

*міжнародний центр перспективних досліджень
всеукраїнська асоціація зменшення шкоди*

Пріоритети у профілактиці ВІЛ/СНІДу: стратегія зменшення шкоди

київ 2005

Цей документ підготовано в рамках проекту “Громадське лобіювання стратегії зменшення шкоди”, що став результатом спільної ініціативи Всеукраїнської асоціації зменшення шкоди та Міжнародного центру перспективних досліджень за фінансової підтримки Міжнародного фонду “Відродження” (Київ) і Міжнародної програми зменшення шкоди Інституту відкритого суспільства (Нью-Йорк, США).

Цей документ підготувала група експертів у складі: Андрій Бега, Оксана Ремига, Олександр Татаревський, Андрій Толопило, Ігор Шевляков.

Ми дякуємо за допомогу в підготовці цього документа всім експертам проекту, які надали свої коментарі та зауваження: Тетяна Афанасіаді, Наталія Балега, Петро Ветренко, Віктор Грек, Валентина Єфімова, Олена Загайнова, Юрій Калашніков, Вадим Клорфайн, Юрій Лесюк, Надія Мельник, Іван Миронюк, Микола Овчаренко, Сергій Панасюк, Світлана Півень, Геннадій Разумов, Владислав Романов, Михайло Рихальський, Світлана Хотіна, Олександра Худоба, Тарас Шевченко, Наталія Южна.

Особлива подяка Сергію Дворяку, директору Українського інституту досліджень політики щодо громадського здоров'я, Вікторії Сановській, головному спеціалісту відділу формування здорового способу життя Департаменту молодіжної політики Міністерства у справах молоді та спорту, Павлу Скалі, фахівцю з питань адвокації Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІДу, Тамарі Трецькій, радникові проекту “Полісі”, Андрію Храпало, менеджеру Програми тренінгу зі зменшення шкоди СНІД Фонду Схід-Захід, Аллі Шербинській, директору Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, а також усім учасникам обговорень за надані консультації та матеріали для підготовки цього документа й допомогу в реалізації проекту.

Партнерами в реалізації проекту виступили громадські організації – члени Всеукраїнської асоціації зменшення шкоди, які здійснювали проект у своїх регіонах:

- Благодійний фонд “Реабілітаційний центр наркозалежних “Вірус”, **Дніпропетровськ**.
- Обласний фонд “Повернення до життя”, **Знам'янка Кіровоградської області**.
- Луганський обласний фонд “Крок у майбутнє”, **Луганськ**.
- Благодійний неурядовий фонд “Центр соціально-психологічної інформації “Усі разом”, **Львів**.
- Миколаївський місцевий благодійний фонд “Вихід”, **Миколаїв**.
- Одеський благодійний фонд “Дорога додому”, **Одеса**.
- Благодійна асоціація “Світ надії”, **Полтава**.
- Благодійний фонд “Надія і порятунок”, **Сімферополь**.
- Закарпатський обласний благодійний фонд “Закарпаття проти СНІДу”, **Ужгород**.
- Благодійний фонд “Нова сім'я”, **Чернівці**.
- Громадська організація “Клуб Еней”, **Київ**.

Ми дякуємо представникам цих організацій за професійну підготовку діалогу зацікавлених сторін щодо питань державної політики: Лариса Анохіна, Інна Банах, Валерія Брич, Леонід Власенко, Олена Горячева, Максим Демченко, Олег Димарецький, Сергій Жук, Ігор Камінник, Галина Камінська, Лариса Меланич, Ірина Орос, Олександр Остапов, Станіслав Покутний, Алла Шкрета, Микола Шуліко, Олександр Яцюк.

Думки, викладені в цій публікації, не обов'язково збігаються з позицією експертів, які надавали коментарі та брали участь в обговореннях цього документа.

Дизайн та верстка: Остап Стасюк. Редагування: Лідія Волянська, Надія Цісік.

Зміст

Головне	3
Неузгоджена політика унеможливило подолання епідемії	3
Потреба в координації зусиль	4
Потреба в розширенні послуг для наркозалежних	4
Причини неефективності політики	4
Пропоновані кроки	5
Чому ми говоримо про зменшення шкоди?	6
Що таке “зменшення шкоди”	6
Попередня робота	7
Чому зменшення шкоди є пріоритетом?	9
ВІЛ та ін’єкційне вживання наркотиків	9
Чому результативність політики низька?	12
Наступні кроки	15
Інформаційна політика	15
Програми зменшення шкоди	17
Реабілітація та ресоціалізація	25
Узгодження політики профілактики ВІЛ і наркополітики	27
Подолання стигматизації	31
Політичне лідерство	32
Додаток 1. Результати громадських обговорень	34
Перша серія обговорень	34
Спільні позиції учасників обговорення	35
Акценти різних груп	36
Розбіжності в позиціях груп	37
Друга серія обговорень	37
Додаток 2. Міжнародний досвід попередження ВІЛ серед СІН	39
Міжнародний досвід	39
Основні компоненти політики ЗШ	40
Умови для ефективної реалізації політики ЗШ	42
Додаток 3. Європейський контекст	43

Список використаних скорочень

ВАЗШ	–	Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди
ВААРТ	–	високоактивна антиретровірусна терапія
ВІЛ	–	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ДБНОН	–	Департамент боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України
ДЦССМ	–	Державний центр соціальних служб для молоді
ЗПТ	–	замісна підтримувальна терапія
ЗШ	–	зменшення шкоди
ЛЖВС	–	люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я
НУО	–	неурядові організації
ПОШ	–	пункти обміну шприців
ПРООН	–	Програма розвитку ООН
СПН	–	споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	–	синдром набутого імунодефіциту
ЮНІСЕФ	–	Дитячий фонд ООН
ЮНЕЙДС	–	Об'єднана програма ООН зі СНІД

Головне

Україна є лідером у Східній Європі та одним з лідерів у світі за темпами поширення ВІЛ-інфекції. Статистика невтішна: за 2004 рік зареєстровано більш як 12 тис. нових випадків інфікування ВІЛ, що у 270 разів більше, ніж реєструвалося за рік десять років тому. Нині загалом більш як 75 тис. випадків ВІЛ-інфекції зареєстровано офіційно, що майже у 200 разів більше, ніж було десять років тому. За оцінками ВООЗ, реальна картина набагато гірша – близько 1,4% дорослого населення, або 360 тис. осіб, в Україні нині живе з ВІЛ.

Основне джерело поширення інфекції – вживання наркотиків через спільне використання шприців. Близько 70% всіх випадків ВІЛ нині зареєстровано серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН).

Проте колишні радянські репресивні підходи до наркополітики, неузгодженість заходів наркополітики та профілактики ВІЛ, а також брак політичного лідерства держави унеможливають ефективну відповідь на проблему поширення ВІЛ в Україні.

Проблема незаконного вживання наркотиків також надзвичайно гостра, особливо після поєднання з проблемою ВІЛ. Щороку МВС ставить на облік близько 20 тис. споживачів наркотиків. Зараз на обліку перебуває майже 120 тис. осіб. Проте реальна кількість споживачів наркотиків набагато більша. За оцінками експертів, вона становить близько півмільйона осіб.

Неузгоджена політика унеможливує подолання епідемії

Нині споживачі наркотиків є водночас об'єктом політики боротьби з наркотиками та профілактики ВІЛ. Проте неузгоджені підходи до формування політики у цих сферах унеможливають ефективне впровадження заходів з профілактики ВІЛ у середовищі СІН.

Підхід до боротьби з наркотиками в Україні визначається колишньою парадигмою. Стосовно наркозалежних він обмежується добровільним і примусовим лікуванням та кримінальним переслідуванням. За такого підходу наголошується на повному викоріненні наркоманії. Можливість легітимного існування у суспільстві нарко-

залежного неприпустима, і тому впровадження заходів зменшення шкоди від вживання наркотиків непотрібне.

Водночас задекларований урядом підхід до профілактики ВІЛ у середовищі споживачів наркотиків базується на принципах зменшення шкоди¹, в основі яких – гуманне ставлення до людей, хворих на наркотичну залежність. Він виходить з реалістичної оцінки поширеності наркоманії у суспільстві і завдяки реалістичним діям дає змогу знизити темпи розповсюдження інфекційних захворювань серед СІН, а також зменшити негативні соціальні наслідки наркоманії. Основні компоненти –

¹ Це визначено "Програмою профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 роки", затвердженою Постановою Кабінету Міністрів № 790 від 11.07.2001, "Національною програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції на 2004–2008 роки", затвердженою Постановою Кабінету Міністрів № 264 від 04.03.2004, а також Законом від 12.12.1991 "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення".

обмін шприців, ресоціалізація наркозалежних, замісна підтримувальна терапія для

тих, хто не може бути вилікуваний від опіоїдної залежності, інформаційна робота.

Потреба в координації зусиль

Численність джерел фінансування та організацій, що впроваджують програми зменшення шкоди, потребують координації зусиль на високому політичному рівні. Фінансування заплановано за кошти державного та місцевих бюджетів, а також міжнародних донорів, зокрема як частина гранту Глобального фонду (92 млн. доларів США) та позики Світового банку (60 млн. доларів США). Програми зменшення шкоди впроваджують і недержавні організації, і мережа кон-

сультаційних пунктів “Довіра” у складі Міністерства України у справах молоді та спорту.

Проте уряд не виконує належним чином функції координації та контролю у сфері профілактики ВІЛ і зменшення шкоди зокрема. Жодна державна установа навіть не має повної картини щодо наявних програм у цій сфері. У результаті численні зусилля не призводять до реального впливу на епідемію.

Потреба в розширенні послуг для наркозалежних

Недоступність лікування наркотичної залежності, а також медичних і соціальних послуг для наркозалежних має негативний вплив і на ситуацію з незаконним вживанням наркотиків, і на пов’язане із цим поширення ВІЛ та інших інфекцій. Реабілітаційні послуги для наркозалежних надають переважно недержавні установи, і вони недоступні за ціною або розташуванням для більшості тих, хто їх потребує. А програми замісної підтримувальної терапії для наркозалежних зі стажем, кому реабілітаційні програми не до-

помогли, існують лише у вигляді пілотних проектів.

Неузгодженість наркополітики та політики профілактики ВІЛ, а також недостатнє фінансування унеможливають розширення таких програм, що могло б реально стримати епідемію. Відсутність у державній політиці комплексного підходу до проблеми наркозалежності, таким чином, не дає змоги забезпечити хоча б мінімально необхідний рівень доступності лікування.

Причини неефективності політики

1. Задекларовану **Стратегію зменшення шкоди** впроваджують епізодично, медичні та соціальні послуги для хворих на наркотичну залежність залишаються недоступними, що унеможливає зниження негативних наслідків від вживання наркотиків, таких як поширення ВІЛ.
2. Залишаються неузгодженими наркотична політика та політика профілак-

тики ВІЛ. Це, зокрема, знижує ефективність профілактики ВІЛ, оскільки СІН не користуються профілактичними програмами через страх переслідвань.

3. Держава не забезпечує координацію та контроль впровадження політики у сфері профілактики ВІЛ ані на рівні встановлення пріоритетів, ані на рівні впровадження та моніторингу програм.

Пропоновані кроки

1. Інформаційна політика: підвищити поінформованість населення та обізнаність фахівців про способи передачі та попередження інфікування ВІЛ.
2. Програми зменшення шкоди від вживання наркотиків: впровадити у повному обсязі, охопивши щонайменше 60% цільової групи, що включає:
 - а) забезпечення осіб, які вживають наркотики через ін'єкції, стерильними ін'єкційними інструментами та дезінфікуючими засобами;
 - б) надання особам, які страждають на наркозалежність від опіоїдів, замісної підтримувальної терапії;
 - в) інформування й освіта для всього населення та просвітницька робота серед осіб, які вживають наркотики;
 - г) забезпечення легкодоступності соціальних служб і служб охорони здоров'я.
3. Ресоціалізації та реабілітації наркозалежних: поліпшити доступ до послуг.
4. Політика профілактики ВІЛ і наркополітика: взаємоузгодити, усунувши перешкоди для впровадження заходів зі зменшення шкоди від вживання наркотиків:
 - а) внести зміни до статті 309 Кримінального кодексу, замінивши відповідальність у вигляді позбавлення волі за незаконні дії з наркотичними речовинами без мети збуту залученням до суспільно корисних робіт;
 - б) внести зміни до таблиці граничних розмірів наркотичних засобів, що визначають мінімальну кількість речовини, за яку настає кримінальна відповідальність;
 - в) вилучити з переліку показників ефективності роботи міліції у сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків кількість відкритих справ за дії з наркотичними засобами без мети збуту;
 - г) переглянути порядок роботи міліції зі споживачами наркотиків, врахувавши в ньому співпрацю з програмами зменшення шкоди.
5. Подолання стигматизації хворих на наркозалежність і людей, які живуть з ВІЛ: сформувати толерантне ставлення в суспільстві.
6. Політичне лідерство: забезпечити лідерство влади у політиці профілактики ВІЛ та у вирішенні проблеми наркоманії, організувати роботу координаційного механізму країни з профілактики ВІЛ і координаційних механізмів у регіонах. Запровадити механізми участі зацікавлених сторін у процесі формування державної політики, а також дієві механізми підзвітності та контролю громадськості за виконанням ухвалених урядових рішень.

