



УКРАЇНА

Риторика та ризик

Порушення прав людини перешкоджає боротьбі
України з ВІЛ/СНІДом

H U M A N
R I G H T S
W A T C H

Риторика та ризик як дискримінація та міліцейське свавілля перешкоджають Україні в боротьбі з ВІЛ/СНІДом

Словник ключових термінів.....	1
I. Резюме.....	3
II. Ключові рекомендації.....	8
Уряду України:.....	8
III. Методика	10
IV. Історія питання	12
ВІЛ/СНІД в Україні.....	12
Ін'єкційне вживання наркотиків та ВІЛ/СНІД в Україні.....	16
Міліцейські заходи та ризик ВІЛ	22
Забезпечення охорони здоров'я в Україні	26
V. Зловживання з боку міліції.....	30
Порушення міліції проти споживачів ін'єкційних наркотиків	32
Пряме втручання міліції у процес надання інформації про запобігання ВІЛ та послуги для споживачів наркотиків.....	38
Міліцейська жорстокість стосовно працівників секс-бізнесу	45
VI. Порушення в системі охорони здоров'я.....	49
Відмова в наданні медичних послуг.....	49
Дискримінаційне надання медичних послуг, яке принижує гідність.....	51
Конкретні перешкоди для лікування, що постають перед споживачами наркотиків	53
Незаконні вимоги сплати за ліки та послуги.....	55
Перешкоди для лікування туберкульозу в людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.....	56
Порушення стосовно ВІЛ-позитивних жінок у галузі охорони репродуктивного здоров'я.....	58
Неадекватний захист конфіденційної інформації	62
VII. Перешкоди в лікуванні від наркотичної залежності та доступі до АРВ-терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків.....	65
Перешкоди щодо замісної терапії.....	65
Перешкоди для антиретровірусної терапії.....	72

VIII. ВІЛ/СНІД, вживання ін'єкційних наркотиків та право людини на здоров'я.....	78
Право на отримання медичних послуг без страху покарання.....	78
Право на свободу від дискримінації в доступі до охорони здоров'я та медичних послуг.....	79
IX. Рекомендації.....	82
Уряду України.....	82
Організації Об'єднаних Націй.....	87
Усім державам-учасникам міжнародних конвенцій з наркотичних речовин.....	88
Європейському Союзу.....	89
Іншим європейським міжурядовим структурам.....	89
Уряду Сполучених Штатів Америки.....	90
Міжнародним фінансовим інституціям.....	91
Подяки.....	92

Словник ключових термінів¹

«Посадка шатла» – практика використання одного шприца для приготування наркотичного розчину, котрий потім розподіляється для ін'єкцій одним або кількома шприцями. Наркотичний розчин перекачується з одного шприца в інший за допомогою голки (**«верхня посадка»**) або шляхом видалення стержня (**«нижня посадка»**). Якщо шприц, у якому готувалася суміш, був зараженим, існує ризик передачі ВІЛ, гепатиту та інших інфекцій.

Бупренорфін – препарат, що використовується в програмах опійно-замісної терапії. Його включено до Примірного переліку життєво необхідних лікарських препаратів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Зменшення шкоди – комплекс заходів, розроблених з метою зменшити особисту та суспільну шкоду, що асоціюється з уживанням наркотиків, у тому числі ризик ВІЛ-інфікування, без вимоги припинення вживання наркотиків. На практиці програми зменшення шкоди включають обмін використаних шприців, замісну терапію з використанням таких речовин, як метадон, просвіту з питань здоров'я та вживання наркотиків, тестування на ВІЛ та інші інфекції, що передаються через кров та статевим шляхом, психологічні консультації і медичну допомогу.

Обладнання для ін'єкцій – предмети, такі як шприци, вата, спиртівки та вода, що використовуються в процесі приготування та використання наркотиків. Кожен із них може бути потенційно інфікованим і передавати ВІЛ або гепатит. Більш широкий термін «наркотичне приладдя» включає обладнання для ін'єкцій і речі, що асоціюються з неін'єкційним вживанням наркотиків, наприклад люльки для куріння маріхуани.

Метадон – препарат, що використовується в програмах опійно-замісної терапії. Його включено до Примірного переліку життєвонеобхідних лікарських препаратів (ВООЗ).

Пункти обміну голок або шприців – пункти, де видають стерильні шприци або голки в обмін на вже використані. Крім обміну шприців або голок, ці пункти часто надають інформацію про попередження та уникнення ВІЛ, першу медичну

¹ Інформацію для цього словника зібрано з низки джерел, у тому числі: Департамент ООН з наркотиків та злочинності: «Глосарій термінів» (адреса в Інтернеті: http://www.unodc.org/pdf/report_2000-11-30_1.pdf (отримано 8 грудня 2005 р.); Всесвітня організація охорони здоров'я, Департамент ООН з наркотиків та злочинності, Спільна програма ООН зі СНІДу: «Замісна підтримувальна терапія в терапії опійної залежності та попередження ВІЛ/СНІДу: офіційна позиція» (Женева: ВООЗ, UNODC, UNAIDS, 2004); та електронний лист доктора Костянтина Леженцева, менеджера Міжнародної програми розвитку зі зменшення шкоди, 20 січня 2006 р.

допомогу, направлення на лікування наркотичної залежності та інші медичні й соціальні послуги.

«Ширка» – популярна назва одного з найбільш поширених ін'єкційних похідних опію, що використовуються в Україні, – приготований у домашніх умовах ацетильований опій, або витяжка опію. В Одеській області «ширкою» називають приготований у домашніх умовах похідний амфетаміну, відомий загалом у країні як «гвинт» або «первінтин».

Замісна, або підтримувальна, терапія – вид лікування опіоїдної залежності, при якому використовують психоактивні речовини, що є фармакологічно спорідненими з такою, що розвиває наркотичну залежність, з метою заміни такої речовини. Замісна терапія спрямована на відмову наркозалежних людей від вживання незаконних препаратів невідомої дії, якості та чистоти і перехід до використання легальних препаратів, отриманих у медичних закладах або через інші легальні канали, тим самим зменшуючи ризик, пов'язаний з ін'єкціями (передозування, ВІЛ, гепатити), і необхідність скоювати злочини для отримання наркотиків.

Шприци та голки – інструменти для ін'єкцій; головні елементи шприца – це голка, пластикова циліндрична ємність та пластиковий стержень. Мітки, що нанесені на ємність шприца, використовуються для відмірювання води або розчину, необхідних для того, щоб розчинити тверду речовину до рідкого стану. Шприци та голки різняться за розміром та не завжди продаються зібраними; шприц з приєднаною голкою часто зветься «інсуліновим». Хоча дезінфекція шприців можлива, працівники служб охорони здоров'я рекомендують використовувати новий стерильний шприц для кожної ін'єкції.

Джгути, або перетяги, – речі, що використовуються для збільшення або «підкачки» вен для полегшення ін'єкцій. Кров на джгуті так само може стати джерелом інфікування. Як правило, за джгути служать мотузки, ремені, гумові шланги та частини велосипедних насосів.

«Гвинт», або первінтин, – популярні назви ін'єкційних похідних амфетаміну, виготовлених у домашніх умовах.

«Ломка» (жарг.), **абстинентний синдром**, – клінічні симптоми, що виникають у результаті призупинення або зменшення вживання наркотичної речовини, що впливає на мозок або процеси мислення (напр., «психоактивні» речовини). Зазвичай «ломка» відбувається, коли наркотичну субстанцію приймали неодноразово та/або у великих дозах.

I. Резюме

Україна стоїть на важливому роздоріжжі у своїх намаганнях стримати смертельну епідемію ВІЛ/СНІДу. Саме в Україні епідемія ВІЛ/СНІДу набула найбільших масштабів у Європі і продовжує зростати одними з найшвидших темпів у світі. За існуючими даними, уже 416 000 осіб – 1,7 відсотка всіх дорослих українців віком від п'ятнадцяти до сорока дев'яти років – живуть з ВІЛ/СНІДом. Епідемія, що поширюється переважно через ін'єкційне вживання наркотиків та роботу в секс-бізнесі, найбільше вражає осіб, які складають маргінальні групи суспільства та зазнають високого ризику насильства з боку правоохоронних органів та зневажливим ставленням у закладах системи охорони здоров'я. Якщо не буде вжито негайних та скоординованих заходів, ці порушення прав людини можуть звести нанівець багато важливих кроків, що їх уже зробила Україна на шляху подолання епідемії ВІЛ/СНІДу.

Цей звіт базується на прямих свідченнях 101 людини, які живуть в Україні з ВІЛ/СНІДом або серйозно ризикують захворіти на нього. Вони представляють малу частку вражених ВІЛ/СНІДом у цій країні, однак їхні історії виявляють одну й ту саму тему: фізичне та психологічне насильство й порушення належних процедур міліцією в поєднанні з поширеною дискримінацією з боку медичних працівників, які полишають і без того незахищених людей без можливості звернутися куди-небудь з метою уникнути ВІЛ-інфекції або за лікуванням.

В інтерв'ю з організацією «Нагляд за правами людини» (Human Rights Watch) споживачі наркотиків та працівники секс-бізнесу казали, що зазнавали фізичного та психологічного насильства з боку працівників української міліції, які вимагали від них гроші або інформацію. Наркоспоживачі розповідали, що міліціонери підкидали їм особисто наркотики, примушували їх підписувати неправдиві свідчення або погрожували їм чи членам їхніх родин насильством, якщо вони не платитимуть або не надаватимуть інформацію.

Міліцейська жорстокість, що часом сягає рівня тортур, є постійною та дуже поширеною проблемою в Україні й виходить за рамки питання лише ВІЛ/СНІДу. Однак саме споживачі наркотиків та працівники секс-бізнесу часто стають жертвами таких порушень, оскільки їхнє маргіналізоване становище робить їх легкою здобиччю для міліціонерів, що ставлять собі за мету виконати план з арештів. Міліція використовує наркотичну залежність як знаряддя, аби примусити наркозалежних людей давати свідчення: перспектива болю від «ломки» робить цих

людей особливо вразливими та більш схильними підкоритися тиску з боку міліції. А оскільки споживачів наркотиків та працівників секс-бізнесу багато людей вважають соціально небажаними особами, то працівники міліції мало ризикують бути покараними за свої дії.

Наркоспоживачі розповідали, що їх затримували на пунктах обміну шприців (пунктах зменшення шкоди), куди вони зверталися за послугами та інформацією, що повністю суперечить українській політиці підтримки зменшення шкоди та заявам високих міліцейських посадовців про підтримку такої політики. Наркоспоживачі та працівники, які надають їм послуги, розповідали про те, що міліціонери зневажливо ставилися до споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), заарештовували та жорстоко били їх лише за те, що вони мали при собі шприци в пунктах обміну шприців або поблизу них. Міліція втручалася в спроби аутрич-працівників (людей, які працюють з різними групами населення на місцях) надати наркозалежним людям інформацію про ВІЛ/СНІД, часом шляхом їх затримання або побиття. У місцях, де міліція постійно перешкоджала діяльності пунктів обміну шприців, спостерігається спільне використання ін'єкційного інструментарію, що суттєво підвищує ризик ВІЛ-інфікування для них, їхніх статевих партнерів/партнерок та дітей.

Human Rights Watch також виявила, що дискримінаційне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом або в умовах підвищеного ризику інфікування, є дуже поширеним серед працівників галузі охорони здоров'я в Україні. Людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та споживачам ін'єкційних наркотиків відмовляли у прийомі до лікарні, їх примусово виписували, як тільки довідувалися, що вони ВІЛ-інфіковані, або надавали медичні послуги на дуже низькому рівні, що було вкрай негуманним та підривало їхнє і без того слабке здоров'я. «Швидкі допомоги» відмовлялися транспортувати наркозалежних людей та осіб, які живуть з ВІЛ/СНІДом. У деяких випадках про медичну допомогу можна було домовитися, лише сплативши за послуги, що мали надаватися безкоштовно. Люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, лікарі, які спеціалізуються на лікуванні СНІДу та працівники служб, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, визначають відмову в наданні медичних послуг як окрему проблему для тих, хто звертається по лікування до туберкульозних диспансерів. Туберкульоз поширений в Україні, легко передається та є основною причиною смерті серед осіб, які живуть з ВІЛ/СНІДом; відмова лікувати їх від туберкульозу ставить під загрозу їхнє життя та здоров'я тисяч інших українців.

Доступ споживачів наркотиків до медичних послуг ще більше ускладнювався через обов'язкову офіційну реєстрацію їх медичними працівниками та фахівцями з лікування наркотичної залежності, які повідомляють імена наркозалежних людей

міліції та їх роботодавцям. Наркологічні диспансери та державні заклади лікування наркотичної залежності повинні реєструвати імена споживачів наркотиків, які звертаються до цих закладів по лікування. Споживачі наркотиків розповідали, що від звертання по лікування, в тому числі й від наркотичної залежності, їх утримували побоювання, що медичні працівники заявлять про те, що вони вживають наркотики, у міліцію або що ця інформація потрапить до їх роботодавців, що може призвести до звільнення.

Кожне з порушень, що задокументовані в цьому звіті, може ще більше загостритися через зміни, які пропонуються до політики України стосовно наркотиків і які криміналізуватимуть зберігання меншої кількості наркотиків, ніж та, що її заборонено сьогодні. Страх арешту через зовсім незначну кількість наркотиків загрожує прискоренням зростання рівня ВІЛ-інфікування через відвертання тих, хто є найбільш вразливим до ВІЛ-інфікування, від послуг з попередження ВІЛ, та збільшенням термінів ув'язнення для наркоспоживачів. Таким чином, багато хто продовжує вживати наркотики, а можливості попередити ВІЛ та отримати ефективне лікування від наркотичної залежності залишаються обмеженими, що підвищує ризик захворювання на ВІЛ, у той час як схильність до інших інфекційних захворювань (таких як туберкульоз) може загострити перебіг ВІЛ-інфекції.

Україна здійснила низку позитивних кроків з метою подолання епідемії ВІЛ, переважно в галузі правової та стратегічної реформ. Національне законодавство з ВІЛ/СНІД, що вважається зразковим у регіоні, змінювалося в 1998 р. і потім – у 2001 р. аби запровадити стратегії, що базуються на засадах захисту прав людини та на незаперечних доказах, що є вкрай необхідними для ефективного реагування на ВІЛ/СНІД. Серед таких змін є відміна обов'язкових аналізів на ВІЛ та гарантії права на інформацію про ВІЛ/СНІД і конфіденційність результатів аналізів на ВІЛ-інфекцію. Українське національне законодавство зі СНІДу містить чіткі зобов'язання надавати споживачам наркотиків послуги з попередження ВІЛ, у тому числі запровадження програм з обміну шприців. Національна програма з профілактики ВІЛ/СНІД визначила одним зі своїх головних завдань запровадження програми замісної терапії, що має бути пов'язана з програмами попередження та лікування ВІЛ. Верховна Рада України також рекомендувала запровадження замісної терапії з метою профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків. У вересні 2005 р. Україна розпочала впроваджувати програми замісної терапії з використанням бупренорфіну для ВІЛ-позитивних СІН у семи містах з метою охопити 200 осіб до кінця 2005 р. та 6000 осіб до 2008 р.

Ці кроки базуються на міжнародному досвіді, що вказує на високу ефективність цілеспрямованих дій стосовно СНІВ, зокрема надання стерильного ін'єкційного обладнання та опіоїдної замісної терапії (часто знаної як «зменшення шкоди») в попередженні передачі ВІЛ та інших негативних наслідків уживання наркотиків. Трагічна та вбивча іронія полягає в тому, що для багатьох українців такі захисні заходи існують лише на папері, ще й систематично підбиваються постійними порушеннями прав людини в рамках систем кримінального судочинства та охорони здоров'я.

Станом на січень 2006 р. міжнародні донори виділили більш ніж 100 мільйонів доларів США на підтримку боротьби України з ВІЛ/СНІДом. У 2004 р. за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією і в тісній співпраці з громадянським суспільством неурядова організація (НУО) «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» розпочала антиретровірусну програму, спрямовану на лікування людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. У період з квітня 2004 р. до 1 грудня 2005 р. більш ніж 2600 осіб розпочали антиретровірусне (АРВ) лікування в межах цієї програми. У той час як ця програма вважається лікувальним заходом, що поширюється швидше за будь-який інший у Східній Європі, вона все одно охоплює лише малу частку із 17 300 осіб, які невідкладно потребують АРВ-терапії. Приклади поширеної дискримінації в системі охорони здоров'я, що їх задокументувала Human Rights Watch, ілюструють деякі з перешкод, що заважають Україні досягти своєї мети поширення АРВ-лікування.

Беручи на себе зобов'язання надавати споживачам наркотиків послуги зі зменшення шкоди та намагаючись поширити доступ людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, до АРВ-терапії, український уряд продемонстрував важливу підтримку захисту прав тих, хто живе з ВІЛ/СНІДом або є уразливим до інфікування. Але зобов'язання українського уряду на політичному рівні можуть бути підірваними, якщо не буде вжито негайних заходів із забезпечення їх реалізації на практиці.

Для того щоб зусилля України з подолання СНІДу були ефективними, забезпечення права на попередження ризику інфікування та інформацію з ВІЛ/СНІДу має бути політично підтримане всіма урядовими структурами, а не лише Міністерством охорони здоров'я. Зокрема, ключову роль має відігравати Міністерство внутрішніх справ. Воно має накладати стягнення або звільняти тих правоохоронців, які своїми неправомірними діями перевищують свої повноваження і тим порушують українські та міжнародні правові стандарти, та вживати негайних заходів, аби правоохоронці не перешкоджали зусиллям з попередження ВІЛ. Українські політичні лідери повинні принципово висловитися

на підтримку профілактики та лікування ВІЛ і медичних послуг для споживачів наркотиків і вжити негайних заходів з притягнення до відповідальності винних у здійсненні або підтримці порушень. Вони мають також запровадити широкий захист в українському праві й політиці і тим самим надати змістовності заходам із захисту прав людини для осіб, які живуть з ВІЛ/СНІДом або в умовах високого ризику інфікування, згідно із зобов'язаннями, які Україна взяла на себе, принаймні на папері. Донори, що підтримують боротьбу з ВІЛ в Україні, мають висловити занепокоєння тим, що їхні інвестиції зводяться нанівець поширеним порушенням прав людини стосовно тих, хто живе з ВІЛ/СНІДом або в умовах найвищого ризику інфікування.

II. Ключові рекомендації

Уряду України:

Стосовно ВІЛ/СНІДу:

- Припинити дискримінацію споживачів наркотиків та людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, при наданні послуг у галузі охорони здоров'я.
- Забезпечити права людей в Україні на повну й точну інформацію стосовно ВІЛ/СНІДу та на отримання послуг з попередження та лікування ВІЛ/СНІДу без страху покарання або дискримінації.
- Проводити тренінги з питань ВІЛ/СНІДу, зменшення шкоди та вживання наркотичних препаратів для всіх працівників медичних закладів.

Стосовно наркотичних препаратів та споживачів наркотиків:

- Розширити та посилити спектр і підтримку послуг з гуманного лікування наркотичної залежності, у тому числі й в умовах ув'язнення, згідно з міжнародними стандартами, що включають своєчасне застосування замісної терапії з використанням метадону та бупренорфіну.
- Відхилити пропозицію Комітету з контролю за наркотиками Міністерства охорони здоров'я про внесення змін до таблиці класифікації наркотичних речовин України, які криміналізуватимуть зберігання дуже невеликої кількості деяких наркотиків, що лише загострює проблему ВІЛ/СНІДу серед наркоспоживачів.

Стосовно поведінки працівників правоохоронних органів:

- Припинити та публічно засудити незаконне застосування сили та інші форми неналежного ставлення з боку міліції та інших представників державних структур до СІН та працівників секс-бізнесу.
- Припинити й публічно засудити втручання міліції та інших представників державних структур у надання послуг зі зменшення шкоди.

Організації Об'єднаних Націй та державам, що є її членами

- Підтвердити права всіх людей на доступ до повного спектра послуг з попередження ВІЛ, у тому числі до обміну шприців та опіоїдної замісної

терапії, без страху арешту або покарання як частини права на найвищий можливий рівень охорони здоров'я.

- Підтримати внесення змін до міжнародних конвенцій з наркотичних речовин з метою чіткого та недвозначного заклику до легалізації та поширення повного спектра стратегій зі зменшення шкоди, що її завдають наркотики, та заохотити держави-члени ООН використовувати методики охорони здоров'я щодо вживання наркотиків, у тому числі розширений доступ до послуг з обміну шприців та до опіоїдної замісної терапії.

III. Методика

Цей звіт базується на чотиритижневому польовому дослідженні в Україні в червні та липні 2005 р. Дві штатні працівниці Human Rights Watch провели детальні інтерв'ю зі сто одним представником спільноти людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, споживачами ін'єкційних наркотиків та працівниками секс-бізнесу. Ці інтерв'ю проводилися в Одеській, Херсонській, Миколаївській, Дніпропетровській та Київській областях – п'ятих регіонах, найбільш уражених ВІЛ/СНІДом². Інтерв'ю були відкритими й охоплювали багато тем. Вони проводилися в приміщеннях НУО, державних, донорських та ВІЛ-сервісних організацій, а також на пересувних пунктах профілактики ВІЛ/СНІДу та зменшення шкоди. Одній працівниці Human Rights Watch було надано допомогу перекладача для проведення інтерв'ю українською та російською мовами. Інша працівниця проводила всі інтерв'ю російською мовою. Особам, котрих інтерв'ювали, не пропонувалося та не надавалося жодного заохочення.

Особи для проведення інтерв'ю відбиралися в більшості випадків за допомогою українських НУО, що надають послуги людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом або в умовах високого ризику інфікування. Таким чином, ці опитувані, можливо, мали більший доступ до послуг зі зменшення шкоди та лікування ВІЛ/СНІДу, ніж загальна маса людей, вражених ВІЛ/СНІДом. Особисті дані респондентів було змінено з допомогою псевдонімів, а в деяких випадках іншу інформацію, за допомогою якої можна ідентифікувати особу, теж було змінено з метою захисту їхнього приватного життя та гарантії безпеки.

Human Rights Watch також проінтерв'ювала сім посадовців медичних, правоохоронних та правозахисних структур національного та регіонального рівнів, двох співробітників міліції місцевого рівня та сімдесят п'ять представників міжнародних організацій з охорони здоров'я, НУО, що спеціалізуються з ВІЛ/СНІД або з прав людини, медичних працівників та представників адміністрацій лікарень. О.А. Алексеева, голова Комітету з контролю за наркотиками в Україні, відмовилася зустрітися з Human Rights Watch³.

² Україну поділено на двадцять сім адміністративних одиниць: двадцять чотири області, два міста республіканського підпорядкування (Київ і Севастополь) та Автономна Республіка Крим.

³ Листи від О.А. Алексеевої до Human Rights Watch від 15 та 19 липня 2005 р.

Усі документи, що наводяться у цьому звіті, є або відкритими для громадськості, або доступними в архіві Human Rights Watch.

IV. Історія питання

ВІЛ/СНІД в Україні

За оцінками, станом на 2005 р. вже 416 000 осіб – 1,7 відсотка всіх дорослих українців віком від п'ятнадцяти до сорока дев'яти років – живуть з ВІЛ/СНІДом⁴. В Україні спостерігався найвищий рівень захворюваності на ВІЛ/СНІД у Європі в 2005 р., а сама епідемія ВІЛ/СНІДу зростала одними з найшвидших темпів у світі⁵. Поширення ВІЛ/СНІДу було швидким і драматичним. До 1994 р. діагностувалося менш ніж вісімдесят випадків захворювання на рік, здебільшого серед іноземців, інфікованих через статеві контакти; але за кілька років кількість нових випадків захворювання різко зросла⁶. У березні та квітні 1995 р. у південних містах Миколаїв та Одеса ВІЛ-інфекція була виявлена більш ніж у 1000 споживачів наркотиків. На початок 1996 р. випадки інфікування ВІЛ було виявлено в усіх двадцяти п'яти обласних центрах, а на початок 1997р. в Україні було зареєстровано понад 25 000 випадків захворювання – більше половини загальної кількості захворювань у Східній Європі⁷.

