаблює сталість залучення, знижує спроможність мереж утримувати кваліфікованих фахівців та обмежує їхню здатність оперативно реагувати на нові виклики (наприклад, появу обмежувальних нормативних актів, зміну поліцейських практик чи збоїв в наданні послуг).

Хоча представники спільнот формально залучені до багатосекторальних органів ухвалення рішень та процесів планування програм (напр., КМК, технічні робочі групи, національні та регіональні цільові групи), вони повідомляють, що в деяких випадках їхні пропозиції не знаходять належного відображення у фінальних рішеннях або механізмах реалізації. Цей відчутний розрив між участю та впливом може призвести до «втоми від консультацій» та створює ризик підриву довіри. Посилення механізмів зворотного зв'язку, документування врахування рекомендацій від спільнот та спільне відстеження подальших дій сприяли б підвищенню ефективності та авторитетності партисипативних механізмів.

Правове та політичне середовище і надалі створює структурні бар'єри. Ключові групи населення, як і раніше, стикаються з ризиками, пов'язаними з криміналізацією вживання та зберігання наркотиків, надання сексуальних послуг та передачі ВІЛ-інфекції, а також із відповідними адміністративними правопорушеннями. Такі нормативно-правові рамки сприяють переслідуванню з боку правоохоронних органів, посилюють страх розкриття статусу та небажання звертатися за послугами з профілактики, тестування чи лікування, особливо серед найбільш маргіналізованих груп. Вони також обмежують можливості громадських організацій відкрито працювати, розширювати послуги та масштабувати втручання за принципом «рівний-рівному».

Стигма та дискримінація в закладах охорони здоров'я та соціального обслуговування щодо ключових груп населення, людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та пацієнтів ПТАО залишаються значною проблемою. До задокументованих проблем належать упереджене ставлення, порушення конфіденційності, відмова в наданні послуг, а також неналежна або застаріла клінічна практика. Такі інциденти безпосередньо стримують звернення за послугами, затримують діагностику й початок лікування та підбивають прихильність до терапії. Щоб система охорони здоров'я повною мірою підтримувала рівний доступ для всіх спільнот, необхідно розширювати програми зі зменшення стигми, забезпечувати безперервний професійний розвиток та впроваджувати дієвіші механізми притягнення до відповідальності за порушення прав.

Рекомендації

Рекомендації щодо поліпшення політичного середовища та зміцнення систем громад у сфері протидії ВІЛ-інфекції	Пріоритет	Виконавець	2026	2027–2028	2030
Забезпечити систематичний зв'язок даних МКСС із національними та регіональними механізмами МіО та координації; налагодити зворотний зв'язок і підзвітність; забезпечити широке представництво регіонів	Високий	МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ, обласні ЦКПХ, КМК, національні мережі КГ/ЛЖВ, ОГС	Картувати наявні ініціативи МКСС; узгодити ключові індикатори МСК; пілотувати регулярне представлення даних МКСС на національних/обласних координаційних нарадах	Інтегрувати індикатори МКСС у стандартні інформаційні панелі та огляди; розширити охоплення МКСС на недостатньо представлені області та ключові групи; формалізувати механізми зворотного зв'язку та плани реагування	Повна інтеграція моніторингу під керівництвом та силами спільнот (МКСС) у національні цикли МіО та координації; періодичний перегляд і оновлення інструментів та індикаторів МКСС
Забезпечувати ініціативи спільнот належними ресурсами та підтримкою для впровадження планів переходу й адаптації до змін у державній політиці та законодавстві, зокрема, на регіональному рівні	Високий	МОЗ, Міністерство фінансів, КМК, Глобальний фонд, РЕПФАР, інші донори, національні мережі ОГС/КГ, НСЗУ	Визначити пріоритети громадських систем у заявці ГС-2030 та ГФ 2026; розробити напрями основного фінансування для координації спільнот, МКСС, адвокації та правової підтримки	Поступово збільшувати прогнозоване фінансування для заходів реагування, що впроваджуються під керівництвом та силами спільнот (включно з регіональним рівнем); пілотувати внутрішнє співфінансування та/або укладення договорів з НСЗУ, де це доцільно	Функції під керівництвом та силами спільнот (МКСС, адвокація, правова підтримка, координація), що суттєво фінансуються з внутрішніх джерел та інтегровані в поточне планування та бюджетування
Зменшити правові та політичні бар'єри, які обмежують доступ та посилюють	Високий	Верховна Рада, Мін'юст, МОЗ, МВС, прокуратура	Провести правовий та політичний огляд за участі громадськості; розробити	Поетапно впроваджувати узгоджені зміни до законодавства та політики;	Проаналізувати досягнутий прогрес і наявні прогалини; консолідувати захисні правові

нерівність (зокрема, через декриміналізацію вживання та зберігання наркотичних речовин, надання сексуальних послуг, передачі ВІЛ-інфекції)		Уповноважений з прав людини, мережі ключових груп населення та людей, які живуть з ВІЛ, правозахисні ОГС	дорожню карту реформи законодавства та політики з визначеними строками	узгоджувати правоохоронну та прокурорську практику з цілями громадського здоров'я; відстежувати вплив із залученням громадськості	норми та гарантії недопущення регресу
Протидіяти стигмі та дискримінації, зумовленим ВІЛ-інфекцією, у закладах охорони здоров'я, правоохоронних органах, пенітенціарних установах та соціальних службах (шляхом проведення навчань та інтеграції відповідних стандартів до систем забезпечення якості надання послуг)	Високий	МОЗ, професійні асоціації, МВС, пенітенціарна служба/Мін'юст, Мінветеранів, органи соціального захисту, мережі КГ та ЛЖВ	Розробити стандартизовані тренінгові пакети зі зменшення стигми та прав людини; узгодити індикатори та вимоги до якості надання послуг/акредитації	Розгорнути навчання по всій країні (не обмежуючись фахівцями з ВІЛ); інтегрувати показники зменшення стигми та дотримання прав у контроль якості допомоги, нагляд та акредитацію; забезпечити функціонування механізмів подання скарг та правового захисту	Інституціоналізація зменшення стигми як невід'ємного компонента підготовки та підвищення кваліфікації, а також забезпечення якості послуг; періодичне вимірювання та публічне звітування щодо показників стигми

7. Висновки

Заходи, що вживаються Україною у сфері протидії ВІЛ-інфекції та надання ПТАО, є одними з провідних у Європейському регіоні ВООЗ, попри значні перешкоди, спричинені повномасштабною війною. Надійна політична та інституційна основа, закріплена в Державній стратегії до 2030 року (ДС-2030), ефективна діяльність національного замовника послуг (НСЗУ), спроможні інституції громадського здоров'я (ЦГЗ та обласні ЦКПХ) і налагоджена співпраця з міжнародними партнерами та громадськими організаціями дозволили країні забезпечувати безперервність надання ключових послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції, ПТАО та зменшення шкоди в умовах надзвичайного навантаження, а також тісно узгоджувати технічні підходи з рекомендаціями ВООЗ.

Огляд засвідчує вагомі досягнення: високий рівень охоплення АРТ і вірусної супресії серед пацієнтів; безперервність та поступове розширення ПТАО; масштабування диференційованих моделей надання послуг, орієнтованих на потреби громад; а також ефективне впровадження інновацій, зокрема, телемедичних платформ, мобільних клінік, практики видачі препаратів на тривалий термін та нових профілактичних технологій, як-от CAB-LA. Істотного прогресу досягнуто в наданні послуг зі зменшення шкоди в установах відбування покарань, а національні інституції продемонстрували спроможність впроваджувати та адмініструвати донорські програми та виконувати функції із закупівель. Організації громадянського суспільства та спільнот залишаються невід'ємними партнерами у сфері розширення охоплення послугами, підтримки прихильності до лікування та надання послуг ключовим і вразливим групам населення.

