

2026

# ДОКУМЕНТУВАННЯ УСПІШНИХ ПРАКТИК

моніторингу силами пацієнтських спільнот (CLM) в Україні



**ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЙ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ ДЛЯ ЗАХИСТУ ПРАВ ТА ІНТЕРЕСІВ  
ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОТРОПНІ РЕЧОВИНИ (БО “БФ “ВОЛНА”)  
ТА ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ (БО “ПОЗИТИВНІ ЖІНКИ”)**

# ЧОМУ ЦЕЙ ДОСВІД ВАРТО ЗАФІКСУВАТИ

Моніторинг під керівництвом спільноти – це вже давно не просто донорська вимога чи звітна формальність. **CLM став реальним інструментом впливу на системні зміни через аргументовану даними позицію ключових спільнот** про те,

- ▶ що їхній досвід отримання медичних і соціальних послуг має значення,
- ▶ що їхні дані є валідними,
- ▶ і що саме їхні голоси мають бути присутніми у процесах ухвалення рішень.

У глобальному вимірі: без якісного CLM неможливо досягти цілей 95-95-95. Каскад послуг щодо ВІЛ (від тестування до вірусної супресії) переривається там, де державні системи моніторингу не бачать досвіду людей. CLM заповнює цей розрив: відстежує, де і чому люди випадають з кожного етапу, і дає доказову базу для втручання.

В Україні це підтверджено за надзвичайних умов: в часи повномасштабної війни, переміщення мільйонів людей, суттєво пошкодженій медичній інфраструктурі, порушених ланцюжків логістики, розсинхронізації між різними гілками та ролями інституцій влади, а також роботи державної системи в умовах постійного перевантаження.

Що сталося, коли пацієнтські спільноти перестали чекати на оптимальні умови і створили інструменти, яких бракувало? Цей матеріал фіксує практичний досвід створення і застосування CLM як інструменту впливу на рішення в системі охорони здоров'я. Команди благодійних організацій “ВОЛНА” (репрезентують людей, які мають досвід вживання психотропних речовин) та “Позитивні жінки” (представляють жінок, які живуть з ВІЛ) не просто збирали дані. Вони спроектували інструменти, навчили фахівців з моніторингу, зібрали й систематизували великий масив даних, проаналізували результати та представили доказову базу регіональним органам охорони здоров'я – і частину необхідних змін уже вдалося впровадити (а інші будуть незабаром впроваджені).

В окремих регіонах за рахунок місцевих бюджетів виділено фінансування на необхідні медичні препарати для жінок, які живуть з ВІЛ, а також на харчування для їхніх дітей. Проведені тренінги з протидії дискримінації та стигми для майже 100 медичних працівників у закладах охорони здоров'я Запорізької, Львівської та Миколаївської областей. Переглянуті маршрути надання послуг. І це все стало можливим за короткий проміжок часу – менше, ніж за один рік.

Мета цієї публікації – не просто відзначити досягнуте, а зробити цей досвід відтворюваним. Ми документуємо архітектуру інструментів, ухвалених рішень, типові реальні труднощі та фактори, які зробили ці зміни ймовірними. Тобто, мова не про інструменти в вакуумі, – а про те, як вони можуть бути застосовані в системі інших складових. Робимо це для того, щоб організації в Киргизстані, Казахстані, Молдові та інших країнах СЄЦА чи зі схожим контекстом (а також в Україні – для спільнот, які поки не охоплені CLM) могли вчитися з цього досвіду: а не починати з нуля чи проходити зайві кроки.

Це живий документ. Інтеграція CLM-даних до Центральної бази даних Центру громадського здоров'я України все ще триває. Інструменти продовжують (і поетапно будуть!) вдосконалюватися. Доказова база зростає. Те, що ми пропонуємо тут – це чесна фіксація першого циклу роботи: його результати, прогалини та потенціал.

**Сергій Дмитрієв**  
виконавчий директор НАС

# ЗМІСТ

|   |    |   |    |
|---|----|---|----|
| Список умовних скорочень . . . . .  | 4  | 4.2 Схематична послідовність дій . . . . .  | 32 |
| ЧАСТИНА А. Підхід до створення CLM-інструментарію для впливу на рішення в системі охорони здоров'я. . . . . | 5  | 5. Висновки щодо створення і реалізації CLM-інструменту для ключових спільнот . . . . .                               | 33 |
| 1. Контекст створення нового CLM-інструменту в Україні . . . . .  | 5  | 5.1 Що пройшло добре . . . . .  | 34 |
| 1.1 Епідеміологічний та суспільно-політичний контекст. . . . .  | 6  | 5.2 Що не спрацювало або потребувало значно більше ресурсів . . . . .   | 35 |
| 1.2 Проблема, яку вирішує CLM . . . . .   | 8  | 5.3 Що враховувати при мультиплікації в Україні . . . . .   | 36 |
| 1.3 Архітектура розробленого CLM-інструментарію. . . . .  | 9  | 5.4 Що враховувати при мультиплікації за межами України. . . . .  | 37 |
| 1.4 Залучені сторони, ролі, координація . . . . .   | 10 | 5.5 Загальні висновки. . . . .  | 38 |
| 2. Підхід до збору та аналізу даних. . . . .  | 12 | ЧАСТИНА Б: Опис успішних практик  |    |
| 2.1 Визначення CLM у рамках проєкту. . . . .  | 13 | КЕЙС 1. Чат-бот для збору даних від людей, які мають досвід вживання психоактивних речовин (БО "БФ "ВОЛНА") . . . . . | 39 |
| 2.2 Цикл CLM . . . . .  | 15 | 1. Контекст спільноти та організації . . . . .  | 40 |
| 2.3 Теорія змін. . . . .  | 16 | 2. Підхід та методологія CLM . . . . .  | 41 |
| 3. Цифрова модель CLM: спільна архітектура. . . . .   | 19 | 3. Результати, яких вдалось досягнути. . . . .  | 43 |
| 3.1 Вибір платформи . . . . .   | 21 | 4. Засвоєні уроки та рекомендації . . . . .   | 48 |
| 3.2 Модульна архітектура чат-бота. . . . .  | 23 | КЕЙС 2. Чат-бот для збору даних від жінок, які живуть з ВІЛ (БО "Позитивні жінки") . . . . .                          | 52 |
| 3.3 Адмін-панель та аналітика . . . . .   | 24 | 1. Контекст спільноти та організації . . . . .  | 53 |
| 3.4 Безпека даних та анонімність. . . . .   | 27 | 2. Механіка реалізації CLM-інструменту . . . . .  | 54 |
| 3.5 Етика та згода . . . . .  | 27 | 3. Результати, яких вдалось досягнути . . . . .   | 57 |
| 3.6 Інтеграція з ЦБД ЦГЗ . . . . .  | 28 | 4. Засвоєні уроки та рекомендації . . . . .   | 60 |
| 4. Особливості імплементації CLM-інструментарію . . . . .   | 29 |   |    |
| 4.1 Технічна адаптація та ресурсне забезпечення . . . . .   | 30 |   |    |

# СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

|             |  |                 |  |
|-------------|--|-----------------|--|
| <b>АРТ</b>  | антиретровірусна терапія                                     | <b>ПЛР</b>      | полімеразна ланцюгова реакція; лабораторний метод виявлення генетичного матеріалу (ДНК або РНК) збудника |
| <b>ВІЛ</b>  | вірус імунодефіциту людини                                   | <b>ПМСД</b>     | первинна медико-санітарна допомога   |
| <b>ВПЛ</b>  | вірус папіломи людини  | <b>ППМД</b>     | профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини   |
| <b>ВПО</b>  | внутрішньо переміщені особи                                  | <b>СРЗ</b>      | сексуальне та репродуктивне здоров'я   |
| <b>ГФ</b>   | Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією | <b>СЄЦА</b>     | Східна Європа та Центральна Азія   |
| <b>ДКП</b>  | доконтактна профілактика ВІЛ                                 | <b>ТБ</b>       | туберкульоз  |
| <b>ДОЗ</b>  | департамент охорони здоров'я                                 | <b>ЦБД</b>      | Центральна база даних ЦГЗ  |
| <b>ЖЖВ</b>  | жінки, які живуть з ВІЛ                                      | <b>ЦГЗ</b>      | Центр громадського здоров'я МОЗ України  |
| <b>ЗОЗ</b>  | заклад охорони здоров'я                                      | <b>ЦОЗ ДКВС</b> | центри охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України                                  |
| <b>ЗПТ</b>  | замісна підтримувальна терапія                               | <b>ССМ</b>      | Country Coordinating Mechanism (Країновий координаційний механізм)                                       |
| <b>ЗШ</b>   | зменшення шкоди  | <b>СЛМ</b>      | Community-Led Monitoring (моніторинг під керівництвом спільноти)   |
| <b>ІПСШ</b> | інфекції, що передаються статевим шляхом                     | <b>ЕЈАФ</b>     | Elton John AIDS Foundation (Фонд Елтона Джона з боротьби зі СНІДом)                                      |
| <b>ЛВНІ</b> | люди, які вживають наркотики ін'єкційно                      | <b>НАС</b>      | Health Advocacy Coalition (Коаліція за право на здоров'я)  |
| <b>ЛЖВ</b>  | люди, які живуть з ВІЛ                                       |                 |  |
| <b>МіО</b>  | моніторинг і оцінка  |                 |  |
| <b>МОУ</b>  | Міністерство оборони України                                 |                 |  |
| <b>МОЗ</b>  | Міністерство охорони здоров'я України                        |                 |  |
| <b>НУО</b>  | неурядова організація  |                 |  |
| <b>ПАР</b>  | психоактивні речовини  |                 |  |

**ЧАСТИНА А.**  
**Підхід до створення СLM-  
інструментарію для впливу на  
рішення в системі охорони здоров'я**

---

**1. КОНТЕКСТ СТВОРЕННЯ НОВОГО  
СLM-ІНСТРУМЕНТУ В УКРАЇНІ**

## 1.1 Епідеміологічний та суспільно-політичний контекст<sup>1</sup>

Україна залишається країною з одним із найвищих тягарів ВІЛ-інфекції в Європейському регіоні.

Станом на 01.01.2026,



Ці показники свідчать про суттєвий прогрес на шляху до цілей 95-95-95, проте за агрегованими даними приховано значні нерівності між різними ключовими групами населення та суттєво відмінними регіонами країни, а поза тим суттєво вища оціночна кількість тих, хто насправді уражені ВІЛ.

Серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ), каскад залишається значно нижчим за національні показники: за останніми доступними даними біоповедінкових досліджень, лише 58% ВІЛ-інфікованих ЛВНІ знають свій статус, 70% з них отримують АРТ, і 74% досягають вірусної супресії. **Оціночна чисельність ЛВНІ в Україні складає 278 318 осіб.** **Охоплення ЗПТ становить 32 233 пацієнти** (77,7% від цільового показника з урахуванням усіх форм власності закладів, де здійснюється видача ЗПТ), тоді як охоплення комплексними профілактичними послугами сягає лише 53% від оціночної кількості (при цілях 80% на 2025 рік та 90% на 2030 рік). У 2025 році 64% нових випадків ВІЛ діагностовано на пізніх стадіях, – що свідчить про системні провали у ранньому виявленні.

Для жінок, які живуть з ВІЛ (ЖЖВ), існують додаткові гендерно-специфічні вразливості.

**У 2025 році 160 231 вагітна жінка була протестована на ВІЛ, з них у 196 виявлено ВІЛ (зниження на 28% порівняно з попереднім роком). Передача ВІЛ від матері до дитини знижена до 1,5% за даними ПЛР-досліджень.**

Водночас ЖЖВ стикаються з додатковими викликами – як-то фінансові витрати на молочні суміші та препарати для пригнічення лактації, обмежений доступ до послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ), порушення конфіденційності, – що ніяк не фіксується рутинною дежавною системою моніторингу й оцінки (MiO) заходів протидії ВІЛ в Україні.

<sup>1</sup> Використані у цьому блоці дані взято з презентацій, що відбулись 30.03-1.04.2026 року під час Національного стратегічного діалогу "Сталість та стійкість: стратегічне узгодження інвестицій Глобального фонду, Уряду США (USG), партнерів з розвитку та внутрішнього фінансування боротьби з ВІЛ/ТБ". Метою заходу було погодження тактики забезпечення відповіді на ВІЛ та туберкульоз в Україні в контексті військової агресії та у післявоєнний час – включно з підготовкою запиту на фінансування ГФ в межах 8-го циклу грантів на 2027-2029 роки



"Препаратів залишилось тільки на один місяць і далі невідомість – тому нам сказали виїжджати терміново. А ми ж лише сюди приїхали, тікаючи через війну з рідного міста: це фізично просто неможливо знову переїжджати. Лікування не повинно перериватися через такі ситуації. Це дуже великий стрес і ризик"

Ірина, 38 років, пацієнтка ЗПТ, Донецька область

Повномасштабне вторгнення росії до України в лютому 2022 року суттєво погіршило ситуацію. Війна зруйнувала медичну інфраструктуру в постраждалих регіонах, зумовила колапс низки систем життєво необхідних послуг, погіршила купівельну спроможність пересічних громадян і відповідно базовий рівень комфорту людей, порушила ланцюги постачання АРТ, спричинила переміщення понад 6 мільйонів осіб і додатково ще майже 5 мільйонів осіб стали біженцями до інших країн. Для ключових груп населення – людей, які вживають наркотики ін'єкційно, секс-працівників, чоловіків, які мають секс з чоловіками, ув'язнених, трансгендерних людей – війна додала до існуючих бар'єрів стигми, дискримінації та криміналізації гострі наслідки переміщення та руйнування системи життєво необхідних послуг. Для ЛВНІ вплив збройної агресії є специфічним: зміна наркоринків, поява нових маршрутів постачання, нові моделі ризику серед молоді, зниження доступу до ЗПТ у прифронтових регіонах. Для ЖЖВ (особливо вагітних і матерів) війна означає додаткові ризики переривання АРТ, втрати зв'язку з медичним закладом та обмеженого доступу до репродуктивних послуг.

У цьому контексті роль моніторингу під керівництвом спільноти (CLM) стає не лише важливою, а критичною. CLM створює безпосередньо систему раннього попередження, – яку державні системи даних забезпечити самостійно не можуть: адже організації ключових спільнот на місцях і з приводу конкретних викликів ідентифікують проблеми значно раніше і достовірніше, ніж вони з'являться у національній статистиці (якщо з'являються взагалі). Саме така здатність до раннього виявлення бар'єрів і збоїв є визначальною для збереження безперервності каскаду 95-95-95, оскільки дозволяє своєчасно реагувати на ризики переривання лікування, втрати людей на етапах супроводу та недосягнення вірусної супресії.