За підрахунками, 70 відсотків усіх випадків захворювання, що були зареєстровані державними структурами в період з 1987 до 2004 р., мали місце серед споживачів ін'єкційних наркотиків⁸. Дослідження виявили, що рівень захворювання на ВІЛ серед СІН в кількох містах України становив від 14 до 74 відсотків, та, за підрахунками, від 8,5 до 9,6 відсотка споживачів ін'єкційних наркотиків в країні є

⁴ Всесвітня організація охорони здоров'я: «Україна: приблизна оцінка рівня захворювання на ВІЛ/СНІД та потреби в лікуванні», квітень 2005 р. (адреса в Інтернеті: http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20050419_1?PrinterFriendly=1& (отримано 9 січня 2006 р.)). Станом на вересень 2005 р. в Україні було офіційно зареєстровано 83 326 випадків ВІЛ-інфікування з початку епідемії; у тому числі 11 321 випадок СНІДу та 6643 випадки смертей від СНІДу. Всесвітня організація охорони здоров'я: «ВІЛ/СНІД-профілі країн Європейського регіону ВООЗ» (адреса в Інтернеті: http://www.euro.who.int/erise/main/WHO/Progs/SHA/surveillance/20051114_1 (отримано 15 листопада 2005 р.)). Офіційні дані занижують фактичні цифри, оскільки вони включають лише захворюваність серед осіб, які вступали в прямий контакт з офіційними закладами, де проводиться тестування.

⁵ UNAIDS/ВООЗ: «Оновлені дані з епідемії СНІДу»: грудень 2005 р.» (Женева, UNAIDS, 2005 р.), с. 48. В Україні також зареєстровано найбільшу кількість смертей від СНІДу в Європейському регіоні; у більшості випадків небіжчики не мали доступу до АРВ-терапії. Європейське відділення Всесвітньої організації охорони здоров'я: «ВІЛ/СНІД-профілі країн Європейського регіону ВООЗ».

⁶ Ф.Гермерс: «ВІЛ-інфікування в Україні (1987–96)», *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique*, вид.48 (доп. 1), 2002 р., с. 1S3–1S; Карл А. Ден та ін.: «Епідемія ВІЛ/СНІДу в Східній Європі: нещодавні приклади її тенденцій та їхній вплив на розробку стратегій», *AIDS*, вид.13 (1999 р.), с. 741–749.

⁷ К. Ден та ін.: «Епідемія ВІЛ/СНІДу в східній Європі», с. 744.

⁸ Європейський центр епідеміологічного моніторингу СНІДу (ЄвроВІЛ) *Нагляд за ВІЛ/СНІДом у Європі. Звіт кінця 2004 року* (Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2005), с. 13, 15.

ВІЛ-позитивними⁹. Високий рівень захворюваності на ВІЛ було також відзначено серед працівників секс-бізнесу та ув'язнених¹⁰.

Секс-індустрія в Україні зросла на хвилі соціального та економічного перевороту, що став результатом розпаду Радянського Союзу; це явище, характерне для всього регіону. Багато працівників секс-бізнесу вводять наркотики внутрішньовенно або мають клієнтів чи сексуальних партнерів, котрі є споживачами ін'єкційних наркотиків. Багато працівників секс-бізнесу обмінюють сексуальні послуги на наркотики або гроші, аби підтримувати свою звичку. Накладання роботи в секс-бізнесі на споживання ін'єкційних наркотиків посилює ризик передачі ВІЛ (через використання однієї голки кількома особами, так само як і статевим шляхом) і ризик насильства та переслідувань з боку міліції. Майже 80 відсотків вуличних працівників секс-бізнесу в Миколаєві є споживачами ін'єкційних наркотиків, як було визначено на підставі звіту, складеного Об'єднаною програмою ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS) від 2000 р.¹¹ В Одесі рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед працівників та працівниць секс-індустрії, які вживають наркотики внутрішньовенно, сягає 67 відсотків порівняно з 17 відсотками працівників та працівниць секс-індустрії, які ін'єкційних наркотиків не вживають¹².

Згідно з даними офіційної статистики, рівень захворюваності на ВІЛ в Україні зростає саме серед жінок, причому вірус передається через гетеросексуальні статеві стосунки¹³. Дослідження Національного центру боротьби зі СНІДом України та UNAIDS виявило, що ця тенденція стала результатом змін у практиці проведення аналізів на ВІЛ. Починаючи з 1996 р. завдяки запровадженню програм попередження передачі вірусу від матері до дитини кількість вагітних жінок, які

⁹ UNAIDS: «Оновлені дані з епідемії СНІДу», с. 50; Кармен Асейхас та ін.: «Всесвітній огляд ін'єкційного вживання наркотиків та ВІЛ-інфікування серед людей з ін'єкційною наркозалежністю», *AIDS* вид.18 (2004 р.), с. 2295–2303.

¹⁰ UNAIDS: «Оновлені дані з епідемії СНІДу», с. 50.

¹¹ Карл А. Ден та Юрій Кобинца: «Епідемія ВІЛ/СНІД у Центральній та Східній Європі. Оновлені дані за 2000 р.», листопад 2000 р., с. 13. Дослідження вуличних працівників та працівниць секс-бізнесу у Вінниці в 2005 р. виявило, що 71 відсоток з них вживали ін'єкційні наркотики, принаймні, один раз, а 59 відсотків вживають ін'єкційні наркотики регулярно. Відзначено було також високий рівень використання одного й того ж шприца кількома особами. Див. П. Кириченко та В. Полонезь: «Високий рівень ризику ВІЛ-інфікування серед комерційних працівниць секс-індустрії у Вінниці (Україна)» *Sexually Transmitted Infections*, вид.81, (2005 р.) с. 187–88.

¹² UNAIDS: «Оновлені дані з епідемії СНІДу», с. 50.

¹³ Згідно з даними офіційної статистики, відсоток людей з ін'єкційною наркозалежністю серед нових випадків захворювання на ВІЛ суттєво знизився (з 84 відсотків у 1997р. до 57 відсотків у 2004 р.), в той час, як відповідний відсоток захворювань, пов'язаних з передаванням вірусу гетеросексуальним шляхом, збільшився (з 11,2 відсотка в 1997 р. до 40 відсотків в 2004 р.). ЄвроВІЛ: *Нагляд за ВІЛ/СНІДом у Європі. Звіт кінця 2001 року* (Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2002), с. 27, 29, 30; *Нагляд за ВІЛ/СНІДом у Європі. Звіт кінця 2004 року*, с. 12, 13, 15, 16. Кількість нових випадків захворювань серед жінок зросла з 23 відсотки в 1996 р. до 42 відсотків у 2004 р. Алла Щербинська та ін., «ВІЛ/СНІД серед дітей в Україні», XV Міжнародна конференція з проблем СНІДу, Бангкок, Таїланд, липень 2004 р., втіяг C12116 з матеріалів конференції; UNAIDS, «Оновлені дані з епідемії СНІДу», с. 50.

здавали аналізи на ВІЛ, стабільно зростала, у той час як з припиненням обов'язкового обстеження споживачів ін'єкційних наркотиків на ВІЛ¹⁴ у 1998 р. кількість СІН, які здавали аналізи, зменшилася¹⁵. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я стверджують, що інтерпретація зростання рівня передачі вірусу через гетеросексуальні статеві стосунки та від матері до дитини як доказ того, що епідемія стала загальною, є передчасною, враховуючи, що більшість випадків гетеросексуального зараження трапляються серед партнерів споживачів наркотиків та що значна частина ВІЛ-позитивних вагітних жінок є або партнерками СІН, або теж споживачами ін'єкційних наркотиків¹⁶. Існують також докази того, що кількість зареєстрованих випадків передачі ВІЛ між чоловіками, які мають статеві стосунки з чоловіками, є нижчою за реальну і що в цій категорії нещодавно було відзначено зростання випадків ВІЛ-інфікування¹⁷.

Україна зробила важливий прогрес у питанні зменшення рівня передачі ВІЛ від матері до дитини з 28 відсотків у 2001 р. до менш ніж 10 відсотків у 2003 р., що є одним із найнижчих показників у Східній Європі¹⁸. У дослідженнях, однак, припускається, що ВІЛ-позитивні жінки, які вживають ін'єкційні наркотики,

¹⁴ Human Rights Watch виступає проти обов'язкових аналізів на ВІЛ і вважає їх загрозою для права на приватне життя та на охорону здоров'я. Оскільки ВІЛ/СНІД в суспільстві означає сором, дискримінацію та зневагу, обов'язковість обстеження на ВІЛ може загнати «в підпілля» або відвернути від необхідних для них служб, що надають інформацію про попередження ВІЛ та догляд за інфікованими особами, тих, хто становить вразливі групи або підозрює, що є ВІЛ-інфікованим. Більше того, проведення аналізів без отримання поінформованої згоди підриває довіру до медичних закладів та додає недовіри взаємодії окремих осіб та системи охорони здоров'я, що ставить під загрозу можливість довгострокових відносин, які є необхідними для ефективної ВІЛ-терапії. ВООЗ визнала, що «ані окрема особа, ані система охорони здоров'я не матимуть користі з аналізів, що були взяті без поінформованої згоди, що їй не можна було б отримати менш нав'язливими способами, такими як добровільне тестування та консультації», і далі: «досвід системи охорони здоров'я демонструє, що програми, які не поважають права та гідність особистості не є ефективними». Всесвітня організація охорони здоров'я: Заява з Консультацій з тестування та консультування з ВІЛ-інфекції, 1992 р.

¹⁵ Див. Алла Щербинська та ін. «Зв'язок між практикою ВІЛ-тестування та офіційно зареєстрованими випадками захворювання на ВІЛ», XV Міжнародна конференція з проблем СНІДу, Бангкок, Таїланд, липень 2004 р., витяг C12356 з матеріалів конференції; та Всесвітня організація охорони здоров'я: «ВІЛ/СНІД-профілі країн Європейського регіону ВООЗ». У 2004р. 97 відсотків усіх вагітних жінок здавали аналізи на ВІЛ; 91,3 відсотки від 1334 ВІЛ-позитивних жінок, котрі народжували в 2002р., отримували антиретровірусні препарати для попередження передачі ВІЛ від матері до дитини. Рівень випадків передачі ВІЛ від матері до дитини знизився з 30 до 10 відсотків у 2004 р. ВООЗ Регіональне Європейське відділення: «ВІЛ/СНІД-профілі країн Європейського регіону ВООЗ».

¹⁶ Мартін К. Донох'ю, Срдан Матич: «ВІЛ-1 у Східній Європі», *The Lancet* (лист), вид. 361, № 9372, 31 травня 2003 р., с. 1910–11. Але див. Мюрей Фешбах та Крістіна М. Гелвін: «ВІЛ/СНІД в Україні. Аналіз статистики», січень 2005 р., с. 17–18 (доводячи, що рівень захворювання в Україні вищий, ніж будь-де в Європі, і це вказує на факт поширення епідемії).

¹⁷ Міністерство охорони здоров'я України: «Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом», лютий 2005 р., с. 5; UNAIDS: «Оновлені дані з епідемії СНІДу», с. 50–51.

¹⁸ UNAIDS, «Оновлені дані з епідемії СНІДу», с. 50.

мають обмежений доступ до програм попередження передачі вірусу від матері до дитини¹⁹.

Швидке поширення ВІЛ/СНІДу в Україні збіглося зі сплеском рівня захворюваності на туберкульоз²⁰. Через порушення імунної системи люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, є особливо уразливими до захворювання на туберкульоз²¹. Туберкульоз є головною причиною смертності серед людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом²². Ситуація є особливо критичною в тюрмах: 7 відсотків (14 000) із 200 000 ув'язнених в Україні хворіють на відкриту форму туберкульозу, і більш ніж 40 відсотків смертей у тюрмах спричинено туберкульозом²³. Туберкульоз із полімедикаментозною резистентністю (ПМР-туберкульоз), що може розвинутися на тлі непослідовного або субоптимального лікування туберкульозу, є також серйозною та складною проблемою для системи охорони здоров'я, оскільки його набагато складніше та дорожче лікувати, та скоріше за все може бути летальним²⁴.

Поширене невігластво стосовно основних фактів про ВІЛ/СНІД є серйозною проблемою в Україні; проблемою, яку вже визнав навіть уряд. Він доповідав, що в 2004 р. лише 14 відсотків молоді мали всебічне уявлення про ВІЛ/СНІД²⁵. Згідно з дослідженням, проведеним UNICEF та UNAIDS у 2002 р., лише 9 відсотків молодих людей були здатні назвати три шляхи запобігання ВІЛ, а 79 відсотків

¹⁹ Див., напр., Н. Аряев та ін.: «Наркозалежна людина та програми попередження передачі ВІЛ від матері до дитини в Південній Україні», виступ на XV Міжнародній конференції з проблем СНІДу, Бангкок, Таїланд, липень 2005 р. (виявлено, що в медичних закладах без спеціально розроблених програм для ВІЛ-позитивних жінок, які споживають ін'єкційні наркотики, у Миколаєві, Сімферополі та Одесі ВІЛ-позитивні жінки, які споживають вживають ін'єкційні наркотики, вживали менше антиретровірусних препаратів для попередження передачі ВІЛ від матері до дитини порівняно з ВІЛ-позитивними жінками, які не вживали наркотиків).

²⁰ Захворюваність на туберкульоз в Україні майже потроїлася за період незалежності, з 32,2 випадка на 100 000 осіб в 1991 р. до 91,3 на 100 000 в 2002 р. Валерія Лехан та ін.: «Системи охорони здоров'я в перехідний період. Україна» (Копенгаген: Регіональне Європейське відділення ВООЗ на прохання Європейської наглядової комісії з системи та політики охорони здоров'я, 2004 р.), с. 9.

²¹ ВІЛ і туберкульоз утворюють смертельну комбінацію, де кожне захворювання прискорює прогресування іншого. ВІЛ-позитивні особи, що також інфіковані туберкульозом, ризикують у 50 разів більше, ніж ВІЛ-негативні хворі на туберкульоз, що їхня хвороба прогресуватиме від латентної інфекції до відкритої форми туберкульозу. Без належного лікування приблизно 90 відсотків людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, помирають протягом місяців від часу зараження туберкульозом. Див. Всесвітня організація охорони здоров'я: «Питання, що часто ставляться про туберкульоз та ВІЛ» (адреса в Інтернеті: <http://www.who.int/tb/hiv/faq/en/>) (отримано 3 лютого 2006 р.).

²² UNAIDS: «Таблиця даних по Східній Європі та Центральній Азії», «Оновлені дані з епідемії СНІДу»: *грудень 2004 р.* (Женева: UNAIDS, 2004 р.).

²³ Валерія Лехан та ін.: «Системи охорони здоров'я в перехідний період. Україна», с. 9.

²⁴ Див. Всесвітня організація охорони здоров'я: «Питання про туберкульоз та ВІЛ, що часто ставляться». За підрахунками, від 10 до 15 відсотків випадків захворювання є туберкульоз з полімедикаментозною резистентністю. UNAIDS: «Оновлені дані з епідемії СНІДу».

²⁵ Україна: «Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом», лютий 2005 р., с. 3.

робили принаймні одну помилку, відповідаючи на запитання про цю хворобу (наприклад, людина, котра виглядає здоровою, не може мати ВІЛ)²⁶.

Брак знань також сприяє поширенню стигматизації та дискримінації щодо людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом. Дослідження, що проводилося в 2004 р. в п'ятнадцяти містах по всій Україні та охопило 692 людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, виявило, що 42 відсотки опитаних зазнали порушення своїх прав на працевлаштування, освіти, охорону здоров'я або приватне життя через свій ВІЛ-статус. Більш ніж 10 відсотків респондентів розповідали, що вони втратили роботу через ВІЛ, а 9 відсотків були змушені змінити роботу. Сімдесят відсотків сказали, що їхнє право на конфіденційність діагнозу ВІЛ-інфекції було порушено, а більш ніж третина заявили, що в них взяли аналізи на ВІЛ без їхньої згоди. Шістьдесят відсотків респондентів зазначили, що вони або не знали про своє законне право на отримання безкоштовних ліків, або ця пільга була їм недоступна²⁷.

Дослідження 2004 р., що охопило сорок вагітних на той час ВІЛ-позитивних жінок та п'ятнадцятьох медичних працівників, виявило, що близько половини ВІЛ-позитивних жінок стверджували, що медичні працівники наполегливо переконували їх зробити аборт; кілька жінок заявили, що їм не дали вибору, а прямо сказали, що вони мають перервати вагітність. Більш ніж третина жінок стверджували, що під час пологів з ними поводитися гірше, ніж з ВІЛ-негативними породіллями; а більше половини заявили, що через їхній ВІЛ-статус медичні працівники автоматично вважали їх споживачами ін'єкційних наркотиків²⁸.

Ін'єкційне вживання наркотиків та ВІЛ/СНІД в Україні

За існуючими підрахунками, кількість споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні становить 397 000 осіб (1,6 відсотка населення віком від п'ятнадцяти до сорока дев'яти років)²⁹. На національному рівні кількість нових зареєстрованих випадків

²⁶ ЮНІСЕФ, UNAIDS, BOO3, «Молодь та ВІЛ/СНІД: Можливості в кризі», Женева, 2002 р., с. 16–17.

²⁷ Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні: «Доступ до прав та послуг для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні: результати соціологічного дослідження», 2004 р.; див. також Катерина Баркаль та ін.: «Ситуаційна картина ВІЛ/СНІДу та вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у Вінниці (Україна)», *Harm Reduction Journal* вид. 2, № 6, (15 вересня 2005 р.), с. 1–11 (людей, які живуть з ВІЛ, ізолюють в лікарнях та відділеннях наркодиспансерів, а їхній ВІЛ-статус не лишається таємницею; деякі медичні працівники не бажають лікувати людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом).

²⁸ Український інститут соціологічних досліджень та ін.: «Аналітичний звіт: доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства», 2004 р., с. 37, 49, 68.

²⁹ Кармен Асейхас та ін.: «Всесвітній огляд ін'єкційного вживання наркотиків та ВІЛ-інфікування серед споживачів ін'єкційних наркотиків», *AIDS* вид. 18 (2004 р.), с. 2295–2303 (за найнижчими підрахунками, кількість СНІ становить 200 000 осіб; за середніми – 397 000; за найвищими – 595 000. Наприкінці 2002 р. кількість офіційно зареєстрованих

захворювання на ВІЛ-інфекцію серед СІН продовжує зростати. Більшість хворих – молоді чоловіки. Однак значна частина – 23 відсотки споживачів ін'єкційних наркотиків, у яких діагностували ВІЛ, – це жінки³⁰.

Ризиковані практики ін'єкцій, у тому числі використання однієї голки кількома особами та повторне використання голок та іншого наркотичного приладдя; використання наркотичного розчину з одного контейнера кількома особами, а також «верхня» та «нижня посадка» (вприскування наркотичного розчину з одного шприца в інший за допомогою голки або виїнятого стержня) є також поширеними³¹. Розповідали і про використання крові під час підготування ін'єкційних наркотиків³². Виготовлена в домашніх умовах рідина з макової соломки – ін'єкційний опійний розчин, відомий як *ширка* – є основним вживаним наркотиком, але внутрішньовенно вводяться також метамфетаміни, у тому числі ефедрин домашнього приготування під назвою *гвинт*, що стають усе популярнішими серед СІН. Дослідження виявляють, що групове вживання наркотиків є звичайним в Україні, а значна кількість наркозалежних людей отримують наркотики в обмін на послуги, такі як виготовлення наркотиків, придбання наркотиків та надання секс-послуг³³. Дослідження також припускають, що жінки – споживачі ін'єкційних наркотиків – схильні ділитися обладнанням для

споживачів ін'єкційних наркотиків (випадків наркотичної залежності) становила 83 868 осіб. Катерина Баркаль та ін.: «Ситуаційна картина ВІЛ/СНІДу та вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у Вінниці (Україна)» (цитуючи Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом / Міністерство охорони здоров'я України: «Проблема ВІЛ-інфікування, наркотичної залежності та хвороб, що передаються статевим шляхом», *Інформаційний бюлетень*, Київ, 2003 р.).

³⁰ UNAIDS, «Оновлені дані з епідемії СНІДу», ст.50 (цитуючи Національний центр СНІДу України, 2005 р.).

³¹ Див., напр., Дон К. Дес Харлаїс та ін.: «ВІЛ-ризикована поведінка серед учасників програм обміну шприців у Центральній/Східній Європі та Росії», *International Journal of Drug Policy*, вид.13 (2002 р.), с. 165–174; Роберт Е. Бут та ін., «Індикатори самозаявлених випадків ВІЛ-інфікування серед наркозалежних людей в Україні», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, вид. 35, № 1 (1 січня 2004 р.), с. 82–88; Міністерство охорони здоров'я України: «Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом», лютий 2005 р., с. 3, 22, 39. Повторне використання шприців призводить до утворення синців та шрамів, а також заражує інший наркотичний інструментарій та наркотичні розчини, що їх ділять між собою користувачі. Стівен Кестер: «Шляхом крові: повторне використання шприців призводить до передавання вірусу серед ін'єкційних наркозалежних людей через кров», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, вид.18 (1998 р.), Дод.1, с. S 139.

³² Кров використовується в приготуванні опійного розчину, відомого як *ширка*, для фільтрації наркотичного розчину зазвичай після використання ангідриду. Кілька краплин крові додаються до *ширки* на останньому етапі приготування, після чого суміш підігрівается. Кров звертається та абсорбує частки бруду. Після цього розчин фільтрується, і вже чистий розчин готовий до вживання. Оскільки *ширка*, як правило, не доводиться до кипіння, ВІЛ-позитивна кров у розчині може залишитися інфікованою. Деякі споживачі наркотиків використовують для процесу фільтрації яєчний білок замість крові. Електронний лист Леоніда Власенка, нарколога дослідницького відділу Всеукраїнської наркологічної асоціації до Human Rights Watch, 16 грудня 2005 р.

³³ ВООЗ: «Практика та контекст фармакотерапії опійної залежності в Центральній та Східній Європі», с. 108–109; електронний лист доктора Костянтина Леженцева, співробітника Міжнародної програми розвитку зі зменшення шкоди до Human Rights Watch, 19 січня 2006 р.

ін'єкцій, робити ін'єкції наркотиків у групі та розраховуватися за наркотики сексом більше, ніж чоловіки³⁴.

Цілеспрямовані інтервенції стосовно, наприклад надання стерильного обладнання для ін'єкцій та опіоїдної замісної терапії, довели свою ефективність у попередженні поширення ВІЛ та інших шкідливих наслідків вживання наркотиків. Всесвітня організація охорони здоров'я та UNAIDS схвалили цю тактику, яку часто називають також «зменшення шкоди», як невід'ємний компонент попередження ВІЛ та стратегії допомоги споживачам наркотиків³⁵. Країни, що запровадили стратегію зменшення шкоди в досить широких масштабах, успішно контролюють епідемію СНІДу серед СІН та серед груп, що не вживають ін'єкційних наркотиків³⁶. У Польщі, наприклад, швидкі та впевнені заходи національного рівня у відповідь на проблему, зокрема обмін шприців та інші кроки, спрямовані на споживачів ін'єкційних наркотиків, успішно стримали епідемію серед цієї категорії людей та відвернули широку епідемію серед груп, що не вживають ін'єкційних наркотиків³⁷.

Уповноважені особи в галузі охорони здоров'я рекомендують людям, які не здатні або не бажають припинити ін'єкції наркотиків, використовувати стерильні шприци для кожної ін'єкції, оскільки це є найбезпечніший та найефективніший спосіб профілактики ВІЛ та інших інфекцій, що передаються через кров³⁸. Українське національне законодавство зі СНІДу визнає цей факт, беручи на себе чіткі зобов'язання надавати СІН послуги з попередження ВІЛ, зокрема шляхом підтримки програм обміну шприців³⁹.