Водночас ці здобутки є крихкими та потребують неослабної уваги. Руйнування інфраструктури внаслідок війни, внутрішнє переміщення населення та економічні труднощі поглибили регіональну нерівність і створили додаткове навантаження на вже обмежені кадрові ресурси системи охорони здоров'я. Діяльність у сфері профілактики та охоплення послугами (особливо для ключових груп населення, осіб в установах відбування покарань та нових цільових груп, як-от споживачі нових психоактивних речовин) досі значною мірою залежить від зовнішнього фінансування. Подальше зміцнення інформаційних систем, тісніше узгодження моніторингу та оцінки з регіональними планами дій, а також повніша звітність про шляхи передачі інфекції посилили б спроможність здійснювати моніторинг ефективності програм і коригувати заходи втручання. Подальший прогрес в інтеграції послуг на рівні ПМД, децентралізації послуг з протидії ВІЛ-інфекції та надання ПТАО, а також у забезпеченні взаємосумісності даних між областями матиме вирішальне значення для послідовності та сталості заходів реагування у масштабах усієї країни.

Надалі стратегічним пріоритетом має стати збереження та примноження досягнень Державної програми протидії ВІЛ-інфекції в умовах обмежених фінансових ресурсів і тривалих безпекових ризиків. Це вимагатиме: забезпечення державного фінансування для ключових функцій у сферах протидії ВІЛ-інфекції, надання ПТАО та громадського здоров'я; оновлення тарифів і тіснішої інтеграції відповідних послуг у пакети ПМД; прискорення кадрових реформ і розвитку потенціалу обласних ЦКПХ та команд ЦГЗ; завершення інтеграції систем стратегічної інформації та узгодження системи МіО з регіональними планами дій ВООЗ; а також розроблення конкретних планів переходу для профілактичних заходів, що фінансуються донорами, зокрема, в установах відбування покарань. Підтримка структурованого залучення НУО та мереж спільнот, а також

усунення правових і пов'язаних зі стигмою бар'єрів (зокрема, криміналізації вживання наркотиків) матиме ключове значення для підтримання рівня охоплення послугами ключових груп населення.

Результати цього огляду мають стати основою для перегляду планів реалізації ДС-2030 та підготовки заявки України на фінансування до Глобального фонду на 2026 рік, з чітким наголосом на забезпеченні стійкості, справедливості та довгострокової сталості заходів у відповідь на епідемії у сфері ВІЛ-інфекції та ТБ.

Додаток 1. Технічне завдання на проведення комплексного огляду національних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, підтримувальної терапії агоністами опіоїдів, туберкульозу та вірусних гепатитів в Україні у 2023–2024 роках

Контекст

У сфері громадського здоров'я Україна запровадила комплексний підхід до протидії епідеміям. Так, у 2019 році Кабінет Міністрів схвалив нову єдину Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року (ДС-2030), цілі й цільові показники якої узгоджено з Ціллю сталого розвитку (ЦСР) 3.3. Державна стратегія визнає: *«Ключовим пріоритетом політики у сферах громадського здоров'я та соціального розвитку є профілактика захворювань, що чинять найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив, перешкоджаючи інтеграції до світової та європейської спільнот, а також реалізації Цілей сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй та Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони».*

Цілі Національної стратегії базуються на таких ключових принципах, що визначатимуть всебічний огляд:

- дотримання прав людини та недопущення дискримінації за станом здоров'я, віком, соціальним статусом, сексуальною орієнтацією, ґендерною ідентичністю, родом занять та іншими ознаками і забезпечення рівності, в тому числі ґендерної, та реалізації прав і свобод людини незалежно від цих ознак;
- пріоритетність права на здоров'я, що не лише забезпечує повний, справедливий доступ до медичних послуг, а і створює сприятливі умови для реалізації свого права та проактивної турботи про власне здоров'я та здоров'я свого оточення;
- прозорість та відкритість – надання громадськості інструментів її змістовного залучення та впливу і забезпечення належної підзвітності, а також відповідальності суб'єктів управління;
- ґрунтовність – формування підходів на основі доказових, експертних та об'єктивних даних з усвідомленням послідовності процесів та з урахуванням оптимального використання наявних та потенційних ресурсів;

- проактивність – формування політики та заходів у режимі випередження прогнозованих викликів та із забезпеченням можливості внесення обґрунтованих коректив з метою вдосконалення підходів до реалізації Стратегії;
- вимірюваність та оцінювання – визначення чітких проміжних та кінцевих цілей та завдань, ефективність досягнення яких може бути виміряна та оцінена;
- міжсекторальна співпраця – ефективна взаємодія, координація зусиль та ефективне врядування шляхом розподілу повноважень між виконавцями відповідно до притаманних їм функцій;
- спадкоємність та наступність – збереження орієнтації на цілі та завдання Стратегії незалежно від політичних чи інших чинників, накопичення та передача позитивного досвіду, управлінського, наукового та технічного потенціалу.

Країна поставила перед собою амбітні цілі з розробки програм. У зв'язку з цим повномасштабний огляд поточного стану послуг у сферах протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ, вірусним гепатитам, а також у сфері підтримувальної терапії агоністами опіоїдів є необхідною умовою для ухвалення обґрунтованих управлінських рішень щодо напрямів їхнього подальшого розвитку. Такий огляд має ґрунтуватися на актуальних даних, зокрема, на аналізі синергії програм та практики надання інтегрованих послуг ключовим групам населення. Результати огляду слугуватимуть підґрунтям для вдосконалення програм, визначення пріоритетів, ефективнішого використання ресурсів, розроблення інтегрованих підходів до надання послуг та формування рекомендацій для стратегічного планування на національному рівні. Основними користувачами результатів огляду є Міністерство охорони здоров'я України, національні координатори програм, інші державні установи, міжнародні партнери та донорські організації, науково-дослідні установи, органи місцевого самоврядування, представники громадянського суспільства, а також надавачі медичних і соціальних послуг на національному, регіональному та місцевому рівнях.

Терміни проведення огляду

Огляд стану впровадження заходів у межах національних програм протидії ВІЛ-інфекції, ТБ, вірусним гепатитам та ПТАО за період 2023–2024 років здійснюватиметься поетапно. Його повне завершення заплановано на кінець 2025 року. Терміни виконання кожного етапу огляду вже попередньо визначено.



Етапи огляду

Огляд включатиме такі етапи та компоненти:

- | | |
|------------------------------|---|
| I. Підготовчий етап | <ol style="list-style-type: none"> 1. Підготовка до місії. 2. Визначення основних програмних напрямів і тем, які охопить Огляд. 3. Формування експертної групи (включно із зовнішніми експертами). 4. Інструктаж експертної групи щодо мети, завдань, методології та очікуваних результатів Огляду: ролей та обов'язків членів групи; поточної ситуації в країні перед виїздами на місце. 5. Розроблення та затвердження експертною групою контрольних списків і показників для оцінювання реалізації програми. 6. Розроблення та затвердження експертною групою обсягу вибірки та географічного охоплення відповідно до компонентів перегляду. |
| II. Аналіз документів | <ol style="list-style-type: none"> 7. Збір даних та аналіз відповідних стратегічних і програмних документів. 8. Обговорення результатів аналізу документів в експертній групі. 9. Розроблення порядку денного для віртуальних зустрічей та інтерв'ю. |

- III. Віртуальна місія**
10. Вступний брифінг для МОЗ, ЦГЗ та інших ключових зацікавлених сторін щодо мети, завдань, методології та очікуваних результатів Огляду; представлення експертної групи.
 11. Віртуальний огляд (ВІЛ, гепатити, ПТАО) та гібридний огляд (ТБ).
 12. Підбиття попередніх підсумків для формулювання основних висновків та рекомендацій.
 13. Інклюзивні консультації із зацікавленими сторонами для обговорення основних висновків та початкових рекомендацій перегляду.
 14. Брифінг для Міністра охорони здоров'я та/або вищого керівництва МОЗ щодо основних висновків і початкових рекомендацій.
- IV. Підготовка звіту**
15. Узагальнення висновків і рекомендацій та розроблення підсумкового звіту.
 16. Узгодження та фіналізація звіту за результатами Огляду.
 17. Поширення звіту.