## 1.2 Проблема, яку вирішує CLM

Попри значний досвід українських організацій громадянського суспільства щодо збору даних та змістовної роботи з пацієнтськими спільнотами, **ландшафт CLM в Україні до початку реалізації цього проєкту характеризувався фрагментацією**. Моніторячи свою ділянку каскаду (ЗПТ, АРТ, ІПСШ, репродуктивне здоров'я), організації використовували в роботі паперові опитувальники чи цифрові аналоги (на кшталт Google Forms або Survey Monkey) без стандартизації та системності застосування. Дані збирались регулярно, але їх неможливо було порівнювати між регіонами та в достатній хронології з прив'язкою до певного фактору, а відтак коректно узагальнювати – тому відповідно й рідко відбувався комплексний аналіз (а коли аналіз відбувався за певних умов, то результати рідко потрапляли до осіб, які приймають рішення – у придатній для використання формі). Відтак, пацієнтський досвід генерував дані, які залишались "мертвим вантажем".

Внаслідок цього виникає не лише методологічна неефективність, а конкретні провали в досягненні цілей 95-95-95. Без систематизованих даних від пацієнтів спільноти неможливо з'ясувати, чому конкретна людина не знає свого ВІЛ-статусу, чому вона перериває АРТ або чому не досягає позитивної динаміки в лікуванні. Без цих знань система охорони здоров'я реагує узагальнено і пропускає системні розриви, які повторюються з року в рік.

Водночас державна система МіО не мала якісного каналу для отримання зворотного зв'язку від ключових спільнот. Центр громадського здоров'я (ЦГЗ) визнавав готовність інтегрувати CLM-дані, але потребував структурованого стандартизованого формату. **Розрив між існуванням даних і їхнім використанням для прийняття рішень був системною проблемою, – яку цей проєкт і мав на меті подолати.**



## 1.3 Архітектура розробленого CLM-інструментарію

Проект, що фінансується **Фондом Елтона Джона з боротьби зі СНІДом (Elton John AIDS Foundation, EJAF)** та координується Коаліцією за право на здоров'я (Health Advocacy Coalition, HAC), залучив три організації-субгрантери: БО “БФ “ВОЛНА” (Всеукраїнське об'єднання людей з наркозалежністю), БО “Позитивні жінки” та БО “ВОНЖ ВОНА” (Всеукраїнське об'єднання наркозалежних жінок). Кожна з команд розробляла інструменти CLM, що адаптовані до потреб своїх спільнот.

Цей матеріал документує досвід двох організацій – БО “БФ “ВОЛНА” та БО “Позитивні жінки” – чиї пілотні дані стали першими CLM-датасетами, інтегрованими до Центральної бази даних (ЦБД) ЦГЗ.

Проект реалізовувався у тісній координації з ЦГЗ, який включив інтеграцію CLM-даних до своїх стратегічних робочих планів на 2024–2026 роки. Ця інституційна готовність є результатом послідовної адвокаційної роботи HAC, – що створила умови для переходу від фрагментарного збору даних окремими спільнотами до комплексного інституційного використання на державному рівні.

Роль HAC у проекті визначалась як технічне партнерство: розробка спільної архітектури цифрових інструментів, аналітичного фреймворку та навчальних матеріалів; координація субгрантів; забезпечення зв'язку між спільнотами та національними інституціями. Принциповим було те, що HAC не керував процесом моніторингу – організації спільнот самостійно визначали пріоритети, розробляли анкети та використовували дані для адвокації.



“Відколи дізналася про свій ВІЛ-статус у 2013 році, я десятки разів стикалася з упередженим ставленням під час отримання медичних послуг. Щоразу у буквальному значенні цього слова, коли повідомляла про свій діагноз, це не просто викликало дискомфорт чи відчуження у співрозмовника – це миттєво ускладнювало мій доступ до необхідної допомоги.

Щоб уникнути таких ситуацій, змушена звертатися до медзакладів в обласному центрі у Полтаві – не за місцем проживання. І з початком повномасштабної війни це важко щонайменше логістично, оскільки через обстріли, повітряні тривоги та пошкоджену інфраструктуру дорога між містами стала складною і небезпечною. Щоб дістатися з Кременчука до Полтави або назад, мені доводиться використовувати кілька видів транспорту: витрачаючи значний час і ресурси”

**Ірина, 34 роки, м. Кременчук, живе з ВІЛ, мама 13-річного сина**

## 1.4 Залучені сторони, ролі, координація

Проектна модель передбачає, що розробка, адміністрування та використання CLM-інструменту здійснюються безпосередньо організаціями пацієнтських спільнот – тих, чий досвід є предметом моніторингу. БО "БФ "ВОЛНА" об'єднує людей з досвідом споживання наркотиків, БО "Позитивні жінки" – жінок, які живуть з ВІЛ. Ця вкоріненість визначає характер усього процесу: **представники і представниці цільових груп виступають не лише респондентами, а й співавторами інструменту – від формулювання питань анкет до визначення пріоритетів адвокації.** Такий підхід забезпечує чутливість інструменту до реальних потреб і водночас зміцнює довіру всередині пацієнтських спільнот до процесу моніторингу.

Водночас модель не передбачає ізольованої роботи організацій спільнот. НАС є технічним партнером: забезпечує проектування цифрового інструменту, розробку аналітичних підходів, створення навчальних матеріалів, а в окремих випадках – координацію субгрантового фінансування. ЦГЗ виступає інституційним партнером: підтримує інтеграцію CLM-даних з національними системами моніторингу та бере участь у формуванні підходів до обміну даними. На регіональному рівні впровадження змін відбувається за сприяння місцевих органів охорони здоров'я.



"Коли стикаєшся зі стигмою чи дискримінацією, коли твої права в соціумі чи певних інституціях порушуються – саме це найбільше і мотивує відстоювати себе. Більше того: це стимулює більше дізнаватись про механізми захисту, межі своїх можливостей і прав, обов'язки інших, потенційну шкоду, причини нерозуміння людей як ти, відкриття статусу без твого дозволу. А коли ти вже обізнана, то можеш іншим допомогти"

**Жанна, 60 років, Львівська область, живе з ВІЛ**

Управління практикою побудоване на трьох взаємопов'язаних рівнях, які працюють як єдина система:

На **СТРАТЕГІЧНОМУ РІВНІ** НАС разом з організаціями спільнот визначає методологію CLM, стандарти якості даних та підходи до збору інформації (зокрема, гендерно-чутливі). Також забезпечується зв'язок із національними структурами – ЦГЗ, ЦБД, профільними робочими групами. НАС розробляє архітектуру чат-ботів, аналітичні фреймворки та навчальні матеріали, але принципово не керує самим процесом моніторингу.

**ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ РІВЕНЬ** охоплює як національну, так і регіональну роботу. Національні команди розробляють інструменти збору даних спільно зі спільнотами, здійснюють аналітику, готують адвокаційні матеріали та представляють результати на національних майданчиках. Регіональні координатори тестують інструменти, залучають респондентів, супроводжують процес збору даних і забезпечують зворотний зв'язок з урахуванням локального контексту. В деяких моделях існує чіткий внутрішній розподіл ролей між програмною координацією, моніторингом та стратегічним керівництвом, а координація відбувається через регулярні зустрічі між рівнями.

На **АДВОКАЦІЙНОМУ РІВНІ** результати моніторингу регулярно презентуються організаціями ключових спільнот на координаційних майданчиках – Координаційних радах, ССМ, тематичних підгрупах. Паралельно ведеться діалог з національними інституціями щодо вдосконалення систем обміну даними та здійснюється моніторинг змін у політиках, регіональних планах, бюджетних рішеннях і практиках закладів охорони здоров'я.

Сила моделі, що презентується у цьому матеріалі і стала успішною в реаліях України навіть під час війни, – в інтеграції трьох компонентів: експертизи пацієнтської спільноти (безпосередня участь людей із релевантним досвідом), технічної підтримки (якісні інструменти та аналітика) та інституційної інтеграції (взаємодія з державними структурами). Саме їхнє поєднання дозволяє не лише збирати дані, а й забезпечувати їх системне використання для впливу на рішення, політики та якість послуг на національному й регіональному рівнях.

## **2. ПІДХІД ДО ЗБОРУ ТА АНАЛІЗУ ДАНИХ**

## 2.1 Визначення CLM у рамках проєкту

У рамках цього проєкту **CLM визначається як систематичний, спроектований і керований ключовою спільнотою процес збору, аналізу й використання даних про якість послуг програм з ВІЛ/ТБ, бар'єри доступу та порушення прав – з метою формування необхідних програм реагування і рішень, кроків, механізмів з боку державних інституцій.**

Три ознаки відрізняють такий підхід від стандартних опитувань задоволеності чи збору зворотного зв'язку від бенефіціарів:

### АВТОРСТВО СПІЛЬНОТ.

Саме ключовий досвід пацієнтів і користувачів послуг проєктують інструменти, визначають порядок денний моніторингу, збирають та інтерпретують дані, контролюють їхнє використання. Зовнішні організації надають технічну підтримку використовуючи партисипативний підхід до співпраці, – але не втручаються в сам процес.

### ДОКАЗОВА СПРЯМОВАНІСТЬ.

Дані збираються не лише для документування досвіду як такого, а для генерування доказів для адвокації, створення та впровадження відповідних проєктів і програм задля подолання ідентифікованих викликів і формування: як регіональних, так і національних політик.

### ІНСТИТУЦІЙНА ІНТЕГРАЦІЯ.

CLM-дані мають бути інтегровані до існуючих національних систем моніторингу й оцінки, щоб згенеровані спільнотою дані впливали на офіційне планування і відповідні механізми реагування на потреби населення.

### CLM в Україні: від фрагментації до системності

Моніторинг під керівництвом спільноти не є новим для України. Організації громадянського суспільства та пацієнтські спільноти, які працюють у сфері ВІЛ, мають багаторічний досвід збору зворотного зв'язку від представників пацієнтських спільнот, документування порушень прав та моніторингу послуг. Зокрема, система REAct, що впроваджена МБФ “Альянс громадського здоров'я” за підтримки ГФ, забезпечила документування порушень прав ключових груп населення у взаємодії з медичними, правоохоронними та соціальними інституціями. Паралельно ПРООН у 2023 році підготувала два аналітичні звіти: оцінку спроможності спільнотних організацій здійснювати CLM та оцінку рівня системної інтеграції CLM у сферу ВІЛ-послуг в Україні, – які зафіксували як потенціал, так і структурні обмеження наявних практик. ЮНЕЙДС у рамках спільної програми ООН сприяв розробці нової рамки CLM для України та підтримував перегляд національної стратегії усунення правових бар'єрів до послуг з ВІЛ та ТБ.



“Для нас принципово важливо, щоб пацієнтський досвід не завершувався на рівні окремого звернення чи опитування. Він має ставати частиною системного аналізу. Інтеграція даних моніторингу силами спільнот до національної цифрової інфраструктури відкриває можливість перетворювати тисячі окремих історій на доказову базу для вдосконалення програм, політик та розподілу ресурсів. Саме так формується сучасна модель управління громадським здоров'ям, орієнтована на потреби людей”

**Сергій Миронюк,**

**головний фахівець з управління проєктами та міжнародної співпраці Центру громадського здоров'я МОЗ України**

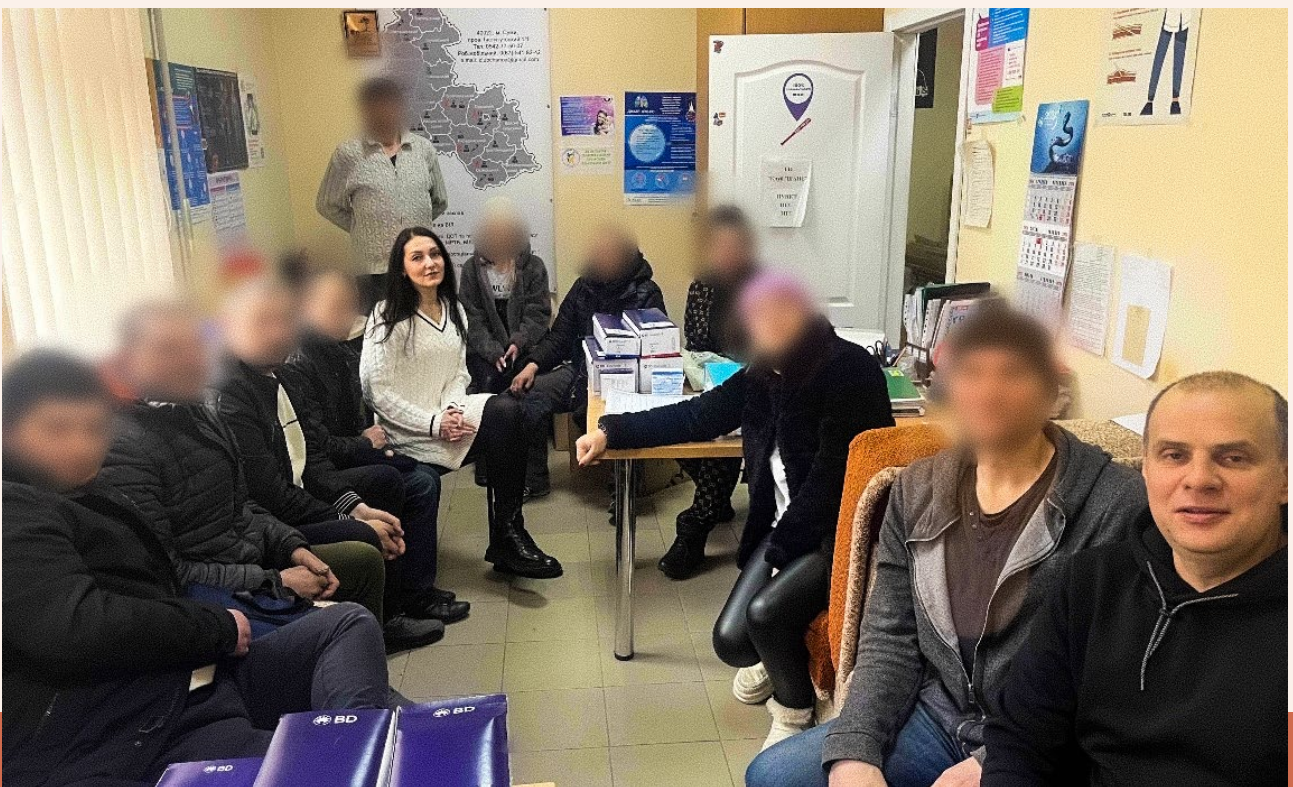
Модель, що задокументована в цьому матеріалі, не замінює попередні напрацювання, а цілеспрямовано використовує створену ними інфраструктуру – мережі спільнотних організацій, навички моніторингу, досвід взаємодії з державними інституціями, сформовану культуру збору даних – та надбудовує на ній те, чого бракувало: цифрову стандартизацію, вбудовану аналітику та прямий канал інтеграції в державну інформаційну систему. Там, де раніше дані збирались фрагментарно і залишались всередині організацій, тепер вони потрапляють до ЦБД ЦГЗ у стандартизованому форматі – і стають частиною тієї самої інформаційної системи, яку держава використовує для програмного планування та розподілу ресурсів.

Інакше кажучи, проєкт не починав з нуля. Він перетворив розрізнений досвід спільнот на системний інструмент впливу – підсиливши те, що вже працювало, та додавши технічні і інституційні компоненти, яких бракувало: для переходу від збору даних до їхнього використання у прийнятті рішень.