³⁴ П. Кириченко: «Індикатори спільного використання обладнання для ін'єкцій серед учасників програми обміну шприців: наслідки в контексті впливу ВІЛ» (витяг з виступу на XV Міжнародній конференції з проблем СНІДу), Бангкок, Таїланд, липень 2005 р., матеріали конференції з проблем СНІДу в Таїланді, витяг № WePeC5983.

³⁵ ВООЗ: «Факти для діяльності з попередження, лікування ВІЛ та догляду за ВІЛ-інфікованими людьми в середовищі людей з ін'єкційною наркозалежністю» *International Journal of Drug Policy*, вид.16, S1 (грудень 2005 р.), с. 1–76.

³⁶ Мартін Донох'ю: «Вживання ін'єкційних наркотиків, зменшення шкоди та ВІЛ/СНІД», в *HIV/AIDS in Europe*, с. 43–66 (огляд даних).

³⁷ Там само, с. 60. Добре розроблені національні програми в Чеській Республіці, Словаччині та Словенії також визнано як такі, що впливають на низький рівень захворюваності на ВІЛ серед людей з ін'єкційною наркозалежністю та невелику кількість нових випадків захворювання серед груп, що не вживають ін'єкційних наркотиків.

³⁸ Див., напр., Департамент охорони здоров'я США: «Бюлетень з попередження ВІЛ: медичні поради особам, котрі роблять ін'єкції заборонених наркотичних препаратів», 9 травня 1997 р. (адреса в Інтернеті: http://www.cdc.gov/idu/pubs/hiv_prev.htm, (отримано 16 жовтня 2005 р.)).

³⁹ Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (Відомості Верховної Ради України, 1992 р., № 11, с. 152; 1998 р., № 35, с. 235; 2002р., № 6, с.41), стаття 4.

Станом на середину 2005 р. в Україні працювало понад 250 майданчиків або пунктів обміну шприців, що утримувалися НУО та охоплювали понад 70 000 споживачів ін'єкційних наркотиків (приблизно одну п'яту припущеної кількості в Україні)⁴⁰. Багато з них не обмежуються забезпеченням стерильних шприців, а й консультують, роздають презервативи та видають направлення до інших медичних та соціальних служб для СІН. Існувало також п'ятдесят п'ять державних консультаційних пунктів для наркоспоживачів та інших груп, уразливих до ВІА-інфекції; декілька з них, крім того, видають стерильні шприци⁴¹. Декілька пунктів також надають медичну допомогу СІН. Аптеки, що на законних підставах продають необмежені кількості шприців дорослим, також є важливим джерелом надходження шприців для багатьох споживачів наркотиків.

Доступ до ефективного лікування наркотичної залежності є критичним як для профілактики ВІА серед споживачів ін'єкційних наркотиків, так і для прихильності до АРВ-лікування ВІА-позитивних споживачів наркотиків. Однак можливості отримати ефективне лікування від наркоманії у наркозалежних людей в Україні обмежені, а перепон у їхньому намаганні отримати таке лікування – чимало.

Замісна терапія з використанням, наприклад, метадону, є одним із найефективніших варіантів лікування опіїдної залежності. Доведено, що вона зменшує рівень вживання наркотиків так само, як і кримінальної діяльності, смертності від передозування й таких форм поведінки, як спільне використання одних і тих самих шприців кількома особами, а також поліпшує порядок дотримання схеми та прихильність до АРВ-лікування ВІА-позитивними особами із залежністю від опіїдів⁴². У світлі цих фактів Всесвітня організація охорони здоров'я, Департамент ООН з наркотиків та злочинності (UNODC) та UNAIDS спільно рекомендували інтеграцію замісної підтримувальної терапії, у тому числі такої, що використовує метадон та бупренорфін, у національні програми боротьби

⁴⁰ На гроші Глобального фонду в Україні було відкрито двісті п'ятдесят шість пунктів обміну шприців, і в період з 1 квітня 2004 р. до 30 червня 2005 р. було видано 4 284 665 шприців. Електронний лист майора міліції в запасі (з листопада 2004 р.) Павла Скали, нині менеджера зі стратегії та адвокації, Міжнародного Альянсу з ВІА/СНІДу в Україні, до Human Rights Watch, 4 жовтня 2005 р.; Міжнародний Альянс з ВІА/СНІДу в Україні: Інформаційний бюлетень, грудень 2005 р.

⁴¹ Ці консультаційні пункти було відкрито Міністерством у справах молоді, сім'ї та спорту. У 2004 р. через ці пункти було розподілено 105 509 шприців. Електронний лист Павла Скали до Human Rights Watch, 6 жовтня 2005 р., та таблиця Міністерства у справах молоді, сім'ї та спорту.

⁴² Див. BOO3, UNAIDS, UNODC: «Спільна місія BOO3/UNAIDS/UNODC з опійної замісної терапії в Україні», с. 11, 14–20; BOO3, UNODC, UNAIDS: «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні опійної залежності та профілактики ВІА/СНІДу: офіційна позиція» с. 2; Томас Керр та ін. «Опійна заміна та лікування і попередження ВІА/СНІДу», *The Lancet*, вид.364 (27 листопада 2004 р.), с. 1918–19.

з ВІА/СНІДом як попереджувальний захід з ВІА/СНІДу, так і для забезпечення прихильності до АРВ-лікування, подальшого медичного нагляду за особами з опіоїдною залежністю⁴³.

Національна програма України з боротьби з ВІА/СНІДом визначила запровадження програм замісної терапії, пов'язаних з профілактикою та лікуванням ВІА і доглядом за ВІА-інфікованими особами, одним із пріоритетних напрямків своєї діяльності⁴⁴. Верховна Рада України також рекомендувала запровадження замісної терапії для профілактики та лікування ВІА/СНІДу серед споживачів наркотиків⁴⁵. Але через суттєвий опір деяких урядових структур – особливо Комітету по контролю за наркотиками, Міністерстві внутрішніх справ та Службі безпеки України – замісна терапія є загалом недоступною в Україні⁴⁶.

Спільна місія BOO3, UNODC та UNAIDS охарактеризувала плани України запровадити замісну терапію з використанням бупренорфіну для 200 споживачів наркотиків до кінця 2005 р. як абсолютно недостатні, щоб відповідати потребам залежних від опіоїдів споживачів наркотиків в Україні. Ці організації у своєму звіті від червня 2005 р. рекомендували Україні «зробити все можливе для спрощення та поширення» замісної терапії з використанням метадону та бупренорфіну для 60 000–238 000 осіб⁴⁷.

Є й інші чинники, які утруднюють доступ до лікування опіоїдної залежності. Серед них – вимога офіційної реєстрації, через яку працівники міліції з'ясовує особи

⁴³ BOO3, UNODC, UNAIDS «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні опіоїдної залежності та профілактики ВІА/СНІДу: офіційна позиція» ст. 2 (вказує, що «замісна підтримувальна терапія є одним з найбільш ефективних варіантів лікування опійної залежності» та «критичним елементом підходу до керування опійною залежністю та попередження ВІА-інфікування серед ін'єкційних споживачів наркотиків на рівні місцевих громад».

⁴⁴ Див. «Національна програма забезпечення профілактики ВІА-інфекції, допомоги та лікування ВІА-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки» та «Стратегічна концепція дій держави, спрямованих на запобігання поширення ВІА/СНІДу до 2011 року» Обидва документи було схвалено рішенням Кабінету Міністрів України, 4 березня 2004 р., № 264.

⁴⁵ Постанова Верховної Ради України № 1426 «Про Рекомендації парламентських слухань з питання соціально-економічних проблем, пов'язаних з ВІА/СНІДом, вживанням наркотичних речовин та алкоголізмом в Україні та шляхів їх подолання», 2 березня 2004 р.

⁴⁶ Див. «Попередні висновки Служби безпеки України (СБУ) з метадонової замісної терапії. Метадон: за і проти». Заява Владислава Бухарева, заступника голови Управління боротьби з міжнародним наркобізнесом Головного управління з боротьби з корупцією та організованою злочинністю, у протоколі робочої наради із замісної терапії в Україні, 16 квітня 2004 р.; BOO3, UNAIDS, UNODC: «Спільна місія BOO3/UNAIDS/UNODC з опійної замісної терапії в Україні», с.46–47; Альона Воскресенська: «Метадон: панацея чи руїна», *Київлянин*, № 22 (140), 2004 р., с. 4; Віра Валерко: «Безкоштовна отрута», *Київские ведомости*, 28 травня 2004 р.

⁴⁷ BOO3, UNAIDS, UNODC: «Спільна місія BOO3/UNAIDS/UNODC з опійної замісної терапії в Україні», с. 7. Див. також Софі Пашу та Мартін К. Донох'ю: «План розширення опіоїдної замісної терапії для України», Регіональне європейське відділення BOO3, січень 2006 р.

споживачів наркотиків, а для останніх ускладнюються можливості влаштуватися на роботу; неефективність лікування, що надається, та негативне ставлення медпрацівників до споживачів наркотиків⁴⁸. Споживачі наркотиків та працівники відповідних служб, котрих опитували для цього звіту, розповідали Human Rights Watch, що СІН уникають лікування від опіоїдної залежності через занепокоєння реєстрацією у наркологів та в міліції. Вони також казали, що споживачі наркотиків уникали звертатися за медичною допомогою з приводу ускладнень, пов'язаних зі споживанням наркотиків (наприклад, абсцесів), через страх, що медичні працівники заявлять про факт споживання ними наркотиків до міліції або що роботодавці звільнять їх, якщо дізнаються, що їхні захворювання пов'язані зі споживанням наркотиків⁴⁹.

Брак ефективного лікування від наркозалежності разом із дискримінаційним ставленням медичних працівників до споживачів наркотиків сприяє поширенню епідемії туберкульозу в Україні та зростанню рівня смертності серед СІН, які живуть з туберкульозом та ВІЛ. Дослідження якості лікування ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркозалежності в 13 областях України (2005 р.) виявило, що 2540 пацієнтів, хворих на туберкульоз, припинили лікування, оскільки їх виписали з лікарень у зв'язку зі споживанням наркотиків. 420 з них були хворі як на туберкульоз, так і на ВІЛ⁵⁰.

Значний відсоток наркозалежних людей в Україні на якомусь етапі життя опиняється в ув'язненні, котре, у свою чергу, є критичним чинником ризику для ВІЛ. Споживання ін'єкційних наркотиків поширене в українських тюрмах, і багато СІН продовжують робити ін'єкції наркотиків в ув'язненні, в той час як доступ до профілактики ВІЛ та ефективного лікування наркотичної залежності в тюрмах є обмеженим⁵¹. За наявними даними, рівень захворювання на ВІЛ у тюрмах у кілька разів перевищує відповідні загальнонаціональні показники: за даними ВООЗ, у

⁴⁸ Див., напр., Катерина Баркаль та ін.: «Ситуаційна картина ВІЛ/СНІДу та вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у Вінниці (Україна)», *Harm Reduction Journal*, вид. 2, № 16 (15 вересня 2005 р.); ВООЗ: «Практика та контекст фармакотерапії опійної залежності в Центральній та Східній Європі» (Женева: ВООЗ, 2004 р.), с. 115.

⁴⁹ Інтерв'ю Human Rights Watch з Віктором М., Дніпропетровськ, 12 липня 2005р.; інтерв'ю Human Rights Watch з Оленою Кудішовою, «Дорога до дому», Одеса, 4 липня 2005 р.

⁵⁰ Артур Овсепян, Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом: Оцінка інфраструктури послуг з туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, 2005 р.

⁵¹ Див. Українська гельсінська спілка: «Права людини в Україні – 2004. Звіт організації із захисту прав людини», 2005 р., с. 286–287. Державний департамент виконання покарань, визнаючи, що небезпечне вживання ін'єкційних наркотиків має місце в тюрмах, зробив кроки до запровадження пілотних програм з обміну шприців в двох колоніях у 2006 р.; також Міністерство охорони здоров'я дало дозвіл на надання АРВ-препаратів тридцятьом пацієнтам у тюрмі м. Херсона. Презентація Андрія Клепікова, виконавчого директора Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, на зборах зацікавлених кіл, Київ, 14 лютого 2006 р.

2000 році 7 відсотків ув'язнених були ВІА-інфікованими⁵². У тюрмах існує також підвищений ризик захворювання на інші інфекції (наприклад, туберкульоз), що збільшує загрозу ВІА та інших небезпек для здоров'я⁵³.

Міліцейські заходи та ризик ВІЛ

Правоохоронні органи контролюють незаконне зберігання наркотиків та проституцію у межах, визначених національним законодавством щодо цих соціальних явищ. Однак практика правоохоронної діяльності в Україні підтримує всі зусилля уряду з надання інформації про ВІА споживачам наркотиків та працівникам секс-бізнесу, яких сам уряд означив як групу з найвищим ризиком інфікування ВІА/СНІД. І справді, практика впровадження закону з боку правоохоронних органів ставить людей під загрозу, не даючи їм доступу до послуг з профілактики ВІА/СНІД.

Жорстоке поводження з боку міліції, яке іноді досягає рівня тортур, було визнано поширеною проблемою в Україні як місцевими, так і міжнародними організаціями із захисту прав людини⁵⁴. У грудні 2004 р. Європейський комітет із запобігання тортурам і нелюдському чи принижуючому поводженню, або покаранню (КЗТ) надрукував свій звіт про візит до України в кінці 2002 р., у якому було зазначено, що «особи, позбавлені волі міліцією, зазнають великого ризику фізичного тиску під час затримання та/або утримання під вартою в міліції (особливо під час допитів), та що в деяких випадках доходить до жорсткого фізичного тиску/тортур»⁵⁵. Згідно зі Звітом з про стан дотримання прав людини в Україні,

⁵² ВООЗ: «ВІА/СНІД в тюрмах» (адреса в Інтернеті: http://www.euro.who.int/aids/prevention/20040115_2, отримано 16 листопада 2005 р.). Станом на 2004 р. приблизно у 12 700 людей в ув'язненні було діагностовано ВІА, з котрих понад 3500 все ж перебували в місцях позбавлення волі. UNAIDS/ВООЗ «Оновлені дані з епідемії СНІДу», с. 50.

⁵³ Значні спалахи ВІА та туберкульозу з полімедикаментозною резистентністю було відзначено в тюрмах України та Росії. Див. Берріс та ін.: «Повертаючись обличчям до «ризикованого середовища» людей з ін'єкційною наркозалежністю», с. 132 (цитати з досліджень). Величезне зростання захворюваності на ВІА в Таїланді в 1980-ті роки пов'язувалося з міграцією споживачів наркотиків з тюрми на волю та назад. Див. Паола Болліні (ред.): «ВІА у тюрмах: збірка статей, особливо важливих для Співдружності Незалежних Держав» (Женева: ВООЗ, 2001 р.), с. 24.

⁵⁴ Див. Європейський комітет з запобігання тортурам і нелюдському чи принижуючому поводженню чи покаранню (СРТ): «Доповідь уряду України за результатами візиту до України Європейського комітету із запобігання тортурам і нелюдському чи принижуючому поводженню чи покаранню в період з 24 листопада до 6 грудня 2002 р.», грудень 2004 р., §§ 18–20. СРТ, орган, що складається з незалежних експертів, було засновано за Європейською Конвенцією із запобігання тортурам і нелюдському чи принижуючому поводженню чи покаранню, є уповноваженим відвідувати місця затримання/позбавлення волі для перевірки поводження із затриманими/ув'язненими та для надання рекомендацій з необхідних позитивних змін державам. Див. також «Міжнародна амністія»: «Україна: час діяти: тортури та жорстоке ставлення під час затримання міліцією» (AI Index: EUR 50/004/2005), вересень 2005 р.

⁵⁵ СРТ: «Доповідь уряду України за результатами візиту до України Європейського комітету із запобігання тортурам і нелюдському чи принижуючому поводженню чи покаранню в період з 24 листопада по 6 грудня 2002 р.», § 20. Загалом, СРТ доповіді про візити до країн публікує лише у випадках, коли йдеться про угоду з відповідною державою та коли доповідь супроводжується відповідями держави.

який зробила в липні 2005 р. Ніна Карпачова, уповноважена Верховної Ради України з прав людини, представництво уповноваженої з прав людини отримало 1518 скарг про тортури або жорстоке поводження з боку міліції у 2003 р., тоді як Міністерство внутрішніх справ отримало 32 296 таких звітів у 2002 р. та 2003 рр.⁵⁶

Існує декілька системних причин, чому свавілля міліції залишається безкарним в Україні. Згідно з наявними даними, міліція повинна виконувати періодичні «робочі плани» або норми з кількості затримань/арештів. Очікування того, що міліція зможе розкрити велику кількість кримінальних справ, а також того, що саме цей показник є мірилом успішності роботи міліції, спонукає її працівників шукати легких цілей для арешту⁵⁷. У відповідь на звіт КЗТ влада України визнала, що «неправильне розуміння відсотка розкриття злочинів як головного критерію ефективності їхньої роботи» оперативними працівниками міліції та слідчими є одним із чинників зловживань з боку міліції, стверджуючи, що це «неправильне розуміння» стало причиною того, що «деякі офіцери намагалися досягти високого відсотка розкриття злочинів будь-яким шляхом»⁵⁸. Крім того, необхідність виконувати норми кількості арештів або досягати висунення звинувачень може спонукати міліціонерів застосовувати тортури або іншу тактику зловживань для того, щоб витягувати зізнання з підозрюваних у кримінальних справах. Комітет ООН проти тортур висловив свою занепокоєність з приводу «численних звинувачень, заснованих на зізнаннях» в Україні, а також того, що одним із «критеріїв підвищення слідчих по службі» є «кількість розкритих справ». На думку Комітету, це «може призвести до тортур та зловживань у поводженні із заарештованими або підозрюваними з метою змусити їх «зізнатися»⁵⁹. Місцеві та міжнародні організації із захисту прав людини також висловили своє занепокоєння з приводу того, що нездатність України адекватно розслідувати, переслідувати в судовому порядку або карати підозрюваних у справах зловживань у міліції створила атмосферу безкарності, що дозволяє зловживанням у міліції існувати безперешкодно⁶⁰.

⁵⁶ Див. «Міжнародна амністія»: «Україна: час діяти: тортури та жорстоке ставлення під час затримання міліцією». У липні 2005 р. пані Карпачова доповідала Верховній Раді, що опитування керівних працівників карного розшуку виявило, що «майже 97 відсотків з них підтвердили, що часто чи епізодично в Україні застосовуються тортури». Див. Щорічну доповідь про стан дотримання та захисту прав і свобод людини в Україні від 6 липня 2005 р. (адреса в Інтернеті: http://www.ombudsman.kiev.ua/pres/releases/rel_05_07_06.htm (українською); http://www.ombudsman.kiev.ua/pres/releases/rel_05_07_07.htm (російською) (отримано 11 січня 2006 р.))

⁵⁷ Див. Комітет ООН із запобігання тортурам: «Висновки та рекомендації: Україна», 25.09.2002, А/57/44, §§ 54–58.

⁵⁸ Відповідь уряду України на доповідь Європейського комітету із запобігання тортурам і нелюдському чи принижуючому поводженню чи покаранню про його перший візит до України в період з 24 листопада до 6 грудня 2002 р., § 7.

⁵⁹ Комітет ООН із запобігання тортурам: «Висновки та рекомендації: Україна», 25.09.2002, А/57/44, §§ 54–58.

⁶⁰ Див., напр., СРГ: «Доповідь уряду України за результатами візиту до України Європейського комітету із запобігання тортурам і нелюдському чи принижуючому поводженню чи покаранню в період з 24 листопада до 6 грудня 2002 р.», §§

Згідно зі звітами Human Rights Watch по Росії та Казахстану, споживачі наркотиків, а також працівники секс-бізнесу є найлегшими цілями для арештів або зловживань з боку працівників міліції, коли їм треба виконувати плани з кількості арештів⁶¹. В Україні споживачів наркотиків можуть затримати та звинуватити у зберіганні дуже малої кількості наркотичних речовин, що часто не становлять і однієї дози⁶². Українські закони також містять норму, за якою особа, котру було обвинувачено у володінні незаконними наркотичними речовинами, може бути звільнена від карної відповідальності в тому разі, якщо вона «бере активну участь у розслідуванні справ, пов'язаних з наркотиками», що може спонукати міліцію до надзвичайних заходів для отримання інформації від споживачів наркотиків⁶³. СІН, які страждають від «ломки», можуть бути особливо вразливими та піддатися тиску з боку міліції. І в умовах того, що СІН та працівники секс-бізнесу дуже часто вважаються соціально неприйнятними особами, міліція мало ризикує бути покараною за свої дії.

Ті, кого опитували працівники Human Rights Watch, пояснили, що іноді правоохоронці пояснювали арешти споживачів наркотиків і працівників секс-бізнесу необхідністю виконувати план. В одному з випадків аутич-працівниця розповіла, що міліціонер сказав їй, коли вона намагалася перешкодити йому заарештувати жінку з опіоїдною залежністю, у якої була висока температура: «Вона скоро все одно помре, а мені треба виконувати план. То й що? Мене виженуть, якщо я не розкрию цього місяця дві справи»⁶⁴.

Дослідження серед працівників секс-бізнесу в Центральній та Східній Європі та в Центральній Азії показали, що зловживання з боку міліції, включаючи

22, 23; Державний департамент США: «Звіт з дотримання прав людини країною: Україна, 2004 р.» (лютий 2004 р.); «Міжнародна амністія»: «Україна: час діяти: тортури та жорстоке ставлення під час затримання міліцією».

⁶¹ Human Rights Watch: «Незасвоєні уроки: порушення прав людини та прав людей, які живуть з ВІА/СНІДом в Російській Федерації» *A Human Rights Watch Report*, вид. 16, №5(D), квітень 2004 р.; Human Rights Watch, «Роздумуючи подум'я: яким чином порушення прав людини посилюють епідемію СНІДу в Казахстані», *A Human Rights Watch Report*, вид. 15, № 4(D), червень 2003 р.

⁶² Стаття 309, частина 1 Кримінального кодексу України встановлює покарання за зберігання наркотиків. Особи, які зберігають будь-яку кількість героїну в обсязі до 1 г; 0,15 - 1,5 г амфетамінів чи МДМА; або 0,1 - 10 г апетильованого опію, можуть бути ув'язнені на строк до трьох років. Див. «Таблиці невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу» (адреса в Інтернеті: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0512-00>). «Таблиця невеликих, великих та особливо великих розмірів психотропних речовин, що перебувають у незаконному обігу», <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0513-00>. Типова доза «ширки» становить від 0,1 грама 0,5 грама. Електронний лист доктора Костянтина Леженцева, менеджера Міжнародної програми розвитку зі зменшення шкоди, 20 січня 2006 р.

⁶³ Кримінальний кодекс України, стаття 307, частина 4: В окремих випадках, наприклад, у випадку першого порушення, що пов'язане з невеликою кількістю наркотиків, людина може уникнути кримінальної відповідальності, якщо він/вона добровільно почне лікування від наркотичної залежності. Кримінально-процесуальний кодекс України, стаття 309, частина 4.

⁶⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch з Ларисою Борисенко, соціальною працівницею, Дніпропетровськ, 11 липня 2005 р.

згвалтування та інші форми фізичного насильства, є суттєвим чинником у підвищенні незахищеності працівників секс-індустрії від ВІЛ/СНІДу, а також інших форм ризику⁶⁵. Практика *суботника*, коли міліція вимагає від жінок секс-бізнесу надання безкоштовних секс-послуг (найчастіше без використання презервативів) як умову обмеження міліцейського втручання або як умову уникнення арешту, також була засвідчена в декількох країнах колишнього Радянського Союзу⁶⁶.