Планування віртуальних візитів

Візити на національному рівні

Ключові зацікавлені сторони для проведення інтерв'ю:

- відповідні керівники програм та інший залучений персонал;
- представники вищого керівництва Міністерства охорони здоров'я;
- національний координаційний механізм/орган, що відповідає за програми;
- дотичні установи системи охорони здоров'я (регуляторні, науково-дослідні, закупівельні);
- представники інших міністерств та державних відомств, зокрема, парламентарі;
- організації громадянського суспільства, їхні платформи та представники спільнот, яких торкнулася проблема;
- зацікавлені групи (професійні асоціації, правозахисні організації, спілки пацієнтів);
- академічні установи, зокрема, заклади медичної освіти та науково-дослідні інститути, а також окремі експерти;
- партнери з розвитку (технічні агенції, донори та інші).

Візити на регіональному рівні

Ключові зацікавлені сторони для проведення інтерв'ю:

- керівники програм та інший персонал;
- керівництво регіону та представники інших секторів;
- надавачі послуг у сфері громадського здоров'я;
- інші надавачі медичних послуг;
- організації громадянського суспільства та спільноти, яких торкнулися захворювання;
- зацікавлені групи (жінки, чоловіки та молодь);
- лідери громадської думки.

Візити до закладів охорони здоров'я

Ключові зацікавлені сторони для проведення інтерв'ю:

- керівник закладу або його представник;
- працівники, відповідальні за програму та її окремі напрями;
- надавачі медичних послуг (персонал закладу та інші);
- пацієнти та клієнти (за умови отримання інформованої згоди);
- люди, яких торкнулися захворювання;
- представники ключових груп населення;
- інші бенефіціари;
- члени дорадчих та наглядових органів закладу.

Візити на рівні спільноти/громади

Ключові зацікавлені сторони для проведення інтерв'ю:

- представники місцевого самоврядування;
- лідери громадської думки;
- члени спільноти;
- зацікавлені групи (жінки, молодь, чоловіки, клуби, релігійні організації);
- люди, яких торкнулися захворювання;
- представники ключових груп населення;
- надавачі послуг на рівні громади.

Огляд програмної діяльності у сфері протидії ВІЛ-інфекції

1. Загальна інформація

Станом на 1 квітня 2025 року під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я перебували 135 922 людини, які живуть з ВІЛ. Цей показник становить 331,5 на 100 тис. населення (інтенсивні показники розраховано за даними Державної служби статистики України лише для підконтрольних уряду територій). Згідно з даними офіційної статистики, найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення, як і в попередні періоди, реєстрували в Дніпропетровській (915,0), Одеській (833,5), Миколаївській (699,8) областях та місті Києві (528,5). Порівняно з першим кварталом 2024 року, кількість пацієнтів на диспансерному обліку в Україні зменшилася на 13,5%. Негативну динаміку зафіксовано у 20 областях, зокрема, в Запорізькій (-50,8%), Херсонській (-29,9%), Донецькій (-28,2%), Одеській (-24,5%), а в Луганській – у 7 разів.

У 2024 році до надання послуг із профілактики ВІЛ-інфекції було залучено 29 НУО, які реалізували 87 угод, спрямованих на підтримку СП, ЧСЧ та ЛВІН. Загалом у 2024 році послуги з профілактики ВІЛ-інфекції отримали 304 413 представників ключових груп. Діагностувати ВІЛ-інфекцію та ініціювати АРТ може кожен медичний працівник, який пройшов відповідне навчання. Це сприяє розширенню кола фахівців, здатних проводити тестування, встановлювати діагноз, призначати АРТ та здійснювати клінічний супровід, що збільшує мережу надавачів послуг у країні. У 2023 році програмою ДКП було охоплено 13 147 осіб, що на 4 072 більше, ніж у 2022 році. Серед них 41% становили ЧСЧ, 19% – ЛВІН та 1% – СП. Ці дані свідчать про ефективне розширення доступу до профілактичних послуг для ключових груп населення.

Обсяг тестування на ВІЛ-інфекцію в Україні демонструє сталу тенденцію до зростання: якщо у 2022 році було проведено 1 612 841 тестування, то у 2023 році – 2 250 940, а у 2024 році цей показник сягнув 2,5 мільйона. За даними національної статистики, у 2024 році діагноз ВІЛ-інфекції вперше встановили 10 038 особам, тоді як у 2023 році – 11 658. Значний внесок у збільшення охоплення тестуванням зробили НУО, які проводили тестування серед ключових груп населення шляхом виїзної (аутріч-) роботи, за допомогою мобільних амбулаторій та у спеціалізованих центрах. Станом на 1 січня 2024 року 118 348 осіб, які живуть з ВІЛ-інфекцією (ЛЖВ), отримували АРТ, що свідчить про розширення доступу до лікування. У 2023 році послуги з профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції були доступні у 322 закладах охорони здоров'я по всій країні. Станом на 2024 рік 367 закладів охорони здоров'я уклали договори з Національною службою здоров'я України

(НСЗУ) на надання медичних послуг пацієнтам із ВІЛ-інфекцією. Обсяг послуг із тестування на ВІЛ-інфекцію у 2023 році зріс на 39,6%.

Реформа системи охорони здоров'я, що триває, змінює підходи до організації та фінансування послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції. З 2019 року Україна за кошти державного бюджету закуповує та надає послуги з профілактики ВІЛ-інфекції для ключових груп, а також послуги з догляду та підтримки (ДіП) для ЛЖВ, відповідно до абзацу сьомого пункту 20 частини першої статті 8 Закону України «Про систему громадського здоров'я» та пункту 7 Порядку використання коштів державного бюджету, виділених за програмою «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями». У 2024 році в межах програми ДіП послуги надавали 21 НУО у 24 областях (за винятком Луганської області через тимчасову окупацію та повномасштабне вторгнення Російської Федерації в Україну). Загалом у 2024 році послуги ДіП отримали 22 678 ЛЖВ.

З 24 лютого 2022 року надзвичайна ситуація у сфері охорони здоров'я, зумовлена повномасштабною агресією Російської Федерації, має руйнівний вплив як на здоров'я населення, так і на прогрес у досягненні національних цілей із протидії ВІЛ-інфекції. Наслідки війни для системи охорони здоров'я України вимагають як негайних, так і довгострокових заходів реагування. Попри виклики, спричинені війною, реалізація національних програм триває, адаптуючись до нових реалій та потреб населення.

Міжнародна співпраця відіграє ключову роль, забезпечуючи Україні доступ до найсучасніших методів профілактики та лікування. Подальша реалізація цих програм має вирішальне значення для досягнення контролю над епідемією та поліпшення стану громадського здоров'я. Вагомий внесок у реалізацію програм протидії ВІЛ-інфекції зробила фінансова підтримка Глобального фонду: у грудні 2023 року було погоджено грант на суму понад 165 мільйонів доларів США на 2024–2026 роки для програм протидії ВІЛ-інфекції та ТБ. Ці кошти призначені для медичної підтримки українців, які живуть з ВІЛ-інфекцією та ТБ, а також для протидії соціально значущим захворюванням. Однак на початку 2025 року ситуація змінилася внаслідок перегляду фінансування програм США, зокрема, за підтримки CDC та USAID. В умовах глобальних фінансових викликів та перегляду пріоритетів міжнародної допомоги значну частину грантового фінансування було скорочено або заморожено. Це створює додаткові перешкоди в доступі до послуг у сфері ВІЛ-інфекції та зумовлює необхідність реструктуризації діяльності й пошуку альтернативних джерел фінансування. Скорочення фінансування негативно впливає на діяльність багатьох НУО, що забезпечують соціальний супровід пацієнтів. Відсутність стабільного

фінансування може призвести до зниження показників виявлення випадків ВІЛ-інфекції, збільшення частоти переривання лікування та зростання смертності.