Чому ми говоримо про зменшення шкоди?

Що таке “зменшення шкоди”

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

Підхід зменшення шкоди в охороні здоров’я виник як альтернатива підходу, спрямованого виключно на повне утримання від вживання наркотиків. Цей підхід спрямовано на тих споживачів, від яких не можна очікувати швидкої відмови від наркотиків, але він не суперечить важливості відмови від їх вживання як остаточної мети. Отже, визначення політики зменшення шкоди таке: “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 ЗШ не вимагають негайної відмови від вживання наркотиків, вони спрямовані на

зменшення щоденних негативних наслідків. 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 щоденної 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 унеможлиблюють проведення ефективної профілактичної роботи з цією групою.
- **Економічна ефективність** – профілактика ВІЛ дешевша, ніж лікування ВІЛ-інфекції.

Досвід впровадження програм зменшення шкоди в Україні свідчить, що вартість одного попередженого випадку ВІЛ становить близько 194 долари США², тимчасом як річна вартість лікування та догляду одного пацієнта – близько 1 300 доларів США³.

В європейській практиці зменшення шкоди є елементом і політики боротьби з

² Джерело: Український центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, за результатами аналізу програми профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів ін’єкційних наркотиків в Одесі.

³ Середня річна вартість лікування для дорослого 2004 року за кошти гранту Глобального фонду становила 1 369 дол. США, за кошти держбюджету – 6 322 дол. США. Джерело: Український центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом.

ВІЛ/СНІДом⁴, і політики боротьби з наркотиками⁵. Зокрема ЗШ є частиною заходів наркополітики зі зниження попиту на нелегальні наркотики, що включають первинну профілактику, раннє виявлення незаконного вживання наркотиків, лікування, зменшення шкоди, реабілітацію та

соціальну реінтеграцію. Як частина політики боротьби з ВІЛ/СНІДом заходи ЗШ посідають місце поряд із заходами попередження інших способів передачі інфекції: попередження статевого шляху передачі ВІЛ, профілактика вертикальної трансмісії (від матері до дитини) тощо.

Попередня робота

Біла книга, яку ви тримаєте в руках, є результатом дослідження державної політики щодо стримування епідемії ВІЛ/СНІДу у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків. Дослідження здійснювали експерти Всеукраїнської асоціації зменшення шкоди (ВАЗШ) і МЦПД. Робота над Білою книгою супроводжувалася консультаціями з експертами з профілактики ВІЛ і боротьби з наркотиками, а також серіями публічних обговорень із широким колом зацікавлених сторін.

Дослідження, консультації та обговорення проводились у два етапи. На першому етапі підготовано Зелену книгу, що визначала проблему, окреслювала масштаби, пропонувала різні стратегії її вирішення. До документа отримано коментарі та зауваження більш як 20 експертів – фахівців-практиків у правоохоронній, соціальній, медичній сферах, які представляли 11 регіонів і різні за типами та цілями діяльності організації.

Зелену книгу було винесено на публічні обговорення, що відбулися у січні–лютому 2005 року в 11 містах України. У кожному з обговорень взяло участь широке коло зацікавлених сторін, що представляли органи державної влади та громадські організації, медичну, соціальну та правоохоронні сфери, а також люди, які живуть з ВІЛ, колишні споживачі нар-

котиків та їхні близькі. На розгляд учасникам обговорень у регіонах було запропоновано такі варіанти державної політики щодо споживачів ін'єкційних наркотиків:

- збереження наявної політики, що означає 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 ці 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?

Переважна більшість учасників відкинули варіанти збереження наявної політики та посилення репресій. На думку зацікавлених сторін, жоден з них не дасть

⁴ Coordinated and Integrated Approach to Combat HIV/AIDS within the European Union and in Its Neighborhood, European Commission, Brussels, 08.09.2004 C (2004) 3414.

⁵ EU Drug Strategy (2005–2012), Council of the European Union, 22 November 2004.

змоги вирішити проблеми поширення ВІЛ/СНІДу.

Як результат продовження наявної політики визначено прискорення поширення епідемії, найбільше серед і через СН. Впровадження окремих елементів політики зменшення шкоди хоча й допомагає знизити негативні наслідки для суспільства від наркоманії, але не може вплинути на ситуацію в цілому.

Найвагоміший аргумент проти варіанта посилення переслідування за вживання наркотиків – впевненість, що такий підхід лише зажене проблему в підпілля. Наркозалежні уникатимуть будь-яких контактів із державними структурами, опиняться практично повністю ізольованими від програм профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу, негативні наслідки для суспільства посиляться.

Враховуючи те, що більшість зацікавлених сторін, які взяли участь в обговореннях, підтримують стратегію зменшення шкоди, на другому етапі проекту розроблено Білу книгу, що пропонує комплексний план дій з її впровадження в Україні.

Біла книга окреслює проблему, її причини та містить рекомендації щодо їх подолання в рамках обраної стратегії. До Білої книги також отримано коментарі експертів, її було винесено на публічні обговорення, що відбулися у квітні 2005 року в 11 містах України.

Результати обговорень стисло викладено в Додатку 1. Текст Зеленої книги, а також повний звіт про результати обговорень можна знайти на сторінці МЦПД у мережі інтернету за такою адресою: <http://www.icps.kiev.ua/project.html?pid=18>.

Чому зменшення шкоди є пріоритетом?

Нині в Україні ВІЛ/СНІД поширюється найвищими темпами у Східній 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.

Упродовж більш як десяти років поширення епідемії ВІЛ у країні тісно пов'язано зі вживанням ін'єкційних наркотиків (СІН). Необхідність негайного перегляду заходів стосовно СІН і, відповідно, наркополітики та політики боротьби з ВІЛ визнають практично всі фахівці, які так чи інакше мають стосунок до проблеми. Лише первинна профілактика не може стати повноцінною відповіддю на ситуацію, що склалася. Тому більшість експертів погоджуються, що наявні тенденції в розповсюдженні ВІЛ/СНІДу визначають пріоритетність заходів зі зменшення шкоди від вживання наркотиків. Заходи зі зменшення шкоди по-

винні посідати своє місце поряд із профілактикою інших способів передачі ВІЛ, такими як профілактика статевого шляху зараження та вертикальної трансмісії.

Зменшення шкоди має стати основою політики стосовно споживачів наркотиків і у сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків, і у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні. Якщо Україна не зробить такий вибір у найближчому майбутньому, результати прорачунків державної політики будуть катастрофічними для здоров'я нації.

Лідером у цій роботі повинна бути держава. 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.

ВІЛ та ін'єкційне вживання наркотиків

Поширення ВІЛ/СНІДу і супутніх захворювань становить загрозу для окремих громадян, економіки країни, ринку праці, системи охорони здоров'я, соціальної інфраструктури, системи соціального захисту. Переважна більшість ВІЛ-інфікованих в Україні – молоді люди 20–39 років, тобто у розквіті фізичних, творчих і інтелектуальних сил.

За офіційними даними, на 1 січня 2005 року загальна кількість зареєстрованих ви-

падків ВІЛ-інфекції, починаючи з 1987 року, становить 75 796, що майже у 200 разів більше, ніж десять років тому. Від СНІДу вже померло більш як 5 500 осіб.

Проте офіційна статистика відображає лише вершину айсберга. За оцінками Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), кількість ВІЛ-інфікованих в Україні 2003 року могла становити близько 360 тисяч осіб віком від 15 до 49 років, або не менше 1,4% дорослого населення,

кількість померлих від СНІДу – 20 тис. осіб⁶. Порівняння з країнами Східної Європи та сусідньою Росією

(див. **Таблицю 1**) підтверджує тезу про критичну ситуацію з поширенням ВІЛ/СНІДу в Україні.

Таблиця 1. Кількість дорослих, які живуть з ВІЛ, у деяких країнах Східної Європи та Азії

Країна	Кількість дорослих, які живуть з ВІЛ	Кількість дорослих, які живуть з ВІЛ, на 100 тис. населення
Україна	360 000	748
Росія	860 000	604
Естонія	7 700	589
Казахстан	16 400	106
Угорщина	2 800	28
Словенія	500	25
Чехія	2 500	24
Румунія	2 500	11
Польща	3 500	9
Болгарія	500	6
Словаччина	200	4

Джерело: Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу

За прогнозами експертів, у разі збереження наявної тенденції кількість ВІЛ-інфікованих 2010 року може сягнути майже 1,5 млн. осіб, а число нових випадків СНІДу – 95 тисяч, водночас від хвороби в цей рік можуть загинути до 90 тисяч осіб. Питома вага померлих від СНІДу в загальному числі померлих 2010 року становитиме близько 10%, абсолютна більшість яких – віком до 40 років⁷.

Якщо припустити, що результативність державної політики не зміниться порівняно з нинішнім днем, то 2010 року лише на

лікування та догляд людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні, потрібно буде витрачати більш як 500 мільйонів гривень на рік⁸.

Від 1994–1995 року і донині основний шлях поширення ВІЛ-інфекції в Україні пов'язаний зі вживанням наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Причина цього – ризикова поведінка СІН, що є одним із симптомів наркозалежності. Внаслідок цього ВІЛ/СНІД поширюється також серед інших груп людей, з якими СІН мають контакти.

⁶ За оцінками Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу, <http://www.unaids.org/>.

⁷ Балакірева, О., Галустьян, Ю., Яременко, О. та інші. “Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози”. – Київ, 2003.

⁸ За оцінками Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України.

Окрім ВІЛ/СНІДу, ризикова поведінка наркозалежних сприяє поширенню інших інфекційних хвороб, таких як гепатити В і С, венеричні захворювання. Чималі соціальні наслідки мають: руйнування сімейних і дружніх стосунків; зростання злочинності, пов'язаної з наркотиками; великі витрати на лікування наркозалежності та інфекційних захворювань; втрата працездатності багатьох молодих людей; порушення прав людини та насильство щодо наркозалежних. Усі ці шкідливі наслідки проявляються в Україні щодня і зачіпають дедалі ширше коло наших співвітчизників.

В Україні на кінець 2003 року на обліку правоохоронних органів перебувало 119 965 споживачів наркотиків, з них 82 836 хворих на наркотичну залежність⁹. Однак дані офіційного обліку не відображають реальної картини. Відповідно до експертних оцінок, кількість споживачів

наркотиків становить близько 560 тис. осіб. Поширення епідемії серед цієї групи потребує невідкладних заходів зі зменшення шкоди у середовищі СН.

Частка СН у загальній масі ВІЛ-інфікованих становить близько 70%¹⁰. Як свідчить статистика, частка СН у нових випадках ВІЛ поступово знижується¹¹, проте абсолютна кількість нових випадків ВІЛ серед СН зростає (див. **Графік 1**).

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 через гетеросексуальні стосунки, більш як 70% становили СН¹². Велику роль у статевому шляху передачі ВІЛ також відіграють СН, залучені до секс-бізнесу.