Дослідження в декількох країнах встановили, що закони, які криміналізують зберігання наркотичних речовин, а також пов'язані з ними міліцейські методи, спрямовані на споживачів наркотиків, збільшують ризик ВІЛ та інших негативних наслідків для здоров'я, як прямо, так і опосередковано⁶⁷. Страх арешту або зловживань з боку правоохоронців створює навколо споживачів наркотиків атмосферу жаху, що відлякує їх від рятувних програм запобігання ВІЛ та інших послуг для захисту здоров'я і стимулює ризиковані практики. У деяких країнах велика кількість СІН не користується стерильними шприцями або іншим обладнанням для ін'єкцій, навіть якщо їх використання є легальним, тому що володіння ін'єкційним обладнанням може виказати його господаря як СІН та призвести до покарання з іншого приводу⁶⁸. Присутність міліціонерів біля приміщень, у яких проводяться державні програми зі зменшення шкоди (наприклад, біля пунктів обміну шприців) відлякує споживачів наркотиків від таких послуг через страх арешту або інших покарань⁶⁹.

⁶⁵ Див. Центрально- та Східноєвропейська мережа зі зменшення шкоди (CEEHRN), *Sex Work, HIV/AIDS, and Human Rights* (Вільнюс, Литва: CEEHRN, 2005 р.), с. 41–45, та дослідження, що цитувалися там.

⁶⁶ Там само, с. 22, 43; Human Rights Watch: «Роздмухуючи полум'я», с. 21, 25. За радянських часів слово «суботник» (від «субота») означало виконання безкоштовних громадських робіт. Сьогодні в просторіччі стосовно працівників секс-бізнесу воно означає надання безкоштовних секс-послуг.

⁶⁷ Див. Скотт Берріс та ін., «Повертаючись обличчям до «ризикованого середовища» людей з ін'єкційною наркозалежністю: Тасмична справа про зниклого копа» *The Milbank Quarterly*, т. 82, № 1 (2004 р.), с. 131–35 (огляд досліджень).

⁶⁸ Опитування наркозалежних людей у п'яти російських містах виявило, що 40 відсотків з них, як правило, не носили при собі обладнання для ін'єкцій, частково через побоювання притягнути увагу міліції. Жан-Поль С. Гран: «Центральна та Східна Європа» у «ВІЛ та СНІД: глобальний погляд» за ред. Карен МакЕлрат (Вестпорт, Коннектикут: Greenwood Press, 2002 р.), с. 41–67. Див. також дослідження, що наводилися в Берріс та ін.: «Повертаючись обличчям до «ризикованого середовища» людей з ін'єкційною наркозалежністю», с. 131–35; Human Rights Watch: «Незасвоєні уроки»; Human Rights Watch: «Роздмухуючи полум'я»; та Human Rights Watch: «Замало могла: війна з наркотиками, ВІЛ/СНІДом та порушеннями прав людини», *A Human Rights Watch Report*, т. 16, № 8(С) (червень 2004 р.).

⁶⁹ Там само. Див. також Human Rights Watch: «Ін'єкції здорового глузду: права людини та попередження ВІЛ для людей з ін'єкційною наркозалежністю; Каліфорнія: приклад реального випадку», *A Human Rights Watch Report*, вид. 15, № 2(Г), вересень 2003 р. Приклад Таїланду є так само дуже красномовним: дослідження виявили значне зменшення кількості наркозалежних людей, що звертались по лікування від наркотичної залежності в період «війни з наркотиками» 2003 р. в Таїланді, як і те, що значний відсоток споживачів наркотиків, котрі раніше відвідували центри лікування від наркозалежності, почали переховуватися та, в деяких випадках, ділитися шприцями, оскільки дістати стерильні шприци було важко. Human Rights Watch: «Замало могла», с. 36–37; та електронний лист Сварап Сакар, регіонального директора Південноазійського відділення UNAIDS до Human Rights Watch, 18 травня 2004 р.

Багато країн вжили заходів для захисту права споживачів наркотиків на найвищі стандарти здоров'я шляхом впровадження структурних змін у методи роботи поліції з тим, щоб ці люди могли мати доступ до послуг з профілактики ВІЛ та інших послуг із захисту здоров'я. У Сполучених Штатах деякі органи влади захистили право доступу споживачів наркотиків до послуг зменшення шкоди шляхом судових заборон на арешт або покарання учасників програм обміну шприців за зберігання наркотичних речовин на підставі того, що у використаних шприцах наявні залишки наркотика, або наказів по поліцейських відділках не патрулювати райони поблизу пунктів обміну шприців⁷⁰. Принаймні двадцять сім міст по всьому світу, включаючи міста в Швейцарії, Німеччині, Австралії та Канаді, відкрили контрольовані пункти, де СІН можуть зробити собі ін'єкцію в безпечному, гігієнічному середовищі без ризику арешту або судового переслідування за володіння наркотичними речовинами в цьому місті⁷¹. Щодо цього аспекту, то Україна закінчує розробку планів з упровадження програм з обміну шприців у тюрмах⁷², наслідуючи приклад своїх сусідів як у Західній, так і в Східній Європі та Центральній Азії, включаючи Білорусь, Молдову та Киргизстан⁷³.

Забезпечення охорони здоров'я в Україні

Структура системи охорони здоров'я в Україні мало змінилася відтоді, як вона стала незалежною після розпаду Радянського Союзу в 1991 р. Послуги охорони

Дослідники також виявили, що наступ уряду на наркозалежних людей міг, швидше за все, відвернути наркозалежних людей від проходження ВІЛ-тестування та отримання інших медичних послуг. Тассанай Вонгчак та ін.: «Вплив політики «війни з наркотиками» 2003 р. в Таїланді на власні заяви про вживання наркотиків серед людей з ін'єкційною наркозалежністю в Чіанг Май, Таїланд», *International Journal of Drug Policy*, № 16 (2005 р.), с. 115–121.

⁷⁰ Див., напр., справи «Роу проти Нью-Йорку», 232 F. Supp.2d 240 (U.S. DCt, SDNY, 2002); «Доу проти Бриджпортського департаменту поліції», 198 F.R.D. 325 (U.S. DCt., SDCT, 2001); наказ поліції округу Лос-Анджелес (наказ поліції утримуватися від планування або проведення спостережень в пунктах обміну шприців з метою ідентифікувати, затримувати або арештовувати осіб за порушення, що пов'язані з наркотиками).

⁷¹ В Ванкувері, Канада, наприклад, споживачі наркотиків підпадають під дію положення федерального Закону про контрольовані препарати та речовини, що звільняє будь-яку особу або групу осіб від дії цього закону, якщо, на думку міністра охорони здоров'я «таке звільнення є необхідним з медичних або наукових причин або з інших причин в інтересах громадськості». Закон про контрольовані препарати та речовини, розділ 56. За подальшою інформацією про безпечні місця для ін'єкцій див. Річард Еліот та ін.: «Запровадження безпечних закладів для ін'єкцій в Канаді: правові та етичні питання (Канадська правова мережа з ВІЛ/СНІДу, 2002 р.), (адреса в Інтернеті: <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/druglaws/safeinjectionfacilities/safeinjectionfacilities.pdf>); та Місто Ванкувер: «Контрольовані місця для ін'єкцій (КМІ): питання, що часто ставляться» (адреса в Інтернеті: www.city.vancouver.bc.ca/fourpillars (отримано 4 січня 2006 р.).

⁷² Державний департамент виконання покарань за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДу в Україні зробив кроки до запровадження пілотних програм з обміну шприців у двох колоніях у Львові та Миколаєві, що заплановано розпочати в 2006 р. Презентація Андрія Клепікова, виконавчого директора Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДу в Україні, на зборах зацікавлених кіл, Київ, 14 лютого 2006 р.

⁷³ Див. Глен Бетерідж: «Здоров'я осіб, що перебувають в ув'язненні, та права людини в умовах епідемії ВІЛ/СНІДу», проект допоміжного документа для «Права людини на межі: ВІЛ/СНІД, ув'язнені, наркозалежні люди та закон». Супровід XV Міжнародної конференції зі СНІДу, Бангкок, Таїланд, червень 2004 р., с. 11–12.

здоров'я є адміністративно централізованими та вертикально організованими, зі спеціалізованими та чітко розділеними медичними послугами з ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також з лікування зловживань алкоголем чи наркотиками. Для кожного з цих захворювань існують окремі фахівці, і пацієнтів направляють до різноманітних закладів для отримання спеціалізованого лікування та догляду. Система охорони здоров'я в тюрмах впроваджується через паралельну систему охорони здоров'я, що є підконтрольною Державному управлінню системи виконання покарань⁷⁴. Недостатня взаємодія між цими паралельними системами охорони здоров'я, а також між цивільною та тюремною системами охорони здоров'я, призводить до того, що особи, яким потрібна комплексна допомога, найчастіше потрапляють у проміжок між цими системами.

Міністерство охорони здоров'я України є відповідальним за впровадження національної стратегії охорони здоров'я та за пряме управління та фінансування певних інституцій охорони здоров'я. Кожна з двадцяти семи адміністративних одиниць України має своє управління охорони здоров'я, яке, у свою чергу, володіє та управляє цілим рядом служб охорони здоров'я. Основні служби охорони здоров'я належать місцевим органам влади⁷⁵.

Станом на липень 2005 р. в Україні було 25 регіональних центрів профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІДом; центри профілактики ВІЛ/СНІДу в містах Київ та Севастополь, а також п'ять додаткових міських центрів профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІДом у районах з високим відсотком хворих на ВІЛ/СНІД. АРВ-терапія була доступна в п'ятнадцятих із цих регіональних центрів, тоді як люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом і мешкають не в цих регіонах, можуть скористатися послугами АРВ-терапії в клініці Національного інституту інфекційних захворювань ім. Л.В. Громашевського (СНІД-клініка «Лавра») в місті Києві⁷⁶.

Спеціалізовані центри ВІЛ/СНІДу пропонують не комплексну допомогу, а досить обмежену кількість послуг людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Якщо цим людям потрібні інші послуги, вони можуть звернутися по допомогу до спеціалізованих клінік, залежно від виду послуг (наприклад, лікування туберкульозу або зловживання алкоголем чи наркотиками) або до найближчих клінік нарівні з будь-якими іншими громадянами. Незважаючи на те що найчастіше їхня робота

⁷⁴ Валерія Лехан та ін.: «Системи охорони здоров'я в перехідний період. Україна», с. 17–19.

⁷⁵ Там само.

⁷⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch з Аллою Щербинською, директором Національного центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, 18 липня 2005 р.

збігається, спеціалісти зі СНІДу не беруть участі в роботі наркологів або фтизіатрів.

Конституція України гарантує безкоштовну охорону здоров'я в державних закладах⁷⁷. Економічна криза після здобуття Україною незалежності та, як наслідок, зниження доходів держави призвели до значного скорочення витрат держави на охорону здоров'я. У свою чергу, недофінансування з бюджету змусили державні заклади охорони здоров'я стягувати офіційні платежі за послуги охорони здоров'я, які часто приховуються за такими назвами, як «пожертви» та «добровільна компенсація видатків». Для державних організацій охорони здоров'я не є чимось надзвичайним вимагати так званих «неофіційних платежів», або хабарів, як умови отримання послуг⁷⁸.

У 2002 р. Конституційний Суд України постановив, що охорона здоров'я в державних та громадських організаціях повинна проводитися «без попередніх, наступних або поточних платежів», однак зауважив, що можуть стягуватися витрати на медичні послуги, що знаходяться поза межами гарантованого державою мінімуму охорони здоров'я. Слідом за цим уряд ухвалив список послуг з охорони здоров'я, які повинні надаватися безкоштовно в державних та громадських організаціях, включаючи невідкладну допомогу, допомогу вагітним пацієнткам і жінкам, які працюють. Деякі верстви населення, які вважаються соціально незахищеними (такі як інваліди, діти до шести років, а також пенсіонери, які отримують мінімальну пенсію), звільняються від оплати витрат або мають право на безкоштовні чи пільгові медичні та інші послуги⁷⁹. Хворим на ВІЛ/СНІД, згідно із законом України про ВІЛ/СНІД, гарантується безкоштовне надання медичних послуг, необхідних для лікування існуючих захворювань⁸⁰.

Стягування плати за надання послуг охорони здоров'я створило серйозні перешкоди для багатьох українців у використанні послуг охорони здоров'я. Проведене в 2002 р. Державним статистичним комітетом дослідження 9478 сімей засвідчило, що понад 25 відсотків сімей не можуть отримати доступ до необхідних

⁷⁷ Конституція України, стаття 49 (Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.)

⁷⁸ Валерія Лехан та ін.: «Системи охорони здоров'я в перехідний період. Україна», с.41; Ребекка Уївер: «Радіо «Вільна Європа»/«Радіо «Свобода»: нарис боротьби України з корупцією», *East West Institute News*, 20 січня 2003 р.

⁷⁹ Валерія Лехан та ін.: «Системи охорони здоров'я в перехідний період. Україна», с. 34–40.

⁸⁰ Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» стаття 4 (гарантує безкоштовне забезпечення медикаментами, необхідними для лікування захворювання, засобами особистого захисту та психологічно-соціальну підтримку людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом).

медичних послуг для будь-кого з членів цих сімей, переважна більшість посилалася на надмірну вартість медикаментів, предметів догляду за хворими та послуг охорони здоров'я. Це дослідження також показало, що значну кількість пацієнтів змушували оплачувати послуги, що були передбачені законом як обов'язкові⁸¹. Проведене у 2003 р. опитування за участю Українського центру соціального моніторингу та Інституту соціальних досліджень показало, що 78 відсотків респондентів були впевнені, що майже всі державні службовці беруть хабарі, і серед них українська система охорони здоров'я була названа як один із найбільших хабарників. Ця цифра збігається з проведенням у 2002 р. українською неурядовою організацією «Партнерство за прозоре суспільство» дослідженням, яке показало, що більше половини респондентів мала платити хабар, аби отримати медичні послуги⁸².

⁸¹ Валерія Лехан та ін.: «Системи охорони здоров'я в перехідний період. Україна», р. 37.

⁸² Ребекка Уївер: «Радіо «Вільна Європа»/Радіо «Свобода»: нарис боротьби України з корупцією».

V. Зловживання з боку міліції

Я вживаю наркотики, тому міліція не вважає мене за людину. Я – наркозалежна людина, і в мене немає ніяких прав. Міліція може зі мною робити все, що захоче.

– Олександр Т., споживач ін'єкційних наркотиків, Херсон, 9 липня 2005 р.

Деякі люди просто не приходять до пункту обміну шприців. Учора тут була міліція. Вони досить жорстоко побили одного чоловіка. Вони вимагали в нього гроші. Він сказав, що в нього нема. Вони підкинули йому «ширку» та сказали: «От тепер ти заплатиш». Але в нього дійсно не було грошей. То вони просто його побили.

– Аутрич-працівник, Дніпропетровськ, 12 липня 2005 р.

Human Rights Watch спромоглася задокументувати порушення міліцією правил захисту прав людини від тортур та інші форми зловживань, а також порушення процедур дізнання. Велика кількість споживачів наркотиків, працівників секс-бізнесу та працівників різних служб говорили про те, що міліція забирала гроші та витягувала інформацію з наркоспоживачів, використовуючи фізичний та психологічний тиск, включаючи жорстокі побиття, ураження електричним струмом, часткове удушення протигазом⁸³, а також погрози зґвалтування, як під час арешту, так і під час ув'язнення, і при цьому працівники міліції прямо перешкоджали наданню інформації про ВІЛ, а також послуг із профілактики ВІЛ людям з опіоїдною залежністю й працівникам секс-бізнесу. Споживачі наркотиків та постачальники послуг скаржилися, що працівники міліції підкидали в їхній дім та їм особисто наркотики й використовували це як привід заарештувати їх або застосувати до них протиправні заходи.

Міжнародне законодавство недвозначно забороняє використання тортур та іншого жорстокого чи принизливого поводження або покарання з боку представників

⁸³ Часткове удушення за допомогою протигазів є звичайною формою тортур у країнах колишнього СРСР, і його використання проти споживачів наркотиків та інших затриманих осіб було задокументовано в нещодавніх розслідуваннях перевищення повноважень працівниками міліції в Україні. Див. «Міжнародна Амністія»: «Україна: час діяти: тортури та жорстоке ставлення під час затримання міліцією», вересень 2005 р.; Андрій Толопило: «Реформування політики з боротьби з наркотиками в СНД з метою запобігання поширення СНІДу», 2004 р. (російською). Ця форма тортур зветься «слонення» через схожість планта протигазу з хоботом слона.

силових структур або офіційних посадовців⁸⁴. Така заборона стосується «не тільки дій, що завдають фізичного болю, а й таких, що призводять до морального страждання жертви»⁸⁵, включаючи залякування та інші форми погроз⁸⁶. Міжнародне законодавство також забороняє використання заяв, отриманих під тортурами, як доказів, за винятком використання їх проти особи, котру звинувачують у тортурах⁸⁷. Це є гарантією того, що працівники силових структур не будуть отримувати винагороди за свідчення, здобуті під тортурами. Це також є засобом захисту від самообмови, причому це право на захист захищається згідно з міжнародним законодавством⁸⁸. Міжнародне законодавство також гарантує право свободи та безпеки особи та її захисту від свавільного утримання під вартою⁸⁹.

Коли міліція ігнорує або здійснює психічний тиск на СІН та працівників секс-бізнесу для покарання, залякування, отримання інформації або з будь-якою іншою метою, вона порушує основні положення про захист від тортур і зловживань, а також право на свободу й безпеку особи. Коли міліція використовує опіоїдну залежність як інструмент для витягування зізнання або грошей у споживачів наркотиків, які страждають через «ломку», а також відмовляє їм у медичній допомозі, коли в них «ломка», вона цими діями порушує основні положення про захист від тортур і жорстоке, нелюдяне та принизливе поведіння або покарання.

⁸⁴ Конвенція із запобігання тортурам і нелюдському чи принижуючому поведінню чи покаранню (КЗТ), статті 1, 2 (Україна ратифікувала КЗТ у 1987 р.); Міжнародний пакт з громадянських та політичних прав (ICCPR), стаття 7 (Україна ратифікувала ICCPR в 1973 р.). Європейська Конвенція із захисту прав людини та фундаментальних свобод містить схоже положення в статті 3 (Україна ратифікувала Європейську конвенцію в 1997 р.). Ці заборони підтверджуються і в Конституції України, стаття 28, котра стверджує, що «ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поведінню чи покаранню».

⁸⁵ Комітет з прав людини: Загальний коментар 20, Стаття 7 (сорок четверта сесія, 1992 р.), Збірка загальних коментарів та загальних рекомендацій, що були прийняті органами Конвенції з прав людини, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1 at 30 (1994 р.). Комітет з прав людини є органом ООН, уповноваженим проводити моніторинг імплементації ICCPR. Див. також КЗТ, стаття 1 (дає визначення тортур як навмисних дій, що спричиняють великий фізичний біль або моральні страждання).

⁸⁶ Доповідь Спеціального доповідача з питань тортур та іншого жорстокого, нелюдського або принижуючого поведіння чи покарання, Генеральна Асамблея ООН, U.N. Doc. A/56/156, 3 липня 2001 р., Розділ ПА (страх фізичних тортур може становити ментальні тортури, і такі серйозні та вірогідні загрози фізичній цілісності жертви або третьої особи може прирівнюватися до жорстокого, нелюдського або принижуючого поведіння чи навіть до тортур, особливо коли жертва перебуває в руках правоохоронців).

⁸⁷ КЗТ, стаття 15. Див. також Кодекс принципів захисту всіх людей від будь-якої форми затримання або ув'язнення, принцип 21.

⁸⁸ ICCPR, стаття 14(3)(g).

⁸⁹ ICCPR, стаття 9.

Порушення міліції проти споживачів ін'єкційних наркотиків

Надмірна жорстокість та зловживання

Володимир Д., якому двадцять сім років, сказав, що протягом тих шести років, що він вживає наркотики, херсонська міліція декілька разів затримувала його на тривалий час та піддавала серйозному фізичному та психологічному впливу для того, щоб вибити з нього гроші або інформацію. «Це – справжнісінька кампанія залякування наркоманів, – сказав він. – Вони вміють застосовувати тільки жорстокі методи».

У 2002 р. Володимира протримали в слідчому ізоляторі упродовж двадцяти семи днів. Він сказав, що протягом цього періоду:

«Слідчі та інші особи «розмовляли» зі мною. Вони запрошували великих хлопців, справжніх «спортсменів», які займалися справжніми покараннями. ... Вони утримували мене протягом десяти днів, потім відпустили, посадили в машину, «щоб відвезти додому», але раптом з'явилася нова санкція на мій арешт. І мене протримали ще десять днів. Цю процедуру вони повторили ще раз, і мене затримали ще на сім днів.

Десять днів сім вони застосовували щодо мене засоби фізичного впливу з метою примусити мене. Вони били мене до нестями. Вони фізично та психологічно принижували мене. ...Катували мене. Вони використовували метод «ластівка»⁹⁰. Вони надівали на мою голову протигаз та приковували мої руки до ніг. Потім просовували мені під руки палицю та розпинали мене поміж двох сейфів. Вони били мене в живіт, доки я не непритомнів. Вони також били мене по ступнях міліцейськими гумовими кийками. Це дуже боляче, але не залишає майже ніяких слідів.

Але ще страшнішими були психологічні страждання. Мені погрожували, що з'являються мене. Потім вони погрожували, що мене з'являється ще один підозрюваний. Це, мабуть, найстрашніша річ з тих, які можна уявити. Деякі люди навіть вбивають себе після того, як стається щось подібне⁹¹.

⁹⁰ Поза «ластівка» – форма підвішування, коли руки жертви скуті за спиною та прикуті до металевої планки або труби, з якої він/вона висить, не торкаючись землі ногами. В іншому різновиді «ластівки» затриманих примушують лягти долілиць, а їхні ноги міцно прив'язують мотузкою до скнутих наручниками рук. Такі пози викликають гострий біль у суглобах, перекривають доступ крові до зап'ястків та можуть спричинити вивих рук або плечей.

⁹¹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 9 липня 2005 р.

Тридцятирічна Ольга Г. заявила, що зазнала постійного переслідування з боку працівників міліції, які знали, що вона вживає наркотики. У 2001 та 2004 рр. миколаївська міліція приходила до неї додому та намагалася витягнути з неї інформацію з метою допомоги в кримінальних розслідуваннях. У 2001 р., за її словами, міліція проникла до її квартири через вікно, один із працівників закрив рота її семирічній доньці рукою, щоб заглушити її крики, та забрав Ольгу до міліцейського відділення, залишивши її доньку вдома саму.

«Вони провели мене через чорний, а не основний вхід. Ніхто не знав, що я там [у міліцейському відділенні]. Вони надягли на мене протигаз. У протигазі спереду закріплений довгий шланг. Вони закрили потік повітря, щоб я не могла дихати. Мої руки були скуті наручниками під колінами, так що мені весь час доводилося згинатися. Мене протримали в цій позі більше години. Вони перекривали потік повітря до протигазу та били мене по спині, по нирках гумовим кийком. Коли вони це робили, я зовсім не могла дихати. Вони також погрожували мені: «Ти будеш танцювати для нас гола на столі». Вони сварилися на мене. Вони також іноді трохи відтягували протигаз з мого обличчя так, щоб трубка звисала прямо над обличчям. Вони сміялися з мене та передражнявали. Потім знову натягували маску та перекривали потік повітря. Вони забрали мене об одинадцятій ранку, а відпустили о восьмій вечора. Та все мене запитували: «Де цей чоловік?», а я відповідала, що не знаю⁹².

Олександр Т., сорока чотирьох років, припинив вживати наркотики влітку 2004 року після двадцяти п'яти років ін'єкційного вживання опіатів. Хоча він уже не вживає наркотиків, у нього ще є проблеми з міліцією. Улітку 2004 р. Олександра зупинили та обшукали міліціонери: вони шукали в його кишнях шприців та грошей. Працівникам Human Rights Watch він розповів таке: «Міліціонери штовхнули мене на землю та протягли по ній десь 300 метрів. Вони мене так побили, що їм довелося викликати медичну допомогу. Я пробув у міліцейському відділенні всю ніч, і всю ніч мене били»⁹³.