2. Огляд програми

Основна мета огляду – оцінити досягнення та прогалини у впровадженні Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ та вірусним гепатитам на 2020-2030 роки (ДС-2030), а також виконання її цілей та цільових показників. За результатами Огляду буде надано рекомендації для розробки плану дій з урахуванням принципів Політичної декларації ООН щодо ВІЛ-інфекції та СНІДу «Про прискорення заходів для активізації боротьби з ВІЛ-інфекцією та припинення епідемії СНІДу до 2030 року», ухваленої Генеральною Асамблеєю ООН 7 червня, Цілей сталого розвитку (ЦСР) 3.3, регіональних планів дій на 2022-2030 роки щодо подолання СНІДу та елімінації гепатитів й ІПСШ у Європейському регіоні ВООЗ. Огляд також має проаналізувати переривання в наданні послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції, спричинені війною, та запропонувати короткострокові рекомендації для плану відновлення. Результати огляду допоможуть оцінити прогрес у досягненні глобальних і національних цілей та стануть підґрунтям для підготовки наступної заявки на фінансування до Глобального фонду у 2026 році.

Огляд програми з протидії ВІЛ-інфекції буде зосереджено на таких ключових напрямках:

А. Гнучкі та стійкі системи охорони здоров'я

- Оцінити управління національними заходами у відповідь на поширення ВІЛ-інфекції за напрямками протидії вірусним гепатитам та надання послуг з підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО), зокрема, провідну роль, координацію, залучення партнерів і спільнот, міжвідомчу співпрацю та взаємодію з дотичними сторонами.
- Проаналізувати фінансування програм з протидії ВІЛ-інфекції, вірусним гепатитам і ПТАО, пакети послуг та механізми оплати для забезпечення універсального доступу до медичних послуг для ключових груп населення.
- Оцінити вплив скорочення фінансування, здійснені заходи з адаптації, наявні проблеми та розробити рекомендації на майбутнє (зокрема щодо визначення пріоритетних втручань). Проаналізувати наслідки для переходу на державне фінансування та для сталості надання послуг, що їх наразі підтримують донори та держава, а також достатність наявних коштів

порівняно з оцінними потребами для кожного програмного напрямку та потреби у фінансуванні для забезпечення безперервності послуг.

- Проаналізувати кадрове забезпечення у сферах охорони здоров'я та соціального захисту, зокрема, розподіл фахівців, професійний розвиток та чинні вимоги для надання якісної допомоги на всіх етапах.
- Проаналізувати надання послуг організаціями-надавачами у співпраці з закладами первинної медичної допомоги, громадянським суспільством, спільнотами та установами громадського здоров'я, зокрема орієнтованих на потреби людини та диференційованих підходів до надання послуг.
- Оцінити спроможність систем на рівні громад, їхнє залучення до надання послуг та сприятливе середовище для підзвітності.
- Оцінити стійкість реагування на інфекційні захворювання в умовах тривалої кризи та готовність до майбутніх надзвичайних ситуацій та інших епідемій у сфері охорони здоров'я.

В. Епідемічні тенденції, епідагляд за ВІЛ-інфекцією та системи моніторингу й оцінки

- Проаналізувати систему МіО та її ефективність у досягненні показників національного стратегічного плану.
- Проаналізувати виконання цільових показників Державної стратегії та їх відповідність Регіональним планам дій щодо подолання СНІДу та епідемій вірусних гепатитів й інфекцій, що передаються статевим шляхом, на 2022–2030 роки.
- Оцінити динаміку передачі ВІЛ-інфекції, щоб зрозуміти тенденції в різних групах населення (ключові групи, передача від матері до дитини, ВІЛ-інфекція у дітей).
- Проаналізувати систему епідеміологічного нагляду за випадками захворювання, інтегрованого біоповедінкового нагляду та оцінки чисельності ключових груп населення.
- Оцінити використання даних для розробки та коригування програм профілактики, тестування, лікування й підтримки для людей, які живуть з ВІЛ.
- Оцінити актуальність, повноту та регулярність наявних даних, а також їхню відповідність потребам системи охорони здоров'я.

С. Огляд профілактичних послуг для ключових та інших груп населення

[НС-2030, Оперативна ціль 1. Запобігти новим випадкам інфікування ВІЛ-інфекцією]

- Оцінити доступ до комплексних профілактичних послуг для ключових груп населення, зокрема, послуг, що надаються ОГС за кошти державного бюджету та донорів.

- Оцінити доступність та якість послуг із комбінованої профілактики для кожної КГ (включно з послугами в установах виконання покарань).
- Оцінити наявність, охоплення та ефективність надання ДКП, включно із запровадженням ін'єкційного каботегравіру (CAB-LA), а також провести швидку оцінку доцільності впровадження ленакапавіру (LEN) для ДКП з метою обґрунтування потенційного майбутнього планування та фінансування.
- Проаналізувати моделі надання профілактичних послуг, зокрема ті, що ґрунтуються на залученні спільнот.
- Оцінити готовність до валідації елімінації передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.

D. Огляд тестування на ВІЛ-інфекцію, діагностики та клінічного моніторингу

[НС-2030, Оперативна ціль 2. Удосконалити систему ефективного виявлення випадків ВІЛ-інфекції]

- Проаналізувати державну стратегію і алгоритм тестування на ВІЛ-інфекцію та їх відповідність останнім рекомендаціям ВООЗ.
- Оцінити моделі надання послуг із тестування, їх доступність та мережу відповідних закладів.
- Оцінити моделі, охоплення та результативність тестування за ініціативою медичного працівника (ПІТС), тестування на рівні спільнот (СВТ) та самотестування.
- Оцінити доступність і використання цифрових послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції, зокрема онлайн-платформ, мобільних застосунків, телемедицини, дистанційної підтримки самотестування, та їхню інтеграцію в загальну стратегію тестування на ВІЛ.
- Оцінити прогрес у досягненні повного охоплення тестуванням на ВІЛ усіх людей, які хворіють на ТБ, та отримувачів комплексних профілактичних послуг для ключових груп.
- Оцінити прогрес у досягненні повного охоплення тестуванням на ВІЛ усіх вагітних жінок та їхніх партнерів, а також у ранній діагностиці ВІЛ-інфекції у немовлят.
- Надати рекомендації щодо забезпечення ранньої діагностики, підвищення ефективності тестування серед ключових груп та досягнення мети, щоб 95% ЛЖВ знали про свій статус.
- Оцінити якість інтегрованих послуг із тестування на ВІЛ, гепатити, ТБ та надання ПТАО для ключових груп.
- Проаналізувати роль референс-лабораторії та інших лабораторій, що проводять тестування на ВІЛ.
- Оцінити якість лабораторних послуг, що охоплює: моніторинг якості медичних виробів, розробку ефективних діагностичних алгоритмів та програми зовнішньої оцінки якості.

- Проаналізувати тестування на резистентність ВІЛ до препаратів.

Е. Огляд лікування ВІЛ-інфекції та залучення до ефективної допомоги за наявності ВІЛ-інфекції та поширених супутніх захворювань

[НС-2030, Оперативна ціль 3. Забезпечити всебічний доступ до лікування ВІЛ-інфекції]

- Проаналізувати політику у сфері лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, національні клінічні настанови та їх відповідність рекомендаціям ВООЗ.
- Оцінити прогрес у досягненні цілей 95-95-95 у сфері антиретровірусної терапії (АРТ) та проаналізувати каскад послуг.
- Оцінити ефективність лікування та проаналізувати прогрес у досягненні невизначуваного вірусного навантаження ВІЛ.
- Проаналізувати систему прогнозування потреби, закупівель та постачання АРТ-препаратів.
- Оцінити прогрес у забезпеченні своєчасного та ефективного моніторингу лікування та подальшого супроводу, моніторингу побічних реакцій та лікування опортуністичних інфекцій.
- Оцінити стан впровадження інтеграції послуг за напрямками ТБ/ВІЛ-інфекція, вірусних гепатитів та іншими.
- Оцінити прогрес у забезпеченні повного охоплення ЛЖВ профілактичним лікуванням ТБ.
- Проаналізувати заходи із запобігання розвитку резистентності ВІЛ-інфекції до АРТ-препаратів.
- Оцінити прогрес у первинній профілактиці опортуністичних інфекцій, включно з моделлю надання послуг, а також системою закупівель та постачання лікарських засобів.