“Раніше соціальні працівники більше спілкувалися з нами, була підтримка. Зараз їх загрузили паперами – і цього контакту стало значно менше. Від цього і мотивація падає, і довіри менше, у буквальної допомоги в щоденному житті. Хочеться повернути нормальну комунікацію”

**Олексій, 42 роки, Київська область, клієнт програм ЗШ**



## 2.2 Цикл CLM

Відповідно до операційних рекомендацій ГФ та вимог ЦГЗ щодо інтеграції даних, в рамках даного проєкту НАС реалізував процес CLM за логікою п'ятиетапного циклу:



“Найбільше мотивує відстоювати свої права наявність взаємопідтримки. По-перше, з боку спільноти та організації. Дівчата з БО “Позитивні жінки” для мене стали як друга родина. Ми дуже підтримуємо одна одну і підбадьорюємо у скрутні часи.

По-друге, з боку чоловіка. Дізнавшись про мій статус, не кинув у складний час. І також донечка, – яка не дає складати руки і сидіти на місці. Моє серце б'ється сильніше від однієї лише думки, щоб моя дитина була здорова. Дуже чекаю візит до педіатра, – щоб вона підтвердила, що все добре і дитину зняли з обліку. Тоді перейду до своєї давньої мрії: курси фотографії!”

**Олена, м. Черкаси, живе з ВІЛ, заміжня і виховує 2-річну доньку**

## 2.3 Теорія змін

### БАЗОВА ЛОГІКА

Якщо організації спільнот мають доступ до зручних, безпечних цифрових інструментів для структурованого збору даних ► і якщо зібрані дані систематично аналізуються та трансформуються в адвокаційні продукти ► то доказова база спільнот потрапить до осіб, які приймають рішення, у придатному для використання форматі ► що призведе до програмних та політичних коригувань ► і, як результат, до вимірюваних покращень якості послуг, захисту прав та доступу для ключових груп населення.

Ця теорія базується на двох передумовах, над створенням яких команда проекту цілеспрямовано працювала: (1) технічна спроможність організацій спільнот самостійно управляти інструментами та інтерпретувати дані без залежності від зовнішньої ІТ-підтримки; та (2) інституційна готовність ЦГЗ та інших відповідальних органів отримувати та використовувати дані спільнот. Обидві передумови потребували інвестицій протягом усього пілотного періоду.

Зазначена теорія змін не є лінійною декларацією – навпаки: вона описує послідовність умов, кожна з яких є необхідною, але недостатньою без решти. Нижче розкрито логіку кожного ланцюжка та ключові передумови, які проєкт мав створити або забезпечити.

## Ланцюжок 1: Від інструменту до даних

Організації спільнот мають потребу в моніторингу, але не завжди мають технічну спроможність створити відповідний інструмент. Водночас зовнішньо розроблені платформи часто не враховують специфіку цільових груп – як-то рівень довіри, цифрову грамотність, чутливість тематики. **Проект вирішував цю суперечність через модель спільного проєктування: технічний партнер (НАС) забезпечував архітектуру та розробку, а організації спільнот визначали зміст, формулювання питань, логіку переходів та канали залучення.**

Результатом стали інструменти, які сприймаються спільнотами як власні, – що критично для участі бенефіціарів, які мають обґрунтовані підстави не довіряти зовнішнім системам збору даних.

Ключова передумова цього ланцюжка – низький бар'єр входу: анонімність, мінімальний час заповнення (2–3 хвилини), знайомий інтерфейс (Telegram), відсутність реєстрації. Без цих характеристик інструмент не генерує достатнього обсягу даних для доказової адвокації.

## Ланцюжок 2: Від даних до аналітичного продукту

Збір даних без аналітичної інфраструктури відтворює проблему, яку проєкт мав подолати: інформація існує, але не перетворюється на аргументи. Теорія змін передбачає, що організації мають бути спроможні самостійно управляти повним аналітичним циклом від вивантаження даних до генерації звітів та адвокаційних матеріалів – без постійної залежності від зовнішньої IT-підтримки. **Це потребувало інвестицій у два напрямки: побудову вбудованої аналітики в адміністративній панелі (дашборди, воронки, експорт у Excel) та навчання команд організацій роботі з даними.**

Ключова передумова – технічна спроможність організацій: здатність інтерпретувати результати, ідентифікувати тенденції та формулювати висновки для різних аудиторій.

## Ланцюжок 3: Від аналітичного продукту до інституційного впливу

Навіть якісний аналітичний продукт не має впливу, якщо не потрапляє до відповідних адресатів у форматі, придатному для використання. **Теорія змін передбачає два паралельні канали впливу: (а) адвокаційний – через презентації на координаційних майданчиках, тематичних робочих групах, Координаційних радах та ССМ; та (б) інституційний – через інтеграцію CLM-даних до ЦБД ЦГЗ,** що дозволяє досвіду пацієнтів і користувачів послуг потрапляти до тієї самої інформаційної системи, яку держава використовує для програмного планування.

Ключова передумова – інституційна готовність ЦГЗ та інших відповідальних органів отримувати та використовувати дані спільнот. Ця готовність не виникла автоматично: є результатом послідовної адвокаційної роботи НАС та організацій спільнот, яка тривала протягом усього пілотного періоду і включала кілька раундів переговорів щодо форматів обміну даними, узгодження індикаторів та розробку проєкту меморандуму про співпрацю.



“Якби я могла змінити 2 речі в системі охорони здоров'я, то ось що це б було:

- Замість того, щоб боротися з наслідками хвороб, повинно бути їх запобігання. За власний кошт це дуже дорого, мало кому під силу. А от рішення на рівні держави – це саме воно. Для своєї дитини мрію про це.

- Більше інформації у вільному доступі про профілактику, безкоштовні послуги, права. Бо часто лікарі не кажуть, а якщо і є таке щось з ліків чи процедур – то не хочуть оформлювати”

Олена 41 рік, м. Миколаїв, живе з ВІЛ, виховує доньку

## Ланцюжок 4: Від інституційного впливу до змін для людей

Кінцевою метою CLM є не дані і не звіти, а зміни в якості послуг, захисті прав та доступі для ключових груп населення.

Теорія змін визнає, що ці зміни відбуваються на різних рівнях і з різною швидкістю: бюджетні рішення на регіональному рівні (виділення коштів на молочні суміші та препарати для пригнічення лактації), зміни у практиках ЗОЗ (тренінги з протидії стигмі), нормативні кроки на національному рівні (пропозиції змін до наказів МОЗ), інституціоналізація діалогу (регулярні консультації між ЦГЗ та організаціями спільнот).

Документування цих змін і їхнього зв'язку з даними CLM є частиною п'ятого етапу циклу CLM (зворотний зв'язок та коригування) і забезпечує обґрунтування для наступних циклів моніторингу.

### Зони ризику теорії змін

Теорія змін містить кілька вразливих точок, які проєкт виявив під час реалізації.

**По-перше**, залежність від зовнішнього фінансування на етапі розробки інструменту – без стабільного джерела ресурсів перехід від пілоту до сталої операційної моделі є ризиковим.

**По-друге**, різний темп інституційної відповіді: регіональні органи можуть реагувати швидко (бюджетні рішення), тоді як зміни на національному рівні потребують значно більше часу.

**По-третє**, ризик технологічної залежності: якщо оновлення або підтримка інструменту потребують залучення зовнішнього розробника, організації втрачають частину автономії, закладеної в модель. Ці ризики не спростовують теорію змін, але визначають зони, які потребують цілеспрямованого управління при реплікації.



## 3. ЦИФРОВА МОДЕЛЬ СІМ: СПІЛЬНА АРХІТЕКТУРА

Цей розділ описує технічні рішення, спільні для обох інструментів – чат-бота БО “БФ “ВОЛНА” (@volna\_ua\_bot) та чат-бота БО “Позитивні жінки” (@UKRAINEpw\_bot). Специфічні адаптації кожної організації як-то тематичні модулі, формати анкет, канали залучення – описані у відповідних кейсах нижче.

Перед тим як описати конкретну архітектуру обраного рішення, варто зазначити ширший контекст. Месенджери – Telegram, WhatsApp, Viber, Signal та інші – стали потужною платформою для побудови цифрових інструментів збору даних у сфері громадського здоров'я. Їхня ключова перевага – безпрецедентно низький поріг входу: користувачі не встановлюють додаткових додатків, не створюють акаунтів, не проходять реєстрацію. **Вони взаємодіють з інструментом у тому самому середовищі, яке використовують для щоденного спілкування.** Для ключових груп населення, які стикаються зі стигмою, криміналізацією та недовірою до формальних інституцій, ця характеристика є не зручністю, а передумовою участі.

Більшість популярних месенджерів надають Bot API – програмний інтерфейс, який дозволяє створювати автоматизованих ботів для структурованого збору даних, навігації по контенту та надання інформації. Telegram Bot API, WhatsApp Business API, Viber Bot API забезпечують можливість побудови модульних опитувальників з логікою переходів, автоматичним збереженням відповідей та адміністративним управлінням без участі розробника.

**Порівняно зі спеціалізованими мобільними додатками, розробка яких потребує значних ресурсів і технічної експертизи кінцевих користувачів, боти на базі месенджерів є значно доступнішим рішенням – як за вартістю розробки, так і за простотою використання.**

При цьому вони не поступаються у функціональності: модульна архітектура, регіональне маркування, вбудована аналітика, шифрування даних – усе це реалізується через Bot API без необхідності проходити процедури публікації в магазинах додатків або вимагати від користувачів технічних навичок, що виходять за межі навігації в месенджері.

Вибір конкретного месенджера має визначитися не технічними перевагами розробника, а контекстом цільової пацієнтської спільноти: який месенджер є домінуючим серед ключової групи населення в конкретній країні чи регіоні. В Україні таким месенджером є Telegram – і це визначило платформу для обох інструментів цього проєкту. В контексті інших країн СЄЦА – наприклад, Киргизстану, Казахстану чи Молдови – це може бути Telegram, WhatsApp або Viber, залежно від місцевого ландшафту комунікацій. Принципи вибору, описані нижче, залишаються універсальними.



“На ВЛК відкрито говорили про мій туберкульоз. Кричали просто-напросто, щоб я не підходив. Це було при інших людях – дуже принизливо. Ніхто не думав про конфіденційність. І так відбувається буквально всюди: хоча і звикнути ніяк не можу”

**Сергій, 41 рік, Харківська область, пацієнт ЗПТ**

## 3.1 Вибір платформи

Обрання Telegram як платформи для обох чат-ботів не було типовим технічним рішенням – стало результатом цілеспрямованих консультацій зі спільнотами. Telegram є основним комунікаційним каналом для ключових груп населення в Україні: зокрема для людей, які вживають наркотики, та людей, які живуть з ВІЛ. За даними передтренінгового опитування БО “БФ “ВОЛНА”, 76% учасників вже використовували чат-боти у Telegram у повсякденному житті.

Платформа відповідає чотирьом критеріям, визначеним проєктом як обов’язкові:



### ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЕД ЦІЛЬОВОЇ ГРУПИ

практично універсальне проникнення серед ЛВНІ та ЖЖВ в Україні



### АНОНІМНІСТЬ

відсутність вимоги реєстрації з номером телефону, прив’язаним до реальної особи



### БЕЗПЕКА

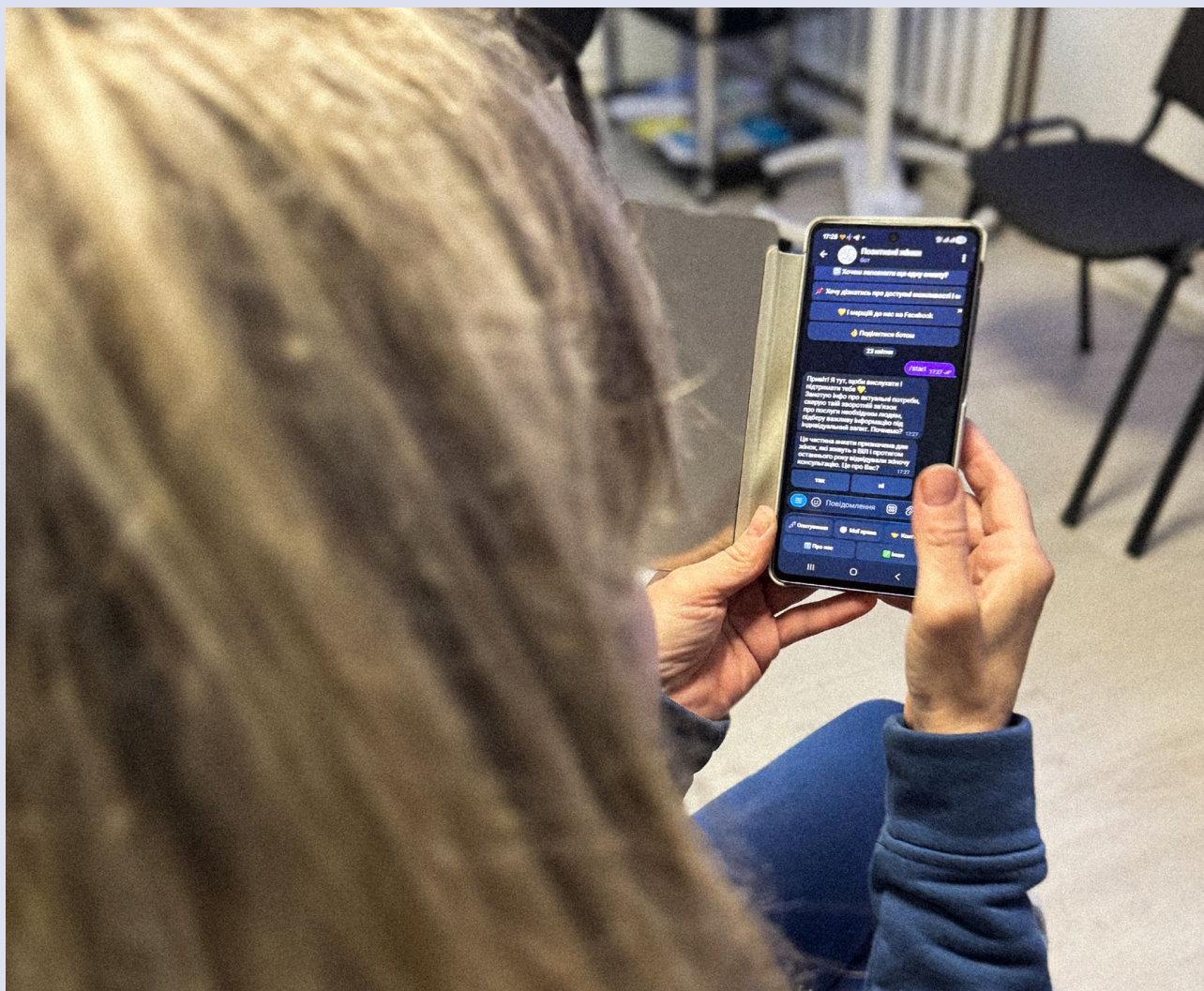
наскрізне шифрування прямих комунікацій, шифроване зберігання даних



### НИЗЬКИЙ БАР’ЄР ВХОДУ

проходження опитування не потребує встановлення додатків, створення акаунтів чи технічної грамотності, що виходить за межі навичок навігації в месенджері.