Працівники Human Rights Watch зустрілися з Йосипом А., сорока шести років, на пункті обміну шприців у Миколаєві. Йосип сказав, що міліція затримувала його декілька разів. Він описав триденне затримання в 2004 р.: «[Міліціонери] поставили мене в позу *«ластівки»*. Вони закували мої руки в наручники та підвісили на гаку в стіні. ...Вони мене залишили в такому положенні на кілька годин. Протягом

⁹² Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р.

⁹³ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 9 липня 2005 р.

чотирьох місяців після цього я нічого не відчував у верхній частині рук та зап'ястку. Вони також били мене кулаками та гумовими кийками. І ногами били. По всьому тілу. По животі, спині, де завгодно. Вони також обернули коло мого пеніса телефонний шнур і затягли його. Таким чином вони перекрили приплив крові. Тоді вони підклали телефонний шнур до розетки в стіні, і пішов електричний струм. Ця напруга була не дуже велика, але все ж було боляче, сила струму була великою»⁹⁴.

Тридцятирічний Костянтин А. сказав нам, що дніпропетровська міліція часто зупиняла його та вимагала гроші й інформацію про споживачів наркотиків. У 2001 році його кували під час перебування як затриманого в міліції. Ось що він розповів працівникам Human Rights Watch:

«Вони прикували мої руки до щиколоток та підвісили на жердині під пахвами. Вони били мене по спині та нирках, доки я не знепритомнів. Я зізнався в пограбуванні. Якби я не зізнався у цьому, вони звинуватили б мене в чотирьох [пограбуваннях].

Мене кували один день, потім направили до слідчого. Коли мене били, я себе контролювати не міг, я впадав в істерику. Я втрачав силу продовжувати говорити. У мене були зламані декілька ребер, я майже не міг дихати та кашляв після того, як вони мене побили. У мене були синці, де-не-де понапухало. Можливо, хтось у цей момент міг би й скаржитися, але я вже не міг. Це б призвело до ще більших неприємностей. Я знаю випадки, коли люди поскаржилися, і було тільки гірше»⁹⁵.

Діти з вулиці, які вживають наркотики, можуть бути особливо вразливими до зловживань, тому що є небагато людей, які б могли вступитися за них. Лариса Борисенко, соціальна працівниця в неурядовій організації «Віртус», м. Дніпропетровськ, працювала з підлітком, споживачем наркотиків, якого в 2005 році звинуватили в убивстві п'ятнадцятирічної дівчинки. Вона сказала працівникам Human Rights Watch, що були свідки, котрі могли б підтвердити, що підліток невинний. Але після арешту його кували. Вона сказала: «І коли вони підвели до його голови електричний струм, він зізнався в убивстві»⁹⁶.

⁹⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р.

⁹⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 12 липня 2005 р.

⁹⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 12 липня 2005 р.

Підкидання доказів

Велика кількість споживачів наркотиків, адвокатів та працівників, які надають їм різноманітні послуги, заявила, що працівники міліції підкидали в їхній дім або їм особисто наркотики та використовували це як привід заарештувати їх та витягувати з них гроші та інформацію. Андрій, юрист організації «Дорога до дому», програми зі зменшення шкоди в місті Іллічівську, сказав працівникам Human Rights Watch: «Міліціонери знають СІН в обличчя та знають, куди їм можна підкинути наркотики. Вони роблять це для того, щоб вербувати інформаторів. Вони підкидають наркотики, заарештовують та змушують працювати інформаторами»⁹⁷.

Херсонська міліція підкинула наркотики Володимирі Д. та дала йому вибір: «Вони сказали мені, що я повинен погодитися на такий злочин, як зберігання *«ширки»*. Вони сказали, що, коли я принесу 3000 доларів, з мене знімуть обвинувачення». Володимир також сказав, що міліціонери попередили його не розповідати про це порушення. «Вони мене одразу ж попередили: «Будеш скаржитися, ми наведемо цілу купу свідків, що ми цього не робили і що ти примусив до цього одного з наших хлопців». Вони грають у велику кількість психологічних ігор. Вони погрожували, що зроблять боляче моїм родичам, друзям. Вони сказали: «Ми скажемо твоїм друзям, що ти надав нам інформацію про них». Міліції дуже легко довести вину будь-кого. Ніхто не зможе пережити фізичні та моральні страждання, яких вони завдають»⁹⁸.

Споживачі наркотиків у ролі інформаторів та офіційних «свідків»

Представники силових структур, які розмовляли з працівниками Human Rights Watch, говорили, що правоохоронні структури проводять постійні рейди з метою виявлення СІН та реєстрації їх у міліції та наркологічних диспансерах (спеціалізованих державних організаціях, підконтрольних Міністерству охорони здоров'я, які пропонують лікування наркологічної та алкогольної залежності; також відомі як наркологічні центри)⁹⁹. Вони також заявили, що розглядають людей з

⁹⁷ Інтерв'ю Human Rights Watch, Іллічівськ, 6 липня 2005 р.

⁹⁸ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 9 липня 2005 р.

⁹⁹ Клініки лікування наркотичної залежності (наркодиспансери) мають офіційно реєструвати споживачів наркотиків, котрих направляють туди по допомогу, хоча на практиці вони не завжди роблять це. Міліція також веде офіційну реєстрацію наркоспоживачів, і ці переліки вони регулярно порівнюють з тими, що їх ведуть державні наркологи. Інтерв'ю Human Rights Watch з Анатолієм Вісвським, головним наркологом Міністерства охорони здоров'я України, 18 липня 2005 р. (наркологи – це лікарі – зазвичай психіатри – що спеціалізуються на лікуванні залежностей від наркотиків та алкоголю). Люди, які зареєстровані як наркозалежні в наркодиспансерах, мають регулярно відвідувати клініку протягом п'яти років, де від них можуть вимагати аналізів сечі, щоб довести, що вони не вживають наркотики. Українське законодавство забороняє зареєстрованим споживачам наркотиків отримувати водійські посвідчення та займатися деякими видами діяльності. Інтерв'ю Human Rights Watch з Юрієм Чумаченком, терапевтом Іллічівського

опіоїдною залежністю як важливе джерело інформації у питанні щодо перевезення наркотиків та інших злочинів. Намагання зареєструвати споживачів наркотиків та використовувати їх як інформаторів може підвищити ризик ВІЛ для тих СІН, які шукатимуть способу запобігти ризику (наприклад, використати стерильні шприци), що може призвести до їхнього арешту.

Валерій Мельниченко, керівник відділу з боротьби з наркотиками в Херсонській області, пояснив, що міліцейські рейди використовуються як для запобігання вживанню наркотиків, так і в рамках міліцейських розслідувань. Він розповів працівниці Human Rights Watch: «Ми працюємо разом з кількома службами. Ці рейди носять запобіжний характер, вони служать для реєстрації осіб у міліцейському відділенні». Він пояснив, що арешти осіб, які володіють наркотиками, по-перше, утримують людей від вживання наркотиків, а, по-друге, полегшують переслідування наркодилерів. Мельниченко сказав, що наркоспоживачі «беруть участь у зборі інформації, яка використовується для затримки наркодилерів. ...Ми можемо отримати інформацію про наркодилерів від осіб, яких обвинувачено»¹⁰⁰.

Human Rights Watch проінтерв'ювала співробітника міліції Андрія Б. в пункті обміну шприців у Миколаєві, де він та його напарник проводили «оперативні дії» з метою визначити СІН та отримати від них інформацію про кримінальну діяльність (див. також розділ «Переслідування споживачів наркотиків у пунктах обміну шприців» нижче)¹⁰¹. Андрій Б. розповів Human Rights Watch, що «двічі на рік ми проводимо оперативні дії для виявлення наркоманів, ось, наприклад, як опі. Дії тривають один місяць». Андрій Б. сказав, що наркоспоживачі – добрі інформатори: «Наркоман не хоче потрапити до міліцейського відділення, тому розкаже вам усе. ...Наркомани дуже часто надають інформацію. Вони знають, що це дуже важливо – допомагати нам боротися зі злочинністю та шукати злочинців». Василь С., напарник Андрія Б., сказав, що існує 100-відсоткове визнання затриманих винними. «Ми затримуємо десь осіб десять на тиждень. ...З десяти осіб, яких ми приводимо, усіх десятих визнають винними. Як тільки ви потрапляєте туди, шляху назад уже немає»¹⁰².

наркологічного центру, Іллічівськ, 6 липня 2005 р. Вимоги до реєстрації можна знайти в Інтернеті за адресою: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0534-97>.

¹⁰⁰ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 8 липня 2005 р.

¹⁰¹ Андрій Б. та Василь С. є псевдонімами.

¹⁰² Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р.

Згідно з українським законодавством, потрібно, щоб принаймні два свідки були присутніми при обшуку іншої особи або її приміщень¹⁰³, однак найчастіше міліція не дотримується цієї процедури. Адвокати, котрі представляють інтереси споживачів наркотиків, а також соціальні працівники, та й самі СІН говорять про те, що дуже часто міліція проводить обшуки без потрібних свідків або з призначеними свідками, які не були присутні під час обшуку, але свідчать на підтримку дій міліції¹⁰⁴. Вікторія Белова, юристка з Дніпропетровська, розповіла Human Rights Watch, що наркозалежні люди, яких засуджували у справах, пов'язаних з наркотиками, використовувалися міліцією як інформатори та офіційні свідки. За словами Белової, «Міліція використовує одних і тих самих свідків для всіх справ, пов'язаних із наркотиками. Вони приводять кількох свідків, які дають необ'єктивні свідчення на користь міліції. [Під час судових засідань] я питаю свідків, чи були вони коли-небудь свідками в справах у суді, і вони зазвичай відповідають, що так. ...Я бачу одних і тих самих людей із року в рік, завжди у ролі свідків»¹⁰⁵.

Використання наркотичної залежності для примусового отримання свідчень

Міліція використовує наркотичну залежність для того, щоб отримати примусові свідчення від споживачів наркотиків, які можуть піддатися тиску та визнати неправдиві обвинувачення, коли зіптовхуються з болючими симптомами «ломки» при затриманні. За словами Павла Скали, який працював старшим оперуповноваженим в особливо важливих справах Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків в Україні, «на жаль, це все ще поширена практика дізнання», коли допит проводиться в той час, як підозрювані наркоспоживачі страждають від «ломки»¹⁰⁶. Юристи й соціальні працівники, які працюють з наркозалежними людьми в Україні, також розповідають про інтенсивне використання міліцією «ломки» як частини процедури дізнання з метою вибити викривальні свідчення зі споживачів наркотиків, витягнути з них гроші,

¹⁰³ Кримінально-процесуальний кодекс, стаття 181 (вимагає: «Обшук і виїмка проводяться в присутності двох понятих і особи, яка займає дане приміщення, а при відсутності її – представника житлово-експлуатаційної організації або місцевої Ради народних депутатів.») та 191 («Огляд проводиться в присутності не менше двох понятих і, як правило, удень»).

¹⁰⁴ Див., напр., інтерв'ю Human Rights Watch з Володимиром Д., Херсон, 9 липня 2005 р.; інтерв'ю Human Rights Watch з Володимиром Закінним, референтом НУО «Життя плюс», Одеса, 5 липня 2005 р.; інтерв'ю Human Rights Watch з Ольгою Г., Миколаїв, 7 липня 2005 р.; інтерв'ю Human Rights Watch з Вікторією Беловою, юристкою НУО «Віртус», Дніпропетровськ, 12 липня 2005 р.

¹⁰⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 12 липня 2005 р.

¹⁰⁶ Електронні листи майора міліції в запасі (з листопада 2004 р.) Павла Скали, нині менеджера програм політики та адвокації Міжнародного Альянсу з ВІА/СНІД в Україні, до Human Rights Watch, 2 грудня 2005 р. та 29 січня 2006 р. Пан Скала працював оперуповноваженим в особливо важливих справах Департаменту боротьби з незаконним обігом наркотиків Міністерства внутрішніх справ України, з липня 1998 р. по липень 2004 р.

погрожуючи їм затриманням, примушуючи їх страждати від «ломки» та відмовляючи в медичній допомозі, коли ті переживають «ломку»¹⁰⁷.

Богдан С., аутрич-працівник у неурядовій організації «Клуб «Еней» у Києві, пояснив: «Наркозалежні люди, які приходять до нашого пункту обміну шприців, вживають наркотики. І навіть якщо на момент візиту в них не буде наркотиків, а лише шприц, їх усе одно можуть затримати на сімдесят дві години до встановлення особи»¹⁰⁸. Наркозалежна людина, якщо в неї «ломка», підпише все, що завгодно. Абсолютно все. Для того, щоб цього не сталося, люди дають хабара міліції, навіть якщо в них немає наркотиків»¹⁰⁹. Євген Кривошесев, президент «Клубу «Еней», сказав: «Якщо наркозалежну людину посадити до тюремної камери на деякий час без наркотичних засобів, їй не важко буде втратити розум. Вона підпише будь-що»¹¹⁰.

Пряме втручання міліції у процес надання інформації про запобігання ВІЛ та послуги для споживачів наркотиків

«Міліціонери дуже часто крутяться біля цього пункту обміну голок. Вони декілька разів затримували мене. Вони оглядають мою сумку. ...Питають мене: «Куди ти йдеш? Навіщо?» А також попереджують: «Не приходь сюди. Ти нам тут не потрібна».

— Марта В., споживач з ін'єкційних наркотиків, двадцять три роки, Дніпропетровськ, 12 липня 2005 р.

Персонал програм зменшення шкоди в Одесі, Херсоні та Києві зазначає, що в них є домовленості з працівниками правоохоронних органів, які визнають центри обміну шприців як частину програм з профілактики ВІЛ¹¹¹. Деякі з високих чинів у

¹⁰⁷ Андрій Толопило: «Реформування політики з боротьби з наркотиками в СНД з метою запобігання поширення СНІДу» (російською).

¹⁰⁸ Фактично, законодавство України дозволяє слідчим структурам утримувати за власними повноваженнями особу, що підозрюється в скоєнні кримінального злочину на строк до сімдесяти двох годин. Якщо правоохоронні органи бажають затримати підозрюваного і далі, упродовж цих сімдесяти двох годин підозрюваному має бути винесене обвинувачення, інакше підозрюваний має бути звільнений або відпущений під заставу. Конституція України, розділ 29; Кримінально-процесуальний кодекс України, розділи 106, 165-2.

¹⁰⁹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 8 липня 2005 р.

¹¹⁰ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 8 липня 2005 р.

¹¹¹ Працівники програм зі зменшення шкоди в Одесі, Києві та Херсоні сказали, що їхні програми підтримувалися правоохоронцями. Інтерв'ю Human Rights Watch з Оленою Кулішовою, координатором послуг зі зменшення шкоди НУО «Дорога до дому», Одеса, 4 липня 2005 р.; інтерв'ю Human Rights Watch з Богданом С., аутрич-працівником,

міліції також висловили свою підтримку програмі обміну шприців. Валерій Мельниченко, керівник відділу боротьби з наркотиками в Херсонській області, розповів Human Rights Watch, що в його відділу є угода про підтримку програми обміну шприців, яку здійснює херсонська НУО «Мангуст»¹¹². Олег Соколов, керівник управління боротьби з наркотиками в Дніпропетровській області, сказав, що «в принципі, я розглядаю це [послуги з обміну шприців] позитивно», але «їх за будь-яких умов треба проводити під контролем правоохоронних органів»¹¹³.

Однак на практиці місцева міліція часто перешкоджала передачі інформації та надання послуг із запобігання ВІЛ, включаючи видачу стерильних шприців СІН. Працівники Human Rights Watch задокументували декілька випадків, коли споживачі ін'єкційних наркотиків говорять про залякування, арешти та деколи про тяжке побиття за володіння шприцами, як стерильними, так і використаними, поряд з місцем обміну шприців або на самому пункті.

Велика кількість споживачів з ін'єкційних наркотиків, яких опитали працівники Human Rights Watch, заявили про своє небажання користуватися послугами обміну стерильними засобами у зв'язку з тим, що вони бояться затримання або побиття з боку міліції. Багато СІН також говорили, що присутність міліції на пунктах обміну шприців спонукала їх до використання дуже ризикованих способів вживання наркотиків, таких як повторне використання шприців або використання їх кількома особами. Human Rights Watch також задокументувала декілька випадків нападу міліції на соціальних працівників, котрі надають послуги з профілактики ВІЛ/СНІДу наркоспоживачам.

Переслідування споживачів наркотиків на пунктах обміну шприців та в аптеках Ми роздали людям книгу під назвою «Знай свої права!» Але міліціонери б'ють людей з цією книгою, рвуть її прямо в них на очах.

— Аутич-працівник, пункт обміну шприців у Дніпропетровську, 12 липня 2005 р.

Мета програми обміну голок — знизити ризик розповсюдження ВІЛ та інших хвороб, що передаються з кров'ю, шляхом забезпечення повсякчасного використання СІН стерильних шприців для ін'єкцій. Обмін або вилучення

«Клуб «Еней»», Київ, 14 липня 2005 р.; інтерв'ю Human Rights Watch з Євгенією Лисак, головою «Мангуст», Херсон, 8 липня 2005 р.

¹¹² Інтерв'ю Human Rights Watch з Валерієм Мельниченком, Херсон, 8 липня 2005 р.

¹¹³ Інтерв'ю Human Rights Watch з Олегом Соколовим, Дніпропетровськ, 13 липня 2005 р.

використаних голок в обмін на стерильні є важливим процесом захисту здоров'я шляхом вилучення заражених голок з обігу та зменшення можливості їх повторного використання та впевненості в їх безпечному знешкодженні. Програми з обміну шприців можуть також стати мостом для програм лікування наркотичної залежності шляхом надання інформації, консультацій та медичних направлень.

Працівники Human Rights Watch з'ясували, що українська міліція часто зупиняє клієнтів пунктів обміну шприців поблизу або іноді безпосередньо на пунктах, конфісковує шприци, використовуючи їх як привід для звинувачення у зберіганні наркотиків і як привід вимагати від споживачів наркотиків гроші та інформацію.

Коли працівники Human Rights Watch прибули на пункт обміну шприців у Миколаєві, там були тільки аутрич-працівники. Одна з цих працівниць розповіла, що за десять хвилин до того прийшли два міліціонери, заарештували клієнта й побили його. Вона додала: «Міліціонери приходили сюди вже двічі. Вони практично завжди десь поряд. Вони приходять сюди щодня. Вони – це місцева міліція та місцевий відділ з боротьби з наркотиками. Вони просто вештаються тут, переодягнені у звичайний одяг, та намагаються виглядати як звичайнісінькі споживачі наркотиків»¹¹⁴. За словами аутрич-працівниці, міліціонери затримували людей біля пунктів обміну та часто відбирали в них чисті шприци. Через це наркоспоживачі «боялися перебувати біля пункту протягом тривалого проміжку часу, бо міліція завжди була десь поряд. ...Соціальні працівники попереджують клієнтів, чи є поряд міліція, чи ні»¹¹⁵.

Упродовж того часу, що представники Human Rights Watch були на пункті обміну шприців, декілька СІН прийшли по чисті шприци, але дали зрозуміти, що постійна присутність міліції на пунктах обміну іноді утримувала їх від візиту сюди, і вони ніколи б не хотіли залишатися тут довше, аніж потрібно. Олег К. сказав представникам Human Rights Watch, що «було принаймні три чи чотири рази, коли я бачив, що тут стоять міліціонери, і не підходив, бо вони тут вешталися». Він продовжив: «Я можу тепер піти? Не хочу тут залишатися дуже довго»¹¹⁶.

¹¹⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р.

¹¹⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р.

¹¹⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р.

Регіну С., двадцяти дев'яти років, заарештовували двічі, коли вона перебувала на пункті обміну шприців, востаннє – за тиждень до розмови з працівниками Human Rights Watch. Вона сказала працівникам організації:

Я дуже боюся залишатися біля пункту обміну шприців, бо в п'ятницю мене заарештувала міліція. ...Мене тут раніше вже заарештовували минулого літа. Сталося те ж саме. Я вже йшла звідси, і там було місце, де було багато наркоманів та багато шприців. Міліціонер підібрав один з них і сказав: «Це твій», та звинуватив мене. Мене засудили за 14 статтею та направили до наркологічного центру на місяць. Я боюся носити з собою шприци через міліцію¹¹⁷.

Через деякий час після того, як Регіна покинула пункт обміну шприців, повернулися Василь С. та Андрій Б., у яких аутрич-працівники впізнали двох міліціонерів, які вже раніше були тут. Останні підтвердили, що затримували наркоспоживачів біля пункту обміну і не погоджувалися з тим, що обмін стерильних шприців може знизити ризик інфікування споживачів наркотиків ВІЛ. Міліціонери сказали, що вони радше б повбивали наркозалежних, котрих вони навіть за людей не вважають. Андрій Б. пояснив, як міліція попереджує зловживання наркотиками шляхом затримання СІН на пунктах обміну шприців:

«Якщо це початківці, які ще не «в системі», ми намагаємося пояснити та показати їм наслідки вживання наркотиків і те, що людей навіть убивають через зловживання наркотиками. Півтора тижні тому ми підібрали тут [на пункті обміну шприців] п'ятнадцятирічного хлопця. Ми посадили його в автомобіль та показали наркоманів – які вони, як виглядають. Він же ще тільки початківець. Його друзі давали йому наркотики раз чи два, і він прийшов по інформацію»¹¹⁸.

Намагаючись утримати підлітка від споживання наркотиків, Андрій Б. утримував його у своєму авто протягом досить тривалого проміжку часу та ефективно ізолював його від отримання інформації та послуг зі зниження шкоди, по які він прийшов на пункт обміну шприців.

Олег Соколов, керівник управління боротьби з наркотиками у Дніпропетровській області, визнав, що місцева міліція перешкоджає доступу споживачів наркотиків до пунктів обміну шприців, та зауважив, що такі проблеми були невеликими і вже

¹¹⁷ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р.

¹¹⁸ Інтерв'ю Human Rights Watch з міліціонерами Василем С. та Андрієм Б. [псевдоніми].

розв'язані. Він заперечує той факт, що міліція перешкоджає програмам зі зменшення шкоди, заявивши, що «самої ідеї, що вони [міліціонери] просто сидять та чекають на людей, просто не існує»¹¹⁹. Однак аутрич-працівники та клієнти дніпропетровських пунктів обміну шприців зазначили, що міліція була часто присутня на пунктах обміну шприців та що присутність і зловживання повноваженнями міліції відпугнували споживачів наркотиків від користування цими послугами. Унаслідок цього багато СІН, які знехтували пунктами обміну шприців, ділили або використовували свої шприци знову.

Тридцятирічний Денис П., який вживає опіати дванадцять років, сказав, що міліція його затримувала на пункті обміну більш ніж один раз, і востаннє це було за тиждень до його інтерв'ю з працівниками Human Rights Watch. Він зрозумів, що ділитися голками – це ризикувати заразитися ВІЛ-інфекцією, що іноді він уникав обміну голок через страх бути заарештованим та що він не міг вільно носити шприци без того, щоб його вважали наркоманом. Він сказав працівникам Human Rights Watch:

Міліція відбирає шприци та викидає їх. Востаннє це сталося десь місяць тому. Я був без документів, а вони обшукали мене та знайшли шприц і гроші. Вони викинули мій шприц та забрали гроші. Потім вдарили мене по голові й відпустили. Таке траплялося десь зо три рази, зазвичай увечері. Патрулі виходять на службу ввечері. Вони викинули новий шприц. Міліціонери зупиняють мене і перевіряють руки на сліди... Краще ходити по вулицях без шприців, бо міліція може завжди зупинити. ... Якщо у вас є використаний шприц, то зрозуміло, що ви – наркоман. Якщо він чистий, ви можете сказати, що він для звичайних ін'єкцій, але тоді вони все одно можуть подивитися на ваші руки й сказати, що ви споживач наркотиків ¹²⁰.

У Херсоні Андрій Т. двадцяти семи років, сказав працівникам Human Rights Watch, що він би хотів брати голки в пункті обміну шприців, але його відлякує присутність міліції. Він розповів Human Rights Watch: «Я намагаюся приходити сюди не дуже часто, раз чи двічі на тиждень. Я знаю, що тут є міліція, і вона мене буде шукати, то ж я стараюся тут не вештатися». За два тижні до розмови з Human Rights Watch, Андрія вже заарештовувала міліція. «Це був один із таких інцидентів, через які мені не дуже хочеться сюди приходити. Я прийшов сюди, узяв голки, а міліція зупинила мене за два квартали звідси. Міліція робить, що хоче та

¹¹⁹ Інтерв'ю Human Rights Watch, 13 липня 2005 р.