3. Експертна група

Ім'я та прізвище	Сфера відповідальності / Напрямок
Європейське регіональне бюро ВООЗ	
Стела БІВОЛ	Керівниця групи експертів з питань ВІЛ-інфекції, гепатиту та ПТАО
В'ячеслав ГРАНКОВ	Координація питань ВІЛ-інфекції та ПТАО
Марсело НАВЕЙРА	Координація питань гепатиту
Гіоргі КУЧУХІДЗЕ	Координація стратегічної інформації
Суде ЕХСАНІ	Координація лабораторного напрямку

Штаб-квартира ВООЗ	
Натан Форд, науковець	Надання послуг у сфері ВІЛ-інфекції та та супутні захворювання
Елена Вовк, медична фахівчиня	ВІЛ/ТБ, супутні захворювання, якість медичної допомоги
Аджай Рангарадж, технічний фахівець	Прогресуючі стадії ВІЛ-інфекції та супутні захворювання
Антонс Мозалевскіс, медичний фахівець	Ключові групи населення, ПТАО, гепатит
Паскаль Жоліве, діагностика та лабораторний напрям	Тестування на ВІЛ та лабораторна діагностика
Представництво ВООЗ в Україні	
Огтай ГОЗАЛОВ	
ВІЛ-інфекція	
Тамар Габунія	Узагальнення та підготовка звітів; гнучкі та стійкі системи охорони здоров'я
Івана Божицевіч Ксенія Еріцян	Огляд епідеміологічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції (епіднагляд за випадками, дозорний епіднагляд, оціночні дані, МіО)
Гедрюс Лікатавічус	Програми для ключових груп населення та ПТАО
Представник Інституту Роберта Коха	ДКП
Майя Станоєвіч Дорієн Ван ден Боссхе (ІТМ, Співробітницький центр ВООЗ)	Тестування на ВІЛ, лабораторна діагностика, резистентність до ліків
Павел Хайкін	Лікування ВІЛ-інфекції та супутні захворювання

4. Методологія

У межах Огляду буде оцінено прогрес та прогалини в реалізації Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ та вірусним гепатитам на 2023–2024 роки.

Огляд у сфері протидії ВІЛ-інфекції складається з двох етапів:

1. Онлайн-кабінетний аналіз Державної стратегії, національних настанов із тестування на ВІЛ-інфекцію та діагностичних алгоритмів, національних стандартів і настанов з лікування ВІЛ-інфекції, стандартів і настанов з ДКП, настанов з профілактики, проектної заявки до

Глобального фонду та звітів, документів програм PEPFAR, CDC/AMP США та інших звітів, зокрема від МОЗ/ЦГЗ.

2. Другий етап – віртуальна місія до країни⁹⁵. Під час місії експерти взаємодіятимуть з відповідними установами та закладами на національному, регіональному та місцевому рівнях, а також проведуть обговорення з ключовими опитаними особами: представниками директивних органів, надавачами медичних послуг, представниками спільнот та бенефіціарами, МОЗ/ЦГЗ, НСЗУ, НУО (включно з ОР ГФ), CDC/AMP США, PEPFAR, ЮНЕЙДС, ЮНІСЕФ, ПРООН, УНЗ ООН, Глобальним фондом та, за потреби, іншими національними партнерами.

Точний перелік зацікавлених сторін для проведення інтерв'ю та рівень закладів для відвідування буде розроблено спільно з координаторами огляду від ЦГЗ (Лариса Гетьман).

Експертна група використовуватиме інструменти, розроблені в «Посібнику ВООЗ з проведення оглядів програм у сфері протидії ВІЛ-інфекції, вірусним гепатитам та інфекціям, що передаються статевим шляхом» (2023 рік)⁹⁶.

5. Очікувані результати

- Ключові висновки та рекомендації за основними напрямками Огляду щодо ВІЛ-інфекції будуть розроблені членами місії та представлені національним зацікавленим сторонам наприкінці віртуальної місії (жовтень 2025 року).
- Усі члени команди нададуть свої письмові матеріали (ключові висновки та рекомендації) за наданим шаблоном до середини листопада 2025 року.
- Підсумковий звіт з висновками та рекомендаціями буде подано до МОЗ до 15 грудня 2025 року.

Звіт буде опубліковано на офіційному вебсайті Європейського регіонального бюро ВООЗ.

6. Список джерел

Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ та вірусним гепатитам (2020–2030), СХВАЛЕНА розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року № 1415-р

⁹⁵ За умови дотримання надзвичайних обмежень та умов конфлікту, у дистанційному режимі та з урахуванням умов на місцях і можливостей персоналу.

⁹⁶ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240079472>

«Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ- інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року», <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>

WHO Guide to Conducting Programme Reviews for HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections (Посібник ВООЗ з проведення оглядів програм у сфері протидії ВІЛ-інфекції, вірусним гепатитам та інфекціям, що передаються статевим шляхом):

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240079472>

Огляд компонента програми щодо ПТАО

1. Загальна інформація

Програма підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО) є одним із ключових компонентів Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та наркозалежності в Україні. Мета цієї терапії полягає в заміні вживання нелегальних опіоїдів контрольованими медичними препаратами, що сприяє зменшенню фізичної та психологічної залежності, поліпшенню загального стану здоров'я пацієнтів та, що особливо важливо, зниженню ризиків передачі ВІЛ-інфекції, вірусного гепатиту С та інших інфекційних захворювань. ПТАО є основним інструментом протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, оскільки значно знижує ризики передачі вірусу серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН). Зокрема, доведено, що участь у програмах опіоїдної замісної терапії (ОЗТ) із використанням метадону чи бупренорфіну знижує ризик інфікування ВІЛ-інфекцією серед ЛВІН на 50–60% завдяки суттєвому зменшенню поширеності спільних практик ін'єкцій.⁹⁷

Станом на 01.01.2025 року програмою ПТАО в Україні охоплено 30 768 пацієнтів (21 845 – у комунальних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), 8 923 – у приватних). Розподіл пацієнтів за препаратами є таким: метадону гідрохлорид (сублінгвальні таблетки) – 19 246 осіб (з них 8 188 – у приватних ЗОЗ); бупренорфіну гідрохлорид (сублінгвальні таблетки) – 2 322 особи (з них 735 – у приватних ЗОЗ); бупренорфіну гідрохлорид (продовженої дії) – 158 осіб; бупренорфін/налоксон (сублінгвальні таблетки) – 119 осіб. Такий підхід не лише зменшує фізичні ризики, пов'язані з наркозалежністю, а й сприяє зниженню смертності від передозувань, оскільки заміна нелегальних наркотиків контрольованими медичними препаратами мінімізує ймовірність летальних випадків. Додатково, стан здоров'я пацієнтів на ПТАО є значно кращим, ніж у осіб, які не отримують лікування. Це дає їм змогу вести активніше соціальне життя та знижує рівень соціальної ізоляції й депресії, що є поширеними серед людей з наркотичною залежністю.

Програма ПТАО допомагає суттєво покращити здоров'я пацієнтів, знизити рівень поширення ВІЛ-інфекції серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, та зменшити кількість випадків передозування. Крім того, вона надає економічні переваги для держави. За оцінками, кожен долар,

⁹⁷ Andrea J. Low, Gitau Mburu, Nicky J. Welton, Margaret T. May, Charlotte F. Davies, Clare French, Katy M. Turner, Katharine J. Looker, Hannah Christensen, Susie McLean, Tim Rhodes, Lucy Platt, Matthew Hickman, Andy Guise, Peter Vickerman, Impact of Opioid Substitution Therapy on Antiretroviral Therapy Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis [Вплив замісної підтримувальної терапії на результати антиретровірусної терапії: систематичний огляд та метааналіз] // *Clinical Infectious Diseases*, том 63, випуск 8, 15 жовтня 2016, с. 1094–1104, <https://doi.org/10.1093/cid/ciw416>

інвестований у ПТАО, забезпечує економію коштів завдяки зменшенню витрат на лікування супутніх захворювань (зокрема, ВГС і ТБ), а також на подолання наслідків передозувань та інших проявів наркозалежності. До того ж, програма сприяє зменшенню навантаження на систему охорони здоров'я загалом через скорочення кількості госпіталізацій та випадків інфекційних захворювань, пов'язаних із вживанням наркотиків. Так, попередні результати дослідження «Вплив пандемії COVID-19 на утримання в лікуванні ПТАО» (2024 рік) свідчать, що вищі дози препарату позитивно корелюють з утриманням пацієнтів у програмі, незалежно від схеми лікування, тривалості терапії, а також їхніх соціально-демографічних і клінічних характеристик.

