

НОВА ПОЛІТИКА ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ ВІД ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ



ДОКУМЕНТ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ
СІЧЕНЬ 2005 РОКУ

МІЖНАРОДНИЙ ЦЕНТР ПЕРСПЕКТИВНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

вул. Пимоненка, 13а, Київ, Україна, 04050. Тел. (044) 236 4477, 4377, факс: 236 4668, e-mail: abega@icps.kiev.ua

ЗМІСТ

| | |
|--|-----------|
| 1. ГОЛОВНЕ | 3 |
| 2. ВСТУП | 5 |
| 2.1 Чому ми робимо цей проект..... | 5 |
| 2.2 Чому ми говоримо про зменшення шкоди | 5 |
| 3. ЧОМУ БОРОТЬБА З ПОШИРЕННЯМ ВІЛ/СНІДУ Є ПРІОРИТЕТОМ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ? | 7 |
| 3.1 Історія і масштаб поширення ВІЛ в Україні..... | 7 |
| 3.2 ВІЛ та ін'єкційне споживання наркотиків | 8 |
| 4. НАЯВНІ ПРОБЛЕМИ ТА ЇХНІ ПРИЧИНИ | 10 |
| 4.1 Чинники, пов'язані із загальною системою розроблення, ухвалення та впровадження політики | 10 |
| 4.2 Чинники, пов'язані зі змістом політики профілактики ВІЛ, допомоги та лікування ВІЛ- інфікованих і хворих на СНІД | 11 |
| 4.3 Чинники, пов'язані з правовим полем: переважання політики, спрямованої на повне викорінення наркоманії | 15 |
| 4.4 Чинники, пов'язані з настроями в суспільстві: стигматизація споживачів наркотиків..... | 15 |
| 5. ВАРІАНТИ ПОЛІТИКИ..... | 17 |
| 5.1 Поліпшення загальної системи розроблення, ухвалення та впровадження політики..... | 17 |
| 5.2 Усунення проблем, пов'язаних зі змістом політики профілактики ВІЛ, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД | 17 |
| ДОДАТОК I: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВІЛ У СЕРЕДОВИЩІ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ..... | 20 |
| ДОДАТОК II: ФІНАНСУВАННЯ ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ..... | 24 |
| ДОДАТОК III: ЗАХОДИ, ПРЕДБАЧЕНІ ДЕРЖАВНИМИ ПРОГРАМАМИ ЩОДО СІН..... | 25 |

1. ГОЛОВНЕ

Цей документ пропонується як основа для обговорення проблем поширення ВІЛ і наркозалежності в Україні, а також державної політики, покликаної вирішувати їх. Ми запрошуємо представників усіх зацікавлених сторін і з державних структур, і з організацій громадянського суспільства, діяльність яких стосується цієї сфери, взяти участь у громадських обговореннях. Перша серія обговорень відбудеться в січні–лютому 2005 року в Києві та ще десяти містах. В аналітичній доповіді міститься аналіз історії та масштабу проблеми, аналізуються причини такої ситуації та запропоновано варіанти подолання проблеми.

1. Поширення ВІЛ в Україні вже набуло характеру епідемії, вивівши Україну у світові лідери за темпами поширення вірусу. Аналогічну загрозливу динаміку демонструє епідемія наркозалежності. Від середини 90-х більшість випадків зараження вірусом (близько 70%) пов'язано з вживанням ін'єкційних наркотиків, що призвело до високих темпів поширення епідемії і серед споживачів наркотиків, і серед решти населення. Українське суспільство щодня потерпає від цього та інших шкідливих наслідків, пов'язаних з поширенням наркозалежності. Держава, громадські організації України та міжнародні організації витрачають чималі ресурси на здійснення різноманітних програм у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу та наркозалежності.

2. На думку авторів документа, **основна проблема України в цій сфері** полягає в тому, що витрачання величезних зусиль і коштів не дає результатів, поширення ВІЛ/СНІДу та інших шкідливих наслідків наркозалежності триває загрозливими темпами. Чинна політика щодо споживання наркотиків, що лежить на перетині профілактики ВІЛ, боротьби з незаконним обігом наркотиків і базується на репресивних методах, виявилася нездатною запобігти поширенню епідемії. Це дає підстави сформулювати **основну причину існування зазначеної проблеми: чинна державна політика є неякісною**. Низька якість державної політики стосується таких груп чинників:

- **Хиби загальної системи розроблення, ухвалення та впровадження політики:** брак достовірних даних для ухвалення рішень; відсутність міжгалузевої координації та участі зацікавлених сторін у процесі вироблення та впровадження політики; державні програми фінансуються недостатньо, розподіл коштів не відповідає реальним потребам; неадекватно визначено цілі та пріоритети; немає системи оцінки виконання державних програм.
- **Неадекватний зміст чинної політики щодо профілактики ВІЛ і наркоманії,** що виражається у намаганні одночасно переслідувати за споживання наркотиків і здійснювати заходи зі зменшення шкоди.
- **Недосконалість правового поля:** переважання політики, спрямованої на повне викорінення наркоманії, що нині вважають у розвинених країнах застарілим і неефективним підходом.
- **Негативні настрої в суспільстві:** дискримінація та стигматизація споживачів наркотиків і людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

3. Автори документа вважають, що для подолання проблеми поширення ВІЛ необхідно усвідомити причини цього стану речей і здійснити заходи саме щодо них. **Пропонуються до розгляду три варіанти державної політики:** (1) збереження наявного курсу, (2) посилення репресій стосовно СН, (3) впровадження політики зменшення шкоди в повному обсязі.

4. Зусиллями міжнародного співтовариства нині вироблено прагматичний підхід до діяльності у сфері профілактики наркозалежності, особливо в умовах, коли вона є основним чинником епідемії ВІЛ/СНІДу. Згідно з цим підходом, пріоритет змінюється від довгострокової мети “суспільства без наркотиків” на користь щоденного **зменшення шкоди** від поширення наркозалежності для суспільства та самих наркозалежних. В Україні основною шкодою від наркозалежності є поширення ВІЛ/СНІДу, проте зменшення шкоди нині не є пріоритетом державної політики.

На думку авторів документа, державна політика стосовно СН в Україні повинна ґрунтуватися на **принципах зменшення шкоди** та переслідувати такі **цілі:** (1) припинення кримінального переслідування хворих на наркотичну залежність; (2) поліпшення заходів із ресоціалізації наркозалежних, а саме поліпшення якості і доступності соціальних і медичних послуг для них.

Завдання громадських обговорень, на які виноситься цей документ, – **визначити позиції зацікавлених сторін** щодо того, якими повинні бути цілі політики, які існують проблеми, якими причинами вони викликані і які варіанти дій з усунення цих причин найефективніші.

На основі обговорення різних варіантів вирішення проблеми та аналізу позицій усіх учасників обговорень буде розроблено **рекомендації щодо змін наявної політики**, зокрема усунення практики порушень прав наркозалежних і ВІЛ-інфікованих та поліпшення політики профілактики поширення ВІЛ. Ці рекомендації буде сформульовано в аналітичному документі та **винесено на другу серію обговорень**.

Остаточний аналітичний документ, створений на основі дослідження та двох серій обговорень із зацікавленими сторонами, міститиме аналіз проблем та якості державної політики у сфері профілактики поширення ВІЛ/СНІДу та наркозалежності, а також конкретні узгоджені рекомендації щодо змін державної політики у цій сфері, у тому числі проекти необхідних нормативно-правових актів. Цей остаточний аналітичний документ буде опубліковано і представлено уряду України, Верховній Раді, зокрема Тимчасовій спеціальній комісії Верховної Ради України з проблем ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії, а також основним політичним силам у нашій країні. Його використовуватимуть як основу для суспільного діалогу щодо державної політики та лобювання необхідних змін.

2. ВСТУП

Цей аналітичний документ підготовлено в рамках проекту “Громадське лобювання стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків”. Проект здійснює Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди (Київ) і Міжнародний центр перспективних досліджень (Київ) за фінансової підтримки Міжнародного фонду “Відродження” (Київ) і Міжнародної програми зменшення шкоди Інституту відкритого суспільства (Нью Йорк, США). Партнерами проекту є громадські організації – члени Всеукраїнської асоціації зменшення шкоди:

1. Обласний фонд “Повернення до життя”, Знам’янка Кіровоградської області.
2. Благодійний фонд “Нова сім’я”, Чернівці.
3. Благодійний недержавний фонд “Центр соціально-психологічної інформації “Всі разом””, Львів.
4. Одеський благодійний фонд “Дорога додому”, Одеса.
5. Миколаївський місцевий благодійний фонд “Вихід”, Миколаїв.
6. Луганський обласний фонд “Крок у майбутнє”, Луганськ.
7. Благодійний фонд “Наdejда и спасение”, Сімферополь.
8. Закарпатський обласний благодійний фонд “Закарпаття проти СНІДу”, Ужгород.
9. Благодійна асоціація “Світ надії”, Полтава.
10. Благодійний фонд “Реабілітаційний центр наркозалежних “Вірус”, Дніпропетровськ.

Термін реалізації проекту: червень 2004 – червень 2005 року.

2.1 Чому ми робимо цей проект

Нині в Україні ВІЛ/СНІД поширюється чи не найвищими темпами в Європі. Незважаючи на те, що держава, організації громадянського суспільства та міжнародні донори вже кілька років активно займаються цією проблемою, тенденція погіршується. Україна ще має шанс взяти під контроль та знизити темпи поширення епідемії, але якщо згаяти час, такий шанс можна втратити.