Критично важливою є також характеристика невидимості: боти Telegram видимі лише тим, хто їх цілеспрямовано шукає або отримує посилання – вони не несуть зовнішніх маркерів асоціації з ВІЛ-послугами чи вживанням наркотиків. Для спільнот, де така асоціація несе соціальні наслідки, ця властивість суттєво знижує ризик стигми для користувачів.



В інших контекстах країн СЄЦА такими платформами можуть бути WhatsApp, Viber або інший месенджер з підтримкою Bot API. Принципи відбору залишаються незмінними: поширеність серед пацієнтських спільнот, технічна можливість анонімної участі, шифрування даних.

## 3.2 Модульна архітектура чат-боту

Обидва чат-боти побудовані за єдиним архітектурним принципом – чотири автономні функціональні модулі, які можуть використовуватись незалежно або послідовно:



### МОДУЛЬ ОПИТУВАНЬ

Структуровані анкети (від 2хв до 12 хв) щодо якості послуг, бар'єрів доступу, порушень прав та програмного охоплення. Питання узгоджені з вимогами ЦГЗ до даних та індикаторами КРІ ГФ для забезпечення інтеграції до національної системи МіО.



### ПРАВОВИЙ МОДУЛЬ

Розділ правової інформації, що охоплює права в контексті ВІЛ-послуг: право на лікування, захист від дискримінації, процедури подання скарг, доступні правові засоби. Оновлюється адміністратором організації без участі розробника.



### ДОВІДНИК НАПРАВЛЕНЬ

Регулярно оновлювана база контактів: гарячі лінії, юридична допомога, соціальні працівники, спеціалізовані медичні послуги, організації громадянського суспільства. Структурована за регіоном та типом послуги.



### МОДУЛЬ ЗВОРОТНОГО ЗВ'ЯЗКУ

Механізм для подання коментарів щодо самого інструменту, повідомлень про технічні несправності або пропозицій доповнень. Замикає петлю зворотного зв'язку щодо зручності використання.


Кожен модуль функціонує автономно: оновлення контенту в правовому модулі не потребує втручання в логіку опитування; додавання нової послуги до довідника не впливає на структуру анкет. Ця модульність є ключовою вимогою життєздатності інструменту – організації без ІТ-персоналу можуть самостійно підтримувати та розвивати свій інструмент.


**Конкретне наповнення модулів відрізняється між організаціями.** БО “БФ “ВОЛНА” використовує двоформатний дизайн опитувань (швидка та детальна анкета) з модулем документування індивідуальних порушень прав. БО “Позитивні жінки” застосовують багатомодульну тематичну архітектуру (окремі модулі для ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів, СРЗ, вагітності, лактації) з травма-орієнтованою логікою переходів. Деталізація цих адаптацій представлена у відповідних кейсах.





## 3.3 Адмін-панель та аналітика

Адмін-панель забезпечує аналітичну інфраструктуру, яка перетворює сирі відповіді користувачів на організаційну аналітику. Доступні чотири типи звітів:

 **Звіт воронки (funnel report).** Відстежує рух користувача від першої взаємодії до завершення опитування, ідентифікуючи, на яких питаннях відбувається припинення активності. Використовується для вдосконалення інструменту та порядку питань.

 **Звіт опитувань (survey report).** Надає агрегований аналіз відповідей за кожним опитувальником, включаючи розподіл відповідей та середній час завершення.

 **Аудит користувачів (user audit).** Відстежує нових та повторних користувачів, тривалість сесій та точки входу (прямий доступ, через реферальне посилання). Використовується для оцінки ефективності кампаній залучення та охоплення пацієнтських спільнот.

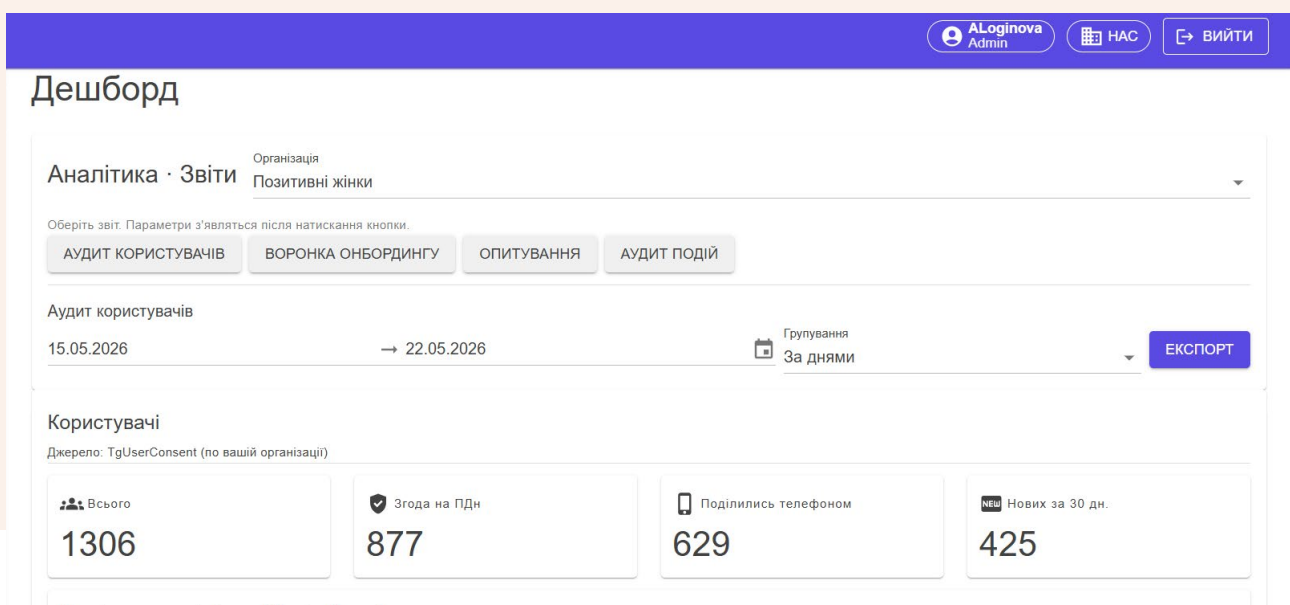
 **Дашборди.** Візуалізація ключових показників залучення у режимі реального часу, з можливістю експорту в Excel для зовнішньої звітності без додаткової обробки даних.

### Принцип: аналітика без IT-залежності

Ключовою проєктною вимогою було те, що організації мають бути спроможні генерувати та використовувати аналітику без залучення зовнішнього технічного персоналу. Вся генерація звітів доступна адміністраторам через інтерфейс панелі. Експорт в Excel є вбудованим. Робота з панеллю не потребує навичок дата-аналітики.

### Алгоритм роботи з даними зі сторони організації:

- ▶ користувач заповнює опитування в чат-боті;
- ▶ дані експортуються в Excel для подальшого аналізу;
- ▶ відповіді автоматично агрегуються за тематичною категорією, географічною одиницею та типологією порушень в адмін-панелі;
- ▶ складається аналітичний звіт;
- ▶ генеруються аналітичні звіти (воронка, опитування, аудит користувачів);
- ▶ використовується для адвокаційних брифів та інституційної звітності.



The screenshot shows the Admin Panel Dashboard. At the top right, there are user controls for 'ALoginova Admin', a calendar icon labeled 'НАС', and a 'ВИЙТИ' (Logout) button. The main heading is 'Дешборд'. Below it, there's a section for 'Аналітика · Звіти' with a dropdown menu set to 'Позитивні жінки'. A sub-section 'Аудит користувачів' shows a date range from '15.05.2026' to '22.05.2026' and a 'Групування За днями' (Grouping by days) dropdown. A 'ЕКСПОРТ' (Export) button is visible. At the bottom, there are four summary cards: 'Всього' (Total) with 1306, 'Згода на ПДн' (Consent to GDPR) with 877, 'Поділились телефоном' (Shared phone) with 629, and 'Нових за 30 дн.' (New in 30 days) with 425.

Етапи роботи з даними:

### **Збір даних**

завантаження масиву даних за визначений період і тематикою з джерел та вивантаження у файл (наприклад, табличний формат)

### **Первинна перевірка даних**

проведення технічної верифікації: перевірка на наявність дублів, коректність заповнення, виявлення помилок та некоректних значень із використанням доступних інструментів

### **Акумуляція**

об'єднання отриманих даних у єдиний масив для подальшої обробки

### **Аналіз даних**

виявлення тенденцій, формування гіпотез, визначення ключових маркерів і показників

### **Повна вичитка**

детальна перевірка та перегляд даних, уточнення і укрупнення виявлених тенденцій

### **Формування повного звіту**

підготовка детального звіту за шаблонами з розширеним спектром проблематики для внутрішнього використання

### **Підготовка скорочених матеріалів**

створення скорочених версій звітів для різних аудиторій: додавання ключових висновків і рекомендацій, оформлення відповідно до вимог, підготовка презентаційних матеріалів

## **Що це означає на практиці?**

За цими технічними описами стоїть конкретний щоденний досвід команди організації. Регіональні координатори, відкриваючи адмін-панель за кілька хвилин можуть бачити, скільки респондентів пройшли опитування за останній тиждень, у яких 303 зібрано найбільше відповідей і на яких питаннях опитані також зупиняються.

Аналітик генерує воронку і це показує, що 15% респондентів зупиняють відповіді після певного тематичного блоку - це сигнал або про некоректне формулювання питання, або про сильну чутливість теми, яка потребує перегляду підходу. Менеджер програми вивантажує дані по одному регіону в Excel, порівнює їх з іншими показниками та формулює тези для виходу на Координаційний раді наступного тижня.



“Найбільше хвилююсь за нерозголошення статусу. У державній лікарні безліч питань, підозр, уточнень від лікарів: замість отримати допомогу, підтримку, лікування там – я їду просто до аптеки порадитись з фармацевтом чи в приватну лабораторію. Не можу розповісти своєму терапевтові про статус – наперед знаю, що буде жахливе ставлення.

Ще одна страшна для мене річ – після довідки з пологового важко знайти педіатра, щоб поставити дитину на облік. Також з молочними сумішами ситуація невтішна: доводиться докуповувати, хоча ніби-то держава має забезпечувати”

**Олена, м. Черкаси, живе з ВІЛ, заміжня і виховує 2-річну доньку**

Усе це відбувається без залучення програмістів, без запитів до технічної підтримки, без очікування. Це і є операціоналізація принципу технічної незалежності: організація має повний контроль над своїми даними від моменту збору до моменту презентації результатів.

**Низькопороговість роботи з адмін-панеллю** є свідомим проектним рішенням, а не побічним ефектом. Інтерфейс побудований так, щоб людина, яка вміє користуватись електронною поштою та Excel, могла працювати з усіма функціями панелі без додаткового навчання. Усі звіти генеруються натисканням однієї-двох кнопок. Фільтри за регіоном, часовим періодом та тематикою опитування доступні через випадаючі меню. Експорт даних у Excel – вбудований і не потребує проміжних кроків обробки. Оновлення контенту – правового модуля, довідника послуг, формулювань питань – здійснюється адміністратором організації через інтерфейс панелі, без залучення розробника та без впливу на інші модулі інструменту.

Для організацій, які раніше залежали від зовнішніх ІТ-консультантів для найпростіших аналітичних задач, цей рівень автономії є трансформаційним. Він означає, що рішення про те, які дані аналізувати, коли генерувати звіт і в якому форматі представити результати, приймає команда організації - а не технічний підрядник, графік якого не завжди збігається з потребами адвокатського процесу.

**Принцип: аналітика без ІТ-залежності.** Ключовою проектною вимогою було те, що організації мають бути спроможні генерувати та використовувати аналітику без залучення зовнішнього технічного персоналу. Вся генерація звітів доступна адміністраторам через інтерфейс панелі. Експорт в Excel є вбудованим. Робота з панеллю не потребує навичок дата-аналітики.

## 3.4 Безпека даних та анонімність

Обробка даних здійснюється за принципом добровільності та контролю з боку користувача. Номер телефону не є обов'язковим для використання бота. Усі опитування можуть бути пройдені анонімно. Користувачі мають можливість видалити свої дані через інтерфейс бота. Дані деідентифікуються перед агрегацією та зберігаються у зашифрованій інфраструктурі відповідно до чинного законодавства України про захист персональних даних.

Для ключових груп населення, які стикаються з правовими ризиками, стигмою та дискримінацією, ці захисні механізми є передумовами для змістовної участі. Рівень завершення опитувань близько 80%, зафіксований під час пілотного періоду, свідчить про те, що користувачі сприймали інструмент як безпечний та доступний.

## 3.5 Етика та згода

Участь у моніторингу є повністю анонімною: система не збирає номери телефонів, імена чи інші персональні ідентифікатори респондентів. Зберігання даних здійснюється у зашифрованому форматі відповідно до вимог чинного законодавства України про захист персональних даних. Респонденти зберігають контроль над обсягом інформації, яку вони надають, і можуть припинити участь на будь-якому етапі. Середня тривалість заповнення опитувальника складає 2–3 хвилини, що було свідомим проєктним рішенням з метою мінімізації навантаження на учасників та зниження бар'єру входу для представників спільноти з обмеженим часовим ресурсом.



## 3.6 Інтеграція з ЦБД ЦГЗ

Одним із визначальних досягнень проєкту – і найбільш значущою інституційною інновацією – стала інтеграція CLM-даних, згенерованих чат-ботами, до ЦБД ЦГЗ. CLM-дані БО “БФ “ВОЛНА” та БО “Позитивні жінки” стали першими датасетами згенерованими спільнотами, які було інтегровано до цієї національної системи.

**ЦБД** – це технічне рішення, що розробляється ЦГЗ і по суті є національною платформою для агрегації та аналізу даних про порушення прав ключових груп населення, бар’єри доступу до послуг та якість програмних інтервенцій. ЦБД спрямована на об’єднання даних з різних джерел – зокрема систем збору даних про порушення прав та систем CLM – у єдину аналітичну екосистему.

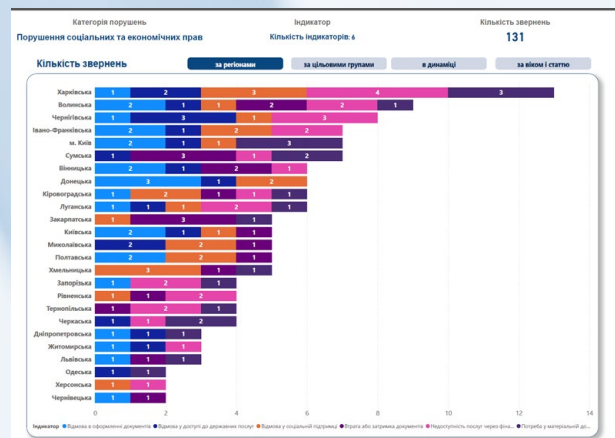
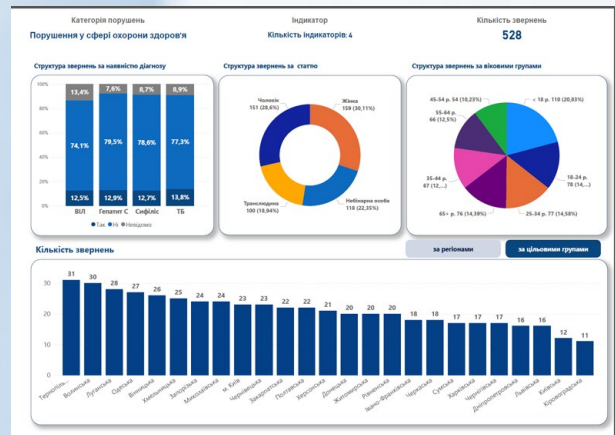
### Основні функції ЦБД:

- ▶ агрегація – об’єднання даних з усіх джерел в єдину систему;
- ▶ ШІ-аналітика – виявлення патернів порушень а прогнозування;
- ▶ оперативні дашборди – візуалізація у режимі реального часу;
- ▶ система сповіщень – автоматичне повідомлення про критичні випадки;
- ▶ стандартизація – єдині протоколи та формати даних для всіх учасників.