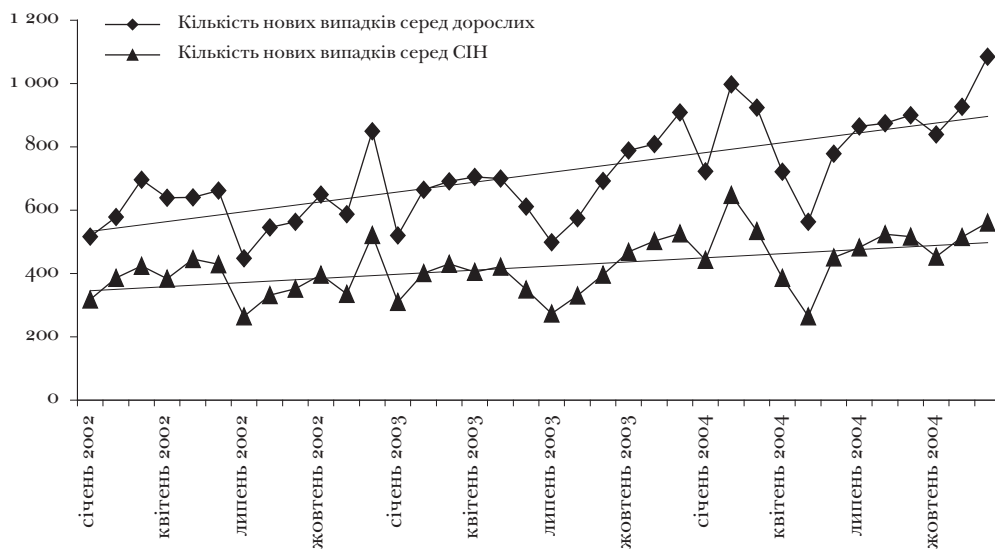
⁹ Згідно з даними, наведеними Центром “Соціальний моніторинг” та ЮНІСЕФ в “Оцінці можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ у середовищі споживачів ін’єкційних наркотиків”, кількість споживачів наркотиків у країні неухильно зростає: 1991 року на обліку перебувало 31 080 осіб; 2003 року – 119 965. На обліку зазвичай перебувають особи, виявлені органами внутрішніх справ і направлені на примусове медичне обстеження. У цьому разі різниця у цифрах полягає у тому, що за міліцейською статистикою до споживачів наркотиків відносять разом дві категорії: 1 – особи з діагнозом наркоманія, 2 – особи, які допускають немедичне вживання наркотиків.

¹⁰ За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України.

¹¹ Серед 10 198 нових офіційно зареєстрованих у дорослих 2004 року випадків ВІЛ 5 778, або 57%, зареєстровано у СН.

¹² “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.

Графік 1. Щомісячна кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ



Чому результативність політики низька?

Надзвичайно високі темпи поширення епідемії ВІЛ/СНІДу у середовищі СІН і на решту населення свідчать про неадекватну відповідь держави на загрозу епідемії. Незважаючи на те, що з 1995 року СІН 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 думку учасників обговорень, без реалізації узгодженої політики зі зменшення шкоди від вживання наркотиків заходи боротьби з ВІЛ не дадуть результатів.

Наявна система вироблення та впровадження політики дає змогу уряду ухвалювати рішення, не підтримані ресурсами та які він не має наміру виконувати. У сфері зменшення шкоди це стосується, зокрема, рішень щодо забезпечення доступу до лікувальних і профілактичних заходів, запровадження замісної терапії, соціальної реклами щодо ВІЛ/СНІДу тощо. Не існує

також чинних механізмів контролю ні за процесом підготовки цих рішень, ні за їх виконанням ані самим урядом, ані Верховною Радою, ані громадськістю.

За результатами дослідження, проведеного в рамках проекту, та обговорень із зацікавленими сторонами можна зробити висновок, що в Україні відсутня послідовна і продумана наркополітика. Законодавчі та нормативні акти часто мають декларативний характер і не підкріплені ресурсами. Вони містять елементи різних, іноді протилежних підходів до проблеми незаконного вживання наркотиків і тому не можуть реально вплинути на проблему.

Отже, основні причини низької результативності програм профілактики ВІЛ/СНІДу:

- Залишаються неузгодженими наркотична політика та політика профі-

лактики ВІЛ. Наголос у наявній політиці на первинній профілактиці, що має форму заборон і переслідувань, спрямованих на посилення страху перед вживанням наркотиків, викликає недовіру до програм зменшення шкоди. СНІВ не користуються профілактичними програмами через страх переслідувань. Однак кримінальне переслідування наркозалежних не допомагає їм вилікуватися, водночас перешкоджаючи повноцінному втіленню програм зменшення шкоди.

- **Недостатнє фінансування профілактичних заходів.** Потреба у коштах для профілактики серед вразливих груп, за оцінками ЮНІСЕФ, становить близько 80 млн. грн. на рік¹³. У п'ятій національній програмі боротьби з ВІЛ на профілактику серед вразливих груп передбачено близько 20 млн. грн. на рік. Заплановане фінансування дасть змогу лише підтримати наявні програми, що охоплюють 15–20% цільової групи.
- **Держава не забезпечує координацію та контроль впровадження політики профілактики ВІЛ** ані на рівні встановлення пріоритетів, ані на рівні впровадження та моніторингу програм. Наявність різних джерел фінансування та широкого кола неурядових організацій, що впроваджують програми зменшення шкоди, потребують координації та контролю. Відсутність такої координації і на центральному, і на місцевому рівнях призводить до того, що:
 - велика частка ресурсів концентрується у так званих пріоритетних регіонах і недостатньо потрапляє у непріоритетні;
 - планування програм зменшення шкоди відбувається відповідно до

наявних донорських коштів, а не виходячи з реальних потреб;

- недостатня координація між програмами різних донорських організацій призводить до дублювання зусиль в одних регіонах і напруженості і браку підтримки інших;
 - недостатня координація між різними відомствами під час впровадження програм зменшення шкоди знижує їхню ефективність.
- **Гальмується запровадження замісної підтримувальної терапії.** Замісна терапія є невід'ємною частиною стратегії зменшення шкоди і призначена для зниження ризику зараження інфекціями, що передаються через кров, зниження рівня кримінальної діяльності, сприяння інтеграції наркозалежних у суспільство. Без замісної терапії неможливо подолати епідемію ВІЛ у середовищі СНІВ. Опір правоохоронних органів – головна перешкода для запровадження замісної терапії.
 - **Медичні та соціальні послуги для хворих на наркотичну залежність залишаються недоступними,** що унеможливує проведення профілактичної роботи в цій цільовій групі. Це відбувається через відсутність комплексної державної програми з надання таких послуг для наркозалежних, високу ціну на наявні реабілітаційні послуги, а також стигматизацію та відмову СНІВ від користування цими послугами.
 - **Відсутність дієвих механізмів контролю за процесом підготовки та виконання ухвалених рішень.** Відсутня і повноцінна система моніторингу ситуації, і система моніторингу ефектив-

¹³ Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / Представництво ЮНІСЕФ в Україні та Центр "Соціальний моніторинг" за підтримки ЮНЕЙДС в Україні та МФ "Відродження"; наук. керівник О. Балакірева. – К., 2003.

ності та результативності заходів у рамках державних програм. Жодна національна програма профілактики ВІЛ не містить цілей, виражених у конкретних цифрах, і не спирається на аналіз виконання попередньої програми.

- **Політика не спирається на достовірні статистичні дані.** 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 нарко-

тиків, які суттєво різняться між собою. Як наслідок, уряд не має повного уявлення про тенденції розвитку епідемії та інформації для оцінки наслідків ухвалених рішень.

- **Низький рівень поінформованості про проблему у суспільстві, низький рівень знань і навиків щодо попередження незаконного вживання наркотиків і безпечної поведінки у контексті ВІЛ.** Під час громадських обговорень навіть фахівці зазначали низький рівень обізнаності про принципи та методи програм зменшення шкоди.

Наступні кроки

Проведені аналіз та обговорення із зацікавленими сторонами свідчать, що в Україні надзвичайної гостроти набувають проблеми епідемії ВІЛ/СНІДу, а також зростання поширення наркоманії. Це дві різні проблеми, що перетнулися. Стратегія зменшення шкоди є ефективним інструментом і для досягнення цілей політики боротьби з наркотиками, і для досягнення цілей охорони здоров'я. Водночас вирішення обох цих проблем включає, але не обмежується цією стратегією. Пропонований комплекс заходів ґрунтується на усвідомленні ролі вживання ін'єкційних наркотиків у поширенні ВІЛ/СНІДу та повинен бути включений і до державної наркотичної політики, і до програм профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом.

Стратегія має на меті:

- Надати споживачам наркотиків більше можливостей контролювати своє здоров'я.
- Зменшити кількість смертей, пов'язаних із незаконним вживанням наркотиків.
- Зменшити негативні наслідки для суспільства від незаконного вживання

наркотиків, таких як поширення ВІЛ та гепатитів В і С.

Для повноцінного запровадження цієї стратегії в Україні необхідно виконати шість груп завдань:

- Докорінно змінити інформаційну політику.
- Повноцінно впровадити всі елементи політики зменшення шкоди від вживання наркотиків.
- Забезпечити розвиток системи реабілітації та ресоціалізації наркозалежних.
- Узгодити політику профілактики ВІЛ та наркополітику, усунувши перешкоди для впровадження заходів зі зменшення шкоди від вживання наркотиків.
- Здійснити заходи з подолання стигматизації хворих на наркозалежність і ЛЖВС.
- Поліпшити загальну систему розроблення, ухвалення та впровадження політики у цій сфері.

Інформаційна політика

Цілі:

- Підвищити поінформованість населення про способи передачі ВІЛ-інфекції, можливості запобігання інфікуванню.
- Сформувані в суспільстві толерантне ставлення до ВІЛ-інфікованих і СІН.

- Підняти рівень обізнаності фахівців, які працюють і контактують з ВІЛ-інфікованими та СІН.

Обґрунтування:

Під час громадських обговорень низький рівень інформаційної роботи практично щодо всіх аспектів ВІЛ/СНІДу та нарко-

споживання визначено як проблему номер один в Україні. Населення в цілому та навіть фахівці мало поінформовані про проблеми, правильні моделі поведінки, наявні програми та методики. Чимало медичних працівників психологічно не готові до роботи з ВІЛ-позитивними СІН.

Цьому важливому компоненту боротьби з поширенням епідемії не надавали достатньо уваги. Це, зокрема, виражалося 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 наявні інформаційно-просвітницькі програми (див. ТАБЛИЦЮ 2), які мають різні джерела фінансування, вони не досягають мети. Про це свідчить анкетування різних груп населення, молоді, дітей, проведені соціальними службами¹⁴.

Таблиця 2. Матеріалів інформаційного супроводження з питань ВІЛ/СНІДу у державному ефірі (2004 р.)

Назва державної телерадіокомпанії	Кількість матеріалів	Обсяг матеріалів (хронометраж у годинах)
Національна радіокомпанія України	3 412	80
Національна телекомпанія України	323 (з них 218 подач соціальної реклами)	6,2 (з них 1,2 години соціальної реклами)
Обласні та регіональні державні телерадіокомпанії	2 817	183,5

Джерело: Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, 2004 р.

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.

Рекомендовані дії:

- Розвиток цільової соціальної реклами щодо профілактики ВІЛ/СНІДу, попередження залучення населення до вживання наркотиків, що передбачатиме освіту для всього населення задля зменшення стигматизації груп високого ризику, формування толерантного ставлення населення до ЛЖВС і наркозалежних.

¹⁴ Зокрема згідно з опитуванням, проведеним для Національного звіту з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, відсоток молодих людей віком 15–24 років, які правильно визначають способи запобігання статевої передачі ВІЛ/СНІДу та знають, як ВІЛ не передається, становлять 14,1% опитаних.

- Запровадження навчального предмета “Профілактика наркоманії і ВІЛ/СНІДу” або вдосконалення викладання предмета “Основи безпеки життєдіяльності” у школах і медичних у вузах. У рамках цієї роботи варто широко залучати представників НПО, які діють у сфері зниження шкоди і профілактики ВІЛ/СНІДу, а також представників груп взаємодопомоги наркозалежних і людей, які живуть із ВІЛ.
- Проведення в засобах масової інформації кампанії з висвітлення світового та вітчизняного досвіду подолання епідемії.
- Розроблення та впровадження інформаційних галузевих програм для працівників органів виконавчої влади усіх рівнів, правоохоронних органів та освітніх закладів з питань профілактики поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та стратегії зменшення шкоди.
- Розроблення та проведення навчання для журналістів з метою правильного розуміння проблеми наркоманії, ВІЛ/СНІДу та створення якісних інформаційних продуктів.

Програми зменшення шкоди

Усі елементи стратегії зменшення шкоди включено до трьох Національних програм з профілактики поширення ВІЛ/СНІДу. Однак розуміння пріоритетності цього напрямку для України залишається декларативним і не впроваджується повною мірою. Ми пропонує низку заходів, що повинні змінити цю ситуацію.

1. Забезпечення СНІД стерильними шприцями та дезинфікуючими засобами

Цілі:

- Блокувати спосіб передачі інфекційних хвороб через використання нестерильного ін'єкційного інструментарію.
- Розширити охоплення наявними послугами з профілактики цільових груп.

Обґрунтування:

Нині в жодній області країни не створено системи пунктів, які забезпечили б реальну потребу СНІД відповідними медичними засобами¹⁵. Програми обміну шприців та аутріч-робота зараз охоплюють 15–20% СНІД (для досягнення впливу на епідемію мінімально необхідно 60%). Виконання цього пункту стратегії зменшення шкоди здійснюють переважно НДО, а також консультаційні пункти “Довіра”, створені на базі центрів соціальних служб для молоді, які є державними організаціями. Фінансування здійснюють донорські організації та місцеві бюджети, причому донорське фінансування переважає. Залучення бюджетних коштів для надання таких послуг хоча й можливе, але не здійснюється в достатньому обсязі¹⁶.