Ініціатори проекту вважають, що лідером у цій роботі повинна бути держава. І для цього потрібна якісна державна політика, характеристиками якої є: (1) чітко визначені цілі та пріоритети; (2) зміст, адекватний ситуації, що склалася, та прогнозам розвитку; (3) відповідність умовам реалізації політики, які своєю чергою включають правила та процедури (законодавство), інституції (структури та організації), фінанси, людей, які це робитимуть, і координацію. У рамках проекту ми запрошуємо всіх, хто має стосунок до наявної в Україні політики щодо ВІЛ/СНІДу, до діалогу, метою якого є з’ясувати, наскільки ця політика якісна, наскільки вона відповідає інтересам суспільства в цілому та цільових груп і чи не треба в ній щось змінити. Визначивши напрям необхідних змін державної політики, ми розробимо конкретні рекомендації, узгодимо їх з усіма зацікавленими сторонами та шляхом публічного лобювання досягатимемо запровадження наших рекомендацій відповідними органами влади.

2.2 Чому ми говоримо про зменшення шкоди

Статистика переконливо свідчить, що в Україні більшість серед ВІЛ-інфікованих (близько 70%) становлять представники такої специфічної групи, як наркозалежні, або споживачі ін’єкційних наркотиків (СІН). Причина цього – їх ризикова поведінка. Необхідно пам’ятати, що наркозалежність – це хвороба, а ризикова поведінка – один із симптомів цієї хвороби. Внаслідок цього симптому ВІЛ/СНІД поширюється також серед інших груп людей, з якими СІН мають контакти. Окрім ВІЛ/СНІДу, ризикова поведінка наркозалежних сприяє поширенню інших небезпечних хвороб, таких як гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання. Поширення хвороб – чи не найбільша шкода, яку щодня несе поширення наркозалежності в будь-якому суспільстві, зокрема в Україні. Проте є інші шкідливі наслідки: руйнування сімейних і дружніх стосунків; зростання злочинності серед СІН внаслідок неможливості мати нормальну роботу, легальний дохід; великі витрати на лікування наркозалежності, ВІЛ/СНІДу; втрата працездатності великої кількості молодих людей; порушення прав людини та насильство щодо наркозалежних тощо. Усі ці шкідливі наслідки проявляються в Україні щодня і зачіпають дедалі ширше коло наших співвітчизників.

Чинна державна політика в Україні спрямована на повне усунення немедичного вживання наркотиків із суспільства. Сучасний світовий досвід не знає прикладів успішного досягнення цієї мети, і в більшості розвинених країн світу цей утопічний підхід замінено на прагматичніший. Прагматичний підхід полягає в тому, що суспільство більше зацікавлено в мінімізації щоденних шкідливих наслідків наркозалежності. Для цього потрібна щоденна робота, мета якої – допомогти наркозалежним змінити ризикову поведінку. Такий прагматичний підхід дістав назву **зменшення шкоди**. Його схвалено Організацією Об'єднаних Націй і Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

Ініціатори проекту вважають, що підхід зменшення шкоди необхідно запровадити як основу державної політики щодо ВІЛ/СНІДу в Україні. Що скоріше Україна зробить такий вибір, то краще для всього суспільства.

3. ЧОМУ БОРОТЬБА З ПОШИРЕННЯМ ВІЛ/СНІДУ Є ПРІОРИТЕТОМ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ?

Швидкість поширення ВІЛ-інфекції в Україні набуває загрозливих масштабів. На жаль, ані в суспільній свідомості, ані на державному рівні немає розуміння реальної загрози здоров'ю нації, яку несе поширення цього смертельного вірусу. Аналіз шляхів поширення епідемії доводить, що, починаючи з середини 90-х, зараження вірусом здебільшого пов'язано із вживанням ін'єкційних наркотиків. Проте абсолютно помилковим було б стверджувати, що загроза стосується лише тих, хто вживає наркотики. Навпаки, дані останніх років переконливо доводять, що кількість нових випадків зараження зростає і серед наркозалежних, і серед решти населення. Так, зростає частка інфікованих статевих партнерів СН, збільшується кількість випадків передачі захворювання від матері до дитини. Хоча наявність такої тенденції потребує заходів, що певною мірою виходять за рамки роботи з СН, проте без контролю над поширенням ВІЛ/СНІДУ у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків неможливо буде приборкати епідемію.

Репресивні методи боротьби з наркоманією виявилися безсилями. Необхідність шукати нові шляхи захисту суспільства змушує змінювати державну політику боротьби з поширенням ВІЛ/СНІДУ в Україні і, відповідно, переглядати ставлення до наркозалежних громадян. Без розуміння того, що наркоманії неможливо повністю позбутися, але можна мінімізувати ту шкоду, яку це явище приносить суспільству в цілому, без докорінної зміни системи роботи зі споживачами наркотиків неможливо зупинити розростання епідемії СНІДУ.

3.1 Історія і масштаб поширення ВІЛ в Україні

Перші випадки ВІЛ-інфекції на території України зареєстровано серед студентів-іноземців, які приїхали до України на навчання з країн Африки, Азії, Південної Америки. Перші випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України зареєстровано серед статевих партнерів ВІЛ-інфікованих іноземців 1987 року. Так, наприкінці 1987 року зареєстровано шість ВІЛ-інфікованих громадян України. На першому етапі розвитку епідемії домінував статевий шлях передачі ВІЛ, і жінки були найвразливішою групою населення.

Співвідношення ВІЛ-інфікованих жінок і чоловіків поступово вирівнювалося до 1991 року. У цей період зареєстровано перші три випадки інфікування споживачів ін'єкційних наркотиків. Результати епідемічного нагляду показали, що всі вони були інфіковані статевим шляхом.

Переломним у розвитку епідемії в Україні стали 1994–1995 роки. Наприкінці 1994 року в Миколаєві виявлено два перші доведені випадки інфікування ВІЛ ін'єкційним шляхом. 1995 року зареєстровано ВІЛ-інфіковані споживачі ін'єкційних наркотиків в Одесі. Саме з цього періоду ведеться відлік другого етапу розвитку епідемії – концентрованого. Назва другої стадії відображає сконцентрованість більшості випадків ВІЛ-інфекції у певній групі населення, а саме – у групі споживачів ін'єкційних наркотиків. 1997 року вже не залишилося жодного регіону України, де б не реєструвалися випадки ВІЛ-інфекції.

Офіційні дані розвитку епідемії в 1997–2002 роках говорять про тенденцію до поширення ВІЛ-інфекції із середовища СН на загальне населення. Це підтверджує збільшення частини передачі статевим шляхом у структурі загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції: з 11,3% 1997 року до 27,0% – 2001 року. Друга важлива тенденція в розвитку епідемії – збільшення ролі передачі ВІЛ від матері до дитини: з 2,2% загальної кількості зареєстрованих випадків 1997 року до 13,1% – 2001 року.

За п'ять місяців 2004 року зареєстровано 4 822 ВІЛ-інфікованих громадян України, зокрема 893 дитини та 2 276 СН. 1 034 дорослих і 33 дитини захворіли на СНІД. 676 дорослих і 13 дітей померли від СНІДУ. Загалом за офіційними даними сукупна кількість людей, інфікованих ВІЛ за весь час епідемії, – 71 359, кількість померлих від СНІДУ – 4851 особа.

Проте офіційна статистика відбиває лише вершину айсберга. Відповідно до оцінок фахівців Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) і ВООЗ, кількість ВІЛ-інфікованих в Україні 2003 року визначалася на рівні 360 тисяч осіб (у межах 170–580 тис. осіб) віком від 15 до 49 років, або не менше 1,4 % дорослого населення¹. Тривогу викликають не так показники, як швидкість поширення епідемії. Кількість нових випадків інфікування ВІЛ навіть за офіційною статистикою зростає з року в рік. Так, якщо 2003 року офіційно зареєстровано 8 166 нових випадків ВІЛ-інфекції, то 2004 року цей показник сягнув такого значення вже в жовтні.

Окремо треба звернути увагу на захворюваність і смертність унаслідок СНІДу. Адже ВІЛ може існувати в людському організмі 10–12 років, не проявляючи себе, а потім викликає СНІД. Саме СНІД робить організм беззахисним перед більшістю інфекційних хвороб і призводить до смерті. Так, 2003 року від СНІДу померло 1 285 осіб, а за десять місяців 2004 року – 1 413 осіб².

Оскільки більшість осіб, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні, інфіковано за останні 6–8 років, для них наближається поріг, коли хвороба починає фатально проявлятися. Уже зараз швидкість, з якою збільшується кількість захворювань на СНІД і смертей від нього, перевищує швидкість появи нових ВІЛ-інфікованих. У найближчому майбутньому дедалі більше українців вмиратимуть від СНІДу, якщо держава не підвищить ефективність своєї політики щодо епідемії.

За прогнозами експертів, кількість ВІЛ-інфікованих 2010 року сягне майже 1,5 млн. осіб, а число нових випадків СНІДу – 95 тисяч, при цьому від хвороби в цей рік загинуть до 90 тисяч осіб³. Питома вага померлих від СНІДу в загальному числі померлих 2010 року становитиме близько 10%, абсолютна більшість яких – віком до 40 років. У разі здійснення негайних заходів нині більшість із цих смертей можна запобігти.

Якщо припустити, що результативність державної політики не зміниться порівняно із нинішнім днем, то 2010 року лише на лікування ВІЛ/СНІДу в Україні потрібно буде витратити стільки коштів, скільки сьогодні витрачають на всю медичну галузь. Збільшиться також навантаження на соціальну систему через зростання кількості дітей-сиріт внаслідок смерті одного або двох батьків від СНІДу. Кількість таких дітей за песимістичними розрахунками може досягти 2010 року 77 тисяч. Не варто пояснювати, який вплив це матиме на здоров'я нації та державний бюджет.

Поширення ВІЛ/СНІДу і супутніх захворювань також становить пряму загрозу для розвитку національної економіки, адже переважна більшість ВІЛ-інфікованих – це особи 20–39 років, тобто люди у віці розквіту фізичних, творчих і інтелектуальних сил. Постійно реєструються випадки інфікування серед підлітків. Епідемія ВІЛ/СНІДу нищить потенціал нашої країни.