Інтеграція потребувала:

- (1) узгодження структури анкет та полів даних із технічними специфікаціями ЦГЗ;
- (2) розробки протоколу обміну даними, погодженого з технічними командами ЦГЗ;
- (3) послідовної адвокації з боку НАС для підтримки залученості ЦГЗ попри значний інституційний тиск воєнного часу.

За результатами інтеграції розроблено проєкт Меморандуму про співпрацю між ЦГЗ та організаціями спільнот, що встановлює стандартизовані процедури обміну даними та створює тиражований регуляторний шаблон для майбутніх інтеграцій інших організацій.



### ЧОМУ ЦЕ МАЄ ЗНАЧЕННЯ

Інтеграція до ЦБД означає, що дані, згенеровані спільнотою, потрапляють до тієї самої інформаційної системи, яку ЦГЗ використовує для програмного планування, розподілу ресурсів та доносської звітності. Вперше CLM-дані можуть впливати на ці процеси не лише через адвокацію, а через інституційні потоки даних. Це операціоналізація "голосу спільноти у прийнятті рішень" на системному рівні.

## 4. ОСОБЛИВОСТІ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ

Цей розділ описує послідовність кроків для впровадження цифрового CLM-інструментарію на базі месенджера у нових організаціях в Україні або ж інших країнах СЄЦА (чи зі схожим контекстом).

## 4.1 Технічна адаптація та ресурсне забезпечення

Перед переходом до покрокового впровадження необхідно забезпечити ряд технічних та ресурсних передумов:

**Вибір організацій-партнерів з пацієнтських спільнот.** Перед будь-яким технічним кроком необхідно визначити, які саме організації спільнот стануть імплементаторами CLM. Досвід проєкту показав, що успіх впровадження прямо залежить від двох характеристик організації-партнера.

- ▶ По-перше, **організація має відповідати критеріям організаційної спроможності:** наявність сформованої команди з досвідом програмної роботи, аналітичні навички (хоча б базові), досвід взаємодії з державними інституціями та координаційними платформами, здатність документувати результати і формулювати адвокаційні аргументи. Організація, яка не має цих базових компетенцій, ризикує перетворити цифровий інструмент на технічну надбудову без змістового наповнення.
- ▶ По-друге, **організація повинна мати власну інфраструктуру** – регіональну мережу (на місцях координатори, лідери, представники), канали довіри всередині спільноти, доступ до цільової аудиторії. Саме ця інфраструктура забезпечує те, що жоден цифровий інструмент не може замінити: живий контакт, рекомендацію від довіреної особи, супровід під час заповнення опитування. В обох задокументованих кейсах найвищі показники охоплення спостерігались у регіонах з найбільш розвинутою мережею координаторів – не з найкращим інтернет-з'єднанням чи найвищою цифровою грамотністю.

**Робота над підвищенням спроможності партнерів.** Навіть за наявності базових передумов, організації потребують цілеспрямованої підтримки для імплементації цифрового CLM-інструменту. Ця підтримка не обмежується початковим навчанням роботи з конкретним цифровим рішенням.

**Досвід проєкту виявив потребу в кількох напрямках розвитку спроможності:** навчання роботи з адмін-панеллю та аналітичними функціями; формування навичок інтерпретації даних та підготовки аналітичних продуктів; розвиток комунікаційних компетенцій для представлення результатів на різних рівнях (від регіональних координаційних рад до національних платформ); менторство щодо процесів інституційної інтеграції (узгодження форматів обміну даними, розробка меморандумів).

Цей процес є безперервним протягом усього циклу впровадження, а не одноразовою подією. Доступ до менторства і технічної підтримки є особливо критичним для організацій без попереднього досвіду впровадження подібних інструментів.

Паралельно з визначенням партнерів та розвитком їхньої спроможності необхідно забезпечити ряд технічних та ресурсних передумов:

**1 Вибір платформи-месенджера.** Оцінити рівень проникнення різних месенджерів серед цільової спільноти. Критерії: поширеність серед цільової групи, наявність Bot API, можливість анонімної участі, шифрування даних.

**2 Залучення технічного розробника.** Сформулювати технічне завдання: модульна архітектура опитувальників, адмін-панель з аналітикою (вивантаження, фільтри, звіти), регіональне маркування, експорт у Excel. Забезпечити передачу адміністративного контролю організації-власнику (управління контентом без залежності від розробника).

**3 Забезпечення відповідності стандартам захисту даних.** Анонімність участі (без збору номерів телефонів чи персональних даних), шифроване зберігання, відповідність національному законодавству про захист персональних даних. У контексті CLM серед ключових спільнот це є передумовою довіри та участі.

**4 Фінансування технічної складової.** Визначити джерело фінансування розробки (субгрант, донорський проєкт, власні ресурси). Бюджетувати: початкову розробку, ітеративне доопрацювання після пілоту, технічну підтримку на період масштабування.

**5 Планування інтеграції з державними системами.** Вже на етапі технічного дизайну узгодити формат даних з потенційною приймаючою системою (у випадку України – ЦБД ЦГЗ). Попереднє узгодження полів даних та формату обміну значно спрощує подальшу інтеграцію. Це принцип "два продукти, одна система", де чат-бот і ЦБД є взаємопов'язаною інфраструктурою з самого початку.

## 4.2 Схематична послідовність дій

1

### Аналіз готовності та цілей

- ▶ Визначити пріоритетні проблеми та теми моніторингу
- ▶ Оцінити рівень цифрового доступу та обізнаності з обраним месенджером у цільовій групі
- ▶ Ідентифікувати ключових інституційних партнерів (ЦГЗ-аналог, ДОЗ, ГО)
- ▶ Забезпечити фінансування та виділити 1–2 адміністраторів процесів

2

### Розробка інструменту

- ▶ Залучити членів спільноти та регіональних координаторів до формування питань анкет
- ▶ Розробити модульну архітектуру чат-бота (формат анкет визначається потребами спільноти)
- ▶ Налаштувати регіональне маркування та адмін-панель
- ▶ Провести внутрішнє технічне тестування та задокументувати помилки

3

### Пілотування

- ▶ Обрати 3–5 пілотних регіонів з наявною мережею лідерів
- ▶ Провести навчання регіональних координаторів (адміністрування + робота з респондентами)
- ▶ Запустити пілот, зібрати зворотний зв'язок, доопрацювати анкети
- ▶ Визначити логіку потоку даних та якість вивантажень

4

### Масштабування та залучення

- ▶ Розширити охоплення через доступні канали комунікації спільноти
- ▶ За потреби – погодити розміщення QR-кодів із ЗОЗ
- ▶ Залучити додаткових координаторів у нових регіонах
- ▶ Моніторити показники завершення анкет через адмін-панель

5

### Аналіз та адвокація

- ▶ Генерувати квартальні аналітичні звіти (регіональна дезагрегація, типологія порушень)
- ▶ Готувати аналітичні довідки та адвокаційні брифи
- ▶ Представляти результати на координаційних радах, робочих групах, ССМ
- ▶ Фіксувати реакцію стейкхолдерів та зміни в практиці/політиці

6

### Інституціоналізація та стійкість

- ▶ Інтегрувати CLM до операційного та адвокаційного планів організації
- ▶ Укласти угоду про обмін даними з державною структурою у сфері громадського здоров'я
- ▶ Перевести фінансування CLM-операцій до стійкого механізму (ГФ або ін.)

#### Примітка щодо адаптацій

Наведена схема є базовою. Кожна організація адаптувала її відповідно до специфіки своєї спільноти та операційної моделі. Наприклад, БО “Позитивні жінки” додали окремий крок узгодження з закладами охорони здоров'я для розміщення QR-матеріалів, а БО “БФ “ВОЛНА” інтегрувала великі спільнотні заходи (IX Національний форум ЛВНІ) як канал масштабування. Ці адаптації описані у відповідних кейсах.

## **5. ВИСНОВКИ ЩОДО ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ**

## 5.1 Що пройшло добре

Перший цикл впровадження ініціативи підтвердив цілком гіпотезу, що цифровий CLM на базі месенджерів може працювати як реальний низькопороговий інструмент залучення пацієнтських спільнот. У цьому сенсі чат-боти стали не просто технічним рішенням, а продовженням уже існуючих спільнотних зв'язків.

Досвід обох описаних у цьому матеріалі організацій свідчить про кілька факторів успіху, які мають системний характер і не є випадковими:

- ▶ **Низькопороговий цифровий інструмент як умова участі, а не зручність.** В обох кейсах високий рівень охоплення та завершеності опитувань (близько 80%) зумовлений не агресивним залученням, а архітектурними рішеннями: анонімність, мінімальний час заповнення (2-12 хвилини), відсутність реєстрації, звичний інтерфейс Telegram. Для спільнот, які стикаються зі стигмою, криміналізацією та недовірою до формальних систем, ці характеристики є не додатковими опціями, а базовими умовами будь-якої участі.
- ▶ **Модель співавторства забезпечила релевантність та прийняття.** Участь представників спільнот у розробці анкет – від формулювання питань до визначення логіки переходів та чутливих тем – зробила інструменти "своїми" для цільової аудиторії.



“Під час отримання медичних послуг у мене завжди одна думка: швиденько отримати терапію або якісь послуги – і втекти миттєво з лікарні. Не настільки це зв'язано з поганим ставленням, а більше з дискомфортом від отриманих відповідей на якісь скарги чи питання по здоров'ю: "А що Ви хотіли? У Вас ВІЛ і хронічні захворювання". А я хочу отримати конкретну відповідь, що мені робити, – не принизливе та знецінююче нагадування про власну щоденну боротьбу за здоров'я”

**Олена 41 рік, м. Миколаїв, живе з ВІЛ, виховує доньку**

- ▶ **Цифровий інструмент та спільнотна інфраструктура як єдина система.** Чат-бот сам по собі не забезпечує ні достатнього охоплення, ні якості даних. Результат досягається завдяки поєднанню цифрового інструменту з живою інфраструктурою організацій: регіональними координаторами, лідерами спільнот, офлайн-заходами, неформальними розсилками, QR-матеріалами та супроводом респондентів під час заповнення. Інституційні канали (офіційні листи, розміщення інформації на сайтах) відігравали допоміжну роль; основне охоплення забезпечувалось людьми, які працюють за принципом "рівний-рівному" і мають довірчі відносини зі спільнотою. Цифровізація не скасовує роль людей – навпаки, вона робить сильні мережі ефективнішими. Для реплікації це означає, що без сформованої спільнотної інфраструктури навіть ідеально спроектований інструмент не генерує достатнього обсягу даних для доказової адвокації.
- ▶ **Вбудована аналітика замкнула цикл від збору до адвокації.** Адмін-панель з дашбордами, фільтрами, експортом у Excel та регіональною дезагрегацією дозволила організаціям самостійно проходити повний аналітичний цикл. Це критично змінило динаміку: дані перестали бути "мертвим вантажем" і перетворились на робочий інструмент адвокації.
- ▶ **Інтеграція з ЦБД ЦГЗ інституціоналізувала досвід пацієнтів і користувачів послуг.** Перехід від адвокації "з даними в руках" до інтеграції цих даних у національну інформаційну систему змінив характер діалогу між спільнотами та державою. Дані CLM потрапляють до тієї самої платформи, яку ЦГЗ використовує для програмного планування – і це є якісним стрибком порівняно з попередніми практиками - і вперше стають частиною аналітичної бази, на основі якої відстежується прогрес за показниками каскаду та приймаються рішення про розподіл ресурсів між програмними інтервенціями.

## 5.2 Що не спрацювало або потребувало значно більше ресурсів

- ▶ **Затримки у розробці інструменту.** В обох кейсах технічна розробка чат-ботів зайняла більше часу, ніж планувалось, – що зміщувало терміни суміжних активностей. Це системна закономірність розробки програмних продуктів, яка має бути закладена в проєктне планування як технічний буфер: не менше 30–50% від початково запланованого часу на розробку.
- ▶ **Складність інституційної інтеграції.** Формалізація обміну даними з ЦГЗ потребувала кількох раундів переговорів, узгодження індикаторів, доопрацювання датасетів та розробки проєкту меморандумів. Цей процес зайняв значно більше часу, ніж передбачалося, і потребував безперервної координаційної підтримки з боку НАС. Для організацій, які плануватимуть реплікацію, важливо розуміти: інституційна інтеграція – це окремий робочий потік з власним бюджетом часу та ресурсів.
- ▶ **Різномірність джерел даних на перехідному етапі.** БО “БФ “ВОЛНА” зіткнулась із проблемою одночасного використання кількох інструментів збору (чат-бот, Google Forms, SurveyMonkey), що ускладнювало аналіз і зведення даних. Стратегічне рішення перейти на один основний інструмент суттєво спростило процеси: але перехідний період потребував окремих зусиль.
- ▶ **Ресурсна недооцінка стадії масштабування.** В міру зростання обсягу даних та географічного охоплення інструмент перетворювався з пілотного рішення на ключовий елемент операційної діяльності організації. Це потребувало значно більшого ресурсного забезпечення, ніж було передбачено на етапі планування: як фінансового, так і кадрового.
- ▶ **Неоднакова організаційна готовність партнерів.** Навіть якщо організація має сильний зв'язок зі спільнотою, це не завжди означає, що вона одразу має достатню аналітичну, технічну або адвокаційну спроможність для повного циклу CLM. Частина роботи потребувала більшого менторства, ніж могло здаватися на старті.
- ▶ **Складність пошуку балансу між мінімальним обсягом анкети та глибиною інформації.** Короткі опитування краще проходяться і менше навантажують респондентів, але не завжди дають достатньо деталей для глибокого аналізу. Довгі анкети дають більше змісту, але підвищують ризик незавершення. Тому потрібна гнучка логіка: короткі регулярні анкети для моніторингу тенденцій і детальні модулі для окремих тем або періодичних глибинних зрізів.
- ▶ **Навантаження на організації.** CLM вимагає часу не лише на збір даних, а й на адміністрування, чистку масивів, аналіз, підготовку матеріалів, комунікацію зі стейкхолдерами, документування результатів і оновлення інструментів. Це потрібно визнавати чесно і бюджетувати відповідно. Інакше CLM швидко стає “ще однією активністю”, яка тримається на ентузіазмі кількох людей.
- ▶ **Сталість технічної підтримки.** Навіть якщо адмін-панель низькопорогова, інструмент усе одно потребує технічного супроводу: оновлення, виправлення помилок, адаптації до нових питань, підтримки безпеки, можливої інтеграції з іншими системами. Це не разова покупка, а інфраструктура, – якій потрібне обслуговування.