¹⁵ У Києві, наприклад, діє лише один стаціонарний пункт обміну шприців. В Одеській області 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 СНІД.

¹⁶ Органи виконавчої влади можуть проводити закупівлю соціальних послуг на підставі законодавства про соціальні послуги, зокрема Постанови Кабінету Міністрів від 29.04.2004 № 559 “Про затвердження Правил організації та проведення конкурсу на залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг”.

Основна мета цієї роботи – протидія поширенню інфекцій, що передаються через кров і спільне використання наркозалежними шприців, у середовищі ін'єкційних наркоманів. До таких інфекцій належать ВІЛ/СНІД, гепатити В і С, а також захворювання, що передаються статевим шляхом. Для цього на пунктах обміну наркозалежним надають стерильні шприци в обмін на використані ними, засоби дезинфекції і контрацепції, проводять інформаційно-роз'яснювальну роботу, надають інформаційні матеріали. Вони також можуть отримати консультацію психолога, медичного працівника або юриста з питань, що їх цікавлять, направлення для обстеження чи лікування в наркологічну службу, місцевий державний центр профілактики СНІД, шкірно-венерологічний диспансер.

Аутріч-робота – це профілактична діяльність у місцях дислокації споживачів ін'єкційних наркотиків, здійснювана за принципом “рівний – рівному”. “Аутріч-працівник” – це зазвичай колишній або й нинішній наркозалежний, що має доступ усередину популяції наркозалежних і знайомий з її субкультурою, здійснює елементарне консультування членів спільноти з питань зниження ризику інфікування ВІЛ та іншими інфекційними захворюваннями, роздає відповідні інформаційні матеріали, стерильні медичні засоби, а також інформує їх про можливості отримання соціальної, психологічної або медичної допомоги від громадських і державних організацій.

Практичну ефективність програм обміну шприців підтверджують наукові дослідження. Зокрема дослідження, здійснене на замовлення Міністерства охорони здоров'я Австралії, в якому проаналізовано дані зі 103 міст 24 країн світу, виявило

такі результати: поширеність ВІЛ-інфекції знижувалася в середньому на 18,6% щороку у 36 містах, що запровадили програми обміну шприців, і зростала в середньому на 8,1% щороку в інших 67 містах, де такі програми не запроваджували¹⁷.

Рекомендовані дії:

Повноцінне та результативне впровадження цього компоненту потребує обсягів охоплення програмами обміну шприців до 60 відсотків СІН. Це означає розширення обсягів роботи приблизно вчетверо.

- Розроблення системи стандартів цієї діяльності та показників моніторингу, а також організація регулярного моніторингу та вироблення рекомендацій щодо підвищення ефективності роботи. Таку роботу може здійснювати Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди. Моніторинг не повинен порушувати вимоги анонімності послуг для клієнтів.
- Розроблення механізму делегування громадським організаціям повноважень надавати різні типи соціальних послуг. Такий механізм необхідний для залучення бюджетного фінансування.
- Аналіз потреб у нових пунктах у кожному регіоні, виходячи з (1) реалістичної оцінки кількості СІН і планованого охоплення, а також (2) реалістичної оцінки потреби СІН у шприцах, презервативах і дезінфікуючих засобах.
- Відкриття нових пунктів обміну шприців відповідно до потреб та особливостей конкретного регіону, зокрема: стаціонарних, мобільних пунктів, аутріч-робота на базі громадських орга-

¹⁷ Джерело: Health Outcomes International. “Return on investment in needle and syringe programs in Australia”. Commonwealth Department of Health and Ageing; 2002. <http://www.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/roireport.pdf>.

нізацій, центру СНІДу, туб- і наркодиспансерів, поліклінік, аптек.

- Координація на регіональному рівні діяльності ПОШ, що працюють на базі різних організацій.
- Проведення на місцевому рівні цільових інформаційних кампаній перед відкриттям і під час роботи пунктів для (1) інформування потенційних клієнтів, (2) попередження негативної реакції населення, (3) формування позитивного ставлення до такої діяльності.
- Розширення набору послуг у межах програм обміну шприців, а саме: система направлення до спеціалістів, консультації нарколога, психолога, безплатне тестування на ВІЛ, активне залучення медиків інших спеціальностей.
- Усунення зовнішніх перешкод цій діяльності, зокрема зміна поведінки правоохоронців щодо цільової аудиторії.

2. Надання СІН, особливо опіоїдів, замісної підтримувальної терапії

Цілі:

- Відмова від ін'єкцій, зменшення ризикової поведінки щодо інфікування ВІЛ і, відповідно, профілактика СНІДу у середовищі СІН.
- Зменшення вживання нелегальних опіоїдів і завдяки цьому зниження рівня злочинності.

- Зниження рівня смертності від передозування та вживання токсичних речовин.
- Забезпечення дотримання ВІЛ-інфікованими СІН режиму отримання ВААРТ-терапії.
- Зниження рівня супутніх захворювань за ін'єкційного вживання наркотиків.
- Зменшення витрат, спричинених опіоїдною залежністю, для самих наркозалежних, їхніх родин і суспільства загалом – завдяки усім зазначеним чинникам.

Обґрунтування:

Метадонова¹⁸ підтримувальна терапія – широко і добре вивчений метод лікування. У результаті досліджень і моніторингу наданої допомоги отримано переконливі дані, що засвідчують: замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) метадоном ефективно сприяє скороченню вживання заборонених наркотиків, зниженню рівня смертності й ризику поширення ВІЛ.

Варто наголосити, що замісна терапія є лише одним з наявних методів лікування опіоїдної залежності. Її впровадження в жодному разі не виключає використання інших методів, до яких належать психологічне консультування, психотерапія та інші соціально-психологічні методики, детоксикація, лікування антагоністами опіатів і психофармакологічними засобами¹⁹. Вибір того чи іншого методу лікування – це справа лікаря. Треба також мати на увазі, що в жодному разі не йдеться про залучення до ЗПТ усіх наркозалеж-

¹⁸ Метадон – синтетичний опіоїд, що зазвичай вживають перорально у рідкому вигляді. Саме цей препарат найчастіше застосовують для замісної терапії опіоїдної залежності. Метадон внесено до списку наркотичних засобів, обіг яких обмежено відповідно до Постанови Кабінету Міністрів від 5 травня 200 року № 770 “Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів”.

¹⁹ У середньому в країнах ЄС замісною терапією забезпечено близько 30% героїнозалежних пацієнтів.

них від опіоїдів. Критерії застосування цього методу мають бути дуже обмеженими і стосуватися хворих, які не мають перспектив отримати користь від інших методів. Найчастіше це люди, в яких дуже високий стаж вживання опіоїдів, які без успіху вже лікувалися в минулому і страждають від соматичних або психічних ускладнень (наприклад, ВІЛ/СНІД, туберкульоз тощо). Існує також віковий ценз, тобто ЗПТ не призначають особам віком до 20 років.

Важливою характеристикою ЗПТ є те, що вигоду від її впровадження отримують не тільки самі наркоспоживачі, а й суспільство, оскільки відчутно зменшується прес соціально-економічних проблем, пов'язаних зі зловживанням наркотиками, таких як фінансування лікарень, в'язниць, міліції.

Нині у світі до програм замісної терапії залучено понад 600 тис. осіб²⁰. За період з 1998 до 2002 року кількість пацієнтів, які отримали замісне лікування метадонем, зросла на 34%. Зокрема для Великої Британії показник зростання кількості пацієнтів метадонових програм становить 23,4%, Франції – 61%, Австрії – 80,8%, Норвегії – 800%. Останнім часом стає дуже поширеною терапія бупренорфіном, зокрема, у Франції лікування цим препаратом отримують близько 200 тисяч людей.

В Україні на парламентському й урядовому рівнях замісну терапію визнано як високо-ефективний метод профілактики. Зокрема такі положення містять постанови Верховної Ради від 3 лютого 2004 року № 1426-I “Про рекомендації парламентських слухань на тему: “Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії і алкоголізму в Україні” і Кабінету Міністрів від 4 березня 2004 року № 264 “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”. Недавно міністр охорони здоров'я підписав наказ “Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків”²¹, що передбачає впровадження ЗПТ препаратом “Еднок” (бупренорфіну гідрохлорид) у п'яти областях України.

Програми замісної підтримувальної терапії не реалізовували²² в Україні через низку причин. Головна з них – нерозуміння та неприйняття принципів замісної терапії багатьма фахівцями-наркологами, керівниками комітету з контролю за наркотиками, МВС та інших державних органів, що здійснюють контроль у сфері обігу наркотичних засобів. Ідею фінансування таких програм не

²⁰ Для США ця цифра становить близько 200 тис. осіб, для країн Європи – до 400 тис. За даними Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркозалежності, звіт за 2003 рік.

²¹ Наказ Міністерства охорони здоров'я від 13.04.2005 № 161.

²² В Україні програми ЗПТ реалізуються лише пілотними проектами. 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. 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 реалізуються в Кременчуці, Лубнах, Луганську.

сприймають як можливість зменшення шкоди від вживання наркотиків для суспільства в цілому.

Через невирішеність питання замісної підтримувальної терапії центри профілактики та боротьби зі СНІДом фактично не мають права надавати послуги ВААРТ активним споживачам ін'єкційних наркотиків, оскільки, відповідно до протоколів, до початку лікування необхідно провести не менш як місячний курс лікування ЗПТ.

Рекомендовані дії:

Замісну підтримувальну терапію включено до Програми подолання ВІЛ-інфекції. В Україні розроблено методичні рекомендації “Використання замісної терапії метадонем у лікуванні та реабілітації хворих із синдромом залежності від опіоїдів”, затверджені Міністерством охорони здоров'я. Дослідження свідчить, що призначення основних препаратів замісної підтримувальної терапії не суперечить законодавству України. Що більше, нині існує низка нормативно правових актів, що прямо вказують на необхідність впровадження замісної підтримувальної терапії. Подальші кроки з її впровадження включають:

- Вивчення питання про можливість виробництва в Україні замісних препаратів (бупренорфіну, метадону) для зменшення вартості лікування та, відповідно, тягаря витрат, який припадає на суспільство.

- Перегляд деяких нормативних документів МОЗ щодо обліку наркотичних речовин для уможливлення застосування замісних препаратів у медичній практиці.
- Проведення інформування, навчання та стажувань для зацікавлених сторін: лікарів-наркологів, лікарів центрів боротьби з ВІЛ/СНІДом, працівників відповідних управлінь охорони здоров'я.
- Створення механізмів контролю та координації на регіональному рівні організацій, які впроваджують програми ЗПТ, що включатиме медичні, соціальні заклади та МВС.
- Створення умов для надання замісної терапії на базі наркологічних центрів і кабінетів, центрів профілактики СНІДу, інфекційних лікарень. Для цього – отримання ліцензій на роботу з наркотичними препаратами, закупівля, ввезення та розподіл препаратів ЗПТ у потрібній кількості.
- Запровадження одночасно посад і лікаря-інфекціоніста, і лікаря-нарколога у наркологічних центрах і центрах профілактики СНІД для видачі спільно з ВААРТ замісних препаратів для ВІЛ-позитивних наркозалежних.
- Розроблення стратегії залучення СІН, що відповідає критеріям відбору, до програм ЗПТ.