3.2 ВІЛ та ін'єкційне споживання наркотиків

Як зазначалося вище, з 1994–1995 років і донині основний шлях поширення ВІЛ-інфекції в Україні пов'язаний зі споживанням наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України, частка споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) у загальній масі ВІЛ-інфікованих становить близько 70%. За перші сім місяців 2004 року з 5 572 нових офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування 209, або 57%, зареєстровано серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). Ще один факт: за результатами дослідження, яке проводив Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом і Програма ООН/СНІД в Одеській області, у 1998–2002 роках серед усіх осіб, від яких відбувалося інфікування ВІЛ шляхом гетеросексуальних стосунків, більше 70% становили споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН)⁴. Тобто за наявної ситуації в Україні споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) становлять найвищий ризик інфікування ВІЛ всередині цієї групи, а також для решти суспільства. Поширення ВІЛ і споживання ін'єкційних наркотиків пов'язано і прямо, через спільне використання шприців, і непрямим шляхом – через секс із СІН, які є ВІЛ-інфікованими, і вертикальний шлях – від матері до дитини.

¹ Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. За підтримки Програми ООН/СНІД (ЮНЕЙДС) в Україні та Міжнародного фонду "Відродження", Київ 2003, с. 5.

² За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України.

³ Балакірева, О., Галусян, Ю., Яременко, О. та інші. "Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози", Київ, 2003.

⁴ Україна та ВІЛ/СНІД: час діяти. Звіт про людський розвиток в Україні 2003, спеціальне видання. Програма розвитку ООН, 2003 р., Київ, Україна, с. 8–9.

Як засвідчує статистика, кількість споживачів наркотиків у країні неухильно зростає: 1991 року на обліку перебувало 31 080 осіб; 2003 – 119 965⁵. За даними наркологічного обліку, 2003 року в Україні було 82 836 осіб, хворих на наркотичну залежність. На обліку зазвичай стоять особи, виявлені органами внутрішніх справ і направлені на примусове медичне обстеження. Тому дані офіційного обліку не відображають реальної картини. Відповідно ж до експертних оцінок, кількість лише ін'єкційних споживачів наркотиків становить 560 000 осіб⁶.

Наркозалежність – це хвороба. Внаслідок специфічного характеру симптомів цієї хвороби споживачі наркотиків є соціально неблагополучною, маргіналізованою групою населення. Серед основних симптомів хвороби – ризикова поведінка наркозалежних, пов'язана із вживанням наркотиків. Саме ризикова поведінка, з одного боку, робить СНІВ дуже вразливими до інфікування ВІЛ, а з іншого – визначає ризик поширення ВІЛ-інфекції від СНІВ до інших груп суспільства. Крім ризиків, пов'язаних з інфікуванням ВІЛ, вживання наркотиків також може стати причиною кримінальної поведінки через необхідність постійно знаходити кошти на наркотики.

Споживач ін'єкційних наркотиків, який вживає наркотики впродовж одного–двох років, постійно збільшує кількість їх вживання (дозу). Якщо на деякий час вистачає коштів і матеріальних благ, набутих родичами, то згодом вони закінчуються і тоді перед СНІВ постає запитання – де взяти гроші на наркотики?

Приблизно за одно–дворічного вживання наркотиків добова доза вживання коливається в кількості 5–10 мілілітрів, що коштує від 50 до 100 грн. щоденно. Як засвідчує практика, чимала частина СНІВ не працюють і не мають стабільного джерела доходів, тому вони змушені ставати на злочинний шлях: або самі починають поширювати наркотики, а це кримінальний злочин, що забезпечує їм можливість отримання коштів на наркотики, або ж стають на інший злочинний шлях – здійснюють крадіжки, розбої, грабування.

В Україні протікання хвороби СНІВ та їхнє щоденне життя надзвичайно ускладнюється двома проблемами: СНІВ змушені постійно намагатися уникати кримінального переслідування правоохоронними органами, які дуже мало зважають на медичний бік їхнього статусу, а також постійно стикаються з проявами негативного ставлення до них, стигматизації більшістю членів суспільства. Ці дві проблеми створюють постійний стрес, який лише посилює ризиковість поведінки СНІВ. СНІВ не звертаються за медичною допомогою в разі ВІЛ/СНІДу та інших хвороб, бо під час звернення буде розкрито їхній статус, у результаті чого вони стануть об'єктом кримінального переслідування, а нормальну медичну допомогу їм не нададуть. Саме з цим пов'язана вражаюча різниця між офіційними даними та експертними оцінками щодо кількості СНІВ і ВІЛ-інфікованих осіб в Україні. А що більше проблема ВІЛ/СНІДу прихована, то більше вона небезпечна.

Усі погоджуються, що профілактика наркотичної залежності абсолютно необхідна справа. Однак навіть якщо уявити, що з нинішнього дня в Україні не буде жодного нового випадку наркозалежності, велика кількість СНІВ уже існує. На цей час і політика держави щодо цієї групи осіб, і переважне суспільне ставлення до них не обмежують негативні наслідки (шкоду) від цієї хвороби, передусім поширення ВІЛ/СНІДу, а лише посилюють їх.

Україна декларує свої наміри боротися з епідемією ВІЛ/СНІДу, створюються окремі державні програми, присвячені цій проблемі, витрачаються чималі державні кошти, здійснюються певні заходи. Однак наведені вище факти переконливо засвідчують: наявна державна політика не поліпшує ситуацію. Держава фактично залишає сам на сам із цими проблемами родичів хворих та найближче оточення.

В інтересах усього українського суспільства якнайшвидше змінити такий стан речей. На думку авторів цього документа, змінити цю ситуацію в країні можливо лише за умови цілеспрямованих, активних та узгоджених дій органів державної влади, неурядових організацій, міжнародних донорів і спеціалізованих організацій, суспільства в цілому. І лідером у цьому може бути лише держава. В Україні обов'язково повинна бути якісна державна політика у цій сфері.

Ініціатори проекту стверджують: темпи поширення епідемії ВІЛ/СНІДу, а також інших суспільно шкідливих наслідків наркозалежності в Україні вказують на те, що **чинна державна політика в Україні неякісна**.

Наступний розділ аналітичного документа присвячено визначенню та вивченню хиб державної політики у цій сфері.

⁵ Довідка з основних показників боротьби з наркобізнесом за 1991–2003 рр., МВС України.

⁶ Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. Центр "Соціальний моніторинг", ЮНІСЕФ.

4. НАЯВНІ ПРОБЛЕМИ ТА ЇХНІ ПРИЧИНИ

Надзвичайно високі темпи поширення епідемії ВІЛ/СНІДу у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків та її поширення на решту населення засвідчують про неадекватну відповідь держави на загрозу епідемії.

Незважаючи на те, що з 1995 року споживачі ін'єкційних наркотиків є основним джерелом поширення ВІЛ, дії держави у сферах протидії незаконному обігу наркотиків і профілактики ВІЛ не узгоджені між собою, що призвело до нинішньої ситуації з розвитком епідемії. На нашу думку, без вироблення та реалізації узгодженої політики із зупинення епідемії у середовищі СІН, заходи боротьби з ВІЛ не дадуть результатів.

Ми виокремили чотири групи чинників, що спричиняють загрозову ситуацію з поширенням епідемії і на подолання яких необхідно зосередити ресурси:

- Хиби загальної системи розроблення, ухвалення та впровадження політики.
- Неадекватний зміст чинної політики профілактики ВІЛ, особливо в частині, що стосується СІН.
- Недосконалість правового поля: переважання політики, спрямованої на повне викорінення наркоманії.
- Негативні настрої в суспільстві: стигматизація споживачів наркотиків

Нижче наведено докладніше пояснення щодо природи цих причин.

4.1 Чинники, пов'язані із загальною системою розроблення, ухвалення та впровадження політики

Передусім потрібно сказати про недосконалість самого процесу формування державної політики в галузі боротьби з ВІЛ/СНІДом і незаконним обігом наркотиків. Хиби процесу як такого великою мірою впливають на якість політики попередження ВІЛ і боротьби зі СНІДом.

- Незважаючи на численні декларації про важливість проблеми запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу, **на урядовому рівні та у свідомості політиків немає достатнього розуміння реальної загрози для здоров'я нації, яку несе цей смертельний вірус.** Індикатором цього є те, що жодна політична сила не визнала здоров'я нації взагалі та боротьбу зі СНІДом зокрема як свій пріоритет.
- **Національні програми не містять мети, визначеної в конкретних цифрах**
- **Державна політика у цій сфері не спирається на достовірні статистичні дані про ситуацію та аналіз попередніх дій.** Національні програми профілактики ВІЛ та боротьби з наркотиками не містять ані докладного аналізу ситуації в країні та обґрунтованих прогнозів розвитку, ані аналізу ефективності попередніх програм. На думку багатьох фахівців, офіційна статистика щодо кількості ВІЛ-інфікованих і рівня захворюваності на СНІД не відповідає реальному стану речей. Різні офіційні джерела надають дані щодо кількості споживачів наркотиків, які суттєво відрізняються. Брак системи інформаційно-аналітичного супроводження процесу ухвалення та впровадження програм призводить до фінансування та впровадження неперіоритетних заходів. Що більше, зазначені в програмах заходи мають скоріше характер реакції на ситуацію, що склалася, і не підпорядковані довгостроковій стратегії.
- Через **відсутність спільної стратегії та брак координації** втілюються паралельні або суперечливі заходи. Хоча на національному рівні існує три координаційні органи у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу (Урядова комісія з профілактики поширення ВІЛ/СНІДу, Координаційний механізм країни та Тимчасова спеціальна комісія Верховної Ради з питань ВІЛ-інфекції/СНІД), Координаційна рада з питань боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України, питання координації всіх напрямів боротьби з епідемією та особливо питання роботи з СІН залишаються не вирішеними остаточно. Особливо критичною є ситуація на регіональному і місцевому рівнях. У низці областей координаційні ради існують лише на папері, не маючи фінансової та організаційної підтримки. Така ситуація транслюється у слабку взаємодію організацій і служб, що займаються питаннями, так чи інакше пов'язаними з ВІЛ/СНІДом, зокрема лікарень, наркологічних центрів. Як результат, у країні не створено єдиної системи профілактичної діяльності, що цілеспрямовано та послідовно діяла б у напрямі виявлення та усунення або нейтралізації причин поширення епідемії.