## 5.3 Що враховувати при мультиплікації в Україні

Для масштабування в Україні найперше потрібно відбирати партнерів не лише за тематичною належністю до пацієнтської спільноти, а й за їхньою готовністю керувати процесами. Організація має мати довіру спільноти, регіональну або тематичну мережу, відповідальних людей, базову аналітичну спроможність і готовність використовувати дані для адвокації.

► **Інфраструктура довіри не створюється з нуля.** Успіх обох кейсів значною мірою зумовлений багаторічною присутністю організацій у своїх спільнотах, розвиненими мережами координаторів та сформованим рівнем довіри. Для організацій із менш розвинутою мережею необхідний попередній етап посилення спільнотної інфраструктури – інакше цифровий інструмент не матиме каналу для залучення респондентів.

► **Технічна підтримка залишається необхідною.** Навіть із наявними шаблонами та досвідом, нові організації потребуватимуть технічного супроводу на етапах адаптації інструменту, навчання команди та інтеграції з ЦБД. Модель передбачає роль технічного партнера (яку в цьому проєкті виконував НАС), і цю роль необхідно ресурсно забезпечити.

► **Існуюча інституційна рамка спрощує шлях.** Наявність ЦБД ЦГЗ, робочих груп з CLM при ССМ, Координаційних рад на регіональному рівні та загалом сформованого інституційного середовища для CLM в Україні означає, що нові організації не починають з побудови інституційного ландшафту – вони входять у вже сформовану систему. Розроблений проєкт Меморандуму про співпрацю між ЦГЗ та організаціями спільнот може слугувати регуляторним шаблоном для нових інтеграцій.

► **Адаптація анкет є обов'язковою, а не бажаною.** Кожна ключова спільнота має специфічні бар'єри, термінологію, чутливі теми та моделі взаємодії з системою охорони здоров'я. Перенесення анкет без адаптації не лише знижує якість даних, а й може підірвати довіру спільноти до інструменту.



“Мене не відпустили за препаратом – тобто, фактично залишили без лікування. Для мене це життєво необхідно, але ніхто не враховував мою базову потребу. Це викликає дуже сильний страх і відчуття, що ти нікому не потрібен. Такого не повинно ж бути?!”

Тетяна, 37 років, Миколаївська область, пацієнтка ЗПТ

## 5.4 Що враховувати при мультиплікації за межами України

Для організацій у країнах СЄЦА та інших регіонах зі схожим контекстом (Киргизстан, Казахстан, Молдова, країни Центральної Азії) архітектура є адаптованою, але контекст суттєво відрізняється.

- ▶ **Вибір месенджера визначається спільнотою, а не розробником.** В кожній країні домінує свій месенджер серед ключових груп населення. Принципи відбору - поширеність серед спільноти, наявність Bot API, можливість анонімної участі, шифрування - залишаються незмінними, але конкретна платформа може бути іншою (WhatsApp, Viber, або навіть локальні месенджери).
- ▶ **Інституційний ландшафт потребує окремого аналізу.** Українська модель побудована на наявності конкретних інституцій (ЦГЗ, ЦБД, ССМ, Координаційні ради) та їхній готовності до партнерства. В інших країнах аналоги цих структур можуть бути відсутніми, мати інший мандат або інший рівень відкритості до спільнот. Планування інтеграції має починатися з мапінгу інституційного ландшафту та ідентифікації потенційних "точок входу" для CLM-даних у державні системи.
- ▶ **Правове середовище щодо захисту даних відрізняється.** Модель побудована з урахуванням українського законодавства про захист персональних даних. В інших юрисдикціях вимоги можуть бути жорсткішими або м'якшими, що впливає на архітектуру збору та зберігання даних.
- ▶ **Рівень цифрової грамотності та доступу до інтернету варіюється.** В прифронтових регіонах України нестабільне з'єднання вже було зафіксовано як бар'єр. В сільських регіонах Центральної Азії цей виклик може бути значно гострішим і потребувати гібридних рішень (онлайн та офлайн збір з наступною синхронізацією).
- ▶ **Мовна та культурна адаптація виходить за межі перекладу.** Переклад анкет не є достатнім – необхідна культурна адаптація формулювань, урахування місцевих табу, специфіки медичної термінології та моделей взаємодії зі спільнотою.
- ▶ **Модель технічного партнерства є тиражованою.** Роль НАС у цьому проєкті - технічне партнерство без керівництва процесом моніторингу - є архітектурно відтворюваною: в кожній країні потрібен технічний партнер, який забезпечить розробку, навчання та координацію з державними системами, зберігаючи авторство та управління процесом за організаціями спільнот.

## 5.5 Загальні висновки

Задokumentований досвід підтверджує кілька тез, які мають значення за межами конкретних кейсів.

- ▶ CLM працює як інструмент системних змін лише тоді, коли одночасно забезпечено **3 умови: низькопороговий і безпечний інструмент збору, аналітична автономія організацій та інституційний канал для інтеграції даних у процеси прийняття рішень**. Відсутність будь-якої з цих умов не просто знижує якість моніторингу – вона унеможлиблює перетворення виявлених розривів у каскаді послуг на конкретні програмні коригування.
- ▶ Цифрові інструменти на базі месенджерів є потужним, але недостатнім рішенням. Їхня **ефективність прямо залежить від наявності спільотної інфраструктури** – координаторів, мереж довіри, досвіду адвокації, – що забезпечує залучення, інтерпретацію та використання даних. Технологія підсилює спроможність спільноти, але в жодному випадку не замінює її.
- ▶ **Інтеграція CLM-даних у державні системи є досяжною метою, але потребує значних інвестицій часу, ресурсів та послідовної адвокаційної роботи**. Досвід проєкту демонструє, що інституційна готовність не є даністю – вона є результатом цілеспрямованих зусиль, і підтримка цих зусиль має бути закладена в ресурсне планування.

Модель, що описана в цьому матеріалі, не є завершеним продуктом – це результат першого повного циклу: який зафіксував як досягнення, так і обмеження. Наступні цикли роботи у даному напрямку мають враховувати засвоєні уроки, розширювати охоплення нових спільнот та поглиблювати інтеграцію з державними системами.



# ЧАСТИНА Б. ОПИС УСПІШНИХ ПРАКТИК

---

## КЕЙС 1. ЧАТ-БОТ ДЛЯ ЗБОРУ ДАНИХ ВІД ЛЮДЕЙ, ЯКІ МАЮТЬ ДОСВІД ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН (БО "БФ "ВОЛНА")

**Географія:** Україна (національне охоплення; пілот у 5 областях)

**Модель CLM:** цифровий моніторинг через чат-бот @volna\_ua\_bot у Telegram

**Ключова спільнота:** люди, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ)

**Період реалізації:** червень 2025 – січень 2026 (пілотна фаза: листопад 2025 – січень 2026)

**Обсяг:** 1.400 опитувань у 24 регіонах, 24 навчених регіональних координаторів

**Інформаційна база кейсу:** опис кейсу підготовлено на основі інтерв'ю щодо впровадження чат-бота та оцінки цієї ініціативи з представниками БО "БФ "ВОЛНА", а також на основі програмних та аналітичних звітів БО "БФ "ВОЛНА", сформованих на базі даних CLM для внутрішнього використання для формування адвокаційних активностей. Контекст та специфіку проблематики відображено відповідно до матеріалів презентації Національного стратегічного діалогу (березень 2026).

# 1. Контекст спільноти та організації

Цю практику впроваджує БО "БФ "ВОЛНА" – національна мережа людей, які мають досвід вживання психоактивних речовин. Вони стикаються із системними бар'єрами у доступі до ЗПТ, АРТ і послуг зі ЗШ. Ці бар'єри загострені збройною агресією росії: перебої в наданні послуг через переміщення пацієнтів ЗПТ, примусове припинення ЗПТ під час мобілізації, дискримінація в ЗОЗ, відсутність ЗПТ у місцях позбавлення волі, тощо.

Масштаб проблеми підтверджується даними Національного стратегічного діалогу (березень 2026): **зниження показників тестування на ВІЛ серед ЛВНІ на 42% у 2025 році (на тлі зростання загального охоплення тестуванням), слабка інтеграція послуг ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів і ЗПТ, високий рівень стигми в медичних закладах.** Ці цифри – не просто показники охоплення: вони означають, що ЛВНІ системно втрачаються на першому переході каскаду, ще до постановки на лікування, і без інструменту, який фіксує причини цього на рівні досвіду людей, система реагує на це із запізненням або не реагує взагалі. Кластерний аналіз 2021–2025 років (11 956 учасників) виявив нові групи ризику, яких не досягають традиційні програми: зростання вживання стимуляторів та нових психоактивних речовин, сексуалізоване вживання наркотиків (35% респондентів), спайкінг (18,2% мали такий досвід, з найвищим ризиком серед осіб до 20 років).

Спільнота ЛВНІ попередні роки мала досвід моніторингу послуг, але без підґрунтя – для перетворення даних моніторингу на інструмент впливу. Дані збиралися несистематично, без стандартизації; моніторинг обмежувався тематикою ЗПТ або програмами ЗШ, тоді як потреби спільноти значно ширші. Аналітичної спроможності для перетворення даних на адвокаційні аргументи не вистачало. Державна система МіО потребувала структурованого формату для врахування CLM-даних, але його не існувало.



## **2. МЕХАНІКА РЕАЛІЗАЦІЇ СЛМ-ІНСТРУМЕНТУ**

## 2.1 Що моніторили і навіщо

**Ключова група, на яку направлено CLM** – люди, які вживають наркотики та крос-групи, залучені через існуючі громадські мережі та самоорганізації за принципом “рівний-рівному”.

**CLM спрямований на:** дослідження доступу до ЗПТ, АРТ та послуг ЗШ; документування порушень прав (включаючи примусове припинення ЗПТ під час мобілізації та в установах виконання покарань); виявлення регіональних прогалин в контексті надання послуг; формування доказової бази для адвокації. Пріоритетні теми відтак: ВІЛ, вірусні гепатити, ТБ, ЗПТ (зокрема в місцях позбавлення волі та прифронтових регіонах), ЗШ, порушення прав.

**Як влаштований інструмент: двоформатний дизайн.** Попередньо організація використовувала Google-форми з єдиною довгою анкетною на всі теми. Перехід до двох форматів – “Детальна оцінка послуг” (1 008 осіб) і “Швидка оцінка послуг” (392 особи) – був зумовлений простою логікою: великі опитувальники на 50–60 питань є виснажливими. Короткі анкети дозволяють оперативно збирати інформацію; детальні забезпечують глибший аналіз. Обидва формати зручні для заповнення і заповнюються досить швидко.

## 2.2 Як залучали респондентів: довіра як канал

Ключова відмінність цього кейсу – ставка на неформальні довірчі канали замість інституційних. Офіційні комунікації через партнерські організації та ЗОЗ виконували допоміжну функцію, в той час як основне охоплення забезпечили Viber-розсилки через неформальні групи, адресні листи від лідерів ініціативних груп та флайєри з посиланнями на чат-бот. Для спільноти з обґрунтованою недовірою до формальних інституцій був використаний саме такий підхід, який і забезпечив високий показник заповнення опитувальників.

Показовим прикладом у поширенні інформації про опитування стало поєднання офлайну з онлайн: під час Національного форуму ЛВНІ (184 учасники) розповсюджено 500 флайєрів із посиланням на чат-бот. Протягом двох наступних місяців – понад 400 нових звернень через бот. Живий контакт конвертувався в цифрову взаємодію, тому що інформація про інструмент надійшла зі сторони людей, яким довіряють.

Найвищий рівень залучення зафіксований у Дніпропетровській області – не завдяки кращому інтернету чи вищій цифровій грамотності, а завдяки розвиненій мережі регіональних лідерів. Цей факт підтверджує головний висновок: ключовим фактором є не канали комунікації, а наявність посередників довіри.

Опитування проходили члени спільноти самостійно або за сприяння 24 регіональних координаторів. Участь була анонімною: система не збирає персональних ідентифікаторів, окрім випадків, коли респонденти самі бажали залишити контакт для отримання підтримки.



“Крім видачі препарату, лікар практично не цікавиться лікуванням чи моїм здоров’ям в цілому. Якщо хочеш змінити дозу – змушують ходити кожен день, поки вони самі не вирішать. Це виглядає не як допомога, а контроль. Через це пропадає бажання звертатися”

Сергій, 41 рік, Харківська область, пацієнт ЗПТ

## 2.3 Інтеграція з ЦБД: специфіка досвіду

Головним викликом інтеграції стала різноманітність джерел даних: чат-бот, Google Forms і SurveyMonkey – кожен зі своєю логікою та структурою. Це зумовило стратегічне рішення: перейти до одного основного інструменту збору - чат-боту. Перехід суттєво спростив аналіз і стандартизував вхідні дані.

Важливим результатом стало розширення самого датасету ЦБД. Після мапінгу даних виявилось, що реальні потреби спільноти виходять далеко за межі початкового переліку показників. Датасет доповнили показниками щодо передозувань, ЗШ, доступу до детоксикації та реабілітації, примусового лікування наркозалежності та бар'єрів до профілактичних програм.

АДМІНІСТРАТИВНА ПАНЕЛЬ СВД  
Індикатори

Індикатори  
Каталог бізнесових та data quality індикаторів із коротким описом активних правил.

| CODE                    | №   | NAME  | TYPE     | UNIT  | ACTIVE | DATASET                | RULE  |       |
|-------------------------|-----|---|----------|-------|--------|------------------------|---|-------|
| bi_rights_violation_001 | 1   | Кількість звернень щодо отриманої відмови в наданні медичних послуг АРТ, лікування туберкульозу та ВГ-терапії             | Business | count | Yes    | rights_violation_cases | count rights_violation_cases where violation_subcategory in (denial_of_medical_services)              | 0% Ru |
| bi_rights_violation_010 | 10  | Кількість звернень щодо ненадання медичної допомоги у зв'язку із відсутністю або обмеженим доступом до послуг АРТ, ТБ, ВГ | Business | count | Yes    | rights_violation_cases | count rights_violation_cases where violation_subcategory in (limited_access_to_art_tb_hcv_services)   | 0% Ru |
| bi_rights_violation_101 | 101 | Кількість звернень щодо фактів перенаправлення особи без подальшого спостереження або залишення без лікування             | Business | count | Yes    | rights_violation_cases | count rights_violation_cases where violation_subcategory in (referral_without_follow_up_or_treatment) | 0% Ru |
|                         |     | Кількість відмов в  |          |       |        |                        |   |       |

## **3. РЕЗУЛЬТАТИ, ЯКИХ ВДАЛОСЬ ДОСЯГНУТИ**

## 3.1 Що виявив моніторинг

CLM зафіксував бар'єри, які спільнота знала з досвіду, але не мала доказової бази для адвокації. Клієнти змушені телефонувати, щоб підтвердити доступність послуг ЗШ – сам факт необхідності дзвінка є бар'єром для найвразливіших. У кількох регіонах зафіксовано скорочення пунктів ЗШ. ЗПТ недоступна в малих населених пунктах: люди змушені їхати до міста. Примусове припинення ЗПТ під час мобілізації задокументовано як системне порушення, а не поодинокий інцидент. В установах виконання покарань доступ до ЗПТ залишається мінімальним або відсутнім.