¹²⁰ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 12 липня 2005 р.

намагається принизити. Що мені робити? Я можу написати на них скаргу, але вона нічого не дасть»¹²¹.

Григорій В., тридцяти семи років, аутрич-працівник у селі під Миколаєвом. Він сказав Human Rights Watch, що споживачі наркотиків дуже часто відмовляються приносити з собою шприци на обмін. Коли він пояснив сенс обміну наркоспоживачам, вони сказали на це: «Ми боїмося. Ми цього не зробимо». За словами Григорія, СІН «не хочуть збирати всі шприци та чекати, поки я їх обміняю. Вони бояться міліції, бо на шприцах є кров – і їх можуть звинуватити»¹²². Коли вони залишають використані голки у вжитку, це частково нівелює ефект обміну шприців.

Аптеки, які можуть легально продавати шприци дорослим в необмежених кількостях, є важливим джерелом стерильних шприців для СІН. Однак працівники Human Rights Watch з'ясували, що в деяких містах міліція патрулює аптеки в пошуках тих, хто купує шприци, щоб їх заарештувати або вжити до них інших заходів, використовуючи володіння стерильними шприцями як привід для арештів наркоспоживачів, а також для того, щоб вимагати від них гроші та інформацію.

Тридцятидворічний Михайло С. сказав, що в Одесі «міліція часто патрулює поряд з аптеками та арештовує наркоспоживачів, котрі мають при собі шприци». Він сказав, що «навіть учора я бачив міліцейський рейд коло аптеки», а його самого заарештували та побили біля аптеки в травні 2004 р. «Ці міліціонери просто ходять навкрути цих аптек та вибирають наркоманів. У мене в кишені був новенький шприц, і один з міліціонерів схопив мене за руку, а інший потягнув шприц у мене з кишені». Михайло додав: «Думаю, ці патрулювання [біля аптек] призводять до небезпечного вживання наркотичних речовин. Я бачив багато разів, як наркомани піднімали шприци просто із землі, промивали їх дощовою водою та сечею і знову використовували. Я сам бачив клієнтів, які вибирали використані шприци з бака для відходів [куди люди складали використані шприци]»¹²³.

Переслідування аутрич-працівників

Політика українського уряду визнає, що найефективнішим, а в деяких випадках єдиним шляхом проведення просвітніх заходів щодо СНІД у вразливих групах,

¹²¹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 1 липня 2005 р.

¹²² Інтерв'ю Human Rights Watch з Григорієм М., Миколаїв, 6 липня 2005 р.

¹²³ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 4 липня 2005 р.

таких як споживачі ін'єкційних наркотиків, є люди їхнього кола¹²⁴. Однак ті, хто проводить навчання в цих групах, та інші, хто з ними контактує, зазнають такого ж ставлення, що й особи, з якими вони працюють, та зазнають такого самого насильства й дискримінації з боку держави. Деякі неурядові організації відзначили певне зниження зловживань з боку міліції щодо їх працівників у зв'язку з тим, що вони змогли пояснити міліції суть своєї роботи. Але проблеми залишаються: Human Rights Watch задокументувала декілька випадків зловживань міліції щодо аутрич-працівників, які надають послуги споживачам наркотиків.

Аутрич-працівники «Клубу «Еней», організації, що веде програму зі зменшення шкоди в Києві, зазначили, що їх заарештували за дві години до зустрічі з Human Rights Watch. Даніела І. сказала, що її двічі затримували за володіння використаними шприцями, які вона обміняла. «У мене була ціла сумка, деś із сотню, – сказала вона. – Міліція підійшла на пункт обміну та затримала наркоманів. ...а потім і соціальних працівників забрала. Вони не дали нам зробити дзвінок. Вони були дуже агресивними. Нам навіть не дали пояснити, хто ми такі. Нас утримували деś чотири години»¹²⁵. Томас А. сказав представникам Human Rights Watch: «Міліціонери нас знають. Вони можуть навіть підійти та привітатися. В інших випадках вони затримують наших людей. Раніше було важче, але зараз міліція нас менше турбує». У відповідь на запитання, коли востаннє щодо нього були порушення на пункті обміну, він відповів: «Цього ранку»¹²⁶.

Аутрич-працівники «Клубу «Еней» розповіли, що в них була домовленість з мером та міліцією про обмін шприців, але місцеві органи знехтували нею. Один аутрич-працівник пояснив: «Ситуація навколо міліції дуже неоднозначна. Високі чини вже не становлять проблеми. Вони розуміють ситуацію. Але нижчі чини не зможуть збирати хабарі, якщо вони з нами співпрацюватимуть»¹²⁷.

У «Клубу «Еней» також була домовленість з кожним міліцейським відділенням в Києві про дозвіл на розповсюдження шприців у певний час. Аутрич-працівники визнають, що в деяких районах міліція не приходила в час обміну шприців завдяки просвітнім тренінгам для місцевої влади щодо програм зі зниження шкоди¹²⁸.

¹²⁴ Див., напр., «Концепцію стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року» та «Національну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки», обидві затверджені постановою № 264 Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р.

¹²⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 14 липня 2005 р.

¹²⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 18 липня 2005 р.

¹²⁷ Інтерв'ю Human Rights Watch з Борисом К., Київ, 14 липня 2005 р.

¹²⁸ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 14 липня 2005 р.

Однак ця домовленість була не у всіх районах. Богдан С., аутрич-працівник «Клубу «Еней», сказав: «Дуже часто міліцейська машина приїжджає та паркується за двадцять метрів від нас. Ця зміна знає практично всіх споживачів наркотиків, так що вони можуть просто вистежувати їх. Це справді є великою проблемою. Прямого тиску немає, але це дестабілізує ситуацію»¹²⁹.

Аутрич-працівники одеської НУО «Дорога до дому» сказали, що завжди носять із собою копію угоди з начальником місцевої міліції про співпрацю з програмою «Дорога до дому» та ідентифікаційну картку, у якій записано, що вони працюють у програмі «Дорога до дому». Однак ця угода не змогла зупинити всіх зловживань. Персонал «Дорога до дому» заявив, що, незважаючи на те що міліція «набагато менше заважає нашій роботі», аніж у минулому, є серйозні проблеми. За словами одного з працівників, за місяць до візиту Human Rights Watch в Одесу, «міліціонери намагалися побити одного з аутрич-працівників. Аутрич-працівники – самі колишні споживачі наркотиків, то вони й виглядають так. Міліціонери намагалися побити одного з них, але він зміг показати свої документи, і його відпустили»¹³⁰.

Працівники програми зі зменшення шкоди в Миколаєві також зазначили, що їхні зусилля з інформування міліції про свою програму допомогли знизити кількість зловживань та арештів робітників, але підкреслили, що міліція все ще затримувала аутрич-працівників. Координатор аутрич-працівників неурядової організації «Вихід», що веде програму зі зменшення шкоди в Миколаєві, згадав, що «були інциденти протягом останніх півроку, коли міліція обшукувала або затримувала наших працівників»¹³¹.

Міліцейська жорстокість стосовно працівників секс-бізнесу

Працівниці секс-бізнесу, котрих інтерв'ювала Human Rights Watch, розповідали про випадки переслідувань та інколи затримань міліціонерами, котрі вимагали грошей, інформацію про СІН та інших підозрюваних у скоєнні кримінальних порушень і сексуальних послуг в обмін на звільнення. Вони також розповідали, що міліціонери били їх та примушували до принизливих дій, наприклад сидіти в міліцейському відділенні повністю оголеними. З практичної точки зору, працівників секс-бізнесу легко притягти до кримінальної відповідальності, оскільки проституцію заборонено, то міліція мало ризикує бути покараною за такі дії¹³².

¹²⁹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 14 липня 2005 р.

¹³⁰ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 4 липня 2005 р.

¹³¹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 6 липня 2005 р.

¹³² Індивідуальну проституцію з дорослими було криміналізовано у вересні 2001р. і декриміналізовано в січні 2006 р. До 2001 року індивідуальна проституція з дорослими підпадала лише під юрисдикцію Адміністративного кодексу,

Багато працівників секс-бізнесу мігрує до українських міст із сіл або інших країн регіону¹³³; відсутність офіційної реєстрації та ідентифікаційних документів, необхідних для проживання на законних підставах та доступу до муніципальних послуг, робить працівників секс-бізнесу більш незахищеними від жорстокості з боку міліції, ніж їхніх колег, які мають офіційну реєстрацію.

Двадцятирічна Анастасія П. сказала: «Міліція використовує своє становище для отримання безкоштовного сексу». Вона розповідала Human Rights Watch, що в 2004 р. два міліціонери погрожували вбити її, якщо вона відмовлятиметься від сексу з ними¹³⁴. Двадцятирічна Тетяна К. розповідала, що з початку її роботи в секс-бізнесі в 2004 р. міліція затримувала її тричі. «Першого разу мене примусили зайнятися оральним сексом з трьома міліціонерами. Вони не користувалися презервативами»¹³⁵.

Тридцятидворічна Олександра Р. розповіла, що вона платить міліції, аби її не затримували за проституцію. Вона сказала Human Rights Watch: «Мені постійно доводиться зіштовхуватися з міліцією. У мене з ними грошові відносини»¹³⁶. Тридцятидворічна Марія Б. сказала: «Міліціонери затримують мене дуже часто. Вони забирають мене до відділення. Вони хочуть грошей. Вони хочуть щонайменше десять гривень, хоча це залежить від того, хто вимагає»¹³⁷.

Працівниці секс-індустрії казали, що міліція затримує їх для виконання періодичного «робочого плану». Тридцятидворічна Оксана М. розповідала Human Rights Watch: «Якщо це міліцейська дрібнота, можливо, ми відкупимося за невеличкий хабар. Але якщо це якийсь чин, то він тебе пов'яже. Від нього не можна відкупитися, бо в нього є план, і він тебе затримав»¹³⁸.

порушення якого каралося невеликим штрафом. Кримінальний кодекс у редакції 2001 р. збільшував покарання за проституцію, у тому числі шляхом збільшення суми штрафів, засудженням осіб звинувачених в індивідуальній проституції до виправних робіт та засудженням осіб звинувачених у певних злочинах пов'язаних з проституцією до ув'язнення. Див. Кодекс адміністративних правопорушень України, стаття 181-1; Кримінально-процесуальний кодекс України, стаття 303. Агенція США з міжнародного розвитку (USAID) зазначило, що закон від 2001 р. збільшив страх працівників секс-бізнесу перед контактуванням з міліцією, так само, як і з відповідними службами, що ускладнило аутич-роботу з працівниками секс-бізнесу. USAID: USAID/Україна: Стратегія з ВІЛ/СНІДу на 2003-2008рр., жовтень 2003 р., с. 17.

¹³³ CEEHRN: «Секс-індустрія, ВІЛ/СНІД та права людини в Центральній та Східній Європі та в Центральній Азії», с. 102.

¹³⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 5 липня 2005 р.

¹³⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 8 липня 2005 р.

¹³⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 5 липня 2005 р.

¹³⁷ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 5 липня 2005 р.

¹³⁸ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 1 липня 2005 р.

Працівники секс-бізнесу також розповідали, що міліція вимагала від них фальшивих свідчень та примушувала їх надавати інформацію про вживання наркотиків та інші злочини. «Оскільки міліція знає, хто ми такі та де ми є, вони іноді приходять до нас і примушують нас підписувати показання», каже Вікторія Ф. – Наприклад, учора, коли мене затримали і я побачила, як вони [міліціонери] били тих хлопців, мене примусили підписати показання. Інших дівчат також примусили підписати. У нас навіть не було часу прочитати документ»¹³⁹. Марія розповідала Human Rights Watch, що міліція «вимагає від нас інформацію про споживачів наркотиків, котрі крадуть. Вона постійно вимагає «співробітництва»¹⁴⁰.

Жінки секс-бізнесу казали, що законодавство про проституцію, так само як і зневага до працівників секс-індустрії з боку міліції, унеможлиблює для них подання заяв про скоєння насильства або актів жорстокості щодо них¹⁴¹.

Двадцятивосьмирічна Іванна С. сказала, що після того як її анально зґвалтував клієнт, «...я розповіла про нього іншим дівчатам, які працюють у цьому ж місці. Я не заявляла до міліції, тому що мене просто заарештували б за проституцію»¹⁴².

Лариса А. повідомила, що за два місяці до зустрічі з Human Rights Watch в липні 2005 р. її зґвалтувала група з п'яти чоловіків. «Після того я пішла до міліцейського відділення. Вони привели тих хлопців. Коли затримані сказали в міліції, що купили мене [заплатили за секс], міліція звеліла мені: «Забирайся звідси»¹⁴³.

Сорокатрирічна Євгенія Р. розповіла, що, коли вона намагалася подати заяву до міліції після групового зґвалтування під дулом пістолета, у міліції їй сказали: «Ти просто образилася, що коли вони тебе ґвалтували, то не заплатили»¹⁴⁴.

Коли Лариса була вагітна у 2001 р., її затримали на шість діб без відповідної реєстрації в органах міліції та без повідомлення її родини про її місцезнаходження, що є прямим порушенням законодавства України¹⁴⁵. Вона розповідала, що міліціонери били її кийками та кулаками і що вона втратила багато крові. «Мій

¹³⁹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 8 липня 2005 р.

¹⁴⁰ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 5 липня 2005 р.

¹⁴¹ Див. також СЕЕHRN: «Секс-індустрія, ВІЛ/СНІД та права людини в Центральній та Східній Європі та в Центральній Азії» (зазначає, що можливості працівників секс-бізнесу в регіоні отримати правовий захист від насильства є обмеженими або взагалі не існують).

¹⁴² Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 8 липня 2005 р.

¹⁴³ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 8 липня 2005 р.

¹⁴⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 1 липня 2005 р.

¹⁴⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 8 липня 2005 р. Українське законодавство передбачає негайне сповіщення родичів затриманої особи про факт її затримання. Конституція України, стаття 29; Кримінально-процесуальний кодекс України, стаття 106.

чоловік прийшов і розпитував про мене. У міліції йому відповіли, що в них нема нікого затриманого з таким ім'ям. Я чула, як міліціонери казали, що ми можемо робити все, що хочемо, тому що її навіть не зареєстровано... Співробітник прокуратури казав міліціонерам: «Вона ж лише повія. Чому б вам не вивести її надвір, бо, присягаюся, вона вміє багато чого»¹⁴⁶.

Вищенаведені форми жорстокості з боку міліції збільшують вразливість працівників секс-бізнесу до ВІЛ-інфікування з багатьох причин. По-перше, примусовий секс створює ризик фізичної травми. Якщо сила застосовується до сухої піхви або анусу, ризик отримання піхвової або анальної травми збільшується, що призводить до збільшення ризику інфікування ВІЛ. Примусовий оральний секс може спричинити пошкодження шкіри, так само збільшуючи ризик інфікування ВІЛ. Працівники секс-бізнесу, зустрічаючись із насильством, мають вкрай обмежену можливість домовитися про використання презервативів або вдатися до безпечного сексу. І, як ілюструють вищенаведені свідчення, зазнаючи насильства та жорстокості з боку міліції, працівники секс-бізнесу не дуже й сподіваються, що міліція захищатиме їх від гвалтувань або іншого насильства, що коїться стосовно них.

¹⁴⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 8 липня 2005 р.

VI. Порушення в системі охорони здоров'я

Споживачі ін'єкційних наркотиків, люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, лікарі, які спеціалізуються на СНІДі та працівники СНІД-сервісних організацій розповідали в деталях про постійні й численні факти дискримінації та порушень у системі охорони здоров'я залежно від ВІЛ-статусу пацієнтів. ВІЛ-позитивним споживачам ін'єкційних наркотиків часто відмовляли в невідкладній медичній допомозі, у тому числі і бригади швидкої допомоги, що відмовлялися забирати їх до лікарень; цих людей викидали з лікарень або надавали неадекватну допомогу – лікарі відмовлялися навіть доторкатися до них. Інших примушували платити за послуги, що мали б надаватися безкоштовно. Медичні працівники також часто порушували право людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, на приватне життя, розголошуючи конфіденційну інформацію про їхній ВІЛ-статус.

Human Rights Watch виявила, що загроза зневажливого ставлення та страх бути ідентифікованими та зареєстрованими як особи, котрі вживають наркотики, утримують СІН від звернень по медичну допомогу в разі отримання уразень, що могли б навести на факт вживання ними ін'єкційних наркотиків, та перешкоджають споживачам наркотиків звертатися для лікування від наркозалежності або по інформацію про запобігання та лікування ВІЛ/СНІДу. Дискримінація та сором також тримають людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, подалі від медичних та інших послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом.

Відмова в наданні медичних послуг

Національне законодавство України зі СНІДу прямо забороняє медичним закладам відмовляти ВІЛ-позитивним людям у прийомі або наданні медичної допомоги через їхній ВІЛ-статус¹⁴⁷. Коментарі правознавців до Конституції України дають ще більше можливостей захисту від дискримінації, що базується на ВІЛ-статусі¹⁴⁸. Human Rights Watch виявила, що, всупереч цим гарантіям, багатьом людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, відмовляли в медичній допомозі.

¹⁴⁷ Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіціту (СНІД) та соціальний захист населення», стаття 18.

¹⁴⁸ Аналіз законодавства України з ВІЛ/СНІДу, що його провів Володимир Рудий, тоді голова Секретаріату Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства, стверджує, що антидискримінаційні положення Статті 24 Конституції України забороняють надання пільг або обмежень, на підставі «інших ознак», охоплює заборону дискримінації, оснований на ВІЛ-статусі. Володимир Рудий: «Законодавство України з ВІЛ/СНІДу: теперішній стан та шляхи покращання» (Київ, Всеукраїнська асоціація зі зменшення шкоди, Міжнародний фонд «Відродження» та Міжнародна програма розвитку зі зменшення шкоди, 2004 р.), с. 82.

Досвід Ольги Г., тридцятирічної соціальної працівниці миколаївської організації «Вихід» є типовим серед розповідей, які збирила Human Rights Watch. За словами Ольги: «Лікарі в центрі СНІДу непогані. У лікарнях та поліклініках вони не такі добрі. У листопаді 2004 мене привезли «швидкою» до 3-ї міськлікарні, коли мені було справді зле – у мене був дуже високий тиск. Лікар сказав бригаді «швидкої»: «Чого ви привезли мені хвору зі СНІДом? Чому ви не відвезли її туди, де вона насправді має бути?» Він мав на увазі лікарню для хворих на СНІД. І він відмовився допомогти мені»¹⁴⁹.

Тридцятишестирічний Артур З. розповів, що наприкінці 2004 р. він був змушений покинути одеську лікарню після того, як повідомив тамтешнього лікаря про свій ВІЛ-статус, і що інші одеські лікарі так само відмовили йому в необхідній медичній допомозі. «Після того як я зізнався у своєму ВІЛ-статусі, інформація поширилася і мені сказали забиратися з лікарні. Моя мати прийшла і була змушена заплатити п'ятдесят євро, щоб мені дозволили залишитися на ніч, поки мені не знайдуть іншу лікарню. Вони казали: «Ми не маємо права тримати тут людей зі СНІДом. Покваптеся і заберіть його звідси, тому що він позаражує інших». Тож мене забрали до тублікарні. На той час у мене була кандидозна пневмонія¹⁵⁰. На моєму рентгенівському знімку було видно кілька плям. Це був не туберкульоз, але вони написали саме «туберкульоз», бо мене треба було забрати в інше місце».

Одеські лікарі відмовилися робити біопсію, примусивши Артура шукати медичної допомоги в іншому місці. Артур розповідав, що йому вдалося зробити біопсію в Києві, тому що за порадою лікарів Одеського центру СНІДу він не повідомляв про свій ВІЛ-статус. «У мене не було проблем, тому що я не повідомляв про свій ВІЛ-статус. Я зробив це неофіційно»¹⁵¹.

Тетяна Бордуніс, юрист Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, представляла в суді кілька ВІЛ-позитивних людей, котрим відмовили в медичній допомозі. У лютому 2005 р. одному з клієнтів пані Бордуніс, чоловікові, який живе

¹⁴⁹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р.

¹⁵⁰ Кандидоз – це грибкова інфекція, що, як правило, вражає шкіру, слизову оболонку рота, дихальні шляхи та піхву. Кандидоз шлункового тракту, трахеї, бронхів або легенів є індикатором захворювання на СНІД. Оральна або вагінальна інфекція кандиди, що повторюється, є ранньою ознакою руйнування імунної системи. UNAIDS: «Глосарій термінів, що пов'язані з ВІЛ та СНІДом» (адреса в Інтернеті: <http://www.google.com/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rls=RNWE,RNWE:2004-27,RNWE:en&q=%22Candida+infections+often+occur+early+in+the+course+of+HIV+disease+and+may+mark+the+onset+of+clinically+apparent+immunodeficiency%22> (отримано 18 січня 2006р.)). Кандидозна пневмонія – це пневмонія, що спричинена грибовим інфікуванням легенів. Електронний лист доктора Костянтина Леженцева, менеджера Міжнародної програми розвитку зі зменшення шкоди, 19 січня 2006 р.

¹⁵¹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 19 липня 2005 р.

з ВІЛ/СНІДом, у його рідному Чернігові відмовили в лікуванні з приводу утворення абсцесу в одній із легень. Інститут пульмонології в Києві підтвердив необхідність хірургічного втручання, але як тільки там дізналися про те, що він є ВІЛ-позитивним, його виписали, не оперуючи так само як це зробили і в іншій лікарні. «Дві лікарні в Києві відмовилися оперувати, – сказала пані Борауніс. – Уявляєте, що робиться за межами Києва?»¹⁵²

Лікарі, котрі працюють з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом, визнають, що відмова медичних працівників надавати допомогу людям, які є ВІЛ-позитивними або підозрюються в цьому, серйозно загрожує життю та здоров'ю цих людей. Ярослава Лапатіна, фахівець зі СНІДу клініки «Лавра», провідної лікарні з ВІЛ/СНІДу в Україні, визначила відмову лікарів надавати навіть базову допомогу людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, як головну медичну проблему, що постає перед цими людьми, та причину, чому пацієнти звертаються до «Лаври-СНІД» у такому поганому стані. Пані Лапатіна сказала Human Rights Watch:

Нещодавно у мене був випадок, коли в одного з наших пацієнтів виникла проблема зі шлунком. Частина його шлунка стислася, і він не міг їсти, тому що їжа не проходила. Він потребував спеціальної процедури. Лікарі обласної лікарні відмовилися: «Ми вважаємо, що такої потреби немає. У нього є куди проходити їжі». Лише ціною неймовірних зусиль лікарів вдалося переконати зробити цю процедуру. Я не знаю, скільки довелося заплатити його матері, щоб лікар зробив це. Затримка становила три тижні. Весь цей час пацієнт не міг їсти. Він помирав від голоду. У нього розвинулася дистрофія. Йому кололи замінники їжі, але це було дорого і не так уже й добре спрацьовувало. Дві речі допомогли вирішити цю проблему: мати пацієнта була дуже розлючена й дуже наполеглива; і вона заплатила гроші¹⁵³.

Дискримінаційне надання медичних послуг, яке принижує гідність

Двадцятичотирирічна Катріна М. сказала, що після того як вона розповіла лікарям у Львові про свій ВІЛ-позитивний статус, «деякі [лікарі] відмовилися навіть розмовляти зі мною. Яюсь минулої зими, сім чи вісім місяців тому, я захворіла на запалення обох легень з ускладненням на серце. У мене була дуже висока температура. Коли медбрат робив мені укол, він наказав мені відвернутися і не дихати на нього. Лікар звелів іншим пацієнтам не підходити до мене. Він сказав,

¹⁵² Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 21 липня 2005 р.

¹⁵³ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 19 липня 2005 р.