- **Фінансування – недостатність ресурсів.** Як засвідчує практика, частину заходів, передбачених програмами боротьби зі СНІДом, реалізовано лише частково або не реалізовано взагалі. Незадовільна реалізація програм з профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом певною мірою пов'язана з недостатнім їх фінансуванням. Частково це відбиває загальну практику ухвалення і впровадження переважної кількості державних програм в Україні, коли їх затвердження ведеться без урахування фінансових можливостей держави. Крім того, такий стан речей свідчить про неперіоритетність цього питання для держави. Так, у 1995–1997 роках на потреби програми було виділено менше 50% запланованих коштів. 2000 року фінансування досягло 100 відсотків, проте у 2001–2002 роках національні зобов'язання виконані лише на 62%, виплати на регіональному рівні становили близько 70 відсотків запланованих⁷. Треба зазначити, що навіть запланований рівень фінансування не відповідає потребам країни в цій сфері. Так, згідно з даними Міністерства охорони здоров'я, додаткові потреби для забезпечення виконання програм профілактики та боротьби зі СНІДом 2003 року становили 47,9 млн. грн., або майже половину виділених коштів⁸. Неузгодженість між відповідальністю і отриманими ресурсами зумовлює невиконання рішень на регіональному і місцевому рівнях, а отже, неефективність державної політики в цій сфері.
- **Моніторинг впровадження державних програм не налагоджено.** Робота зі створення системи досліджень, аналізу і моніторингу реального поширення ВІЛ та ефективності реалізації національних і регіональних програм з профілактики ВІЛ і наркоманії лише почалася. Відсутність системи моніторингу своєю чергою призводить до безконтрольного та неефективного використання бюджетних коштів на протидію епідемії. Аналіз фінансування заходів із профілактики ВІЛ і боротьби з незаконним обігом наркотиків наведено в **Додатку 2**.

4.2 Чинники, пов'язані зі змістом політики профілактики ВІЛ, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД

І фахівці, і відповідальні за ухвалення рішень визнають роль споживачів ін'єкційних наркотиків у поширенні епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Проте на урядовому рівні відсутнє цілісне бачення стратегії та методів контролю за поширенням ВІЛ/СНІДу у середовищі СІН. Так, держава реалізує політику стосовно споживачів наркотиків, що переслідує водночас дві несумісні цілі. З одного боку, ця політика спрямована на повне позбавлення суспільства від наркоманії. З іншого – це заходи, спрямовані на зменшення шкоди від вживання наркотиків, що виходить з неминучості існування в суспільстві такого явища, як наркоманія, та вимагає толерантного ставлення до споживачів наркотиків.

Перший підхід, метою якого є повне позбавлення суспільства від наркоманії, реалізується через органи внутрішніх справ, шляхом виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, а також направлення їх на примусове медичне обстеження та лікування⁹. Інша альтернатива для споживача наркотиків – бути притягнутим до кримінальної відповідальності за транспортування, зберігання або виготовлення наркотиків без мети збуту, що передбачено ст. 309 Кримінального кодексу. Такий підхід до проблеми використовують ще з радянських часів, він відповідає положенням Міжнародної конвенції про психотропні речовини від 21.02.1971 року, а саме Статті 22, яка закликає держави використовувати такі засоби, як позбавлення волі, примусове лікування і перевиховання для осіб, що зловживають психотропними речовинами. Цей підхід досі зберігається в практиці роботи органів внутрішніх справ, незважаючи на існування серозних хиб:

⁷ За даними “Звіту про людський розвиток в Україні 2003 – Україна та ВІЛ/СНІД: Час діяти”.

⁸ Фінансування, зокрема, не покриває потреби з лікування наркозалежності. Так, для якісного стаціонарного лікування одного наркозалежного потрібно 300–400 грн. щодобово, виділяють лише 3 грн. Неефективна робота з лікування основного захворювання – наркозалежності, породжує у СІН недовіру до інших ініціатив (зокрема пов'язаних з профілактикою ВІЛ/СНІДу). Соціологічні дослідження свідчать, що багато наркоманів змирилися зі своїм становищем, вважають, що їхнє життя скінчилося. А якщо пацієнт не має установки на вилікування, він залишає без уваги будь-які спроби залучити його до профілактичних заходів.

⁹ Спільна інструкція МОЗ, МВС, Генпрокуратури та Мін'юсту від 10.10.1997 року “Про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини”.

- Не існує ефективного лікування від наркотичної залежності, наявність якого є головним припущенням у цьому підході до вирішення проблеми. Ефективність наявного лікування становить 1%, тобто 99 зі 100 осіб продовжують вживати наркотики після проходження лікування.
- Практична реалізація цього підходу зумовлює ізоляцію СІН від суспільства, недоступність для них медичних і соціальних послуг, недоступність для профілактичних заходів.

Другий підхід, спрямований на зменшення шкоди від вживання наркотиків, реалізується на базі консультаційних пунктів “Довіра” у складі ДЦССМ за кошти Державного та місцевих бюджетів, а також громадськими організаціями за кошти міжнародних донорів. Цей підхід не заперечує важливості позбавлення особи від наркотичної залежності, але спрямований також на ті 99% наркозалежних, які не можуть бути вилікувані нинішніми методами. Набір заходів, передбачений стратегією зменшення, не може бути ефективно реалізованим за наявності переслідувань і дискримінації СІН, що практикуються відповідно до першого підходу:

- Програмам зменшення шкоди важко отримати підтримку для своєї діяльності органів внутрішніх справ, оскільки міліція має протилежні завдання у цій сфері.
- Намагання досягти водночас двох зазначених вище несумісних між собою цілей призводить до неефективності заходів і високих темпів розвитку епідемії, що спостерігається зараз в Україні.

Хоча Програма боротьби з незаконним обігом наркотиків на 2003–2010 роки наголошує на лікуванні наркотичної залежності, реабілітації та ресоціалізації наркозалежних, але не містить положень щодо профілактики ВІЛ у середовищі СІН. (Деякі положення державних програм, що стосуються споживачів наркотиків, наведено в **Додатку 3.**)

Три останні програми профілактики ВІЛ містять елементи стратегії зменшення шкоди, однак вагома частка заходів у рамках цієї стратегії не впроваджується або впроваджується неповною мірою. Аналіз заходів програм відповідно до інструментів зменшення шкоди засвідчує, що обсяги більшості з них недостатні для досягнення очікуваного результату.

4.2.1 Забезпечення осіб, які вживають наркотики шляхом ін'єкцій, стерильними ін'єкційними інструментами та дезінфікуючими засобами

Виконання цього пункту стратегії зменшення шкоди здійснюють консультаційні пункти “Довіри”, створені на базі центрів соціальних служб для молоді, що є державними організаціями, і низка НДО. У жодній області країни не створено системи пунктів, які забезпечили б реальну потребу СІН відповідними медичними засобами¹⁰. Програми обміну шприців нині охоплюють 15% СІН за мінімально необхідних для досягнення впливу на епідемію 60%. Фінансування здійснюють донорські організації та місцеві бюджети, причому донорське фінансування переважає.

Створення пунктів обміну голук у сільській місцевості

Кілька експериментів Одеського обласного центру СС зі створення пунктів обміну голук і шприців для СІН у сільській місцевості виявилися невдалими. Великою мірою невдачі пов'язані з проблемами ментальності сільських мешканців, які бояться оприлюднити свою проблему (щоб отримати допомогу в лікуванні хворої дитини зі стигмою) і почути негативну оцінку громади. Створення консультаційного пункту в одному з районів, де на обліку перебувають 80 (а за оцінками спеціалістів до 300) споживачів наркотиків, які потребують системної роботи, призвело до розгніваних виступів у пресі ветеранів, пенсіонерів, які обурювалися, що за нестачі шприців для хворих дітей, інвалідів і літніх людей держава роздає їх наркоманам. Усі мотивації, що цей захід є запобіжним заходом для населення, зокрема їхніх дітей і онуків, від інфікування, на селі не діють. Батьки вважають, що їхні діти не мають нічого спільного з наркоманами, а батьки вражених хворобою взагалі відчуються ніяково. Тож стратегія роботи на селі повинна мати своє підґрунтя, враховувати особливості ставлення селян до проблеми.

¹⁰ В Одеській області, наприклад, існує три такі пункти при центрах соціальних служб для молоді за мінімальної потреби в 15 пунктах. У самій Одесі діє один-два пункти при громадських організаціях, чого не вистачає навіть для забезпечення 15 відсотків СІН.

4.2.2 Надання особам, які вживають наркотики шляхом ін'єкцій, можливості отримувати замісну терапію

В Україні на парламентському й урядовому рівнях замісну терапію визнано як високоефективний метод профілактики. Зокрема такі положення містять Постанова Верховної Ради України "Про рекомендації парламентських слухань на тему: "Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії і алкоголізму в Україні" від 3 лютого 2004 року № 1426-І і Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження Концепції стратегії дій уряду, спрямованих на запобігання поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги і лікування ВІЛ-інфікованих і хворих СНІД на 2004–2008 роки" від 4 березня 2004 року № 264.

Крім функцій профілактики ВІЛ і лікування наркотичної залежності, програми замісної терапії є ефективним засобом зменшення обсягів незаконного обігу наркотиків через зниження попиту на них. Так, у разі залучення до програми замісної терапії 10 000 осіб, денна норма споживання наркотиків яких становить від 5 до 10 мілілітрів, попит на наркотики знизиться приблизно на 18 000 – 36 000 кг упродовж року ($0,01 \times 10\,000 \times 365 = 36\,500$). Ця цифра досить вагома, зважаючи на те, що за даними МВС за 2003 рік із незаконного обігу наркотиків було вилучено 22 000 кг наркотичних засобів.