Регіональна дезагрегація виявила конкретні прогалини: відсутність послуг ЗШ у Рівненській та Волинській областях, перебої в Чернігівській, слабе охоплення в Київській. Модуль документування порушень дозволив відрізнити системні порушення від ізольованих інцидентів – що принципово для якості адвокаційного аргументу.

## 3.2 Що змінилось завдяки даним

Задокументовані дані CLM призвели до конкретних інституційних реакцій:

**На рівні національної політики:** Міністерство оборони видало офіційний лист, який гарантує безперервність ЗПТ під час мобілізації та роз'яснює, що особи на лікуванні ЗПТ звільняються від призову. Для людей на програмі ЗПТ це означає усунення загрози примусового переривання лікування. До ЦГЗ направлено пропозицію змін до Наказу МОЗ № 200 – ключового документу, що регулює організацію ЗПТ в Україні, – для врегулювання питання безперервності лікування в умовах воєнного стану.

**На регіональному рівні:** кабінети ЗПТ відкрито в установах виконання покарань Вінницької та Одеської областей. Для ув'язнених з опіоїдною залежністю це різниця між контрольованим лікуванням та примусовою абстиненцією.

**На рівні інституційних відносин:** інституціоналізовано сталий діалог між ЦГЗ та БО "БФ "ВОЛНА", інтегровано CLM-дані до ЦБД. Держава визнала організацію ЛВНІ як рівноправного партнера у генерації даних в контексті надання національної відповіді на ВІЛ/ТБ.

## 3.3 Що змінилось в самій організації

Практика змінила не лише те, що організація робить, а й як. Мережа з 24 регіональних координаторів стала децентралізованою системою збору та моніторингу даних. Кожен координатор виконує подвійну роль: приймає респондентів і забезпечує моніторинг на місцевому рівні. Люди зі спільноти стають руйнівним процесом. Також організація перейшла на єдину платформу моніторингу і реалізує повний аналітичний цикл власними силами – від збору до готового звіту, інтегруючи дані CLM з показниками інших інтервенцій.

**Дані систематично перетворюються на продукти для адвокації:** брифи, презентації, аргументи для діалогу з інституціями – від Міністерства оборони до МОЗ і ЦГЗ. CLM інтегровано у фінансове планування в рамках проектів Глобального фонду: моніторинг вбудований в операційну модель, а не існує як окремий проект із невизначеним майбутнім.

## 4. ЗАСВОЄНІ УРОКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Цей розділ підготовлений з урахуванням інформації, наданої організацією під час технічних інтерв'ю, а також даних програмного звіту.

## 4.1 Формула успіху: довіра на кожному рівні

Спільний знаменник усього, що спрацювало, – довіра. Інструмент не лякав респондентів: анонімний, короткий, у знайомому месенджері. Канали поширення будувались на довірі: координатори "рівний-рівному", неформальні розсилки, особиста рекомендація. Команда отримала автономію завдяки адмін-панелі – і цьому теж довіряла, бо інструмент працював без зовнішньої залежності.

Результати стали можливими завдяки збігу організаційних, партнерських і технічних умов. На організаційному рівні – розгалужена мережа з 24 координаторів і 5 ресурсних центрів та багаторічна довіра спільноти. На рівні партнерств – ЦГЗ визнав CLM-дані, як такі, що можуть формувати заходи у відповідь на ВІЛ/ТБ, а НАС забезпечив координаційну підтримку на складних етапах інституційних переговорів. На технічному рівні – чат-бот, який має модульну систему з регіональним маркуванням та адмін-панеллю, а також попередній досвід респондентів участі в опитуваннях за допомогою чат-ботів (76% вже користувались ботами в Telegram).



“Мене зупинили на вулиці і силою закинули в машину, повезли до ТЦК. Ніхто нічого не пояснював, діяли грубо і зухвало. Я відчував себе повністю беззахисним. Після цього боюся виходити на вулицю – мови немає про візити до місць видачі ЗПТ чи участі в програмах ЗШ”

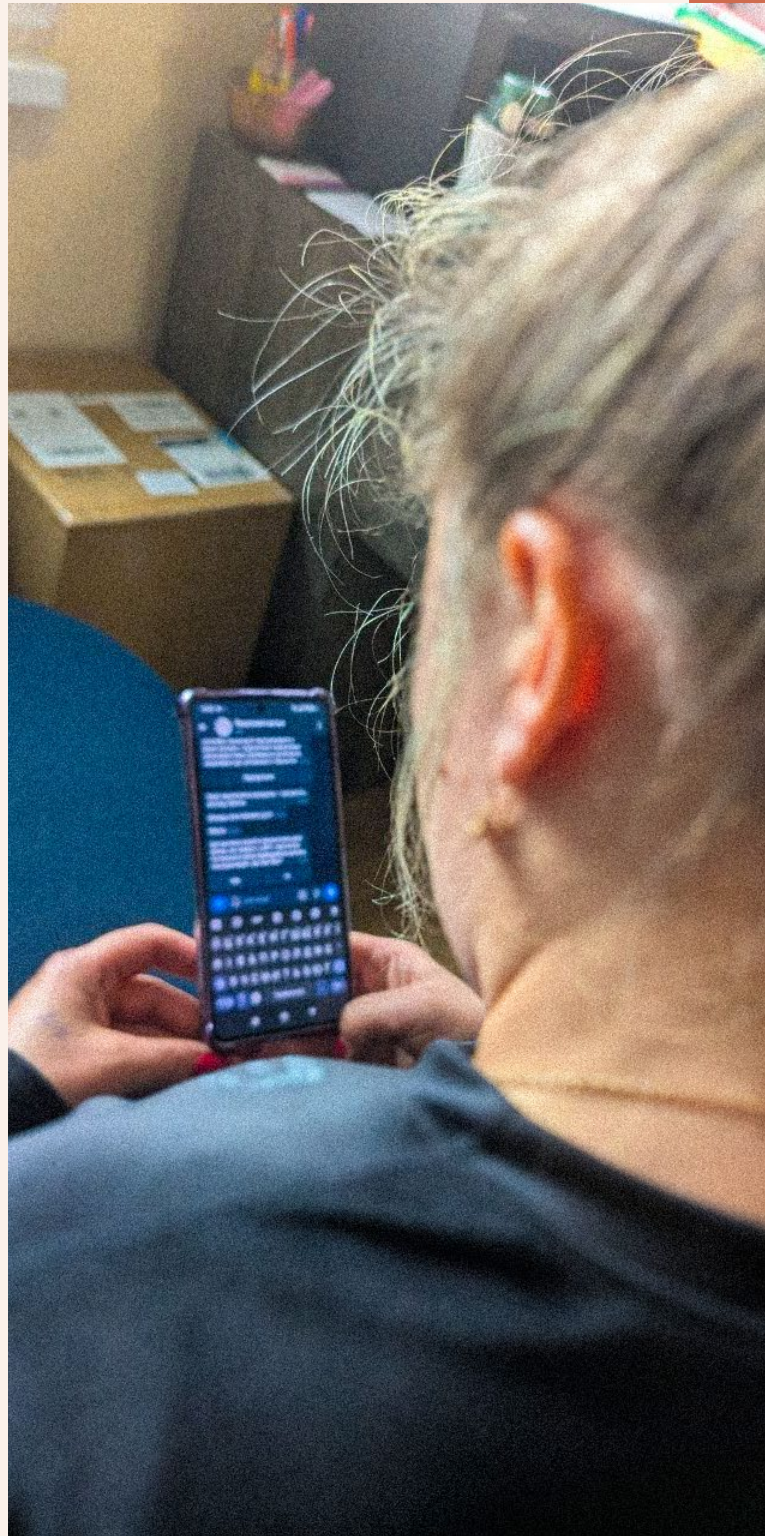
**Максим, 39 років, м. Київ, клієнт ЗПТ**

## 4.2 Що не спрацювало і чому це важливо

Зовнішні обмеження: нестабільний інтернет на прифронтових територіях впливав на повноту даних, а нерівномірна цифрова грамотність зумовила потребу в індивідуальному супроводі частини респондентів. Ці фактори не піддаються усуненню зсередини, але мають бути закладені в ресурсне планування.

Виклики масштабування: в процесі розширення виникли труднощі із синхронізацією даних – інфраструктурне посилення має передувати масштабуванню, а не реагувати на нього. Ресурси на підтримку системи були недооцінені: чат-бот перетворився з пілотного рішення на ключову інфраструктуру, системне впровадження і підтримка якої потребує стабільного фінансування.

Процесні виклики: затримки у розробці інструменту зміщували суміжні активності – відтак потрібен технічний буфер у проєктних планах. Формалізація обміну даними з ЦГЗ зайняла значно більше часу, ніж передбачалось – інституційна інтеграція має бути запланована як окремий робочий потік.



## 4.3 Бачення на 2–3 роки

Telegram-бот залишається основною платформою для збору даних CLM. Для охоплення респондентів, які залишилися поза цифровим каналом, планується доповнення Google-формою з ідентичним переліком питань – не паралельний інструмент, а розширення існуючої системи зі збереженням сумісності даних. Перспективний напрямок – впровадження ШІ-аналітики для автоматичної генерації регіональних звітів.

## 4.4 Рекомендації для реплікації

- ▶ Інструмент має проєктуватися з пріоритетом мінімізації навантаження на користувача – для спільнот з високою недовірою до формальних систем це базова умова участі, а не зручність.
- ▶ Поширення інструменту слід будувати на мережах довіри. Координатори "рівний-рівному" та неформальні канали суттєво ефективніші за інституційні механізми.
- ▶ Аналітичну інфраструктуру – регіональну дезагрегацію, автоматизовану звітність, моніторинг воронки – необхідно закладати на етапі розробки, а не додавати пізніше.
- ▶ Ресурсне планування має враховувати сценарій успіху: ефективний інструмент неминуче стає інфраструктурою, яка потребує стабільного фінансування та окремої підготовленої команди.
- ▶ Супровід імплеметаторів має бути безперервним протягом усього циклу. Процеси інституційної інтеграції стабільно потребують більше часу, ніж передбачено, і мають бути заплановані як окремий ресурс.



“Знаєте, що мотивує виборювати свої права? Насамперед усвідомлення важливості власного здоров’я і необхідності регулярного лікування, але ще більше – бажання жити пов-но-ці-но. Тим паче, що я несу відповідальність не лише за себе, але і за свою дитину.

Водночас найбільше демотивує відсутність впевненості в завтрашньому дні. Постійно переживаю щодо доступності лікування та стабільності забезпечення препаратами. Є страх, що в якийсь момент може не бути поставок ліків. І навіть коли препарати видають спочатку на місяць, а потім на кілька місяців наперед, – тривога все одно залишається: особливо в умовах війни”

**Ірина, 34 роки, м. Кременчук, живе з ВІЛ, мама 13-річного сина**

## КЕЙС 2. ЧАТ-БОТ ДЛЯ ЗБОРУ ДАНИХ ВІД ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ (БО "ПОЗИТИВНІ ЖІНКИ")

**Географія:** Україна (5 пілотних областей: Львівська, Миколаївська, Полтавська, Запорізька, Черкаська; розширено до національного рівня наприкінці 2025 р.)

**Модель CLM:** гендерно-чутлива цифрова модель через чат-бот @UKRAINEpw\_bot у Telegram

**Ключова спільнота:** жінки, які живуть з ВІЛ (ЖЖВ)

**Період реалізації:** вересень 2024 – січень 2026

**Обсяг:** 818 жінок, понад 60 303ів, 1345 завершених анкет із рівнем завершення ~80%

**Інформаційна база кейсу:** кейс підготовлено на основі презентацій Національного стратегічного діалогу (березень 2026), що окреслюють ширший контекст проблематики, програмних звітів і внутрішніх аналітичних зрізах, побудованих на даних CLM та задіяних в плануванні адвокаційної роботи організації, а також інтерв'ю з представниками БО "Позитивні жінки", проведених для всебічного вивчення досвіду організації з упровадження та використання чат-бота, включно з уроками, здобутками і перспективами.

# 1. Контекст спільноти та організації

ЖЖВ в Україні стикаються з бар'єрами, які виходять далеко за межі лікування ВІЛ: ведення вагітності та пологів, доступ до послуг СРЗ, забезпечення дитячими молочними сумішами новонароджених дітей ЖЖВ, дотримання конфіденційності. Частина цих проблем довго залишалась невидимою для системи охорони здоров'я – не фіксувались в офіційній статистиці або розглядались як поодинокі випадки, а не системні порушення.

За результатами оцінки даних CLM, що повідомлено організацією під час інтерв'ю, виявлено, що жінки регулярно змушені оплачувати послуги, які мають бути безоплатними в межах Програми медичних гарантій: лабораторні аналізи, ведення вагітності, пологи, післяпологовий догляд. У прифронтових областях та регіонах із великою кількістю ВПО жінки частіше повідомляли про труднощі з доступом до лікування. У деяких випадках підставою для відмови слугувала відсутність місцевої реєстрації.

**Стигма та порушення конфіденційності залишаються серед найбільш чутливих проблем: розголошення ВІЛ-статусу без згоди, дискримінаційне ставлення в пологових будинках, сегрегація під час отримання медичних послуг. Це призводить до того, що частина жінок уникають ЗОЗів, переривають лікування або втрачають довіру до системи.** Саме остороги щодо стигми, а не відсутність препаратів, є найчастішою причиною, через яку жінки переривають контакт з медичною системою: страх витісняє їх із каскаду раніше, ніж будь-який логістичний бар'єр.

До початку ініціативи організація збирала зворотний зв'язок від клієнток, але процес був фрагментованим: різні методологія, різні інструменти ускладнювали процес порівняння між регіонами. ЦГЗ не мав сталого механізму отримання структурованого зворотного зв'язку саме від ЖЖВ. Чат-бот став інструментом, який вперше дозволив системно фіксувати ці бар'єри та інтегрувати голос жінок у процеси прийняття рішень.



“Я вперше відчула, що мою думку питають. І вона важлива! Що це не просто збір інформації чи вражень, а дійсно вплив на стан речей”

Олена, 43 роки, м. Запоріжжя, живе з ВІЛ

## **2. МЕХАНІКА РЕАЛІЗАЦІЇ СЛМ-ІНСТРУМЕНТУ**

## 2.1 Що моніторили і навіщо

**CLM спрямований на** моніторинг гендерно-специфічних бар'єрів у послугах з ВІЛ, ТБ та вірусного гепатиту; документування порушень прав (конфіденційність, відмова від допомоги, стигма); відстеження доступу до препаратів для підтримки пригнічення лактації, СРЗ, ППМД; формування доказової бази для регіональної та національної адвокації.