Дослідження, проведені в багатьох країнах, підтверджують наявність низки позитивних результатів за використання ЗПТ:

- *Суттєво знижуються темпи поширення ВІЛ/СНІДу через вживання ін'єкційних наркотиків.*
- *ЗПТ дає змогу забезпечити лікування ін'єкційних споживачів опіатів, хворих на СНІД, яким потрібна ВААРТ. Щоб їх лікувати, необхідно спочатку домогтися соціальної та психологічної стабілізації їхньої поведінки. ВААРТ потребує від пацієнта дисципліни і неухильного щоденного, щогодинного дотримання всіх розпоряджень лікаря, тобто відданості лікуванню. Досягти цього з хворим, який щоденно змушений через свою хворобу добувати дозу наркотика, практично неможливо. Отже, щоб забезпечити відданість лікуванню СНІД, потрібно спочатку допомогти людині впоратися з потягом до наркотика. Це досягається завдяки ЗПТ.*
- *За метадонної підтримувальної терапії зрідка виникають побічні ефекти і зазвичай спостерігається відчутне поліпшення показників стану здоров'я. Серед тих, хто вдається до такої терапії, близько 75 % осіб добре реагують на неї.*
- *Смертність серед осіб з опіоїдною залежністю, які одержують підтримувальну метадонну терапію, становить 25–33 % аналогічного показника серед неохоплених такою програмою. У вагітних жінок, яким надається ЗПТ, рідше виникають ускладнення – і для матері, і для плоду – порівняно з неохопленими терапією.*
- *За тривалістю утримання осіб з опіоїдною залежністю у лікувальній програмі і скороченням вживання героїну ЗПТ ефективніша порівняно з відсутністю лікування, плацебо та детоксикацією, яку використовують як окремий метод лікування.*
- *Серед споживачів наркотиків перед залученням їх до лікувальної програми зареєстровано дуже високі показники злочинної діяльності, які, однак, після року метадонної підтримувальної терапії знижуються майже вдвічі. Найсприятливіші результати отримано в процесі лікування й одразу по завершенні курсу. Однак відчутне поліпшення зберігається також упродовж кількох років після припинення лікування. Особливо знижуються показники, пов'язані зі злочинною поведінкою, спричиненою наркотиками.*
- *Згідно з оцінками, кожен долар, вкладений у програми лікування опіоїдної залежності, може зберегти суспільству до чотирьох–семи доларів тільки завдяки таким чинникам, як зниження витрат, завданих злочинністю, пов'язаною з наркотиками, і спричинених крадіжками й пограбуваннями. Відбудеться також скорочення витрат на карне судочинство. Якщо врахувати економію коштів за надання медичної допомоги, то загальна економія може перевищити витрати у співвідношенні 1:2:1.*
- *Хоча ЗПТ здебільшого сприймають лише як симптоматичне лікування, яке не усуває необхідність постійного вживання наркотика, варто зазначити, що нині не існує ефектively альтернативи цьому лікуванню для хворих із великим стажем вживання наркотиків. Детоксикація, як науково доведено, абсолютно неефективна, оскільки після близько 100 % хворих повертаються до вживання нелегальних опіоїдів. Що стосується реабілітаційних програм, то попри свою дороговизну, яка не дає змоги зробити їх масовими, вони не перевищують за показниками ефективності 25 %.*

- 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 мл, 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. Можна навести й інші розрахунки. Досвід першого застосування програм ЗПТ в Україні засвідчив, що клієнти програм вживають у середньому опіоїдів на 100 грн. на день. Не важко підрахувати, що одна програма на 100 клієнтів “віднімає” у наркодільців 300 000 грн. на місяць та, відповідно, 3 млн. 600 тис. грн. на рік. Зрозуміло, за таких умов обов’язково з’являться противники ЗПТ.

3. Інформаційна робота й освіта

Цілі:

- Забезпечити суспільну підтримку заходів зменшення шкоди.
- Надати необхідну інформацію особам, які вживають наркотики ін’єкційним способом, і найближчого оточення для запобігання ризикової поведінки.
- Широко розповсюдити інформацію про організації, що працюють з наркозалежними та ВІЛ-інфікованими, і послуги, які вони надають.

Обґрунтування:

Як уже зазначалося, розповсюдження інформації є ключовим питанням успіху профілактики ВІЛ/СНІДу в цілому. У стратегії зменшення шкоди інформаційний компонент відіграє важливу роль у залученні представників цільової групи до профілактичних заходів. Цей компонент також повинен забезпечити розуміння та підтримку заходів широкими верствами суспільства.

Рекомендовані дії:

- Регулярне проведення кампаній у закладах масової інформації з висвітлен-

ня цілей і змісту політики зменшення шкоди, що впроваджуються в Україні.

- Проведення на місцевому рівні цільових інформаційних кампаній щодо заходів зменшення шкоди задля (1) інформування потенційних клієнтів і (2) формування позитивного ставлення до такої діяльності.
- Створення міжгалузевої бази даних щодо організацій, які працюють з наркозалежними та ЛЖВС, та послуг, які вони надають, на базі центрів “Довіра” або центрів СНІДу. Розроблення та впровадження механізму забезпечення населення цією інформацією.

4. Забезпечення легкодоступності соціальних служб і служб охорони здоров’я

Цілі:

- Забезпечення права кожної людини на отримання медичної допомоги.
- Стимулювання наркозалежних дотримуватися безпечної поведінки.

Обґрунтування:

Хвороба на опіоїдну залежність часто супроводжується соціальними проблемами.

Найпоширеніші з них – відсутність прописки, неналежне оформлення або відсутність документів. Більшість СІН безробітні, проте вони не звертаються до служб зайнятості, не отримують соціальної допомоги з безробіття, не можуть оформити субсидій на комунальні послуги. Вирішення цих проблем суттєво знижує негативні наслідки наркоманії, однак доступність соціальних послуг для СІН у країні залишається проблематичною.

Хоча в країні існує мережа соціальних закладів²³, що займаються роботою із СІН, проте кількість та обсяг послуг, які вони надають, не відповідають потребам.

Доступність медичних послуг для СІН також становить велику проблему. Часто отримати невідкладну медичну допомогу, зробити хірургічну операцію СІН або людині з ВІЛ-статусом вкрай складно. Причини – стигматизація, негативне ставлення та непрофесіоналізм лікарів. Іншою причиною є небажання СІН звертатися за допомогою через страх розкриття та поставлення на облік.

Доступність та якість послуг наркологічної служби недостатні. Це пояснюється тим, що за роки незалежності відбулося скорочення фінансування наркологічної служби, кількості місць і фахівців наркологічних центрів. На лікування наркозалежного виділяють лише 3 грн. на добу за вартості якісного стаціонарного лікування 300–400 грн. на добу.

Організаційна причина полягає в тому, що система медичної допомоги для СІН ізольована, відсутній інтегрований підхід і зв'язок з іншими службами, передусім туберкульозною та ВІЛ-сервісною. Надання наркологічної допомоги нині не є компонентом комплексної стратегії медичної, соціальної та економічної реабілітації хворих на наркозалежність. Такий стан ізоляції наркологічної та ВІЛ служби в умовах епідемії ВІЛ-інфекції призводить до критичної ситуації у сфері надання медичної допомоги СІН.

Вкрай зарегульованою є система доступу до опіатних анальгетиків, зокрема для замісної терапії та паліативного лікування в наркологічному, ВІЛ і ТБ сервісному секторах. Складна система отримання дозволу на використання наркотичних анальгетиків викликає небажання медичних професіоналів забезпечити доступ у своїх закладах до опіатних препаратів. 2004 року серед 40 ТБ і ВІЛ-сервісних закладів тільки 13 мали ліцензію на застосування препаратів наркотичних анальгетиків.

Рекомендовані дії:

- Запровадження комплексної системи медичної та соціальної допомоги хворим на наркозалежність, що поєднує програми детоксикації, реабілітації, замісної терапії, психологічного та соціального супроводження.

²³ Третинною профілактикою в групах ризику, зокрема серед ін'єкційних наркоманів, займаються центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, створені зараз в усіх обласних містах. Ці державні центри брали участь у реалізації програми ЮНІСЕФ "Профілактика ВІЛ/СНІД серед молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом". До діяльності консультаційних пунктів "Довіра" при центрах соціальних служб належать: (1) надання необхідних знань і вироблення навиків безпечної поведінки щодо ВІЛ/СНІД молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом; (2) навчання соціальних працівників, волонтерів, лідерів цільових груп зі стратегій зниження шкоди і "рівний – рівному"; (3) забезпечення молодих людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, індивідуальними засобами захисту (шприци, антисептичні серветки, презервативи); (4) створення такого соціального середовища, яке забезпечило б толерантне і неупереджене ставлення до споживачів ін'єкційних наркотиків.

- Аналіз потреб у наркологічних центрах у кожному регіоні України та відповіднення кількості таких закладів до потреб.
- Інформування наркозалежних про наявність і доступність медичних і соціальних послуг, надання послуг наркозалежним із захисту прав.
- Створення системи регулювання використання наркотичних препаратів у лікувальних закладах, за якої буде можливе надання замісної терапії та паліативної допомоги у необхідних для лікування обсягах.
- Впровадження замісної терапії на базі центрів СНІД і наркологічних диспансерів.
- Забезпечення рівного доступу до антиретровірусного лікування для СІН, які живуть з ВІЛ.
- Запровадження повною мірою комплексу заходів захисту соціальних працівників, які працюють з СІН, і лікарів від можливих ризиків під час надання ними кваліфікованої допомоги СІН і ЛЖВС.
- Поширення програм страхування на весь медичний персонал і соціальних працівників, які працюють із СІН, у разі зараження ними ВІЛ під час надання допомоги.

Реабілітація та ресоціалізація

Ціль:

- Допомога наркозалежним у відмові від вживання наркотиків і поверненні до нормального життя в суспільстві.

Обґрунтування:

Розвиток інфраструктури з ресоціалізації та реабілітації наркозалежних – необхідний елемент, що доповнює стратегію зменшення шкоди. Недоступність програм реабілітації за ціною, що становить 300–1 000 доларів на місяць, позбавляє багатьох хворих шансу позбутися залежності. Без розвитку системи реабілітації запровадження замісної терапії може не справити очікуваного ефекту. Незважаючи на існування відповідної Постанови Кабінету Міністрів, система реабілітації наркозалежних перебуває в зародковому стані і розвивається переважно силами недержавних організацій. Типове положення про реабілітаційний центр “Твоя перемога” не стало ефектив-

ним інструментом для розвитку мережі центрів реабілітації наркозалежних.

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 порушено соціальні зв’язки із 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 фахівців, 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 ЗПТ або позбавлення волі.

Висока вартість і низька ефективність – чинники слабого розвитку системи реабілітації. Аналіз фінансових потреб на створення системи реабілітаційних центрів²⁴ виявляє: реабілітаційний центр із програмою, орієнтованою на повну відмову від наркотиків, у середньому може ефективно пролікувати близько 120–150 осіб за рік. Вартість такого лікування становитиме не менше 2 500–3 000 грн. на пацієнта за місяць з урахуванням оплати його цілодобового утримання, роботи кваліфікованого персоналу, устаткування, медикаментів тощо. Як свідчать науково обґрунтовані розрахунки, залишається наркобайдушими і не повернуться до вживання наркотиків 25–30% пацієнтів. За кількості наркоспоживачів 560 тис. лікування потребують щонайменше 40–50 тисяч хворих на рік. Таким чином, потреби України становлять мінімум 300 таких реабілітаційних центрів із загальним бюджетом приблизно 1,3 млрд. грн.

Обсяг фінансування, необхідний для створення системи реабілітації, надто великий для медичної галузі, витрати на яку 2004 року було заплановано в розмірі 12 млрд. грн. Бюджет України не в змозі повністю забезпечити на державному рівні потребу в таких центрах. Проблемою залишається і необхідна кількість фахівців, що можуть працювати в цих закладах.

Рекомендовані дії:

Через високу вартість держава нині не в змозі забезпечити доступність реабілітаційних програм, спрямованих на повну відмову від наркотиків, для всіх, хто цього потребує. Тому передусім необхідно зосередитися на таких завданнях:

- Створити умови для розвитку недержавних реабілітаційних центрів, що включає надання державної допомоги, забезпечення умов для самоопукності (соціальні підприємства) та залучення приватного капіталу.
- Забезпечити незалежну оцінку та контроль якості реабілітаційних послуг.
- Розробити методичні рекомендації для розвитку центрів реабілітації з урахуванням досвіду різних типів реабілітаційних програм, зокрема “12 кроків”, групи анонімних наркоманів (положення про центр, методики роботи, штатний розклад).
- Розробити процедуру отримання реабілітаційними програмами ліцензій на надання соціальних послуг для того, щоб місцеві органи влади могли залучати бюджетні ресурси для фінансування реабілітаційних програм.
- Створити реєстр центрів реабілітації з описом їх послуг і систему, за якої лікар може надати направлення до таких центрів або принаймні інформацію про них.
- Проаналізувати можливі форми державного фінансування системи реабілітації, а також залучення ресурсів приватного сектору, донорів і розробити відповідні рекомендації.
- Створити спеціалізовані притулки для наркозалежних, де вони могли б знайти тимчасовий прихисток і отримувати певну допомогу.
- Розробити навчальні програми та методичні матеріали для підготовки фахівців з реабілітації на базі закладів післядипломної освіти.

²⁴ Сергій Дворяк. “Поживне середовище для вірусу, або Чому не вдається розпочати лікування наркозалежних метадоном”; Замісна терапія, Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІДу.

- Організувати тренінги для відповідальних за ухвалення рішень, соціаль-

них працівників, різних фахівців з питань наркоманії та ВІЛ/СНІДу.