Проте програми замісної терапії не реалізують в Україні через низку причин. Передусім з огляду на відсутність політичного консенсусу. Ідею фінансування таких програм не сприймають як можливість зменшення шкоди від вживання наркотиків для суспільства в цілому. З іншого боку, треба зазначити низку об'єктивних чинників, що впливають на збільшення ризику того, що такі програми не дадуть бажаного результату. До таких чинників належать:

- **Обмежена можливість збереження анонімності лікування, низький рівень довіри до державних структур.** За нинішньої політики кримінального переслідування споживачів наркотиків проведення профілактичних заходів у їхньому середовищі досить ускладнене. Побоювання переслідувань правоохоронними службами часто перешкоджають своєчасному зверненню СН за медичною допомогою або проведенню тестування на ВІЛ. Проте розуміння того, що впровадження замісної терапії є необхідним заходом для зменшення швидкості поширення ВІЛ/СНІДу та зміна ставлення до проблеми правоохоронних органів дасть змогу поступово подолати цю перешкоду. Кримінальна поведінка споживачів наркотиків навпаки знизиться в разі переведення їх на легальну замісну терапію, оскільки за умови легального забезпечення необхідної кількості наркотиків знижується вчинення протиправних дій для отримання коштів на дозу.
- **Недостатньо розвинена мережа центрів профілактики та реабілітації споживачів наркотиків¹¹.** Замісна терапія – один із комплексу заходів, покликаних зменшити шкоду для суспільства від існування наркоманії. Проте вона не вирішує всіх проблем, пов'язаних із цим явищем, і, власне, її здебільшого призначають тоді, коли інші заходи для виведення людини зі стану наркотичної залежності не дали своїх результатів. Відповідно без розвитку інфраструктури соціалізації та реабілітації споживачів наркотиків запровадження замісної терапії може не справити очікуваного впливу на розвиток наркологічної ситуації в країні. У нашій країні цієї інфраструктури не створено.
- **Ризик криміналізації сфери розподілу замісних медикаментів.** Цей ризик потенційно існує в усіх країнах, де впроваджується замісна терапія, проте існують і методи запобігання цьому явищу. Це, зокрема, використання автоматичних дозаторів, розподіл функцій призначення замісної терапії (покладається на лікаря) та безпосередньо видачі ліків (покладається на соціального працівника), обов'язкова умова вживання замісних ліків наркозалежним на місці видачі.

Усі ці чинники справді потребують уваги, але вони можуть бути вирішені в достатньо стислі терміни за визнання цього напрямку пріоритетним.

Досвід впровадження програм замісної терапії

У Полтавському обласному наркологічному диспансері запроваджено програму замісної терапії на базі препарату **Бупренорфін**. Пацієнти мають змогу безплатно вживати препарат від одного–двох (короткострокова програма) до чотирьох місяців (середньострокова програма). Упродовж року до цих програм залучено сім пацієнтів. На тлі 1 287 наркозалежних, які перебувають на обліку, це незначний показник.

¹¹ За словами міністра соціальної політики, ефективність реабілітаційних центрів – 1%.

Великим попитом серед СІН користується програма замісної детоксикації, коли впродовж 10–15 днів пацієнт отримує Бупренорфін для зняття абстинентного синдрому (майже 100 пацієнтів упродовж року).

Такі програми також реалізуються в Кременчуці та Лубнах.

4.2.3 Забезпечення легкої доступності соціальних служб і служб охорони здоров'я

Хоча в країні існує мережа соціальних закладів, що займаються роботою зі СІН, проте кількість та обсяг послуг, які вони надають, не відповідають потребам. Так, вторинною профілактикою в групах ризику, зокрема серед ін'єкційних наркоманів, займаються центри соціальних служб для молоді, створені зараз в усіх обласних містах. Ці державні центри за підтримки ЮНІСЕФ беруть участь у реалізації програми “Профілактика ВІЛ/СНІД серед молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом”. Зокрема вони беруть участь у програмі обміну шприців. До основної діяльності консультаційних пунктів “Довіра” при центрах соціальних служб належать такі:

- надавати необхідні знання і виробляти навички безпечної поведінки щодо ВІЛ/СНІД молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом;
- навчання соціальних працівників, волонтерів, лідерів цільових груп зі стратегій зниження шкоди і “рівний–рівному”;
- забезпечення молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, індивідуальними засобами захисту (шприци, антисептичні серветки, презервативи);
- створення такого соціального середовища, яке забезпечило б толерантне і неупереджене ставлення до споживачів ін'єкційних наркотиків.

Що ж до системи ресоціалізації та реабілітації наркозалежних, то в країні не існує добре налагодженої мережі установ, що займалися б питаннями повернення осіб, які страждають на наркотичну залежність, до нормального життя в суспільстві. Незважаючи на існування відповідної Постанови Кабінету Міністрів України, створення системи реабілітації наркозалежних перебуває в зародковому стані. У зв'язку з відсутністю реабілітаційних закладів в Україні більшість хворих після лікування знов повертаються на той же шлях. Як свідчить міжнародний досвід, у реабілітаційній програмі людина має перебувати до двох років, а потім від року до трьох її повинні супроводжувати відповідні соціальні служби. Для України ж реабілітація наркозалежних – це програма детоксикації і психокорекції в умовах лікувальної установи, що має термін від двох тижнів до двох місяців. Відсутні інституції, які могли б взяти на себе турботу про хворого на той час, коли в нього порушені соціальні зв'язки з сім'єю і він де-юре має місце реєстрації і проживання, а де-факто не має притулку, їжі, джерела доходів, одягу. Не маючи можливості отримати допомогу професіоналів, родичі наркоманів врешті-решт відмовляються від них. Непоодинокі випадки насильства в сім'ях наркоманів стосовно них. Таким чином, без включення цієї компоненти до державної політики протидії ВІЛ/СНІДу випадає важлива ланка, без якої СІН по суті не матимуть альтернативи, окрім метадону¹².

Доступність медичних послуг також лишається проблемним питанням. По-перше, складність схеми надання антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованим унеможливорює забезпечення лікуванням споживачів наркотиків. Адже стиль їхнього життя унеможливорює дотримання графіка лікування. Цю проблему можна було б вирішити через надання СІН замісної терапії, впровадження якої гальмується. По-друге, через стигматизацію СІН у суспільстві, а також недостатню систему захисту медичних працівників від можливих ризиків загальна доступність медичних послуг для СІН становить неабияку проблему. Нині отримати невідкладну медичну допомогу, зробити хірургічну операцію людині з ВІЛ-статусом вкрай складно.

4.2.4 Інформаційна робота й освіта

Цьому важливому компоненту боротьби з поширенням епідемії не приділяли достатньо уваги. Це, зокрема, виражалось в небажанні уряду фінансувати такі важливі сфери профілактики, як інформація, освіта і комунікація. Переважну частину ресурсів витрачають на придбання тест-систем і лікувальних препаратів. Попри обмеженість фінансування, проблемою також залишається ефективність його використання. Незважаючи на всі існуючі інформаційно-просвітницькі програми, які мають різні джерела фінансування, вони

¹² Метадон внесено до списку наркотичних засобів, обіг яких обмежено, відповідно до Постанови КМУ від 5 травня 200 року № 770 “Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів”

не досягають мети. Про це свідчить анкетування різних груп населення, молоді, дітей, проведені соціальними службами. Основний висновок полягає в тому, що ані соціальна реклама, ані спеціальні передачі і публікації на ТВ і в ЗМІ не орієнтуються на конкретну аудиторію (цільову групу). Налагодження системи інформаційного впливу на різні групи споживачів; грамотне врахування їхніх потреб в інформації й освітніх програмах має змогу впродовж невеликого проміжку часу сформувати відповідну громадську думку щодо зазначених проблем і вплинути на ухвалення рішень політиками.

4.3 Чинники, пов'язані з правовим полем: переважання політики, спрямованої на повне викорінення наркоманії

Державна політика профілактики наркоманії в Україні багато в чому відтворює політику в колишньому СРСР, спрямовану на повне позбавлення суспільства від наркоманії. Проте і світовий досвід, і результати впровадження такого підходу в країнах колишнього Радянського Союзу переконливо свідчать, що лише переслідування споживачів наркотиків навіть у найжорсткіших формах не в змозі позбавити суспільство від цього явища.

На цьому етапі для України характерний ухил у бік ухвалення каральних заходів у відповідь на зростання споживання наркотиків на шкоду заходів, спрямованих на профілактику цього явища. Великою мірою цей підхід зафіксовано в законодавстві. Зокрема Кримінальний кодекс України містить низку давно застарілих норм. Так, чинна редакція ст.309 КК зумовлює можливість для притягнення наркозалежних осіб до кримінальної відповідальності за такі дії, як придбання чи зберігання наркотичних коштів для особистого вживання, хоча саме їх вживання формально давно декриміналізовано. Абсолютна більшість притягнених за цією статтею – це наркозалежні, які, відповідно до позиції європейського співтовариства, самі є жертвами організованої наркозлочинності.

Відповідно до основних показників боротьби з наркобізнесом, 2003 року на обліку перебувало майже 120 тисяч споживачів наркотиків, було виявлено більше 31 тисячі випадків зберігання, вироблення, перевезення наркотичних засобів без мети збуту. Отже, органи внутрішніх справ ведуть активну боротьбу зі споживачами наркотиків, тимчасом як інші державні органи, а саме ДЦССМ, намагається реалізовувати програми зменшення шкоди.

Іншим прикладом такого підходу може слугувати ч.1 ст. 303 КК, яка передбачає кримінальну відповідальність за надання секс-послуг за плату (проституцію). Дія цієї статті призводить до масових випадків порушення прав жінок, які надають такі послуги, та їх дискримінації практично в усіх областях. Ситуація ще більше ускладнюється тим, що ця група є особливо вразливою щодо можливості інфікування ВІЛ/СНІДом. Потрібно зазначити, що навіть колишній Кримінальний кодекс УРСР кримінальної відповідальності за надання секс-послуг за плату не передбачав.