### **Як влаштований інструмент: мультимодульна тематична архітектура**

Специфіка побудови інструменту для БО “Позитивні жінки” – багатомодульний тематичний дизайн. Організація має кілька довгих та коротких анкет на окремі теми: доступ до молочних сумішей, послуги СРЗ, ведення вагітності й пологів, ВІЛ/ТБ/гепатити, інтегровані послуги. Логіка побудована наступним чином: окремі тематичні опитування дають більшу гнучкість, ніж довгі анкети; їх можна доповнювати відповідно до нових потреб; диференціація дозволяє фокусуватися на конкретних проблемах і суттєво спрощує обробку.

Принциповою відмінністю є **травма-орієнтована логіка переходів**: питання сформульовані нейтрально та етично для уникнення ретравматизації. Саме цей дизайн, за оцінкою організації, вплинув на високий рівень завершеності (80%) та відвертість відповідей. Понад 30 представниць спільноти брали участь у розробці анкет – інструмент сприймається не як зовнішня технологія, а як щось, створене самою спільнотою.

## 2.2 Як залучали респонденток: гібридна модель

Окрім стандартних каналів (міжпрограмні повідомлення, сайт, заходи), ключовим інструментом стало розміщення QR-кодів у ЗОЗ. Для можливості поширення інформаційної продукції про інструмент організація направила офіційні листи до регіональних органів охорони здоров'я в 5 пілотних регіонах; у трьох з них координаторки проводили зустрічі з керівництвом ЗОЗ, презентували чат-бот і отримали підтримку. Відстежити ефективність QR-каналу окремо не вдалось, але в синергії з роботою координаторок він був рушієм залучення респонденток.

Жінки проходили опитування самостійно, часто за підтримки регіональних координаторок – включаючи надання гаджетів та проходження опитування в безпечному просторі організації. Анонімність проговорюється під час кожної зустрічі з жінками. Довіра респонденток базується на 13-річній роботі організації зі спільнотою, рекомендаціях від координаторок, параюристок та кейс-менеджерок.

Водночас деякі теми викликали обережність: відкриті питання (регіон, назва закладу) давали часткові відповіді, що потребували ручного аналізу. Жінки, які потребували допомоги, часто не бажали залишати контакт – що ускладнювало реагування на індивідуальні кейси.

## 2.3 Робота з даними: розподіл ролей

Організація використовує два підходи залежно від типу опитування. Для довгих анкет – повний цикл: щоденне вивантаження даних ► упорядкування (дублікати, некоректні відповіді, категоризація) ► комунікаційний та аналітичний цикл (визначення ключових тем спільно з програмними фахівцями та аналітиками) ► підготовка адвокаційних матеріалів ► передача на регіональний рівень. Для коротких опитувань процес спрощений: після базової обробки результати оперативно передаються в регіони для поточної адвокації.

Підхід до аналізу комбінований: кількісний (агрегація за темами, регіонами, показниками) поєднується з якісним (інтерпретація контексту, визначення пріоритетів адвокації). Окремо аналізуються регіональні відмінності та повторювані бар'єри.



“Мрію про завершення війни. Про можливість жити у стабільності, планувати майбутнє, бути впевненою в завтрашньому дні. Також неймовірно хочеться, щоб одного дня було знайдено лікування – і ВІЛ стане виліковним. Ще одним викликом для мене є пошук роботи та досягнення матеріальної стабільності: щоб забезпечити майбутнє своєї дитини та реалізувати власні цілі.

У складні часи підтримує спільнота жінок. Вже тривалий час приїжджаю до Полтави на групи та консультації, іноді допомагаю проводити зустрічі взаємопідтримки. Мені важливо відчувати свою корисність і мати можливість ділитися власним досвідом з іншими.

Також допомагає внутрішня установка – рухатися вперед і не здаватися. Як у відомому вислові Скарлетт О'Гара: “Я подумаю про це завтра”

**Ірина, 34 роки, м. Кременчук, живе з ВІЛ, мама 13-річного сина**

## 2.4 Інтеграція з ЦБД: специфіка досвіду

Інтеграція стала етапом переосмислення підходів. У ході мапінгу даних виявилось, що потреби ЖЖВ виходять за межі початково передбачених категорій. За сприяння організації до ЦБД включили індикатори, пов'язані з вагітністю, яких раніше в базі не було, а також показники гендерно-чутливих бар'єрів. Це привернуло увагу до того, що стандартні системи збору даних не завжди враховують специфічний досвід жінок.

## **3. РЕЗУЛЬТАТИ, ЯКИХ ВДАЛОСЬ ДОСЯГНУТИ**

## 3.1 Що виявив моніторинг

CLM зафіксував гендерно-специфічні бар'єри, які або не потрапляли в поле уваги системи, або не розглядались як пріоритетні. Препарати для пригнічення лактації та дитячі суміші системно відсутні в державних закладах, що зумовлює значні витрати для ЖЖВ. Зафіксовано перебої в координації ППМД, порушення конфіденційності, дискримінаційне ставлення в пологових будинках.

**Регіональна дезагрегація дозволила відокремити системні проблеми від локальних інцидентів – і обрати відповідну адвокаційну стратегію: частина питань потребувала змін на національному рівні, інші вирішувались через регіональні механізми.**

## 3.2 Що змінилось завдяки даним

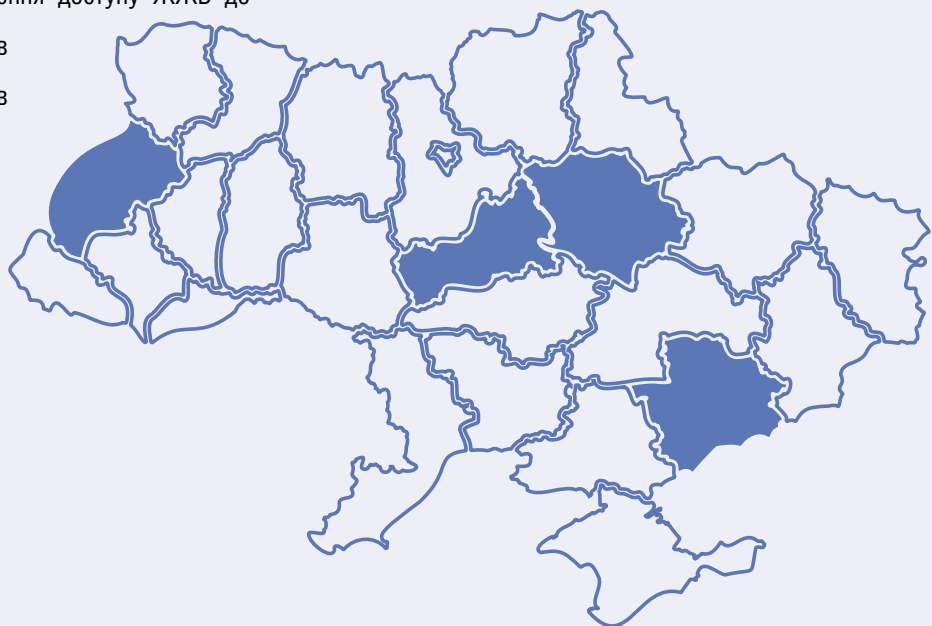
**Полтавська область:** вперше на регіональному рівні ухвалено рішення про бюджетне забезпечення препаратів для пригнічення лактації та молочних сумішей для дітей, народжених ЖЖВ. Проблема, яка раніше розглядалась як індивідуальна відповідальність жінок, почала сприйматись як питання системного забезпечення.

**Черкаська область:** фінансування молочних сумішей передбачене у трьох громадах, в яких раніше така практика була відсутня; в решті обсяги фінансування зросли у 2–3 рази. Це приклад того, як локальні дані безпосередньо впливають на бюджетні рішення.

**Львівська область:** дані щодо бар'єрів у доступі до СРЗ стали аргументом для забезпечення доступу ЖЖВ до вакцинації проти ВПЛ. CLM став підґрунтям для перегляду підходів до профілактики.

**Запорізька область:** дані CLM вплинули не лише на фінансові рішення, а й на зміну професійних практик. Оскільки моніторинг виявив високий рівень стигми, – а це є безпосереднім фактором утримання жінок у системі медичної допомоги та на лікуванні, – вдалось інтегрувати до Регіонального плану дій з ВІЛ/ТБ на 2026 рік навчання медпрацівників з недискримінаційного підходу. Подібні заходи також запроваджено у Львові та Миколаєві.

**Національний рівень:** ініційовано розробку нових індикаторів для ЦБД, пов'язаних із вагітністю та доступом до послуг – визнання того, що гендерно-чутливі аспекти мають бути інтегровані у національні системи моніторингу.



### 3.3 Що змінилось в самій організації

Практика змінила не лише те, що організація робить, а й як. Досвід використання чат-бота, відпрацьований у 5 регіонах, було масштабовано на всю мережу з 24 регіональних координаторів – так децентралізована система збору та моніторингу даних набула загальнонаціонального охоплення. Координаторки й раніше збирали дані та готували матеріали в рамках проєктів Глобального фонду, однак саме в межах цієї практики команда отримала менторську підтримку в розрізі адвокації – і це закріпило зростання впевненості координаторок у взаємодії з владою на регіональному рівні.

**Чат-бот став основним інструментом збору даних з інтегрованим правовим модулем – інструмент не тільки моніторинговий, а й сервісний. Організація реалізує повний аналітичний цикл власними силами, зводячи дані CLM і показники інших інтервенцій в єдину картину. Дані систематично перетворюються на адвокаційні продукти. CLM інтегровано у фінансову рамку проєктів Глобального фонду: моніторинг вбудований в операційну модель, а не існує як окремий проєкт із невизначеним майбутнім.**



## 4. ЗАСВОЄНІ УРОКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Цей розділ підготовлений з урахуванням інформації, наданої організацією під час технічних інтерв'ю, а також даних програмного звіту.

## 4.1 Формула успіху:

### гендерна чутливість як архітектурний принцип

Для БО "Позитивні жінки" ключовим словом стало "чутливість" – і це не декоративний елемент, а архітектурне рішення. Травма-орієнтований дизайн отриманих результатів лише вплинув на якість і обсяг даних: рівень завершення 80%, деталізовані та відверті відповіді.

**Інфраструктура довіри, сформована 13-річною роботою організації, стала фундаментом в роботі з інструментом.**

Параюристки, кейс-менеджерки, регіональні координаторки з усталеними стосунками зі спільнотою виявились ефективнішими за будь-який цифровий канал. Залучення більш ніж 30 представниць ЖЖВ до розробки анкет перетворило інструмент на спільнотну власність.

Гібридна модель – поширення через координаторок та QR-коди в ЗОЗ – дозволила вийти за межі вже організованої спільноти. Модульна архітектура бота дала можливість збирати цільові дані без перевантаження. Серед зовнішніх факторів – існуючі партнерства з регіональними органами та Координаційними радами, які дозволили швидше переводити дані в рішення.



“Знаєте, що у моєму житті найскладніше? Залишитися з роботою. Бо стає все важче і важче: морально та фізично. І перше, про кого думаю, – це донька. Хочеться, щоб у неї все потрібне було зараз, а не колись потім...

Дуже допомагає не здатись підтримка рівних, консультації в організації. А ще – буквально у всьому шукати позитив: так і роблю у своєму "позитивному" житті”

**Олена 41 рік, м. Миколаїв, живе з ВІЛ, виховує доньку**

## 4.2 Що не спрацювало і чому це важливо

**Охоплення вразливих підгруп:** жінки з позаміських місцевостей залишались менш залученими – цифрові інструменти без додаткових стратегій їх не досягають.

**Формулювання чутливих тем:** частину запитань доводилось переглядати кілька разів, щоб уникнути ретравматизації або відмови від проходження. Різний рівень комунікаційної підготовки координаторок впливав і на якість збору даних, і на ефективність адвокації – потрібні додаткові інвестиції в розвиток навичок.

**Зростання складності:** додавання модулів та розширення географії підвищували навантаження на координацію. Затримки розробки чат-бота вплинули на суміжні активності.

**Інституційні обмеження:** нерегулярність засідань Координаційних рад в регіонах уповільнювала перетворення даних на рішення. Погодження розміщення QR-матеріалів у 303 зайняло більше часу, ніж передбачалось.

## 4.3 Бачення на 2–3 роки

Два напрямки розвитку:

► інтеграція ШІ-функцій для автоматичного аналізу та візуалізації у розрізі регіонів;

► і створення функції ургентних повідомлень – автоматична передача інформації про критичні випадки іншим організаціям для оперативного реагування.

## 4.4 Рекомендації для реплікації

► Травма-орієнтований дизайн опитувань – це не опція, а передумова якісних даних при роботі з ключовими спільнотами.

► Цифрові інструменти мають поєднуватись зі зміцненням спроможності спільноти: без аналітичних та адвокаційних навичок дані не трансформуються у вплив.

► Гібридні моделі залучення (онлайн + офлайн) ефективніші за суто цифрові.

► Етап розробки цифрових рішень зазвичай складніший і триваліший за очікування – закладати додатковий час і ресурси.

► Критично важливі: розвиток комунікаційних навичок локальних команд, тестування на невеликих групах до масштабування, раннє вибудовування взаємодії з органами влади.

## Автори та подяки

Цей документ підготовлено в межах проєкту “Надання організаціям громадянського суспільства та організаціям спільнот в Україні можливості використовувати результати моніторингу силами ключових спільнот для адвокаційної діяльності”, що реалізується Коаліцією за право на здоров'я (Health Advocacy Coalition, HAC) за фінансової підтримки Фонду Елтона Джона з боротьби зі СНІДом (Elton John AIDS Foundation, EJAF).

**Авторки:** Євгенія Конончук, Аліна Логінова.

**Дизайн, візуальна концепція та верстка:** Надія Чорна-Бохняк, Тетяна Володимирська.

Авторки висловлюють щире подяку командам БО “БФ “ВОЛНА” та БО “Позитивні жінки” за роботу зі створення та впровадження цифрових CLM-інструментів, збір і систематизацію даних, а також відкритість у обговоренні практичного досвіду, викликів і засвоєних уроків, – без чого ця публікація була б неможливою.

Окрема подяка – Центру громадського здоров'я МОЗ України за партнерство в інтеграції МКС-даних до Центральної бази даних, членам Робочої групи з МКС при Національній раді з питань протидії ВІЛ та ТБ, регіональним координаторам і координаторкам, представницям і представникам організацій ключових спільнот, а також респондентам і респонденткам опитувань – за щирий зворотній зв'язок щодо досвіду взаємодії із системою охорони здоров'я.

Публікація фіксує досвід першого циклу впровадження цифрових CLM-інструментів та інтеграції згенерованих ключовими спільнотами даних до національної інформаційної інфраструктури. Зміст документа є відповідальністю авторок і не обов'язково відображає офіційну позицію EJAF, ЦГЗ чи інших партнерських організацій, що були залучені до реалізації проєкту.

2026

**ДОКУМЕНТУВАННЯ УСПІШНИХ ПРАКТИК**  
моніторингу силами пацієнтських спільнот  
(CLM) в Україні

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЙ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ ДЛЯ ЗАХИСТУ ПРАВ ТА ІНТЕРЕСІВ  
ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОТРОПНІ РЕЧОВИНИ (БО “БФ “ВОЛНА”)  
ТА ЖІНОК, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ (БО “Позитивні жінки”)