Узгодження політики профілактики ВІЛ і наркополітики

Цілі:

- Зниження кількості випадків необґрунтованого притягнення до адміністративної і кримінальної відповідальності осіб, хворих на психофізіологічну залежність від наркотиків.
- Повернення довіри вразливих груп населення до органів влади та, зокрема, правоохоронних органів, підвищення їх доступності для профілактики, лікування та підтримки, підвищення ефективності цієї діяльності.
- Зниження надмірно високого навантаження на установи судів і Департамент України з питань виконання покарань.
- Підвищення ефективності діяльності правоохоронних органів щодо боротьби зі стійкими організованими злочинними співтовариствами, які діють у сфері незаконного обігу наркотиків.
- Підвищення рівня дотримання законності в діяльності правоохоронних органів, зменшення числа порушень прав людини щодо особливо вразливих груп населення.

1. Зміна підстав для кримінальної відповідальності

Обґрунтування:

СІН, які страждають на наркотичну залежність, мають стійку психофізіологічну потребу в прийнятті психоактивних засобів. Це означає, що через свій хвороб-

ливий стан вони, незалежно від погрози застосування санкцій, регулярно приймають наркотичні речовини або психотропні засоби для запобігання абстинентного синдрому, що викликає в них страждання фізичного і психологічного характеру, принаймні у мінімально необхідній для них кількості.

Кримінальним кодексом України не передбачено відповідальності за вживання наркотиків, проте, згідно з офіційною статистикою, близько 70% кримінальних справ за виявленими фактами незаконного обігу наркотиків порушують за ст. 309 КК України (зберігання наркотиків без мети збуту). Понад 90% осіб, звинувачених за такими справами, перебувають на наркологічному обліку. В основному йдеться про зберігання кількох грамів або кількох см³ наркотиків незалежно від того, що виявлена речовина практично є індивідуальною нормою споживання. Справи про зберігання наркотиків в особливо великій кількості становлять мізерну частку у загальному обсязі кримінальних справ.

Притягнення особи, яка страждає наркотичною залежністю, до відповідальності на цій підставі не виконує профілактичної функції, а тільки погіршує її становище.

Рекомендовані дії:

- Внести зміни в таблиці невеликих, великих і особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що перебувають у незаконному обігу, затверджених Наказом МОЗ України від 01.08.2000 № 188, у частині визначен-

ня їхніх граничних розмірів, передусім дози індивідуального споживання наркотиками, що повинна бути визначена компетентною наркологічною комісією.

2. Послаблення санкцій за операції з наркотиками без мети їх збуту

Обґрунтування:

Нині в країні чинна давно застаріла практика притягнення особи до кримінальної відповідальності згідно з ч. 1 ст. 309 КК України за незаконне виготовлення, придбання, збереження або інші дії з відносно невеликою кількістю психоактивних речовин без мети їх збуту, а також згідно з ч. 2 ст. 309 КК України у випадках особливо небезпечних речовин без мети їх збуту. Так, згідно з чинним законодавством, виявлення в особи більш як 5 г сушеної рослини коноплі або 10 г макової соломки є достатньою підставою для накладення на неї покарання у вигляді позбавлення волі строком до трьох років. Абсолютна більшість притягнених до відповідальності за цією статтею – особи, які страждають наркотичною залежністю, відповідно до позиції Європейського Співтовариства, самі є жертвами організованої наркозлочинності. Такі особи зазвичай не можуть адекватно захищати свої права.

2004 року кількість викритих органами внутрішніх справ України наркозлочинців становила 65 740 тис., що на 14,5% більше, ніж 2003 року (57 435). Водночас кількість задокументованого збуту наркотиків зросла на 1,5%, з 17 502 до 17 768, тобто “зростання” показників було забезпечено за рахунок притягнення до кримінальної відповідальності пересічних споживачів за зберігання наркотиків для власних потреб. Загалом в Україні на

кожних двох офіційно зареєстрованих споживачів наркотиків (124,8 тис.) 2004 року припадала одна кримінальна справа. В окремих регіонах кількість кримінальних справ, порушених за фактами незаконного обігу наркотиків, за рік дорівнювала або навіть перевищувала кількість осіб, які перебувають на обліку. Ідеться про Житомирську, Закарпатську, Львівську, Полтавську, Харківську, Черкаську області.

Що ж стосується викриття тих самих “пріоритетних наркозлочинців”, то 2004 року питома вага задокументованого наркозбуту становила 27% (проти 30,5% 2003 року), а кваліфікованих наркозлочинців, (збут, притонуотримання, втягнення в наркоманію, розкрадання наркотиків, організація нарколабораторій і відмивання наркокоштів) щодо загальної кількості знизилася з 37% до 33,5%²⁵.

Рекомендовані дії:

- Розробити та подати до Верховної Ради проект закону про внесення змін до ч. 1 ст. 309 КК України, якими вилучити з цієї статті санкцію у вигляді позбавлення волі, замінивши її альтернативним покаранням у вигляді залучення до суспільно корисних робіт на базі соціально-реабілітаційних центрів, та зобов'язання добровільного проходження лікувально-профілактичного курсу проти наркотичної залежності. Доповнити ч. 2 ст. 309 КК України такою ж альтернативною санкцією, на термін більший, ніж буде передбачено ч. 1 ст. 309 КК України. Визначити як суб'єкта переважного застосування такої альтернативної санкції осіб, які страждають на наркотичну залежність.
- Запровадити альтернативні санкції, такі як безплатні суспільно корисні роботи або інші альтернативні види по-

²⁵ Статистичні показники Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків МВС України.

карань. Розглянути можливість запровадження обов'язкового проходження програми "12 кроків" або інших реабілітаційних програм.

3. Удосконалення системи оцінки ефективності міліції

Обґрунтування:

Чинні нормативні акти містять вимогу надання органами міліції регулярної звітності за низкою показників. Один з них – кількість кримінальних справ, порушених за здійснення злочинів у сфері незаконного обігу наркотиків. Як результат, працівники міліції зацікавлені у збільшенні кількості порушених справ. Слідчі органи, прагнучи уникнути стягнень за невиконання необхідних показників, у низці випадків порушують кримінальні справи, не маючи на те належних підстав. Такі справи, побудовані на слабкій доказовій базі, легко "розсипаються" на перших же судових засіданнях, провину обвинувачуваної особи визнають недоведеною, і її звільняють з-під арешту. Це, однак, уже не турбує слідчих органів міліції, оскільки своє завдання з досягнення потрібних показників ефективності своєї діяльності вони вважають виконаним.

Про неефективність наявної системи показників, що призводить до притягнення до кримінальної відповідальності рядових наркоманів, свідчить також досвід застосування окремих методів оперативно-розшукової діяльності, зокрема, йдеться про контрольовані поставки та оперативні закупівлі наркотиків.

Так, 2003 року органи внутрішніх справ провели понад 5,1 тис. оперативних закупівель і 224 контрольовані поставки наркотиків, що становить близько 10% загальної кількості викритих наркозлочинів. Згідно з українським антинарко-

манійним законодавством і світовим досвідом застосування цих двох методів протидії незаконному обігу наркотиків, їх зазвичай використовують для документування злочинних дій угруповань наркоділків, передусім організованих. Відповідно, кількість таких операцій у країнах ЄС і США доволі обмежена і не визначається тисячними показниками. В Україні, навпаки, ці операції застосовують для притягнення до кримінальної відповідальності переважно рядових наркоспоживачів за збут чи перевезення кількох грамів наркотиків.

Треба також зазначити, що органи внутрішніх справ України не ведуть відповідної статистики щодо "якості" кримінальних справ цієї категорії.

Рекомендовані дії:

- Поетапно змінити систему оцінки ефективності діяльності органів міліції. На першому етапі виключити з показників ефективності діяльності органів міліції в галузі боротьби з незаконним обігом наркотиків такий індикатор, як кількість порушених кримінальних справ за ст. 309 КК (за незаконні дії з ними без мети збуту). На другому етапі – розробити та впровадити таку систему оцінки, що відповідає сучасним вимогам.
- Водночас варто перенести акцент на виявлення злочинів у сфері обороту наркотиків, зокрема з їх незаконним завезенням на територію держави, виробництвом і виготовленням для збуту, а також із залученням неповнолітніх до наркоспоживання. Таким чином буде досягнуто перенесення зусиль органів міліції на боротьбу з організованою наркозлочинністю, безпосередньо винною в наркотизації українського суспільства, а не з рядовими споживачами наркотиків.

4. Удосконалення регулювання та практики правоохоронних органів

Обґрунтування:

Україна на державному рівні взяла на себе зобов'язання з дотримання прав ВІЛ-позитивних і наркозалежних осіб і надання їм соціальної підтримки. Практика роботи правоохоронних органів зводиться до затримання наркозалежних, вилучення наркотичних речовин, постановки їх на облік та прийняття рішення щодо притягнення до кримінальної або адміністративної відповідальності.

Нині лівову частку профілактичної роботи та підтримки в середовищі ін'єкційних наркоманів здійснюють громадські і благодійні організації, що реалізують у своїй діяльності методику зниження шкоди. Відсутність протидії діяльності пунктів обміну шприців та аутріч-роботи органів міліції і, навпаки, сприяння в такій суспільно корисній діяльності ПОШ важко переоцінити. Важливим також є налагодження ефективної співпраці між працівниками органів міліції і НУО, що реалізують програми зниження шкоди, з питань проведення спільних інформаційно-навчальних заходів щодо профілактики ВІЛ-інфекції й інших небезпечних інфекційних захворювань через середовище ін'єкційних наркоманів, методи індивідуальної профілактики і захисту здоров'я особового складу від можливого інфікування під час виконання службових обов'язків.

Рекомендовані дії:

- Проаналізувати нормативні документи, якими регламентується порядок дій працівників правоохоронних органів щодо наркозалежних, визначити положення, які суперечать законам і міжнародним зобов'язанням України щодо прав людини та боротьби з

ВІЛ/СНІДом, зокрема щодо зазначених вище видів діяльності, та прийняти рішення щодо внесення змін у ці нормативні документи або їх скасування. Уніфікація нормативних документів МВС з відповідними документами країн – членів ЄС також актуальна в контексті інтеграції України до ЄС.

- Відповідно до прийнятого рішення розробити зміни до відповідних нормативних актів або нові нормативні акти, у яких обов'язково мають бути враховані закони та міжнародні зобов'язання України щодо прав людини. У них також має бути передбачено механізм відповідальної участі МВС у розробленні та впровадженні державних програм боротьби з епідемією наркозалежності та ВІЛ/СНІДу, механізм обов'язкової співпраці органів міліції з органами виконавчої влади та громадськими організаціями, які працюють у цій сфері, на центральному й місцевому рівнях, і відмова від перешкоджання їхній роботі працівників міліції. Виразитися це може, зокрема, у принциповій відмові від практики влаштування облав на наркозалежних поблизу ПОШ і виставляння міліцейських засад поблизу них, а також у відмові працівників органів міліції від переслідування і затримання активістів аутріч-роботи, що часто трапляється на практиці, сприяння в їхній суспільно корисній роботі.
- До форм взаємодії може належати, зокрема: взаємний обмін інформацією, проведення спеціалізованими НУО за участі кваліфікованих медичних працівників навчальних семінарів для працівників органів внутрішніх справ, що висвітлюють питання про способи поширення ВІЛ-інфекції й інших небезпечних інфекційних захворювань через середовище ін'єкційних наркоманів, методи індивідуальної профілактики і захисту здоров'я особового складу від можливого інфікування за

виконання службових обов'язків; надання ними спеціалізованих інформаційних матеріалів про методи профілактики для роздачі їх серед особового складу органів міліції, а також поширення їх працівниками під час проведення профілактичної роботи серед наркоманів. Працівники від-

повідних підрозділів міліції можуть рекомендувати споживачам ін'єкційних наркотиків звертатися до місцевих НУО, що реалізують проти-епідеміологічні програми зниження шкоди, для постановки їх на облік і проведення з ними профілактичної і соціально-реабілітаційної роботи.

Подолання стигматизації

Цілі:

- Забезпечення прав СІН і ЛЖВС.
- Формування в суспільстві толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих і СІН.

Обґрунтування:

Для усунення стигматизації, що існує в українському суспільстві стосовно СІН і ЛЖВС, необхідно проводити комплексну політику, спрямовану на:

- Підвищення рівня інформованості населення щодо наркоманії і ВІЛ/СНІДу та способів їх поширення.
- Створення прецедентів відповідальності за порушення прав наркозалежних і ВІЛ-інфікованих, особливо якщо такі порушення базуються на дискримінаційному ставленні до них.