що у мене цілий «букет» захворювань, таких як ВІЛ та гепатит С, і що я можу заразити їх».

Якось медсестра зайшла, щоб змінити мені катетер. Я попрохала її надіти рукавички. Я стомилася казати всім і кожному, що в мене ВІЛ, і тому я просто попрохала її надягти рукавички, нічого не пояснюючи. Вона відповіла: «Мені так зручніше». Я сказала: «Пропу, я хвора. Вдягніть рукавички.» Вона спитала: «А що у тебе?» І я сказала їй. А вона вигукнула: «Що?!!» – і подивилася на мене з жахом, а потім впала просто на підлогу. Вона неприємно зізналася.

За кілька місяців до того я відвідувала гінеколога. Та вдягла грубу рукавичку, ніби зимову або господарську, точно не знаю. А потім звернувшись до неї, вона натягла пластикову рукавичку перед тим, як оглядати мене. Я справді не розумію такого. Мені це дуже неприємно. Я розумію, що люди бояться, але я теж людина!¹⁵⁴

Ярослав Р. сказав, що за місяць до зустрічі з Human Rights Watch працівники лікарні, у тому числі й лікарі, жорстко розкритикували його за вживання наркотиків та відмовили йому в наданні місця в лікарняній палаті та доступі до лікарняної їдальні через його ВІЛ-статус. У травматологічній лікарні, куди він звернувся для лікування, Ярослава поклали в коридорі, хоча в палатах були вільні місця. Він розповів нам: «Один лікар сказав мені: «Чого ти сюди приходиш і створюєш нам проблеми? Ти сам у всьому винний. Ти руйнуєш сам себе». Підбиваючи підсумки свого досвіду, Ярослав сказав: «Усе це було вкрай неприємно для мене. Я – людина, і мені було боляче. Хіба це не їхня робота – лікувати мене?»¹⁵⁵

Сергій Солтик, керівник медичної частини Одеського обласного центру СНІДу, визнав, що упередженість медичних працівників щодо споживачів наркотиків, працівників секс-бізнесу переходить на людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Солтик сказав, що лікарі бояться ВІЛ-позитивних людей, тому що вони бояться СНІД та працівників секс-бізнесу. Він сказав Human Rights Watch: «Тепер у нас тут усі ті пацієнти, хто заразився ще в «першу хвилю», у 1993-му. Більшість заразилися через кров – СНІД, вокзальні повії. Тоді інфікувалися здебільшого наркоспоживачі, повії, «низи» суспільства, а тепер вони звертаються до лікарні. Усі ці люди, що

¹⁵⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 4 липня 2005 р. Катріна також розповіла Human Rights Watch, що їй двічі відмовляли в терміновій госпіталізації після того, як її мати сповіщала бригаду «швидкої», що Катріна є ВІЛ-позитивною.

¹⁵⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р.

потрапляють до лікарні, – брудні, смердючі, дуже дешеві повії. Це теж збільшує страх, який люди відчувають до таких, як вони»¹⁵⁶.

Світлана Антоняк, головний лікар київської клініки «Лавра», сказала, що навіть самі лікарі стають жертвами дискримінації, пов'язаної зі СНІДом. Вона розповіла Human Rights Watch: «Учора я отримала телефонний дзвінок від хірурга з [назву міста вилучено], котрого звільнили місяць тому, коли стало відомо, що в нього ВІЛ. Ніякої конфіденційності – його батькам розповіли. Він гадає, що міг заразитися під час операції. Він не мав можливості застосувати післяконтактну терапію¹⁵⁷. Він навіть не знав про це. Його звільнили, хоч остаточний діагноз ще не підтверджено. Йому просто потисли руку і сказали йти [лікуватися] до поліклініки»¹⁵⁸.

Конкретні перешкоди для лікування, що постають перед споживачами наркотиків

Дискримінація та жорстоке ставлення до споживачів наркотиків, незалежно від їхнього ВІЛ-статусу, постійно присутні і в закладах системи охорони здоров'я. СІН та працівники служб, що працюють з ними, розповідали, що деякі медичні заклади повністю відмовлялися надавати допомогу наркоспоживачам, а якщо й надавали, то робили це неадекватно та в жорсткій і принизливій формі.

Лариса Борисенко, соціальна працівниця дніпропетровської НУО «Віртус», розповіла Human Rights Watch:

«Медичні заклади не приймають активних споживачів наркотиків. Коли я там працювала, то знала про одного хлопця, Сергія М.¹⁵⁹ Його хотіли покласти в обласний центр СНІДу. У нього був ВІЛ. У нього серйозно набрякли гланди – такий кандидоз є типовим для ВІЛ-позитивних людей¹⁶⁰. Але обласний центр СНІДу відмовився прийняти його тому, що він активно вживав наркотики. Кілька

¹⁵⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 5 липня 2005 р.

¹⁵⁷ Негайне застосування короткого курсу АРВ-препаратів, що має відбутися після потенційного ризику зараження ВІЛ – післяконтактна терапія або ПКТ – зменшує ризик передавання ВІЛ у разі такого контакту. Всесвітня організація охорони здоров'я: «Постконтактна профілактика» (адреса в Інтернеті: <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/en/> (отримано 18 січня 2005 р.)).

¹⁵⁸ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 22 липня 2005 р.

¹⁵⁹ Сергій М. є псевдонімом.

¹⁶⁰ Оральний кандидоз асоціюється, насамперед, з ВІЛ-інфекцією і може дозволити передбачити прогрес ВІЛ-захворювання. Мев М. Кутан та ін.: «Оральні ураження, інфіковані вірусом імунодефіциту людини», *Bulletin of the World Health Organization*, вид. 83, № 9 (вересень 2005 р.), с. 700–706. Кандидози шлункового тракту, трахеї та бронхів теж є індикаторами захворювання на СНІД. Див. примітку 150 вище.

інших лікарень так само відмовилися взяти його. Навіть бригади «швидкої допомоги» відмовлялися забирати його. Він офіційно зареєстрований як людина з наркотичною залежністю. Усі медики знали, що він вживає наркотики, тому вони відмовлялися від нього»¹⁶¹.

Яків Т., аутрич-працівник одеського НУО «Дорога до дому», сказав, що медичні працівники «дивляться на наркозалежних людей не як на хворих, а як на злочинців, на бандитів. Нашим клієнтам часто відмовляють у лікуванні»¹⁶².

Коли працівники Human Rights Watch познайомилися з сорокаоднорічним Антоном Д., у нього на нижній частині ніг були лілові нариви, і він сказав, що його права нога була вже набрякла деякий час. Антон розповів, що лікар у місцевій поліклініці відмовився займатися цими захворюваннями, ще й вилаяв його за те, що той звернувся по їх лікування. Антон сказав Human Rights Watch, що в лікарні лікар заявив: «Як ти смієш колотися, а потім очікувати, що я тебе лікуватиму?» Вони не лікували мене». Антон сказав, що коли в нього з'являлися абсцеси або ще якісь недуги, він піклувався про себе сам¹⁶³.

Богдан С., аутрич-працівник київського «Клубу «Еней», розповідав, що, наскільки йому відомо, СІН «дають лікарів хабара, аби він не телефонував в міліцію про нариви... Якщо лікар бачить, що в когось нариви, то це виказує його як людину з ін'єкційною наркозалежністю. Існує висока можливість, що він повідомить міліцію»¹⁶⁴. Максим Г., інший аутрич-працівник «Клубу «Еней», сказав, що коли він та його колеги викликають «швидку» через передозування, то «ми кажемо, що в людини серцевий напад. Інакше ми побоюємося, що «швидка» не приїде, а натомість викличуть міліцію»¹⁶⁵.

Віктор М., двадцятивосьмирічний наркоспоживач із Дніпропетровська, продемонстрував працівникам Human Rights Watch три шрами від наривів, котрі він лікував самостійно. Він розповів Human Rights Watch, що він лікувався самостійно, бо побоювався, що коли звернеться до лікарні, то з інформації, яку нададуть звідти його роботодавцю, буде зрозуміло, що він вживає наркотики, і він

¹⁶¹ Інтерв'ю Human Rights Watch, 11 липня 2005 р.

¹⁶² Інтерв'ю Human Rights Watch, 4 липня 2005 р.

¹⁶³ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 1 липня 2005 р.

¹⁶⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 14 липня 2005 р.

¹⁶⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 14 липня 2005 р. Див. також Анна Александрова та ін.: «Реформування політики з боротьби з наркотиками з метою попередження ВІЛ/СНІДу. Цільові країни: Грузія, Киргизстан, Росія, Таджикистан та Україна», 2005 р., с. 10.

втратить роботу. Він сказав: «У лікарні є спеціальний листок, що його мають заповнити, коли ти пропускаєш роботу. Якщо вони вкажуть діагноз «нариви», то всі зрозуміють, що я вживаю наркотики»¹⁶⁶.

Незаконні вимоги сплати за ліки та послуги

Люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, казали, що інколи медичні працівники вимагають гроші як умову отримання послуг або захисту від негайного виписування з лікарні. Це є відкритим порушенням як зазначених вище положень Конституції України, що гарантують безкоштовну медичну допомогу в усіх державних закладах, так і національного законодавства, що гарантує надання безкоштовних ліків для лікування наявних захворювань та соціально-психологічну допомогу людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом¹⁶⁷. У той час як багато українців змушені платити за лікування, на яке вони мають право за законом, такі сплати є особливо важкими для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, для котрих перешкоди лікуванню є загрозою для і без того підірваного здоров'я.

Ярослав Р., ВІЛ-позитивний наркоспоживач, зустрівся з працівниками Human Rights Watch в липні 2005 р., через вісім днів після того, як його дружина померла від СНІДу. За місяць до її смерті Ярослав мав сплатити 90 гривень за власні ліки, коли він намагався отримати лікування для себе (про це розповідалося вище). У січні 2005 р. його дружині відмовили в лікуванні в Миколаївському обласному центрі СНІДу, оскільки вона не спромоглася сплатити суму, котру від неї вимагали.

Ярослав розповів Human Rights Watch: «Ми поїхали до обласного центру СНІДу 18 січня 2005 року по допомогу для неї. Це приблизно сорок два кілометри від того місця, де ми живемо. Я не знаю, що було не так з моєю дружиною, але її організм почав просто «вирубатися». У неї була діарея, а потім вона не могла сходити в туалет чотири дні. Вона не могла їсти. Вона й справді ніби божеволіла».

Ярослав описав, як їх з дружиною зустріли в центрі СНІДу:

¹⁶⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 12 липня 2005 р.

¹⁶⁷ Конституція України, Стаття 49; Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», статті 4, 17. Згідно з проведенням у 2004 р. опитування людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, в п'ятнадцяти містах України, 23 відсотки респондентів не знали про ці пільги, і лише 40 відсотків користувалися ними хоча б один раз. Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом: «Доступ людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом до прав та послуг: результати соціологічного дослідження», 2004 р.

У приймальному покої сиділи двоє. Дівчина та молодий чоловік. Вони сміялися з нас. Вони казали: «А, то у твоєї дружини СНІД? Тобі дати кондомів, чи вже запізно?» Вони заявили нам, що лікування коштуватиме 600 гривень. Ми не бачили лікаря. Ми не бачили нікого, крім тих двох у приймальному покої.

Розумієте, вона була справді дуже, дуже хвора. Я приїхав з нею, і я сподівався залишити її для якогось лікування. Я приїхав з усіма зібраними сумками і все таке. А тут вони кажуть: 600 гривень. У мене з собою було близько 120 гривень, тому ми поїхали додому. ...Після того ми нікуди вже не зверталися по лікування. Ми відчували, що нічого вже не можемо зробити¹⁶⁸.

Інна Б., ВІЛ-позитивна соціальна працівниця з Дніпропетровська, розповідала, що, коли вона була на сьомому місяці вагітності, вона звернулася по термінову допомогу в пологовому будинку через загрозу викидня. «Я прийшла по термінову допомогу, але перша ж лікарня відмовила мені. Мене відправляли з одного пологового будинку до іншого. Ніхто не хотів приймати мене, бо я вживала наркотики та мала ВІЛ. Мені довелося домовлятися з головним лікарем і заплатити. Я була в лікарні два тижні. Коли в мене почалися пологи, я приїхала в центральний пологовий будинок № 1 об 11 ранку. Води вже відійшли. Мене не хотіли приймати. Кілька людей відмовили мені. Лише коли я спитала «Скільки?», мене прийняли. Я сплатила 1100 гривень, і за кілька хвилин народилася моя донечка. Якби я не заплатила, мені довелося б народжувати в приймальному покої¹⁶⁹. (Див. також нижче розділ «Порушення стосовно жінок з ВІЛ/СНІДом в галузі охорони репродуктивного здоров'я»)

Перешкоди для лікування туберкульозу в людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом

Туберкульоз є головною причиною смерті людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та значною проблемою в цілому по Україні¹⁷⁰. Неспроможність влади поєднати лікування туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, так само, як і відмова медиків лікувати людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, від туберкульозу або пульмонологічних захворювань, робитимуть свій внесок до рівня смертності людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

¹⁶⁸ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р.

¹⁶⁹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 11 липня 2005 р.

¹⁷⁰ Див. UNAIDS: «Таблиця даних по Східній Європі та Центральній Азії»; UNAIDS «Оновлені дані з епідемії СНІДу»; Всесвітня організація охорони здоров'я: «Лікування туберкульозу в Україні», травень 2004 р. (адреса в Інтернеті: http://www.who.int/features/2004/tb_ukraine/en/print.html (отримано 11 лютого 2006 р.))

Ніно Челідзе, координатор проекту «Лікарі без кордонів» (Médecins Sans Frontières) з надання послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, в Одесі з 2000 р., сказала, що туберкульоз є інфекцією, найбільш поширеною серед пацієнтів з ВІЛ/СНІДом в Одесі. Пані Челідзе казала, що «багато людей помирає від туберкульозу», визначивши «дуже слабкий зв'язок між національною програмою з туберкульозу та програмою зі СНІДу» як основну проблему¹⁷¹. Захед Іслам, голова місії «Лікарі без кордонів» в Україні, також зазначив, що відмова туберкульозних центрів лікувати людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, є загальною проблемою. «Така дискримінація трапляється повсякчасно. Наприклад, якщо в людини є клінічні ознаки туберкульозу, то її госпіталізують. Будь-який лікар здатний визначити, що це туберкульоз, але пацієнта повертають із записом, що туберкульозу в нього нема. І таких випадків багато. Більш як сорок пацієнтів, котрі померли в стаціонарному відділенні центру СНІДу, хворіли на туберкульоз. Я чую про таке щодня. Інколи наші лікарі або середній медперсонал кажуть, що вони підозрюють туберкульоз у пацієнта. Інколи ми отримуємо результат, якщо супроводжуємо ту чи іншу особу. Люди все одно помирають, навіть тоді, коли їх можна лікувати»¹⁷².

Сергій Солтик, голова медичної служби Одеського обласного центру СНІДу, сказав Human Rights Watch: «У нас завжди проблеми з направленням людей до туберкульозних диспансерів. Значно більше серйозних проблем з госпіталізацією пацієнтів туди, ніж до інших лікарень. Вони просто відмовляються приймати людей зі СНІДом. Це наче нескінченна боротьба. Після довгих суперечок вони врешті-решт приймають пацієнтів». На запитання, чому туберкульозні лікарні відмовляють у догляді та лікуванні ВІЛ-позитивним людям, пан Солтик відповів: «Вони бояться через невігластво. Інформації про ВІЛ дуже мало»¹⁷³.

Працівники Human Rights Watch зустріли двадцятисемирічного Павла Н. в клініці «Лавра» в Києві. У Павла діагностували туберкульоз, крім того, у нього був СНІД на пізній стадії, і він нагально потребував АРВ-терапії. Павло розповів, що в нього діагностували туберкульоз у 2002 р. За два тижні до приїзду до «Лаври» Павла примусово виписали з лікарні в Сімферополі одразу, як тільки підтвердився позитивний результат його аналізів на ВІЛ. Він розповів Human Rights Watch: «Мене лікували в лікарні від запалення легенів, доки не надійшли результати аналізів. Мене викинули з лікарні того ж дня, як тільки про них довідалися. Лікар

¹⁷¹ Інтерв'ю Human Rights Watch з Ніно Челідзе, координатором проекту міжнародної організації «Лікарі без кордонів», Одеса, 5 липня 2005 р.

¹⁷² Інтерв'ю Human Rights Watch з Захедом Ісламом, керівником місії в Україні міжнародної організації «Лікарі без кордонів», 14 липня 2005 р.

¹⁷³ Інтерв'ю Human Rights Watch з Сергієм Солтиком, керівником медичної частини та головним лікарем Одеського обласного центру профілактики і боротьби зі СНІВом, 5 липня 2005 р.

зупинився і запросив мене до свого кабінету. Він побіжно згадав позитивний результат моїх аналізів і сказав, що я маю перейти до центру СНІДу». Павло полишив Сімферополь і з допомогою друга дістався до клініки «Лавра»¹⁷⁴.

У грудні 2004 р. сорокаоднорічному Михайлу Г. відмовили в лікуванні як в обласному, так і в міському туберкульозному диспансері Дніпропетровська. Він розповів Human Rights Watch: «Це звичайний діагноз серед ВІЛ-позитивних людей – туберкульоз лімфовузлів. Щоб визначити це, потрібні аналізи. Цілий рік вони відмовлялися провести цей аналіз, тому що в мене ВІЛ. Вони казали: «Вам потрібне лікування спеціального ВІЛ-інфекціоніста. У них є спеціальні ліки для цього. Це просто не наш фах»¹⁷⁵.

Сорокашестирічний Ніко Л. казав, що йому відмовили в лікуванні тричі, коли він хворів на туберкульоз, як у туберкульозній, так і в інфекційній лікарні в Одесі. У 1997 р. йому відмовили в допомозі в туберкульозній лікарні після того, як він повідомив про свій ВІЛ-статус. У 2004 р. медсестра відмовилася взяти його кров на аналіз, мотивуючи це тим, що вона нібито не знає, як брати кров у людини з наркотичною залежністю¹⁷⁶.

Порушення стосовно ВІЛ-позитивних жінок у галузі охорони репродуктивного здоров'я

Усі жінки, незалежно від їхнього ВІЛ-статусу, мають право на прийняття рішень про збереження або переривання вагітності без примусу або іншого втручання з боку держави й на доступ до інформації та засобів на реалізацію цього права¹⁷⁷.

¹⁷⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch з Павлом Н., Київ, 20 липня 2005 р. Рівень кадмія-4 у Павла становив тридцять три. Його лікували від туберкульозу, і він мав розпочати АРВ-лікування, як тільки-но вилікує туберкульоз, що, як він розумів, мало статися за місяць.

¹⁷⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 13 липня 2005 р.

¹⁷⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 4 липня 2005 р.

¹⁷⁷ Хоча сучасні міжнародні угоди не забороняють, а й не вважають відкрито переривання вагітності правом людини, міжнародні стандарти у зв'язку між доступом до абортів та використанням жінками своїх прав зазнали суттєвих змін. Докази цього можна чітко побачити в роботі органів ООН з контролю за виконанням угод, деяких регіональних інструментів прав людини та узгоджувальних документів з міжнародних конференцій з прав жінок та репродуктивних прав і охорони репродуктивного здоров'я. Див., напр., Конвенцію з викорінення всіх форм дискримінації стосовно жінок (CEDAW), стаття 16(е) (держави-учасниці мають забезпечити «такі самі права вільно та відповідально приймати рішення про кількість дітей та проміжок часу між їх народженням та мати доступ до інформації, освіти та засобів, що зроблять для них можливим користуватися цими правами»); Комітет CEDAW, Загальна Рекомендація 19 (рекомендує державам-учасницям забезпечити запобігання насильству у питаннях народжуваності, та зауважує, що примусова стерилізація чи аборт негативно впливають на моральне та фізичне здоров'я жінки та обмежує її право приймати рішення про кількість дітей та проміжок часу між їх народженням); та Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, Загальний коментар № 14: Право на найвищий досяжний рівень здоров'я, 8 листопада 2000 р., § 14 (зобов'язує держави вжити заходів з поліпшення доступу до послуг з охорони статевого та репродуктивного

Для жінок, які живуть з ВІЛ/СНІДом, доступ до повної і точної інформації стосовно передачі ВІЛ від матері до дитини та засобів профілактики є обов'язковим для забезпечення цих прав¹⁷⁸. Міжнародне право так само зобов'язує держави з метою дотримання своїх зобов'язань щодо забезпечення права на здоров'я вжити заходів для покращання доступу до послуг з охорони статевого та репродуктивного здоров'я, а також доступу до інформації та ресурсів, щоб діяти за результатами отриманої інформації¹⁷⁹.

Система охорони здоров'я в Україні виявилася нездатною захистити права вагітних жінок, які живуть з ВІЛ/СНІДом, на належному рівні. Жінки та працівники СНІД-сервісних служб, котрих інтерв'ювали члени Human Rights Watch, розповідали, що медичні працівники проводили аналізи вагітних жінок на ВІЛ та повідомляли про результати аналізів їх чоловіків і родини без відома та згоди жінок. У деяких випадках лікарі не інформували вагітних жінок, які живуть з ВІЛ/СНІДом, про попередження передачі ВІЛ від матері до дитини, перебільшували ризик інфікування плоду або намагалися вплинути на незалежне рішення ВІЛ-позитивних жінок стосовно народження дітей. Працівники Human Rights Watch розмовляли з жінками та їхніми чоловіками, котрі стверджували, що прийняли рішення перервати вагітність через свій ВІЛ-статус, не отримавши повної інформації про наявні можливості¹⁸⁰.

Лада Булах-Дехтяренко, директор Київського громадського центру для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, котра працює з ВІЛ-позитивними жінками та їхніми дітьми, сказала Human Rights Watch: «На другому місяці вагітності жінки мають пройти аналіз на ВІЛ. Законодавство зі СНІДу каже, що це добровільно, але вагітних жінок примушують робити це». Пані Булах-Дехтяренко сказала, що головний лікар міського Центру зі СНІДу казав їй: «Незважаючи на той факт, що аналізи повинні бути добровільними, лікарі мають казати: «Я наполегливо

здоров'я, доступу до інформації та ресурсів для виконання дій, що базуються на отриманій інформації). Комітет з економічних, соціальних та культурних прав – це структура ООН, що відповідає за проведення моніторингу відповідності Міжнародному пакту про економічні, соціальні та культурні права.

¹⁷⁸ Див. Комітет CEDAW, Загальна рекомендація 24: «Жінки та здоров'я» (закликає держави-учасниці забезпечити права на інформацію, освіту та послуги з охорони статевого здоров'я).

¹⁷⁹ Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, Загальний коментар 14, § 14; див. також там само, § 24 (проголошує, що «реалізація права жінок на здоров'я вимагає усунення всіх перешкод, що заважають доступу до послуг, освіти та інформації з охорони здоров'я, у тому числі в галузі статевого та репродуктивного здоров'я»); Комітет CEDAW, Загальний коментар 24 (закликає держави-учасниці забезпечити права жінок на інформацію, освіту та послуги з охорони статевого здоров'я).

¹⁸⁰ Дослідження, що було проведене спільно з Національним центром СНІДу України, виявило ті самі факти. Див. Український інститут соціологічних досліджень, Національний центр СНІДу України, Міністерство охорони здоров'я, молодіжна НУО «Життя плюс» та проект POLICY: «Доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства», Київ, 2004 р.

рекомендую, аби Ви пройшли тестування на ВІЛ», практично неможливо уявити, що лікар насправді скаже саме це»¹⁸¹.

Пані Булах-Дехтяренко описала нещодавній випадок, коли жінка дізналася про свій ВІЛ-статус одразу після пологів. Коли її чоловік прийшов до пологового будинку провідати її, медсестра повідомила його про статус дружини, не отримавши попереднього дозволу від неї. Пані Булах-Дехтяренко сказала, що в цьому випадку чоловік забрав дружину та дитину додому. Але інших жінок за таких самих обставин виганяли з дому: «Деякі жінки кажуть, що після того, як вони народили дитину, у них не стало домівки. Чоловік покидає їх, а батьки кажуть, що ти нам більше не донька, не приходить більше додому»¹⁸².