Водночас реалізація програми ПТАО стикається з низкою серйозних викликів, що можуть завадити її ефективності. Згідно з результатами дослідження «Опіїдна замісна терапія (ПТАО): оцінка бар'єрів доступу до ПТАО та огляд моделей надання послуг у контексті їхньої ефективності», одним із головних викликів та перешкод для доступу до ПТАО є зневіра в тому, що терапія допоможе пацієнтам подолати залежність і позитивно вплине на загальний стан їхнього здоров'я. Серед інших вагомих причин – небажання щоденно відвідувати медичний заклад, ставати на облік у наркологічній службі та побоювання щодо порушення конфіденційності персональних даних. Відповіді учасників програми ПТАО щодо причин, які заважали їм раніше розпочати лікування, були схожими: найчастіше вони вказували на переконання, що ПТАО є лише заміною одного наркотику іншим, а не лікуванням, а також на небажання бути «прив'язаними» до закладу та перебувати на обліку в наркологічній службі. Вагомими є також труднощі організаційного характеру, хоча частина з них посилюється браком коректної інформації серед потенційних пацієнтів, наприклад, щодо наявності пунктів надання послуг ПТАО чи вільних місць у них.

На початку 2023 року Центр громадського здоров'я взяв участь у національному діалозі між представниками України та Глобальним фондом, що відбувся в Польщі. Одним із ключових напрямів обговорення стали плани розвитку програми ПТАО. Було визначено шість пріоритетних напрямів розвитку програми ПТАО на 2024–2026 роки:

- посилення системи моніторингу та оцінки якості послуг ПТАО через упровадження медичної інформаційної системи (ІС) – єдиного реєстру пацієнтів;
- удосконалення нормативно-правової бази для усунення бар'єрів до послуг ПТАО;
- розширення програми та доступу до послуг ПТАО завдяки впровадженню телемедичних підходів;
- підтримка надавачів послуг та підвищення рівня обізнаності про ПТАО та супутні захворювання;

- підвищення якості послуг ПТАО за напрямками: діагностика та лікування супутніх розладів психіки та поведінки; упровадження ефективних психосоціальних інтервенцій із доведеною ефективністю та втручань, спрямованих на зменшення вживання алкоголю; діагностика та лікування інших супутніх захворювань; симптоматичне лікування побічних реакцій на препарати ПТАО;
- розробка та впровадження комплексного міжсекторального плану інформаційно-комунікаційної діяльності для протидії хибним уявленням про ПТАО.

Цей захід дав змогу українським державним органам, неурядовим організаціям та міжнародним партнерам сформувати грантову заявку з урахуванням потреб у сфері лікування ВІЛ-інфекції та ТБ в Україні.

2. Огляд програми

Основною метою огляду є оцінка прогресу та прогалин у впровадженні Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ та вірусним гепатитам на 2020-2030 роки (далі – НС2030), а також аналіз досягнення її цілей і виконання цільових показників для надання рекомендацій щодо розроблення плану дій. Огляд дасть змогу визначити, чи відповідає програма наявним потребам, чи існують недоліки в забезпеченні доступу до лікування та наскільки ефективно використовуються ресурси. Результати огляду можуть стати підґрунтям для оптимізації фінансування та розширення програми, що сприятиме зниженню соціальних і медичних витрат на лікування осіб із залежністю, а також на профілактику передавання ВІЛ-інфекції та гепатитів. Урахування цих результатів також дозволить розробити точнішу національну стратегію протидії наркозалежності та ВІЛ/СНІДу, забезпечивши ефективніше використання державних ресурсів.

Огляд охоплюватиме такі ключові послуги в межах програми ПТАО:

- оцінка доступу до лікування та охоплення ним у державному й приватному секторах;
- оцінка якості надання послуг у державному й приватному секторах;
- забезпечення діагностики й лікування коморбідних захворювань та скеровування пацієнтів за потреби;
- огляд інтегрованих послуг, зокрема, скринінгу на ТБ, ВІЛ-інфекцію, гепатит В, а також послуг у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки;
- оцінка впровадження, нормативно-правової бази та ефективності мобільних бригад ПТАО як моделі надання послуг для покращення доступу у важкодоступних і постраждалих від війни районах;

- оцінка ефективності скеровувань на ПТАО з боку НУО та спільнот пацієнтів;
- оцінка кадрового потенціалу та залучення громадянського суспільства до реалізації програми.

3. Учасники

- Давид Отіашвілі
- Ґедрюс Лікатавічюс
- Павел Хайкін
- Антонс Мозалевскіс

4. Методологія

У межах Огляду буде оцінено прогрес та прогалини в реалізації Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ та вірусним гепатитам на 2023–2024 роки.

Огляд у сфері ПТАО складається з двох етапів:

1. Онлайн-кабінетний аналіз Державної стратегії, настанов із ПТАО, настанов з профілактики, проєктної заявки та звітів для Глобального фонду, а також інших звітів, зокрема, від МОЗ/ЦГЗ.
2. Другий етап – віртуальна місія до країни⁹⁸. Під час місії експерти взаємодіятимуть з відповідними установами та закладами на національному, регіональному та місцевому рівнях, а також проведуть обговорення з ключовими респондентами: представниками директивних органів, надавачами медичних послуг, представниками спільнот та бенефіціарами, МОЗ/ЦГЗ, НСЗУ, НУО (включно з ОР ГФ), CDC/AMP США, PEPFAR, ЮНЕЙДС, ЮНІСЕФ, ПРООН, УНЗ ООН, Глобальним фондом та, за потреби, іншими національними партнерами.

Точний перелік зацікавлених сторін для проведення інтерв'ю та рівень закладів буде розроблено спільно з контактною особою від ЦГЗ, відповідальною за огляд (Ірина Іванчук).

5. Очікувані результати

- Ключові висновки та рекомендації щодо основних напрямів Огляду ПТАО будуть розроблені членами місії та представлені національним зацікавленим сторонам наприкінці віртуальної місії 24 жовтня 2025 року.

⁹⁸ В умовах надзвичайних обмежень та конфлікту – дистанційно, з урахуванням місцевих умов та спроможності персоналу.

- Усі члени команди нададуть свої письмові матеріали (ключові висновки та рекомендації) за встановленим шаблоном до середини листопада 2025 року.
- Підсумковий звіт з висновками та рекомендаціями буде подано до МОЗ до 15 грудня 2025 року.

6. Список джерел

Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, ТБ та вірусним гепатитам (2020–2030), СХВАЛЕНА розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року № 1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року», <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>

WHO tool kit for Conducting Programme Reviews for HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections: Draft for field testing, Jan 2021. (Інструментарій ВООЗ для проведення огляду програм з ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів та інфекцій, що передаються статевим шляхом: проєкт для апробації в польових умовах, січень 2021 року).