Наявність таких прецедентів відповідальності й інформування населення про них буде запорукою того, що особи, винні у дискримінації щодо СІН і ВІЛ-інфікованих, побоюватимуться порушувати їхні права, не бажаючи негативних наслідків для себе. Наслідком цього стане зниження рівня дискримінації СІН і ЛЖВС в українському суспільстві. Створювати такі служби правової допомоги можна на базі НУО, що реалізують стратегії зниження шкоди, ВІЛ-сервісних організацій, організацій взаємодопомоги наркозалежних і людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом.

Рекомендовані дії:

- Здійснювати широкі кампанії з інформування населення щодо зазначених питань через засоби масової інформації, проводити цільове навчання в школах і вищих навчальних закладах.
- Розробити та провести серії інформаційно-роз'яснювальних тренінгів для працівників органів виконавчої влади всіх рівнів для вироблення толерантного ставлення до СІН, наркозалежних, ЛЖВС.
- Проводити заняття серед складу відповідних підрозділів працівників міліції для підвищення їхнього рівня обізнаності щодо зменшення шкоди.
- Створити мережу служб безплатної правової допомоги для наркозалежних і ВІЛ-інфікованих осіб, які належать до найвразливіших соціальних груп. Метою їхньої діяльності повинно бути надання СІН і ЛЖВС ефективної допомоги в захисті їхніх прав і законних інтересів, створення прецедентів відповідальності винних у порушенні прав СІН і ЛЖВС. Під час надання правової допомоги варто залучати службу внутрішньої безпеки МВС, прокуратуру, службу омбудсмена, профільні урядові і парламентські комітети, а також ЗМІ.

Політичне лідерство

Ціль:

- Підвищити ефективність державної політики через удосконалення процедур розроблення, затвердження, здійснення та моніторингу політики у цій сфері.

Обґрунтування:

Усі зазначені компоненти державної політики є взаємозалежними. 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 і центрів, у яких наркозалежні могли б отримати медичну, соціальну допомогу. Своєю чергою всі заходи ресоціалізації і реабілітації наркозалежних призведуть до нульового результату, якщо СІН боїтимуться звертатися до державних закладів через існування загрози кримінального переслідування.

Для ефективного запровадження нової державної політики передусім необхідно звернути увагу на саму систему формування та впровадження політики. Це завдання потребує першочергового вирішення, особливо враховуючи міжгалузевий і програмний характер цієї роботи.

Рекомендовані дії:

- Поліпшення інформаційно-аналітичного забезпечення щодо розроблення та впровадження національних і регіональних програм профілактики ВІЛ через:
 - обов'язкову вимогу аналізування розвитку ситуації та його причин, результатів впровадження попередніх програм;

- аналізування наявних ресурсів і перешкод, а також наслідків пропонування програм;

- аналізування можливих варіантів досягнення цілей, наявних інтересів і консультації із зацікавленими сторонами.

- Перегляд системи координації роботи та визначення єдиного координаційного механізму, що має забезпечувати виконання таких завдань:

- узгодження державної політики профілактики ВІЛ/СНІДу у медичній, соціальній, освітній сферах та у сфері боротьби з поширенням наркотиків;

- ефективна участь громадянського суспільства у формуванні державної політики у цій сфері;

- координація пріоритетів, програм та обсягів використання донорської допомоги у цій сфері.

- Забезпечення регуляторної, методичної та матеріально-технічної основи для функціонування єдиного координаційного механізму.

- Створення в регіоні єдиного координаційного органу (групи впровадження програми), що буде реципієнтом коштів з усіх джерел фінансування – державного та місцевого бюджетів, благодійних і донорських організацій. Цей орган повинен акумулювати, розподіляти та контролювати використання коштів за напрямками реалізації програми і відповідати за виконання цілей і досягнення визначених програмою показників та індикаторів. Контроль за роботою цього органу повинні прова-

дити і державні контролюючі органи, і незалежний аудит, призначений донорами. До складу органу повинні входити відповідальні представники державних органів і служб, а також НДО, що мають досвід роботи в регіоні.

- Прийняття Державної концепції наркотичної політики, що узгоджується з політикою профілактики ВІЛ/СНІДу та включає стратегію ЗШ:
 - провести обговорення та консультації із зацікавленими сторонами щодо концепцій наркополітики та політики профілактики ВІЛ;
 - узгодити наявні державні програми з прийнятими концепціями наркополітики та політики боротьби з ВІЛ.

- Поліпшення якості статистичних даних через вдосконалення методик обліку наркозалежних і ВІЛ-інфікованих і проведення досліджень, зокрема, застосування методик моніторингу та оцінки, запропонованих ООН.
- Затвердження переліку статистичних показників, необхідних для проведення моніторингу впровадження заходів профілактики та допомоги й лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, а також відповідних шаблонів і процедур моніторингу.
- Повноцінне запровадження програмно-цільового методу бюджетного фінансування державних програм у цій сфері.

Додаток 1.

Результати громадських обговорень

Перша серія обговорень

У період з 18 січня до 9 лютого 2005 року Міжнародний центр перспективних досліджень (МЦПД) разом з Всеукраїнською асоціацією ЗШ (ВАЗШ) у рамках проекту “Громадське лобювання Стратегії ЗШ” провели серію громадських обговорень “Нова політика ЗШ від вживання наркотиків” у Києві та ще в десяти містах України. Мета – вироблення спільного бачення щодо політики ЗШ від вживання наркотиків, виявлення позицій різних зацікавлених сторін щодо наявних проблем і можливих способів їх вирішення. На обговорення було винесено Зелену книгу, підготовану експертами ВАЗШ і МЦПД за допомогою зовнішніх експертів проекту. Організацію обговорень здійснювали регіональні організації – члени ВАЗШ.

Обговорення відбувалися за таким графіком:

18 січня – Луганськ, 18 січня – Полтава, 20 січня – Знам’янка, 20 січня – Дніпропетровськ, 25 січня – Одеса, 27 січня – Миколаїв, 27 січня – Чернівці, 28 січня – Сімферополь, 1 лютого – Ужгород, 1 лютого – Львів, 9 лютого – Київ.

Обговорення відбувалися за однаковим форматом, який включав презентацію Зеленої книги, виступи експертів і роботу в групах відповідно до запропонованих організаторами запитань. Залежно від кількості представників зацікавлених сторін групи у різних містах було сформовано за різними принципами. Там, де

представників правоохоронної сфери та соціальної сфери (Міністерство сім’ї та молоді, Мінпраці, Державний центр соціальних служб для молоді) було більше трьох осіб, вони працювали як окремі групи. В інакшому разі вони були об’єднані з іншими чиновниками в групу представників органів влади. Групу лікарів було представлено переважно працівниками центрів СНІД і наркологічних диспансерів. До групи громадських організацій входили представники і недержавних організацій, і цільової групи – активні або колишні споживачі наркотиків, їхні родичі та люди, які живуть з ВІЛ. На кожному з обговорень загалом було присутньо від 25 до 35 осіб.

За результатами першої серії обговорень отримано позиції таких зацікавлених сторін:

- Представники органів влади.
- Лікарі.
- Правоохоронці.
- Представники соціальної сфери.
- Представники громадських організацій.

Учасникам кожної групи було запропоновано дати відповіді на такі запитання:

- Якими мають бути **цілі та пріоритети державної політики** профілактики

ВІЛ? Які показники свідчатимуть про **успішність політики** в цій сфері?

- Які **причини низької ефективності** профілактики ВІЛ серед споживачів наркотиків?
- Які переваги та хиби продовження реалізації **наявної політики**?

- Які переваги та хиби у **посилненні переслідувань** за вживання наркотиків?

- Які переваги та хиби у **впровадженні політики ЗШ**?

- Які інші варіанти політики профілактики ВІЛ?

Спільні позиції учасників обговорення

На думку більшості учасників обговорень, **головні пріоритети політики** щодо СНІВ – зниження темпів поширення ВІЛ та інших хвороб і заміна інструментів державної політики щодо СНІВ з переслідувань на профілактику, лікування та реабілітацію. Серед цілей найчастіше звучали такі, як охоплення 60% СНІВ послугами програм ЗШ, поширення цих програм на малі міста та села, забезпечення якості і доступності системи реабілітації наркозалежних, поліпшення якості інформаційної роботи. Багато уваги також приділялося важливості вдосконалення первинної профілактики наркоманії в суспільстві, особливо серед молоді, забезпечення координації політики та належного фінансування.

Успішність політики, на думку учасників обговорень, має вимірюватися такими показниками: стабілізація та зниження темпів поширення ВІЛ, зменшення кількості СНІВ, рівень охоплення СНІВ послугами програм ЗШ, а також якість і доступність цих послуг, стабільність і розмір фінансування програм ЗШ.

Учасники обговорень вирізнили **дві основні причини низької ефективності** заходів з профілактики ВІЛ серед СНІВ: недостатнє фінансування та брак координації зусиль різних відомств між собою та з недержавними організаціями. Як наслідок, обсяг та якість профілактичних заходів недостатні і тому не можуть реально вплинути на ситуацію. Більшість учасників визнали незадовільною якість пер-

винної профілактики наркоманії через низьку якість інформаційних заходів та освітніх програм у цій сфері.

Представники органів влади та громадських організацій виділили таку проблему, як недовіра до державних структур, медичних і соціальних установ, внаслідок чого клієнти програм ЗШ не користуються наявними послугами та програмами, що знижує ефективність профілактичних заходів. Пов'язану із цим проблему стигматизації також відзначали у більшості груп як таку, що потребує вирішення.

На низькій інформованості суспільства про проблему та, відповідно, недостатній ролі суспільства у її вирішенні не раз наголошували під час обговорень зацікавлені сторони. Недостатнє інформування суспільства про проблему та заходи у цій сфері – одна з важливих прогалин у нинішній політиці.

Серед хиб **наявної політики** зазначали її декларативний характер і брак фінансування. Зокрема йшлося про відсутність, незважаючи на задекларованість, реальних державних програм реабілітації наркозалежних і програм замісної терапії, без яких вплив на ситуацію зі споживанням наркотиків і профілактика ВІЛ не ефективні. Переважно негативною була й оцінка заходів щодо боротьби з розповсюдженням нелегальних наркотиків, коли до правової відповідальності притягують переважно наркозалежних, а не наркоділків. Такий підхід, на думку учасників

обговорень, не лише не сприяє боротьбі з незаконним обігом наркотиків, а й знижує ефективність медичних заходів з профілактики ВІЛ.

До позитивних моментів нинішньої політики віднесено визнання на державному рівні (хоча й декларативне) програм ЗШ. Зазначали також існування певної співпраці НУО з органами влади та початок розуміння проблеми на державному рівні.

Можливість **посилення репресій** щодо СІН сприйнято однозначно негативно. Такий підхід хоча й може певною мірою ізолювати СІН від суспільства та слугувати для якоїсь частини СІН стимулом для відмови від вживання наркотиків, водночас він ще більше зажене проблему у тінь, посилить криміналізацію та унеможливить профілактику захворювань у цій групі.

Акценти різних груп

Лікарі зазначали як проблему неврегульованість питання замісної терапії: хоча майже всі лікарі наркологічної служби, які брали участь у обговореннях, вже готові впроваджувати ЗПТ, через непорозуміння з правоохоронними органами щодо препарату метадон для ЗПТ її впроваджують лише у пілотному режимі. Водночас більшість наркологічних лікарень уже давно використовують інші наркотичні препарати у програмах детоксикації та деякі – у пілотних місцевих програмах замісної терапії.

Групи, в яких працювали **лікарі та правоохоронці**, зазначали також ризик нелегального розповсюдження замісних речовин під час запровадження замісної терапії, можливість для зловживань і корупції, а також те, що ЗПТ може сприяти появі нових випадків наркозалежності.

Представники НУО, що здійснюють програми ЗШ коштом міжнародних донорів,

Головними перевагами **розширення програм ЗШ** учасники назвали можливість реально вплинути на ситуацію з поширенням ВІЛ та інших супутніх хвороб, а також поліпшення контакту з цільовою групою, можливість повернення СІН до нормального суспільного життя та мотивацію до відмови від вживання наркотиків. Ризиками впровадження програм ЗШ, на думку учасників, є неприйняття їх населенням, надто пізні впровадження з огляду на епідеміологічну ситуацію, нестача фахівців і недостатнє й нестабільне фінансування.

На додаток до програм ЗШ, на думку учасників обговорень, набагато більше, ніж зараз, уваги потрібно приділяти питанням первинної профілактики наркоманії та ВІЛ через цільові інформаційні заходи для різних груп суспільства, поліпшення профілактики у навчальних закладах, пропаганди здорового способу життя.