Особливу стурбованість викликає також існування нинішнього підходу до ефективності діяльності органів міліції у боротьбі з незаконним обігом наркотиків. Наявність планової звітності за кількістю порушених кримінальних справ призводить до того, що працівники органів слідства в гонитві за показниками допускають застосування недозволених методів ведення дізнання і попереднього слідства стосовно споживачів наркотиків. Необхідний відсоток розкриття злочинів у незаконному обігові наркотиків вони досягають, як свідчить статистика, практично виключно за рахунок залучення до відповідальності осіб, які страждають на наркотичну залежність, за вчинення незаконних дій з невеликими розмірами наркотичних речовин без цілі їх збуту (тобто, фактично, за їх вживання). Водночас успіхи органів МВС у боротьбі з організованою наркозлочинністю, безпосередньо винуваютою в поширенні в українському суспільстві наркоманії, перебувають на вкрай низькому рівні.

4.4 Чинники, пов'язані з настроями в суспільстві: стигматизація споживачів наркотиків

У суспільстві спостерігається яскраво виражена соціальна дискримінація СІН і ЛЖВ, за якої представники цих груп населення не можуть отримати необхідний комплекс медичних послуг, соціальної допомоги від держави, допомоги в працевлаштуванні. Для СІН особливо характерні відсутність професії та легального джерела доходу, втрата житла, втрата корисних соціальних зв'язків, сімейні проблеми. Соціальний стан ЛЖВ не набагато кращий, а в разі належності особи відразу до двох зазначених груп – ще критичніший. Остракізм у суспільстві щодо СІН і ЛЖВ в Україні позначається негативно також на їхньому найближчому соціальному

оточенні, рідних і близьких. Стигматизація СНІВ і ЛЖВ збільшує негативні наслідки наркоманії для суспільства в цілому. Причин такого стану справ кілька: (1) відсутність розвинутої соціальної інфраструктури, яка дає змогу надавати громадянам, які страждають на наркотичну залежність, необхідну реабілітаційну допомогу й сприяння в ресоціалізації; (2) недостатня інформаційна і роз'яснювальна робота серед населення; (3) недостатні заходи забезпечення безпеки тих, хто працює з групами ризику, а саме лікарів, соціальних працівників і працівників органів внутрішніх справ.

5. ВАРІАНТИ ПОЛІТИКИ

Проаналізувавши чинники, що призводять до неефективності державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу, ми пропонуємо варіанти вирішення проблем у різних сферах.

5.1 Поліпшення загальної системи розроблення, ухвалення та впровадження політики

Ми вважаємо, що передусім необхідно звернути увагу на саму систему формування та впровадження політики. Це завдання потребує першочергового вирішення незалежно від подальшого змістовного наповнення політики. Серед заходів, що сприятимуть поліпшенню якості розроблення та впровадження політики, ми виокремлюємо:

- створення громадського тиску на органи влади для визнання проблеми боротьби з поширенням епідемії пріоритетним;
- поліпшення якості статистичних даних через вдосконалення методик обліку наркозалежних і ВІЛ-інфікованих;
- поліпшення інформаційно-аналітичного забезпечення розроблення та впровадження програм профілактики ВІЛ, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД через обов'язкову вимогу проведення докладного аналізу розвитку ситуації, результатів впровадження попередніх програм і публікації їх у засобах масової інформації;
- затвердження переліку статистичних показників, необхідних для проведення моніторингу впровадження заходів профілактики та допомоги й лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;
- перегляд наявної системи координації роботи та визначення єдиного координаційного механізму, що, крім іншого, узгоджував би державну політику у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу та у сфері боротьби з поширенням наркотиків.

5.2 Усунення проблем, пов'язаних зі змістом політики профілактики ВІЛ, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД

Виходячи з аналізу наявної ситуації, ми пропонуємо до розгляду такі варіанти державної політики:

- збереження наявної політики (часткове впровадження окремих компонентів політики зменшення шкоди);
- посилення репресій стосовно СІН;
- впровадження політики зменшення шкоди в повному обсязі.

Запропоновані варіанти розглядалися, виходячи з таких позицій:

- Наскільки запропоновані заходи будуть ефективні для боротьби з поширенням ВІЛ-інфекції?
- Якими будуть втрати суспільства в разі впровадження запропонованих заходів?
- Якими будуть вигоди суспільства від впровадження запропонованих заходів?

5.2.1 Збереження наявної політики стосовно СІН

Цей варіант ґрунтується на припущенні, що вжиті заходи є достатніми для вирішення проблеми поширення ВІЛ/СНІДу, отже, держава не має змінювати підходів, пріоритетів і засобів впливу на СІН. Наявна політика характеризується такими показниками:

- репресивний характер стосовно СІН;

- реалізація окремих компонентів політики зменшення шкоди у недостатніх обсягах;
- недостатній рівень заходів із ресоціалізації наркозалежних.

Вагомим аргументом проти такого варіанта є те, що нині в разі впровадження цієї політики прискорюється поширення епідемії і очевидно, що найбільше епідемія поширюється серед і через СІН. Крім того, впровадження окремих елементів політики зменшення шкоди хоча й зменшує певною мірою негативні наслідки для суспільства від наркоманії, але не може вплинути на зміну ситуації в цілому.

5.2.2 Посилення репресій щодо СІН

Цей варіант ґрунтується на припущенні, що повне викорінення наркоманії, а отже, і ліквідація негативних наслідків для суспільства, можливо досягти лише репресивними заходами. Такий варіант передбачає:

- посилення покарання за вживання наркотиків і повний контроль над кожним наркозалежним (найімовірніше, через позбавлення волі);
- припинення реалізації заходів зі зменшення шкоди;
- відмова у доступі до соціальних і медичних послуг для споживачів наркотиків, надання таких послуг лише тим, хто може відмовитися від вживання наркотиків.

Проти впровадження такої політики – досвід багатьох країн, який доводить, що повністю ліквідувати наркоманію навіть найжорсткішими заходами неможливо. Як наслідок посилення репресій, наркозалежні посилено уникають будь-яких контактів із державними структурами, виявляться практично повністю ізольованими від програм з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу, негативні наслідки для суспільства посилюються.

5.2.3 Впровадження політики зменшення шкоди в повному обсязі

Цей варіант виходить із визнання неможливості повністю позбавити суспільство від наркоманії практично будь-якими методами, але базується на розумінні необхідності мінімізувати шкоду для суспільства в цілому. Впровадження політики зниження шкоди в повному обсязі передбачає здійснення двох принципових компонентів:

- 1) Припинення кримінального переслідування людей, хворих на наркотичну залежність.

Це охоплює припинення практики кримінального переслідування за вживання наркотиків, їх придбання, зберігання та транспортування, пов'язане з особистим споживанням. Декриміналізація є необхідною умовою впровадження політики зменшення шкоди, оскільки вирішує проблему доступу до СІН й можливості проведення профілактичних заходів у цьому середовищі.

- 2) Ресоціалізація наркозалежних і ЛЖВС, зокрема:

1. Підвищення якості та доступності для них соціальних послуг.

- Розвиток мережі пунктів обміну шприців і розширення набору послуг, наданих ними (системи напрямів для отримання низку послуг – консультації нарколога, психолога, безплатне тестування на ВІЛ, активне залучення медиків інших спеціальностей).
- Відкриття центрів реабілітації наркозалежних, створення центрів зайнятості для них.
- Організація груп взаємодопомоги серед наркозалежних.
- Створення спеціалізованих притулків для наркозалежних, де вони могли б знайти тимчасовий прихисток і змогли б отримувати певну допомогу.
- Організація тренінгів для відповідальних за ухвалення рішень, соціальних працівників, різних фахівців з питань наркоманії та ВІЛ/СНІДу.
- Враховуючи темпи зростання епідемії ВІЛ/СНІД потрібно створити добре розвинуту медико-психологічну інфраструктуру установ, які б займалися питаннями фізичної та психологічної реабілітації СІН.

2. Поліпшення якості та доступності медичних послуг.

- Запровадження повною мірою комплексу заходів захисту лікарів від можливих ризиків за надання ними кваліфікованої медичної допомоги СІН і ВІЛ-інфікованим.
- Поширення програм страхування лікарів у разі зараження ними вірусом ВІЛ за надання ними медичної допомоги на весь медичний персонал.
- Проведення роз'яснювальної роботи серед лікарів.
- Розширення мережі наркологічних центрів.
- Забезпечення рівного доступу до антиретровірусного лікування для СІН, які живуть з ВІЛ.
- Впровадження замісної терапії на базі наркологічних диспансерів або СНІД центрів.

За реалізації такого варіанта ризик кримінальної поведінки, а отже, і кількість злочинів скоєних споживачами наркотиків, знизиться внаслідок переведення їх на легальну замісну терапію, оскільки буде забезпечено доступ до необхідної кількості наркотиків через медичний заклад. Такий варіант також сприятиме зниженню ризику передачі ВІЛ, підвищенню якості лікування та сприятиме стимулюванню наркозалежних дотримуватися безпечної поведінки та, як віддаленіший наслідок, відмовлятися від вживання наркотиків.

Треба сказати, що всі перелічені компоненти взаємозалежні. Так, припинення кримінального переслідування людей, хворих на наркотичну залежність, не призведе до очікуваного ефекту для суспільства, якщо воно не буде підкріплено відповідною мережею соціальних закладів, мережею центрів, у яких наркозалежні могли б отримати медичну, соціальну допомогу. Своєю чергою всі заходи ресоціалізації і реабілітації наркозалежних призведуть до нульового результату, якщо СІН боятимуться звертатися до державних закладів через існування загрози кримінального переслідування.

Варіанти вирішення проблем, що формуються двома іншими групами чинників, похідні від вибору змісту політики. Це означає: якщо ми вважаємо, що необхідно надати перевагу політиці зменшення шкоди, то необхідно впроваджувати заходи з декриміналізації споживання наркотиків. У разі надання переваги варіанту посилення репресій проти СІН необхідно змінювати законодавство та регуляції в бік жорсткого покарання і тих, хто поширює наркотики, і самих споживачів.