Andrea J. Low, Gitau Mburu, Nicky J. Welton, Margaret T. May, Charlotte F. Davies, Clare French, Katy M. Turner, Katharine J. Looker, Hannah Christensen, Susie McLean, Tim Rhodes, Lucy Platt, Matthew Hickman, Andy Guise, Peter Vickerman, Impact of Opioid Substitution Therapy on Antiretroviral Therapy Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 63, Issue 8, 15 October 2016, Pages 1094–1104 (Вплив замісної підтримувальної терапії на результати антиретровірусної терапії: систематичний огляд та метааналіз // *Clinical Infectious Diseases*. – 2016. – Том 63, вип. 8. – С. 1094–1104 ; <https://doi.org/10.1093/cid/ciw416>

Додаток 2. Програма місії з огляду програм у сферах протидії ВІЛ-інфекції та ПТАО

Дата	Час	Організація (тема для обговорення)	Учасники
П'ятниця, 12 вересня	13.00-14.00	Вступний брифінг з представниками ЦГЗ, партнерами, ОГС	Заступники генерального директора та координатори за технічними напрямками ЦГЗ
Понеділок, 15 вересня	09.00-10.30	Послуги підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО) на регіональному рівні (м. Дніпро)	«Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради»: Наталія Романівна Галицька-Пасічник, Лариса Василівна Дорохіна
Понеділок, 15 вересня	13.00-14.30	Послуги підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО) на регіональному рівні (м. Львів)	Львівський обласний медичний центр профілактики та лікування залежностей
Понеділок, 15 вересня	09.00-10.30	ЦГЗ – Дотримання прав людини	Представник ЦГЗ – Сергій Миронюк
Понеділок, 15 вересня	11.00-12.30	ЦГЗ – Електронна система охорони здоров'я, системи даних щодо ВІЛ-інфекції, ВГ, ПТАО	ІТ-відділ ЦГЗ (Курдус)
Понеділок, 15 вересня	13.00-14.30	ЦГЗ – Епідагляд; МіО	Відділ епідагляду та відділ МіО ЦГЗ (Антоненко, Бугаєнко)
Понеділок, 15 вересня	13.00-14.30	Фокус-групове дослідження із СП/зустріч з лідером спільноти СП	Лідери спільноти: СП
Понеділок, 15 вересня	15.00-16.30	АНФ (профілактика, тестування, лікування)	Представники АНФ (Яров, В'ячеслав Гранков, Лопатіна)
Середа, 17 вересня	09.00-10.30	Послуги підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО) на регіональному рівні (м. Полтава)	Полтавський обласний центр лікування залежностей Полтавської обласної ради
Середа, 17 вересня	11:00-12:30	БО «Позитивні жінки»	Олена Стрижак
Середа, 17 вересня	11.00-12.30	Протидія ВІЛ/ВГ на базі Інституту ім. Громашевського	«Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» (Світлана Антоняк)
Середа, 17 вересня	13.00-14.30	БО «100 відсотків життя» (вступна зустріч)	Представники БО «100 відсотків життя»

Дата	Час	Організація (тема для обговорення)	Учасники
Середа, 17 вересня	15.00-16.30	БО «100 відсотків життя» (надання послуг) + проєкт HealthLink	Представники БО «100 відсотків життя» (Олена Гасісова) та проєкту USAID HealthLink / БО «100 відсотків життя» (завершився у 2024 році)
Середа, 17 вересня	16.30-18.00	БО «100 відсотків життя» (закупівлі, моніторинг)	Представники БО «100 відсотків життя»
Четвер, 18 вересня	09.00-11.00	ЦГЗ – Профілактика ВІЛ-інфекції	Представники ЦГЗ - Легкоступ, Шевченко, Риженко, Огородник, Марциновська
Четвер, 18 вересня	11.30-13.30	ЦГЗ – Тестування на ВІЛ (програмний компонент)	Представники ЦГЗ - Легкоступ, Троценко, Бондарева
Четвер, 18 вересня	14.00-15.30	Проєкт «Інновації для подолання епідемії ВІЛ-інфекції» («Дії спільноти у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції»)	Володимир Курпіта, Ольга Петраш, Інна Шваб
Четвер, 18 вересня		ЮНІСЕФ (елімінація передачі ВІЛ від матері до дитини, еПМД)	Представники ЮНІСЕФ
Четвер, 18 вересня	16.00-17.00	ЦГЗ – Послуги для КГ	Представники ЦГЗ – Легкоступ
П'ятниця, 19 вересня	09.00-10.30	ЦГЗ – Управління лікарськими засобами та іншими медичними виробами	Представники ЦГЗ – Ковалева
П'ятниця, 19 вересня		Протидія ВІЛ-інфекції на регіональному рівні (Київська область) + лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції	КНП КОР «Київський обласний спеціалізований центр», Тетяна Земляк + БО «Конвіктус Україна»
П'ятниця, 19 вересня		Проєкт REACH-95 (USAID)	Проєкт REACH-95 (PATH)
П'ятниця, 19 вересня	14.30-16.00	Протидія ВІЛ-інфекції на регіональному рівні (м. Житомир) + Лабораторна діагностика ВІЛ-інфекції	КНП «Обласний медичний спеціалізований центр» ЖОР, Кутишенко Максим + ГО «Перспектива»
П'ятниця, 19 вересня	16.00-17.30	Кафедра інфекційних хвороб та дерматовенерології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця	Ігор Зайцев, д.м.н., професор кафедри інфекційних хвороб та дерматовенерології НМУ ім. О.О. Богомольця, тел. +380505349238
Понеділок, 22 вересня	09.00-10.30	ЦГЗ: управління, фінансування, людські	Представники ЦГЗ – Гвоздецька, Гетьман, Іванчук, Вовченко, Юрченко

Дата	Час	Організація (тема для обговорення)	Учасники
		ресурси, скорочення фінансування	
Понеділок, 22 вересня	10.00-11.30	Протидія ВІЛ-інфекції на регіональному рівні (м. Чернігів) + лабораторна діагностика ВІЛ	КНП «Чернігівська обласна лікарня» ЧОР, Ірина Тесльонюк + «Конвіктус»
Понеділок, 22 вересня	11.30-13.00	ДУ «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України»	ДУ «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» Петров Ігор Миколайович
Понеділок, 22 вересня	13.30-15.30	ЦГЗ: моніторинг лікування, медикаментозна резистентність ВІЛ (МРВ)	Представники ЦГЗ – Люльчук, Рябокони, Бабій, Гетьман
Понеділок, 22 вересня	13.30-15.30	ФГД з ЛВІН / Зустріч з лідерами спільноти ЛВІН (ВОЛНА)	Зеленіна Наталія, регіональна представниця. 095 898 85 42
Понеділок, 22 вересня	13.30-15.30	ЦГЗ – Дослідження та інновації	Науковий відділ ЦГЗ
Вівторок, 23 вересня	09.00-10.30	Академія сімейної медицини України (питання вірусних гепатитів)	Представниця АСМУ, Ірина Волошина
Вівторок, 23 вересня	09.00-10.30	ЦГЗ – Тестування та діагностика ВІЛ (лабораторний компонент)	Референс-лабораторія з діагностики ВІЛ-інфекції Представники ЦГЗ – Андріянова, Шейко Чайковська
Вівторок, 23 вересня	11.00-12.30	Послуги підтримувальної терапії агоністами опіодів (ПТАО) на регіональному рівні (м. Донецьк)	Медичний центр профілактики та лікування залежностей у м. Краматорськ
Вівторок, 23 вересня	11.00-12.30	Комісія з нагляду КМК; Секретаріат КМК	Комісія з нагляду КМК; Секретаріат КМК
Вівторок, 23 вересня	16.00-17.30	Зустріч з лідером спільноти: БО «ВІЛЬНА ЗОНА»	Директор БО «ВІЛЬНА ЗОНА»
Середа, 24 вересня	09.00-10.30	Протидія ВІЛ-інфекції на регіональному рівні (м. Одеса) + лабораторна діагностика ВІЛ	Одеський обласний центр соціально значущих хвороб», Олександр Толстоп'ятов, БО «Альт-Віва»
Середа, 24 вересня	09.00-10.30	ДУ «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-	ДУ «Центр охорони здоров'я ДКВС України», Ігор Миколайович Петров