наголошували на необхідності залучення державних ресурсів для підтримки роботи НУО у сфері профілактики ВІЛ, зокрема через надання НУО можливості брати участь у конкурсах на виконання державного замовлення у цій сфері. Саме стабільне і гарантоване фінансування державою заходів зі ЗШ, що впроваджуються і державними, і недержавними організаціями, а також співпраця НУО та державних установ вбачається як необхідна умова для подолання епідемії ВІЛ і зниження рівня наркотизації суспільства.

Лікарі, представники соціальної сфери та НУО звертали увагу, що для України характерна низька доступність наркозалежних, що дуже ускладнює роботу з ними. Інша особливість полягає в тому, що для здійснення ними профілактики й лікування наркозалежності та ВІЛ/ СНІДу на місцевому рівні обов'язковим є досягнення домовленостей з керівництвом місцевих правоохоронних органів.

Варто також зазначити певне непорозуміння або незнання деяких учасників щодо завдань замісної терапії та значення терміну “ресоціалізація”. Деякі **чиновники** говорили про несумісність програм замісної терапії та ресоціалізації СНІВ, хоча, відповідно до практики ЗШ, замісна терапія є одним з перших кроків до ре-

соціалізації наркозалежних. Інші чиновники прямо зазначали недостатність у них знань щодо завдань і методів стратегії ЗШ. Лікарі вказували на те, що ЗШ – це важливий елемент боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу, але він не забезпечує вирішення проблеми в цілому.

Розбіжності в позиціях груп

Основна суперечність існує між позиціями правоохоронних органів і решти учасників обговорень. Так, представники правоохоронних органів вважають, що нинішня ситуація з притягнення до кримінальної відповідальності споживачів наркотиків не надто репресивна, оскільки спрямована переважно проти розповсюджувачів, а споживач наркотиків також є потенційним злочинцем, який має бути ізольований від суспільства. Тому політика заборони і контролю виправдана з погляду інтересів суспільства.

На думку ж іншої частини учасників дискусії, дії міліції спрямовано переважно

проти споживачів, а не розповсюджувачів наркотиків, оскільки переважно більшість кримінальних справ у цій сфері заведено саме проти споживачів за зберігання або виготовлення невеликих обсягів наркотичної речовини для власного вживання. Негативними наслідками цього є зниження ефективності заходів профілактики, недовіра клієнтів до програм ЗШ і витрачання зусиль міліції на боротьбу з наркозалежними замість боротьби з розповсюджувачами наркотиків.

Друга серія обговорень

У період з 18 до 28 квітня 2005 року проведено другу серію обговорень політики зменшення шкоди. Мета – обговорення пропонувані заходів із впровадження політики зменшення шкоди, визначення позицій зацікавлених сторін щодо пріоритетних дій, наявних ризиків, перешкод і ресурсів. На обговорення, що відбулися в 11 містах, було винесено проєкт Білої книги. Обговорення відбувалися за таким графіком:

18 квітня – Київ, 20 квітня – Полтава, 20 квітня – Знамянка, 22 квітня – Луганськ, 22 квітня – Дніпропетровськ, 25 квітня – Одеса, 26 квітня – Чернівці, 27 квітня – Миколаїв, 27 квітня – Львів, 28 квітня – Сімферополь, 28 квітня – Ужгород.

Обговорення відбувалися за таким самим форматом, як і під час першої серії. Учасникам пропонували такі запитання:

1. Чи запропоновані у документі заходи достатні для запровадження стратегії зменшення шкоди? Які заходи ви додали б, вилучили або змінили?
2. Що має бути зроблено передусім і ким? Назвіть три-п'ять **першочергових**, на вашу думку, кроків.
3. Які потрібні **ресурси** для здійснення цих кроків?
4. Які існують **перешкоди** та як їх подолати?

Серед необхідних першочергових заходів представники практично всіх груп інтересів у всіх містах найчастіше називали заходи інституційного змісту, спрямовані на забезпечення умов для ефективної реалізації політики. Зокрема це такі заходи, як забезпечення координації дій, належне фінансування програм зменшення шкоди, навчання для спеціалістів, контроль за впровадженням програм. Представники громадських організацій також наголошували на необхідності визначення статусу програм зменшення шкоди як соціальної послуги та залучення недержавних організацій до виконання державних програм.

Водночас першочергове значення мають інформаційні заходи, спрямовані на підвищення обізнаності населення щодо проблеми, створення мотивації до здорового способу життя, формування толерантного ставлення до ЛЖВ і людей, хворих на наркотичну залежність.

Не менш важливе, на думку учасників обговорень, – питання забезпечення доступу до лікування людей, хворих на наркотичну залежність. Зокрема серед першочергових заходів відзначали розвиток реабілітаційних центрів, соціальних підприємств, а також надання доступу до лікування замісною підтримувальною терапією тим, хто її потребує.

Перегляд роботи органів внутрішніх справ зі споживачами наркотиків також відзначали як один із пріоритетів. Зокре-

ма йшлося про необхідність зменшення кримінального переслідування наркозалежних, зміну акцентів у роботі правоохоронних органів із боротьби зі споживачами наркотиків на боротьбу з розповсюджувачами.

Фінансові та людські **ресурси**, на думку учасників обговорень, – основне, що потрібно для реалізації стратегії зменшення шкоди. Водночас реальну нестачу цих ресурсів, а також неврегульованість правового статусу програм зменшення шкоди зазначали як основні перешкоди діяльності.

Важливий чинник, що **перешкоджає** впровадженню програм ЗП, – відсутність підтримки населення, представників влади зокрема. Основним дискусійним питанням виявилось запровадження замісної підтримувальної терапії для хворих на наркотичну залежність. Дебати, що відбувалися під час обговорень, засвідчили передусім відсутність спільного розуміння цілей політики стосовно наркозалежних. Так, противники впровадження ЗТ переважно вважають, що наркозалежні не можуть існувати у суспільстві, вони повинні бути ізольованими, проходити примусове лікування або перебувати в місцях позбавлення волі. Водночас більша частина учасників обговорень вважає, що ЗПТ необхідно запроваджувати, оскільки вона здатна допомогти у вирішенні і проблеми поширення ВІЛ, і проблеми злочинності, пов'язаної з незаконним вживанням наркотиків.

Додаток 2.

Міжнародний досвід попередження ВІЛ серед СІН

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 ЗШ.
- Як і будь-яка інша політика, вона повинна бути чітко сформульована, мати окреслені цілі та план реалізації, 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 щодо вживання наркотиків і поширення ВІЛ, ставлення до проблеми в суспільстві, традиції та підходи до вирішення проблеми, наявні ресурси та обмеження.

Міжнародний досвід

Основні міжнародні документи у сфері попередження ВІЛ – “Міжнародні керівні принципи ООН з питань ВІЛ/СНІДу і прав людини”²⁶ 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 СІН, права яких найчастіше порушують, найбільш вразливі до ВІЛ. Ідея рекомендацій полягає в тому, що забезпечення дотримання прав людини, таких як право на відсутність дискримінації, на працю, 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 року²⁷ визнає соціальну та економічну небезпеку для людства, яку приховує в собі наркотична залежність, і 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. У ній наголошується на тому, що програми зменшення попиту на нелегальні нар-

²⁶ ВІЛ/СНІД і права людини. Міжнародні керівні принципи, Женева: Нью-Йорк, 1998.

²⁷ 1961 UN Single Convention on Narcotic Drugs, Article 38.

котики повинні включати всі сфери профілактики – від попередження першого вживання наркотиків до зниження негативних соціальних і особистих наслідків від вживання наркотиків для особистості та суспільства в цілому²⁸.

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 ВООЗ програмний документ “Принципи профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотиками”. Саме ці документи, розроблені 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 наркотиками.

Основні компоненти політики ЗШ

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

1. Забезпечення осіб, які вживають наркотиками шляхом ін'єкцій, стерильними ін'єкційними інструментами та дезинфікуючими засобами

Забезпечення доступності стерильних голків, шприців і дезинфікуючих 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 наркотиками шляхом ін'єкцій, мали доступ до голків, шприців і дезинфікуючих 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 ре-

абілітаційних програм. У програмах обміну також здійснюється запобігання небажаних наслідків вживання наркотиків, як-от збір використаних голків і шприців, розміщення їх у безпечних місцях та утилізація.

2. Надання СІН можливості отримувати ЗПТ

Цей компонент – спосіб лікування опіоїдної залежності під наглядом лікаря через застосування опійних агоністів, таких як метадон. Головна мета лікування шляхом замісної терапії – зменшення рівня використання незаконних наркотиків, зниження рівня ризикової поведінки: використання нестерильних шприців і голків і, як наслідок, зниження ризику ВІЛ-інфікування. Рекомендацією ВООЗ є включення метадонових чи інших програм замісної терапії до загальнонаціональної стратегії щодо наркотиків як одного з варіантів терапії, особливо в країнах з високим рівнем поширення вживання героїну чи інших наркотиків опіоїдної групи; доступність метадонових програм для осіб, які вживають наркотиками опіоїдної групи, особливо для тих з них, які вводять наркотик внутрішньовенно і практикують ризикову в сенсі ВІЛ-

²⁸ 1998 UN Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction, Article 10.

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 вагомі профілактичні результати. Важливим також є забезпечення доступу СНІВ, які живуть з ВІЛ, до антиретровірусного 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 безпечною; 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 голок, шприців, дезинфікуючих коштів, презервативів у групах високого ризику, а також збір використаних інструментів і пристосувань для ін'єкцій та 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 ризикової по-

ведінки; навчання працівників служб охорони здоров'я соціальної допомоги з ак-

центом на первинній медико-санітарній допомозі.

Умови для ефективної реалізації політики ЗШ

Як вже наголошувалося, для ефективної реалізації політики ЗШ необхідно забезпечити дотримання прав людини стосовно СНІВ, 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 ЗШ.

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

Приклад: історія політики ЗШ у Польщі

У Польщі розмови про ЗШ почалися у 1986–1987 роках. Однак перші програми поширення шприців коштам 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 аутич-програми почали втілювати 1993 року. Першу програму обміну голок 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, які 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 вживанням наркотиків, і безпечний секс. Серед споживачів наркотиків проводять інформаційну роботу, щоб мотивувати їх до проходження лікування від наркотичної залежності.

Замісна підтримувальна 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 Польщі²⁹.

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

²⁹ Джерело: Національний Центр Польщі з проблем СНІВу, <http://www.aids.gov.pl/>.

Додаток 3.

Європейський контекст

Відповідно до рекомендацій Європейської комісії щодо координованого та інтегрованого підходу до боротьби з ВІЛ/СНІДом³⁰, рекомендацій Ради Європи щодо попередження та ЗШ для здоров'я від наркотичної залежності³¹, а також рекомендацій ООН і ВООЗ, програми ЗШ від вживання наркотиків є ефективним інструментом досягнення цілей боротьби з наркотиками та профілактики інфекційних захворювань і тому мають розширюватися.

У країнах Європейського Союзу ЗШ від вживання наркотиків розглядають як частину наркополітики³², спрямованої на зменшення попиту на наркотики та негативних наслідків від їх вживання для суспільства. Незважаючи на відсутність доказів щодо зменшення поширеності незаконного вживання наркотиків, завдяки повномасштабній реалізації заходів зі ЗШ у країнах Європейського Союзу вдалося досягти зниження шкоди для здоров'я та смертності, пов'язаної із вживанням наркотиків³³. У політиці ЄС ЗШ розглядають як комплекс заходів, що включає³⁴:

- Інформування та активну роботу зі споживачами наркотиків, що сприяють зниженню ризиків і допомагають наркозалежним отримати необхідні послуги.

- Залучення місцевих громад і сімей до профілактики.
- Наголос на аутріч-роботі для залучення груп, що перебувають поза межами наявних програм.
- Надання замісної терапії, поєднаної із психо-соціальною допомогою, з урахуванням того, що повинен бути доступний широкий спектр послуг з лікування.
- Надання наркозалежним у в'язницях таких послуг, які і для наркозалежних поза межами місць позбавлення волі.
- Розповсюдження та обмін шприців, презервативів і дезинфікуючих засобів, що включає створення програм і пунктів обміну.
- Забезпечення невідкладної медичної допомоги в разі передозування.
- Інтеграція між медичними та соціальними послугами.
- Навчання для спеціалістів, відповідальних за профілактику та зменшення ризиків для здоров'я від вживання наркотиків.

³⁰ Coordinated and Integrated Approach To Combat HIV/AIDS Within The European Union and in its Neighborhood, European Commission, Brussels, 8.9.2004 C (2004) 3414.

³¹ Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence, OJ L 165, 03/07/2003, p. 31.

³² EU Drugs Strategy 2000–2004, EU Drugs Strategy 2005–2012.

³³ EU Drugs Strategy 2005–2012, Brussels, 22 November 2004, p. 4.

³⁴ Там само, Council Recommendation.