ДОДАТОК І: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВІЛ У СЕРЕДОВИЩІ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

Аби державна політика у сфері профілактики ВІЛ/СНІД у середовищі споживачів наркотиків була ефективною, необхідні такі умови:

- політика повинна спиратися на останні сучасні досягнення та досвід зменшення шкоди;
- як і будь-яка інша політика, вона повинна бути чітко сформульована, мати чіткі цілі та план реалізації, мати механізм координації зусиль усіх виконавців, бути забезпечена фінансовими та людськими ресурсами, спиратися на належну інфраструктуру та включати механізми моніторингу, оцінювання та корекції цілей і механізмів впровадження;
- політика повинна спиратися на достовірні дані про ситуацію у цій сфері, враховувати наявну ситуацію в країні, а саме ситуацію щодо споживання наркотиків і поширення ВІЛ, ставлення до проблеми в суспільстві, наявні традиції та підходи до вирішення проблеми, наявні ресурси та обмеження.

І.І Міжнародний досвід щодо попередження ВІЛ у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків

Основними міжнародними документами у сфері попередження ВІЛ є “Міжнародні керівні принципи ООН з питань ВІЛ/СНІДу і прав людини¹³” та “Декларація ООН про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом”, що спираються на багаторічний досвід подолання епідемії ВІЛ у світі. Ці документи рекомендують державам керуватися принципом дотримання прав людини у подоланні епідемії ВІЛ, оскільки саме маргіналізовані групи, такі як споживачі ін'єкційних наркотиків, права яких найчастіше порушуються, найбільш вразливі до ВІЛ. Ідея рекомендацій полягає в тому, що забезпечення дотримання прав людини, таких як право на відсутність дискримінації, на працю, на доступність медичних і соціальних послуг, суттєво підвищують ефективність профілактичних заходів.

Питання боротьби з наркотиками, попередження та зменшення негативних наслідків від наркоманії регулює також низка інших міжнародних документів. Міжнародна конвенція з наркотичних речовин 1961 року¹⁴ визнає соціальну та економічну небезпеку для людства, яку несе в собі наркотична залежність, та наголошує на необхідності приділяти спеціальну увагу для забезпечення наркозалежних засобами для медичного лікування, підтримки та лікування наркотичної залежності.

Декларацію ООН, спеціально присвячену проблемі наркозалежності “Керівні принципи щодо зменшення попиту на нелегальні наркотики”, ухвалено 1998 року. Декларація наголошує на тому, що програми зменшення попиту на нелегальні наркотики повинні включати всі сфери профілактики, від попередження першого вживання наркотиків до зниження негативних соціальних і особистих наслідків від споживання наркотиків для особистості та суспільства в цілому¹⁵.

Для допомоги урядам під час планування і здійснення політики профілактики ВІЛ-інфекції в середовищі СІН міжнародні організації розробили такі документи, як Концепція системи ООН “Профілактика поширення ВІЛ-інфекції в середовищі людей, які зловживають наркотиками” і прийнятий Європейським бюро ВОЗ програмний документ “Принципи профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотики”. Саме ці документи, розроблено з урахуванням специфіки механізмів розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в середовищі СІН, містять послідовно і детально викладені стратегічні підходи щодо протидії цій епідемії в середовищі осіб, які вживають наркотики.

¹³ ВІЛ/СНІД і права людини. Міжнародні керівні принципи, Женева:Нью-Йорк, 1998.

¹⁴ 1961 UN Single Convention on Narcotic Drugs, Article 38.

¹⁵ 1998 UN Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction, Article 10.

I.II Основні засади політики зменшення шкоди

“Зменшення шкоди” в охороні здоров’я означає зменшення або попередження негативних наслідків, спричинених певною поведінкою. За визначенням ВООЗ, у разі ін’єкційного споживання наркотиків зменшення шкоди означає попередження передачі поширення ВІЛ-інфекції, що відбувається внаслідок спільного використання шприців і голок, а також попередження інших негативних наслідків від вживання наркотиків для особи та суспільства.

Підхід зменшення шкоди в охороні здоров’я виник як альтернатива підходу, спрямованого на повне утримання від вживання наркотиків. Цей підхід спрямовано на тих споживачів наркотиків, від яких не можна очікувати швидкої відмови від наркотиків, але підхід не суперечить важливості відмови від вживання наркотиків як остаточної мети. Отже, визначенням політики зменшення шкоди є наступним: “Політика чи програма, спрямована на зменшення негативних наслідків для здоров’я, а також соціальних та економічних наслідків від вживання наркотиків, що не вимагає негайної відмови від вживання наркотиків”.

Позбавлення залежності для багатьох споживачів наркотиків потребує великого періоду часу, тоді як заходи зі зменшення шкоди мають бути невідкладними для запобігання епідемії ВІЛ. Програми зменшення шкоди не вимагають негайної відмови від вживання наркотиків, вони спрямовані на зменшення негативних наслідків від їх вживання. Комплекс заходів зі зменшення шкоди від вживання наркотиків виходить з таких принципів:

- Прагматичність – якась частина населення завжди вживатиме наркотики, отож політику потрібно фокусувати не лише на боротьбі з наркотиками, а й на зменшенні шкоди від вживання наркотиків.
- Гуманність – не можна засуджувати за вживання наркотиків, оскільки в демократичному суспільстві кожен має право вибору. Засудження, переслідування і стигматизація споживачів наркотиків не унеможливають проведення ефективної профілактичної роботи з цією групою.
- Економічна ефективність – профілактика ВІЛ дешевша, ніж лікування ВІЛ-інфекції.

Компоненти політики, що, відповідно до рекомендацій ВООЗ, мають великий потенціал щодо зменшення індивідуальної та суспільної шкоди від вживання наркотиків:

1) Забезпечення осіб, які вживають наркотики шляхом ін’єкцій, стерильними ін’єкційними інструментами та дезінфікуючими засобами. Забезпечення доступності стерильних голок, шприців і дезінфікуючих матеріалів за допомогою програм безоплатного їх обміну, продажу без рецептів в аптеках, доступність програм активної роботи серед наркоманів чи інших служб і установ; забезпечення того, щоб особи, які вживають наркотики шляхом ін’єкцій, мали доступ до голок, шприців і дезінфікуючих матеріалів без обмежень або якихось обов’язкових умов (наприклад, уточнення особи клієнта). Можливість таких програм перервати ланцюг передачі вірусу доведено багатьма дослідженнями. Такі служби також слугують місцем, де серед споживачів наркотиків можна провести інформаційну роботу та залучити їх до реабілітаційних програм. У програмах обміну також здійснюється запобігання небажаних наслідків вживання наркотиків, як-от збір використаних голок і шприців, розміщення їх у безпечних місцях та утилізація.

2) Надання особам, які вживають наркотики шляхом ін’єкцій, можливості отримувати замісну терапію. Цей компонент – спосіб лікування опійної залежності під наглядом лікаря через застосування опійних агоністів, таких як метадон. Головною метою лікування шляхом замісної терапії є зменшення рівня використання незаконних наркотиків, зниження рівня ризикової поведінки, як-от використання нестерильних шприців і голок і, як наслідок, зниження ризику ВІЛ-інфікування. Рекомендацією ВООЗ є включення метадонових чи інших програм замісної терапії до загальної національної стратегії щодо наркотиків як одного з варіантів терапії, особливо в країнах з високим рівнем поширення вживання героїну чи інших наркотиків опійної групи; доступність метадонових програм для осіб, які вживають наркотики опійної групи, особливо для тих з них, які вводять наркотик внутрішньовенно і практикують ризиковану в сенсі ВІЛ-інфікування поведінку; впровадження національних правил і рекомендацій, які стосуються включення ін’єкційних наркоманів до програм замісної терапії й організації цих програм; об’єднання програм замісної терапії з програмами освіти з ВІЛ-інфекції для зменшення ризикової поведінки; надання в рамках програм замісної терапії психосоціальної допомоги для поліпшення соматичного і психічного здоров’я пацієнтів, а також поліпшення ширших соціальних параметрів, як-от зниження кримінальної поведінки і підвищення трудової зайнятості.

3) Забезпечення легкої доступності соціальних служб і служб охорони здоров’я. Надання споживачам наркотиків доступу до соціальних і медичних служб допомагає їм адаптуватися та притримуватися безпечної в контексті ВІЛ поведінки, що дає змогу отримати значні профілактичні результати. Важливим також є забезпечення доступу СІН, які живуть з ВІЛ, до анриретровірусного лікування. Цей компонент включає

доступність служб з погляду їх місцезнаходження й можливості під'їзду міським транспортом; доступність служб невідкладної допомоги і кризового втручання з мінімальними обмеженнями в часі і за днями тижня; доступність служб, забезпечення конфіденційності і захисту даних; доступність служб для всіх потенційних пацієнтів незалежно від віку, статі, расової етнічної, культурної, ідеологічної чи релігійної належності; доступність служб незалежно від соматичного чи психічного стану пацієнта, включаючи ВІЛ статус; доступність служб незалежно від платіжної здатності пацієнтів і соціально-економічного чи трудового статусу; доступність служб незалежно від правового статусу пацієнтів; доступність служб консультування і надання допомоги щодо профілактики ВІЛ-інфекції для ін'єкційних споживачів наркотиків.

4) Активна робота серед осіб, які вживають наркотики шляхом ін'єкцій Цей компонент включає активне інформування споживачів наркотиків, що допоможе їм змінити поведінку або уникати небезпечної поведінки під час введення наркотиків. Інформаційний матеріал повинен містити інформацію про небезпеку вживання наркотиків і спільного використання шприців, а також практичні поради щодо того, як зробити свою поведінку безпечнішою. Встановлення контакту з прихованими популяціями споживачів наркотиків; надання освіти щодо ризикового в сенсі ВІЛ-інфекції поведінки, включно з наданням інформації про безпечний секс і безпечні методи вживання наркотиків; поширення стерильних голків, шприців, дезінфікуючих коштів, презервативів у групах високого ризику, а також збір використаних інструментів і пристосувань для ін'єкцій і приготування наркотиків; надання спеціальних послуг особам, які вживають наркотики (щодо проблем із житлом, правових проблем, фінансових проблем, сімейного консультування, консультування з питань ВІЛ, тестування на ВІЛ та ін.); спрямованість програм на особливі групи населення, наприклад, на осіб, які займаються проституцією і вживають наркотики; встановлення тісних зв'язків з відповідними громадськими групами і службами з тим, щоб вони сприяли інтеграції осіб, які вживають наркотики, в нормальні соціальні структури.