Дата	Час	Організація (тема для обговорення)	Учасники
		виконавчої служби України»	
Середа, 24 вересня	10.30-12.30	ЦГЗ – Лікування ВІЛ та ко-інфекцій	Представники ЦГЗ – Гетьман? Клімова, Рябоконт, Самсонова, Ковалева
Середа, 24 вересня	11.00-12.00	Обговорення особистого досвіду	
Середа, 24 вересня	13.00-14.30	ЦГЗ: ПТАО	Представники ЦГЗ з питань ПТАО - Іванчук І., Гриценко В.
Середа, 24 вересня	14.30-16.00	ЦГЗ: ПТАО	Представники ЦГЗ з питань ПТАО - Іванчук І., Гриценко В.
Середа, 24 вересня	14.30-16.00	Державний департамент США	Команда ACOORD Health
Середа, 24 вересня	16.00-17.30	ФГД з ЧСЧ / Зустріч з лідером спільноти ЧСЧ	Зустріч з лідером спільноти ЧСЧ
Середа, 24 вересня	16.00-17.30	ЮНЕЙДС (загальний огляд, стратегічна інформація, тестування, гуманітарне реагування, відновлення)	Представники ЮНЕЙДС
Четвер, 25 вересня	09.00-10.30	PEPFAR (стратегічна інформація, лікування та діагностика)	Представники PEPFAR
Четвер, 25 вересня	11.00-12.00	ЦКПХ (загальний огляд)	Представники ЦКПХ
Четвер, 25 вересня	12.00-13.00	ЦКПХ (стратегічна інформація + лабораторний компонент)	Представники ЦКПХ
Четвер, 25 вересня	13.00-14.00	ЦКПХ (лабораторний компонент)	Представники ЦКПХ
Четвер, 25 вересня	15.00-16.00	ЦКПХ (профілактика та лікування, ПТАО)	Представники ЦКПХ
Четвер, 25 вересня	16.00-17.30	Науково-дослідні та інноваційні НУО	Український інститут політики громадського здоров'я (УІПГЗ)
Четвер, 25 вересня	16.00-17.30	УНЗ ООН (наркополітика)	Представник УНЗ ООН
П'ятниця, 26 вересня	09.00-10.00	АГЗ (вступна зустріч)	Представники АГЗ
П'ятниця, 26 вересня	10.00-11.30	АГЗ (тестування, встановлення зв'язку з послугами та інші сервіси)	Представники АГЗ Павло Скала Марина Пархоменко Євгенія Закревська

Дата	Час	Організація (тема для обговорення)	Учасники
П'ятниця, 26 вересня	10.00-11.30	ДП «МЗУ» - управління лікарськими засобами та іншими медичними виробами	ДП «Медичні закупівлі України» (ДП «МЗУ»)
П'ятниця, 26 вересня	12.00-13.30	АГЗ (МіО, цифрові платформи, моніторинг під керівництвом та силами спільнот)	Представники АГЗ
П'ятниця, 26 вересня	12.00-13.30	ФГД з ЧСЧ / Зустріч з лідером спільноти ЧСЧ	Лідер спільноти ЧСЧ
П'ятниця, 26 вересня	14.00-15.30	АГЗ (ПТАО, профілактика серед КГ, мікроелімінація гепатиту С)	Представники АГЗ
П'ятниця, 26 вересня	14.00-15.30	Центр крові	СДУ «Український центр трансплант-координації», заступник директора
Середа, 1 жовтня	12:00-13:30	Підсумковий брифінг	Заступник Міністра Ігор Кузін, Володимир Курпіта, генеральний директор ЦГЗ, Ольга Гвоздецька, заступниця генерального директора ЦГЗ та координатори за технічними напрямками

Додаток 3. Порівняння індикаторів Державної стратегії України у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року та операційного плану з її реалізації з Регіональним планом дій ВООЗ щодо подолання СНІДу та епідемій вірусних гепатитів та ІПСШ на 2022–2030 роки

Тип індикатора	Державна стратегія та операційний план	Ціль на 2025 рік	Регіональний план дій	Ціль на 2025 рік	Коментар
Вплив	Не заст.	Не заст.	Кількість нових випадків інфікування ВІЛ (серед дорослих та дітей) на рік	-75% станом на 2010 рік	У Державній стратегії та плані дій не передбачено заходів щодо захворюваності на ВІЛ
	Частота передачі ВІЛ від матері до дитини	ÿ 2	Не заст.	Не заст.	
	Зниження смертності, пов'язаної зі СНІДом, на 100 тис. населення	- 50% станом на 2015 рік	Кількість смертей, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією	-50% станом на 2010 рік	У Державній стратегії не згадано про дезагрегацію за ВІЛ-асоційованим криптококовим менінгітом, ТБ та тяжкими бактеріальними інфекціями
Охоплення	Відсоток ЛЖВ, які знають про свій ВІЛ-статус	90%	Відсоток ЛЖВ, які знають про свій статус	95%	Цілі Державної стратегії є нижчими за цілі Регіональної стратегії на 2025 рік, але однаковими на 2030 рік
Охоплення	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ та знають свій ВІЛ-статус, що отримують антиретровірусну терапію	90%	Відсоток людей, в яких було діагностовано ВІЛ-інфекцію та які отримують антиретровірусну терапію	95%	У Державній стратегії відсутня згадка про цільовий показник, якого необхідно досягти для всіх вікових

Тип індикатора	Державна стратегія та операційний план	Ціль на 2025 рік	Регіональний план дій	Ціль на 2025 рік	Коментар
Охоплення	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, отримують лікування та досягли пригнічення вірусного навантаження	94%	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, отримують лікування та досягли пригнічення вірусного навантаження	95%	груп, статей та ключових груп населення, в тому числі мігрантів. Цілі Державної стратегії є нижчими, ніж Регіональної стратегії на 2025 рік, але однаковими на 2030 рік
Охоплення	Охоплення представників кожної ключової групи населення комплексними профілактичними послугами	80%	Відсоток людей із груп ризику інфікування ВІЛ, які використовують комбіновану профілактику з визначеним пакетом послуг	95%	Цілі Державної стратегії є нижчими, ніж цілі Регіональної стратегії, як на 2025, так і на 2030 роки
Охоплення	Охоплення ОЗТ від оціночної чисельності людей, які вживають опіоїди ін'єкційно та мають залежність	15%	Частка опіоїдозалежних споживачів ін'єкційних наркотиків, які отримують ОЗТ	40%	У Регіональному плані дій цей показник є частиною стратегічного напрямку щодо вірусних гепатитів. Показники Державної стратегії є нижчими, ніж показники Регіональної стратегії на 2025 рік, але однаковими на 2030 рік
Охоплення	Не заст.	Не заст.	Використання презерватива/ лубриканта під час останнього статевого контакту з	90%	

Тип індикатора	Державна стратегія та операційний план	Ціль на 2025 рік	Регіональний план дій	Ціль на 2025 рік	Коментар
			клієнтом або непостійним партнером, %		
Охоплення	Не заст.	Не заст.	Кількість голок/шприців, виданих за рік на одну особу, яка вживає ін'єкційні наркотики (у межах комплексної програми зменшення шкоди)	200	
Охоплення	Кількість людей, охоплених доконтактною профілактикою ВІЛ-інфекції	16500	Кількість людей, які отримали ДКП щонайменше один раз протягом року	500 000 (у 5 разів більше, ніж у 2020 році)	
Охоплення	Не заст.	Не заст.	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, мають право на профілактичне лікування ТБ та отримують його	99%	
Охоплення	Не заст.	Не заст.	Відсоток нових випадків ВІЛ-інфекції, діагностованих на пізній стадії захворювання (CD4 < 350)	20%	
Охоплення	Не заст.	Не заст.	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, та людей із груп ризику, охоплених іншими інтегрованими медичними послугами, у тому числі щодо ІПСШ та ВГ	95%	
Сприятливе середовище	Не заст.	Не заст.	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, та представників ключових груп, які	< 10%	

Тип індикатора	Державна стратегія та операційний план	Ціль на 2025 рік	Регіональний план дій	Ціль на 2025 рік	Коментар
			зазнають стигми та дискримінації		
Сприятливе середовище	Не заст.	Не заст.	Гендерна рівність – поширеність насильства з боку інтимного партнера за останні 12 місяців серед жінок та дівчат віком 15–49 років	11%	