5) Інформаційна робота й освіта. Цей компонент включає освіту для всього населення задля зменшення стигматизації груп високого ризику; визначення груп високого ризику; просвітницька робота серед осіб, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, і найближчого оточення для запобігання ризикового поведінки; навчання працівників служб охорони здоров'я соціальної допомоги з акцентом на первинній медико-санітарній допомозі.

I.III Умови для ефективної реалізації політики зменшення шкоди

Як вже наголошувалося раніше, для ефективної реалізації політики зменшення шкоди необхідно забезпечити дотримання прав людини стосовно СІН, здійснювати заходи, спрямовані на зниження маргіналізації та переслідування вразливих щодо ВІЛ груп. Кримінальне переслідування та стигматизація осіб, хворих на наркотичну залежність, суспільством лише посилюють маргіналізацію цієї вразливої щодо ВІЛ групи, роблять її недоступною для будь-яких профілактичних заходів і роблять неефективною політику зменшення шкоди.

Захист СІН від дискримінації, відкрита, добра атмосфера, ставлення з повагою та розумінням, забезпечення доступу до лікування та підтримки дають підстави сподіватися, що СІН користуватимуться послугами програм зменшення шкоди та матимуть стимули змінити свою поведінку на менш ризикову. Для забезпечення цих умов політика зменшення шкоди повинна передбачати зниження або відмову від кримінального переслідування за споживання наркотиків, а також заходи, спрямовані на зменшення стигматизації людей, хворих на наркотичну залежність.

Приклад: історія запровадження політики зменшення шкоди в Польщі

У Польщі розмови про зменшення шкоди почалися у 1986–1987 роках. Однак перші програми поширення шприців за кошти Міністерства охорони здоров'я розпочалися лише 1988 року, після того як інфекція почала поширюватися серед ін'єкційних споживачів наркотиків. Впроваджувалася ця програма на базі консультаційних пунктів недержавної організації MONAR. Перші аустріч програми почали втілюватися 1993 року. Першу програму обміну голків і шприців (що не обмежувалася лише поширенням) ініційовано MONARом у Кракові 1995 року. Зараз такі програми фінансує Бюро попередження наркотичної залежності (Bureau for Prevention of Drugs Addiction) або міжнародні донори та працюють у всіх великих центрах, де є споживачі наркотиків у Польщі. У межах цих програм, крім ін'єкційних інструментів, поширюють також презервативи й інформацію про небезпеку, пов'язану зі споживанням наркотиків, і про безпечний секс. Серед споживачів наркотиків проводиться інформаційна робота, щоб мотивувати їх до проходження лікування від наркотичної залежності.

Замісна терапія метадоном розпочалася у Варшаві в Інституті психіатрії та неврології 1992 року як експериментальна програма для 40 пацієнтів. У наступні роки такі програми почали працювати у Кракові, Любліні, Познані та інших містах. Робота таких програм стала можливою завдяки ухваленню 1997 року Парламентом Польщі Закону про профілактику наркотичної залежності.

На кінець 2003 року 850 людей проходили лікування у метадонових програмах. Нові програми готуються до запуску в різних частинах Польщі¹⁶.

Завдяки вчасно вжитим заходам кількість людей, які живуть з ВІЛ у Польщі, за неофіційними оцінками, становить близько 20 000, в той час як в Україні ця цифра сягає 400 000 осіб.

¹⁶ Джерело: Національний СНІД Центр Польщі, <http://www.aids.gov.pl/>.

ДОДАТОК II: ФІНАНСУВАННЯ ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ

Аналіз фінансування програм профілактики ВІЛ, що включає ресурси державного та місцевих бюджетів, донорських організацій, інших джерел, в Україні – надзвичайно важке завдання. Причиною цього є відсутність прозорого механізму міжгалузевого управлінського й фінансового менеджменту.

В Україні фінансування заходів боротьби з ВІЛ/СНІД відбувається нижче запланованого рівня, хоча й спостерігається збільшення бюджетного фінансування. Фактичні втрати Державного бюджету склали 5,4 млн. грн. 2000 року, 6,7 млн. грн. – 2001 року, 9,3 млн. грн. – 2002 року; більше 13 млн. грн. – 2003 року. 2004 року заплановано витратити 14,9 млн. грн., 2005 року – 34 млн. Окрім того, передбачається фінансування низки заходів профілактики поширення ВІЛ/СНІДу за кошти, запозичені у Світового банку: 76 893,7 тис. грн. – профілактична робота серед уразливих груп населення; 8 230,4 тис. грн. – інформаційно-просвітницька робота, спрямована на зменшення поширеності ризикової щодо ВІЛ поведінки та пропаганду здорового способу життя; 3 046,1 тис. грн. – на проведення заходів з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Глобальний фонд з боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією (ГФСТМ) асигнував 2004 року на профілактичну роботу з СНІ в Україні 1 397 898 доларів США.

2004 року МБФ “Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні” став тимчасовим реципієнтом гранту “Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні”, наданого Україні ГФСТМ. Цього самого року він асигнував 326 658 доларів США на програми профілактики поширення ВІЛ/СНІДу серед СНІ. Фінансові ресурси також виділив Міжнародний фонд “Відродження” (500 000 доларів США), СНІД фонд “Схід – Захід” (350 000 доларів США). 2003 року МФ “Відродження” витратив 369 587 доларів США на реалізацію проектів “зменшення шкоди” (51 проект у різних регіонах України). ПРООН/СІДА 2004 року спрямували 134 751 доларів США на програми захисту прав ВІЛ-інфікованих серед СНІ Херсонської області, включаючи і жінок комерційного сексу, які також є СНІ (2002–2004 рр.).

У вересні 2004 року USAID виділило 8 млн. 200 тис. доларів США на профілактику та проведення заходів, спрямованих на підвищення доступності лікування та підтримку ЛЖВС, а також тих, хто потерпів від епідемії тощо (проект “SUNRISE”). Великою мірою це сприятиме поліпшенню фінансування частини національних НУО, хоча в них зберігається нагальна потреба поліпшення технічної спроможності, щоб ефективніше забезпечувати послугами СНІ і цільову молодь. Проекти з профілактики ВІЛ-інфекції серед СНІ в Україні фінансуються також агенціями ООН в Україні (ЮНІСЕФ, ПРООН, ЮНЕЙДС), урядом Німеччини, Глобальним фондом боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, Міжнародним альянсом з ВІЛ/СНІДу, Світовим банком, Міжнародною організацією “СНІД Фонд Схід–Захід” (AFEW) в Україні та Росії, Міжнародною програмою зменшення шкоди (IHRD) Інституту відкритого суспільства, Центром комунікативних програм інституту ім. Д.Хопкінса, Каунтерпарт альянсом для партнерства, Міжнародною організацією “Лікарі без кордонів” (Нідерландська секція), Міністерством міжнародного розвитку Об’єднаного Королівства Великої Британії, Департаментом міжнародного розвитку Посольства Великої Британії в Україні, Британською Радою, Агентством США з міжнародного розвитку Посольства США в Україні (USAID), SPDF, “MAIN line” (Нідерланди), Всесвітнім фондом СНІД. Дані щодо розмірів цих фінансувань, як і централізований механізм їх менеджменту, в країні відсутні.

ДОДАТОК III: ЗАХОДИ, ПРЕДБАЧЕНІ ДЕРЖАВНИМИ ПРОГРАМАМИ ЩОДО СІН

Програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 роки

- Зменшення небезпеки інфікування ВІЛ деяких уразливих груп населення.
- Забезпечення доступності інформаційних матеріалів профілактичного спрямування для споживачів ін'єкційних наркотиків.
- Забезпечення споживачів ін'єкційних наркотиків і представників інших уразливих груп населення достатньою кількістю шприців, голок, дезінфекційних засобів, презервативів.
- Започаткування впровадження замісної терапії для зменшення ризику інфікування споживачів ін'єкційних наркотиків ВІЛ і збудниками інших трансфузійних інфекцій.
- Організація "пунктів довіри" (у тому числі "мобільних") для споживачів ін'єкційних наркотиків, представників інших уразливих груп населення з наданням широкого спектру медичних, психологічних, юридичних і соціальних послуг.
- Вживання заходів до застосування в роботі з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед уразливих груп населення методів "соціальної роботи на вулиці" та "рівний – рівному"

Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції на 2004–2008 роки

- Забезпечення доступу уразливих груп населення до цільових заходів і програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та хвороб, що передаються статевим шляхом (76893,7 тис. грн., позика СБ).
- Впровадження методу замісної терапії для зменшення ризику інфікування ВІЛ споживачів ін'єкційних наркотиків
- Розширення практики застосування різних методів у роботі з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед уразливих груп населення ("соціальна робота на вулиці" та "рівний – рівному")

Програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків на 2003–2010 роки

- Організація і забезпечення діяльності консультаційних пунктів для ін'єкційних споживачів наркотиків "Довіра" центрів соціальних служб для молоді (6400 тис. грн. на рік).
- Подальше розроблення і впровадження у практику сучасної методики щодо профілактики, лікування, реабілітації та ресоціалізації осіб, хворих на наркоманію, а також організаційно-методичних моделей її реалізації.
- Забезпечення вивчення вітчизняного досвіду роботи із застосування методик "замісної терапії" для лікування та соціальної реабілітації осіб, хворих на наркоманію.
- Вивчення практики та оцінка ефективності застосування примусового лікування осіб, хворих на наркоманію.