Ольга Г. розповіла, що дізналася про те, що вона ВІЛ-позитивна, у 2004 р., коли була вагітна. Вона сказала: «Я була така налякана, коли дізналася, що в мене ВІЛ, що зробила аборт. Я була на другому місяці вагітності. Ніхто не сказав мені ні про яку терапію. Я не знала, вертикальну трансмісію можна попередити»¹⁸³.

Персонал ВІЛ-сервісних організацій, у Херсоні та Одесі, так само говорить, що їхні клієнтки скаржаться на лікарів, які наполягають на тому, щоб вони робили аборти. За словами Ніни Б., соціальної працівниці Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, у Херсоні «деякі лікарі кажуть вагітним жінкам, що їм не слід мати дітей. Приблизно півроку тому клієнтка розповіла мені ось що. Вона пішла до лікаря і зробила аналізи на ВІЛ, і коли лікар дізнався про результати, він порекомендував їй перервати вагітність. Він не надав їй ніякої інформації про лікування для попередження передачі ВІЛ від матері до дитини. Лікар сказав жінці, що її дитина народиться теж ВІЛ-позитивною. Вона прийшла на консультацію до мене у Всеукраїнську мережу людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, і дізналася, що дитина може народитися здоровою. Я чула кілька таких історій. Можливо, лікарі й знають про шанси дитини народитися здоровою, але вони все одно кажуть ВІЛ-позитивним жінкам, що їм краще зробити аборт»¹⁸⁴. Так само Натаалка, волонтерка

¹⁸¹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 14 липня 2005 р.

¹⁸² Там само.

¹⁸³ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р. Під «вертикальною трансмісією» мається на увазі передача ВІЛ від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності та пологів або через годування груддю. Адміністрування короткого курсу АРВ-препаратів ВІЛ-позитивній жінці та її ненародженій дитині значно зменшує ризик передачі ВІЛ від матері до дитини. Див.: Всесвітня організація охорони здоров'я: «АРВ-препарати для лікування вагітних жінок та попередження ВІЛ-інфікування новонароджених дітей: рекомендації з використання, лікування та підтримки жінок, що живуть з ВІЛ/СНІДом та їхніх дітей в умовах обмежених ресурсів (Женева: ВООЗ, 2004 р.), с. 6–14 (огляд досліджень).

¹⁸⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch з Ніною Б., Херсон, 8 липня 2005 р.

одеської НУО «Життя плюс», каже, що «лікарі дуже часто рекомендують ВІЛ-позитивним жінкам робити аборти. Я досить часто чую цю скаргу від інших»¹⁸⁵.

Жінки, котрим пропонували АРВ-препарати для попередження передачі ВІЛ від матері до дитини, отримували неадекватну інформацію про них, а деколи були змушені платити за ці ліки, що, знову-таки, є порушенням законодавства України, за яким ці ліки мають надаватися безкоштовно¹⁸⁶. Інна Б., ВІЛ-позитивна соціальна працівниця з Дніпропетровська, заявила, що «закон, який стверджує, що ВІЛ-позитивні особи мають отримати безкоштовне лікування – то є жарт, особливо якщо брати до уваги міський Центр СНІДу». Вона розповіла, що коли була вагітна, лікар у місцевій поліклініці сказав їй, що ВІЛ-позитивні матері та їхні діти мають отримувати ліки безкоштовно. Почувши це,

«... я пішла прямо до міського Центру СНІДу. Я вимагала, щоб мені дали такі ліки. Вони відповідали: «Коли вам це знадобиться, ми вам зателефонуємо». Я казала: «Я знаю, що маю отримувати якісь ліки, але не знаю які». Я телефонувала щодня, бажаючи: «Прошу, дайте мені ліки». Врепті-решт одна лікарка сказала, що я можу прийти й отримати їх. Коли я з'явилася, вона жбурнула пігулки на підлогу й сказала: «Розпишись отут». Вона не сказала мені, як їх приймати. Я мала зателефонувати їй знову, і вона сказала: «Двічі на день». Я чекала два місяці, щоб отримати терапію. Я навіть не знала, що воно таке. Ніхто не сказав мені, що не можна пропускати дозу».

Як розповідалося раніше, Інну Б. прийняли до пологового будинку лише тоді, коли вона сплатила за це 1100 гривень¹⁸⁷.

У деяких центрах СНІДу лікарі все ж таки втручаються, щоб прояснити неправильні уявлення про передачу ВІЛ від матері до дитини. Тридцятидев'ятирічна Клара З. розповіла, що, коли вона дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус, дільнична лікарка «розповіла всім», і вона захотіла зробити аборт. Однак в Одеському центрі СНІДу лікарі пояснили їй, як попередити передачу ВІЛ від матері до дитини, і надали їй АРВ-препарати, щоб попередити таку передачу¹⁸⁸.

¹⁸⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 4 липня 2005 р.

¹⁸⁶ Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», стаття 4.

¹⁸⁷ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 11 липня 2005 р.

¹⁸⁸ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 3 липня 2005 р.

Дискримінація стосовно ВІЛ-позитивних матерів поширюється і на їхніх дітей. Клара сказала, що в її сина виникли медичні проблеми при народженні. Але «коли вони [лікарі] дізналися, що в мене ВІЛ, вони відмовилися дати йому ліки. Вони одразу виписали його, і він не отримав ніякого лікування»¹⁸⁹.

Неадекватний захист конфіденційної інформації

Національне законодавство України з ВІЛ/СНІДу забезпечує захист медичної конфіденційності результатів аналізів на ВІЛ та вводить конкретні обмеження на подальшу передачу цих даних. Далі закон визначає, що всі дії щодо інформації, пов'язаної з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом, і медичний нагляд за ними мають здійснюватися послідовно і з дотриманням права на конфіденційність та особистих прав і свобод, гарантованих законодавством України та відповідними міжнародними угодами¹⁹⁰. Опитування, що проводилося серед ВІЛ-позитивних людей у шістнадцяти містах по всій території України в 2004 р., виявило, що забезпечується, швидше, порушення, ніж дотримання цих прав: 70 відсотків респондентів заявили, що їхнє право на конфіденційність діагнозу ВІЛ було порушене¹⁹¹.

Кілька людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, розповіли Human Rights Watch, що медичні працівники розголосили конфіденційну інформацію про їхній ВІЛ-статус без їхньої на те згоди. Двадцятивосьмирічна Катерина Н. дізналася про те, що вона є ВІЛ-позитивною, під час вагітності. Незабаром про це знали всі. «Коли я лягла до акушерського відділення, про мій ВІЛ-статус знали лише один лікар та завідувач відділу. Через якийсь час про це знала навіть лікарняна прибиральниця. Її донька була моєю подругою. Прибиральниця заборонила доньці дружити зі мною. І так я втратила подругу»¹⁹². Як згадувалося вище, Клара З. мала такий самий досвід під час вагітності. «Лікарка заявила мені, що я була ВІЛ-позитивною. Поводилася не дуже добре. Вона розповіла всім. Для мене це був дуже сильний шок. Моя подруга привела мене до лікарки, і та розповіла моїй подрузі та іншим лікарям, що я є ВІЛ-позитивною. Після того моя подруга стала дуже обережною і віддалилася від мене»¹⁹³.

¹⁸⁹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 3 липня 2005 р.

¹⁹⁰ Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», статті 8, 9, 12.

¹⁹¹ Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом: «Доступ людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом до прав та послуг в Україні: результати соціологічного дослідження», 2004 р.

¹⁹² Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 15 липня 2005 р.

¹⁹³ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 3 липня 2005 р.

Тридцятисемирічний Леонід С. жив разом зі своїми батьками в їхній київській квартирі. У квітні 2005 р. лікар однієї з київських поліклінік без згоди Леоніда повідомив його матері про ВІЛ-позитивний статус сина; з того часу батьки вимагають, аби він залишив домівку. «Моя мати каже: «Ти соромиш нашу родину. Забирайся з нашого дому. Ти заразний. Ми всі можемо захворіти»¹⁹⁴.

Тридцятидев'ятирічна Румінта Т. сказала, що нарколог у Дніпропетровську розголосив її ВІЛ-статус іншим наркоспоживачам, нібито як «попередження» їм¹⁹⁵.

Олена Горячева, керівник НУО «Вихід», стверджує, що саме неспроможність медпрацівників дотримуватися конфіденційності стосовно ВІЛ-статусу пацієнтів утримує людей від ВІЛ-тестування, зазначивши, що особливо це є проблемою для невеликих містечок. «Особливо в малих містах люди не хочуть тестуватися, бо вони бояться розголосу. Вони бояться здавати аналізи. Ми навіть пропонували привезти для тестування фахівця з Миколаєва, котрий не знатиме їх, щоб усе було анонімно»¹⁹⁶.

Подальший ризик розголосу конфіденційної інформації про ВІЛ-статус виникає з практики відокремлення ВІЛ-позитивних пацієнтів для лікування зовсім несумісними методами без медичного обґрунтування, такими як обмеження надання замісної терапії тим, хто вже отримує антиретровірусне лікування. Це питання розглядається нижче, у розділі VII.

¹⁹⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 19 липня 2005 р.

¹⁹⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, 12 липня 2005 р.

¹⁹⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 6 липня 2005 р.

Збереження конфіденційності інформації стосовно ВІЛ-статусу захищене міжнародним законодавством¹⁹⁷, так само як і українськими законами¹⁹⁸. Такі дії становлять загрозу й іншим правам. Як зазначалося вище, людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, можуть відмовляти в медичних послугах, погрожувати виселенням або звільненням з роботи, їх можуть піддавати іншим формам дискримінації та соціальної стигматизації, як тільки-но державні та приватні особи дізнаються про їхній ВІЛ-позитивний статус.

¹⁹⁷ Комітет з економічних, соціальних та культурних прав у своєму Загальному коментарі 14 з права на здоров'я визнає «право на конфіденційне ставлення до особистих даних про стан здоров'я», § 12. У більш широкому сенсі Комітет зазначає, що «право на здоров'я тісно пов'язане та залежить від дотримання інших прав людини згідно з Міжнародною Декларацією прав людини, у тому числі право на ...приватне життя». Там само § 3. Звертаючись до права на приватне життя згідно зі статтею 19 Міжнародного пакту про громадянські та політичні права (ICCPR), Комітет заявив, що він надає «особливого значення доступу до інформації через виключну важливість цього питання для охорони здоров'я», § 12, прим. 8. В своїй праці з ICCPR Манфред Новак каже, що право на приватне життя включає право на інтимність, тобто «на *утяснення* від оприлюднення приватних характеристик, дій або інформації». Така інтимність забезпечується інституційним захистом, але включає також загальновизнані зобов'язання з дотримання конфіденційності, наприклад, з боку лікарів або священиків. Крім того, «захист інтимності виходить за межі оприлюднення. Кожне втручання або навіть простий огляд сфери інтимності всупереч волі особи, про яку йдеться, може становити невинуватене втручання» [виділено курсивом згідно з оригіналом]. Манфред Новак: «Міжнародний пакт з громадянських та політичних прав: коментарі до CCPR» (Kehl am Rein: N.P. Engel, 1993), с. 296. Право на повагу до приватного життя особи визнано також Європейською Конвенцією з прав людини та фундаментальних свобод, стаття 8.

¹⁹⁸ ICCPR, 999 U.N.T.S. 171, набрав чинності 23 березня 1976 р., стаття 17; Європейська Конвенція з прав людини та фундаментальних свобод, стаття 8. Українське законодавство визначає широкий спектр захисту від розголошення конфіденційної інформації. Див. Конституція України, стаття 32; Закон України «Про інформацію» («Відомості Верховної Ради України», 1992 р., № 48, с. 650; 2000 р., № 27, с. 213; 2000 р., № 29, с. 194; 2003 р., № 28, с. 214), статті 23, 30, 31, 37, 46, 47; Основи законодавства України з охорони здоров'я («Відомості Верховної Ради України», 1993 р., № 4, с. 19; 1993 р., № 11, с. 93; 1993 р., № 15, с. 132; 1994 р., № 28, с. 235; 1994 р., № 41, с. 376; 1994 р., № 45, с. 404; 1997 р., № 15, с. 115; 2000р., №19, с. 143; 2003р., №10–11, с. 86), статті 40, 78; Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», статті 8, 12.

VII. Перешкоди в лікуванні від наркотичної залежності та доступі до АРВ-терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків

У 2005 р. Україна зробила суттєвий прогрес у своїх зусиллях з надання замісної терапії наркозалежним людям та АРВ-терапії ВІЛ-позитивним людям. Однак дослідження Human Rights Watch виявило, що значні перешкоди, що так і залишилися, становлять загрозу реалізації програм замісної терапії та АРВ-лікування.

Перешкоди щодо замісної терапії

Єдине, що чекає на споживача наркотиків без замісної терапії, – це «передоз», тюрма, ВІЛ, інші хвороби, життя на вулиці та могила.

–Володимир Д., учасник програми замісної терапії, Херсон, 9 липня 2005 р.

З 2001 р. уряд видав низку офіційних документів (у тому числі рекомендації парламентських слухань, розпорядження Кабінету Міністрів та накази Міністерства охорони здоров'я) з рекомендаціями щодо запровадження програм замісної терапії як частини зусиль держави подолати наркотичну залежність та контролювати поширення ВІЛ/СНІДу¹⁹⁹. Але неприйняття правоохоронними органами та відділами контролю за незаконним обігом наркотиків, зокрема, мета дону, створило суттєві перешкоди до реалізації цих програм.

Україна приєдналася до конвенцій ООН з контролю за наркотиками, що зобов'язує її запровадити служби з реабілітації та соціальної інтеграції для споживачів наркотиків згідно з міжнародними стандартами і розробити положення про системи лікування²⁰⁰. Структури ООН, що контролюють виконання цих угод, чітко визначили, що замісна терапія з використанням

¹⁹⁹ Див., напр., «Національну програму з попередження ВІЛ/СНІДу на 2001–2003 рр.», схвалену постановою Кабінету Міністрів від 11 липня 2001 р., № 790 (вказівка органам охорони здоров'я розпочати програми замісної терапії), та документів, згаданих вище в примітках 44 та 45.

²⁰⁰ Див. Єдину Конвенцію з наркотичних препаратів 1961р. зі змінами, внесеними протоколом від 25 березня 1972 р., стаття 38; Конвенцію з психотропних речовин 1971 р., стаття 20; Конвенцію з боротьби з незаконним обігом наркотичних препаратів та психотропних речовин 1988, стаття 3.

метадону не порушує ці конвенції²⁰¹. Українські посадовці неправильно інтерпретували ці конвенції, через що й виник опір застосуванню метадону, проігнорували істотну базу доказів того, що замісна терапія метадоном – це ефективний засіб лікування опіоїдної залежності.

Генерал-майор Анатолій Науменко, керівник Департаменту з боротьби з наркотиками Міністерства внутрішніх справ з вересня 2003 р. до липня 2005 р. Висловлювався за рішучий опір застосуванню метадону з кількох причин, запевняючи, що українські та російські дослідження довели неефективність метадону при лікуванні опіоїдної залежності, а також, що його використання суперечить антинаркотичним конвенціям ООН. Пан Науменко також висловив занепокоєння можливістю незаконного продажу метадону низькооплачуваними медичними працівниками та наркозалежними особами²⁰². Служба безпеки України також чинить опір застосуванню метадону, відкидаючи ідею застосування його для попередження ВІЛ як «пропаганду» та стверджуючи, що він не вирішує проблему опіоїдної залежності, а натомість створює нову форму наркозалежності («метадономанія»), як і попит на незаконне виробництво та продаж метадону²⁰³.

У середині 2005 р. Кабінет Міністрів вніс пропозицію про повну заборону метадону²⁰⁴. У листопаді 2005 р. на хвилі значних протестів з боку українських та міжнародних активістів із захисту прав людини, подолання ВІЛ/СНІДу та політики зменшення шкоди Україна погодилася на спільний з Ініціативою з подолання ВІЛ/СНІДу Фонду Клінтона «пілотний проект з метадонової замісної терапії з подальшим поступовим розширенням»²⁰⁵. На момент складання цього звіту метадон залишається недоступним і уряд не оголосив планів про його застосування в програмах замісної терапії.

²⁰¹ Див. Міжнародний комітет ООН з контролю наркотиків: «Гнучкість положень міжнародної угоди з позиції підходу до зменшення шкоди», E/INCB/2002.W.13/SS.5, § 17; ООН: «Коментарі до Конвенції ООН з боротьби з незаконним обігом наркотичних препаратів та психотропних речовин 1988» (Відень, 1988 р.).

²⁰² ВООЗ, UNAIDS, UNODC: «Спільна місія ВООЗ/UNAIDS/UNODC з опіоїднозамісної терапії в Україні», с. 46–47; та інтерв'ю Human Rights Watch з Анатолієм Вієвським, головним наркологом Міністерства охорони здоров'я України, 18 липня 2005 р.

²⁰³ Див. «Попередні висновки Служби безпеки України (СБУ) стосовно замісної терапії з використанням метадону: за і проти метадону»; заява Владислава Бухарева, заступника керівника Управління боротьби з міжнародним наркобізнесом, Головного управління з боротьби з корупцією та організованою злочинністю, у протоколі робочих зборів із замісної терапії в Україні, 16 квітня 2004 р.

²⁰⁴ Протокол № 2 Засідання: Збори Комітету з питань захисту прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та уразливих груп Національної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, Київ, 29 червня 2005 р.

²⁰⁵ «Додаток до Меморандуму про порозуміння між Урядом України та Ініціативою з ВІЛ/СНІДу Фонду Клінтона», 27 листопада 2005 р.

Упродовж кількох років для лікування опіоїдної залежності в Україні використовувався ін'єкційний бупренорфін — як для наркотичної детоксикації, так і (більш обмежено) для короткотермівової замісної терапії²⁰⁶. У 2004 р. в Києві та Херсоні було розпочато програми із використанням сублінгвального бупренорфіну, котрі мали протягом перших шести місяців охопити тридцять пацієнтів у Херсоні й сто — у Києві²⁰⁷. У вересні 2005 р. за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією Україна розпочала реалізацію пілотної програми замісної терапії з використанням сублінгвального бупренорфіну з метою надання лікування 200 наркоспоживачам у семи містах України до кінця року²⁰⁸. Метадон є значно дешевшим за бупренорфін та щонайменше настільки ж ефективним. Але НУО «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», на яку покладено запровадження програми замісної терапії в Україні, вирішила використовувати для замісної терапії бупренорфін, частково через опір правоохоронних органів використанню метадону²⁰⁹.

Наркологи, яких інтерв'ювали працівники Human Rights Watch, заохочувалися державною політикою надавати послуги замісної терапії з використанням бупренорфіну, але дехто з них побоювався, що державні служби контролю за наркотиками та правоохоронні органи можуть втрутитися в такі програми. Один нарколог, котрий використовував бупренорфін для лікування наркозалежних людей в 2002 та 2003 рр., висловив серйозне занепокоєння через можливе втручання державних служб контролю за наркотиками в програму замісної терапії з використанням бупренорфіну, що відверне людей від цих послуг і може примусити медичних працівників узагалі припинити лікування бупренорфіном.

²⁰⁶ Ін'єкційний бупренорфін використовувався для детоксикації з 2001 р. Хоча лікування типово проводилося десять діб, у деяких випадках наркозалежним людям продовжували робити ін'єкції бупренорфіну в малих дозах строком до шести місяців. За словами Анатолія Вієвського, головного нарколога Міністерства охорони здоров'я України, у 2003 р. «не менше ніж 3 500» клієнтів брали участь у програмах з бупренорфінової детоксикації, та «більш, ніж 300» брали участь у шестимісячних програмах «замісної терапії» з невеликими дозами ін'єкційного бупренорфіну. Всесвітня організація охорони здоров'я: «Практика та контекст фармакотерапії опійної залежності в Центральній та Східній Європі» (Женева: ВООЗ, 2004 р.), с. 115–16; див. також ВООЗ, UNAIDS, UNODC: «Спільна місія ВООЗ/UNAIDS/UNODC з опійної замісної терапії в Україні» (листопад 2004 р.) Фінальний звіт за червень 2005 р.» с. 31–32.

²⁰⁷ Херсонська програма розпочалася в травні, а київська — у листопаді 2004 р. Інтерв'ю Human Rights Watch з Іриною Ближевською, наркологом Херсонського обласного наркологічного центру, 8 липня 2005 р.; інтерв'ю Human Rights Watch з Анатолієм Вієвським, головним наркологом Міністерства охорони здоров'я, 18 липня 2005 р. Обидві програми фінансувалися Програмою розвитку ООН.

²⁰⁸ Станом на 31 грудня 2005 р. замісна терапія з використанням бупренорфіну надавалася 160 пацієнтам у Дніпропетровську, Донецьку, Києві, Херсоні, Миколаєві, Одесі та Сімферополі. Електронний лист Павла Скали до Human Rights Watch, 28 січня 2005 р.

²⁰⁹ Телефонне інтерв'ю з Павлом Скалою, 10 січня 2005 р.; ВООЗ, UNAIDS, UNODC: «Спільна місія ВООЗ/UNAIDS/UNODC з опіоїдної замісної терапії в Україні» (листопад 2004 р.) Фінальний звіт за червень 2005 р., с. 52.

Цей нарколог розповів Human Rights Watch, що, коли він реалізовував таку програму в 2002–2003 рр., обласна влада «створила умови, у яких я не міг працювати. Мене перевіряли щотижня. Моє ім'я обговорювалося на зборах. Казали, що я роздаю наркотики наркоспоживачам. У Департаменті боротьби з незаконним обігом наркотиків мені сказали не бути дурнем. Заявили, що коли знайдуть бодай одне порушення, то мене посадять». Нарколог додав, що представник Комітету з контролю за наркотиками допитував пацієнтів, які отримували бупренорфін, про те, як він їх лікував, що примусило кількох із них припинити лікування повністю, а програму – закритися. За словами нарколога, «після того, як їх розпитували з Комітету, кілька пацієнтів припинили бупренорфінове лікування. Дехто повернувся до вживання опію».

Хоча цей нарколог погодився застосовувати бупренорфін як частину нової державної програми, він залишається занепокоєним через можливе втручання органів державного контролю за наркотиками, побоюючись, що «вони обов'язково прийдуть. «Я дуже занепокоєний, що правоохоронні органи втручатимуться через бупренорфін, – каже він. – Не знаю, як, але в Кримінальному кодексі є стаття про розповсюдження незаконних наркотиків, і якщо замісну терапію не схвалять на державному рівні, то мені це можуть інкримінувати»²¹⁰.

Українські бупренорфінові програми реалізуються так, що це ставить під загрозу приватне життя ВІЛ-позитивних наркозалежних людей. За розпорядженням Міністерства охорони здоров'я лише ВІЛ-позитивні особи мають право отримувати бупренорфін, а це означає, що сама участь у програмі розголошує ВІЛ-статус людини²¹¹. Станом на січень 2006 р. участь у програмах замісної терапії була обмежена лише тими, хто був офіційно зареєстрований та перебував на обліку в наркологічній клініці як наркозалежна особа²¹²; у більшості випадків наркологічні клініки офіційно реєструють наркозалежних людей, котрі звертаються до них по допомогу²¹³. Анатолій Вієвський, головний нарколог

²¹⁰ Інтерв'ю Human Rights Watch, липень 2005 р.

²¹¹ Міністерство охорони здоров'я України «Про розвиток та покращення замісної терапії для профілактики ВІЛ/СНІД серед споживачів наркотиків», наказ № 161, 13 квітня 2005 р.

²¹² Софі Пашу та Мартін К. Донох'ю: «Опійна замісна терапія: підвищення плану для України», Регіональне європейське відділення ВООЗ, січень 2006 р., с. 7.

²¹³ Теоретично, особи, які добровільно звертаються для отримання лікування від наркозалежності, можуть за їхнім бажанням отримувати анонімне лікування, записи про яке можуть бути надані правоохоронним органам лише у разі кримінального переслідування. Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» (1995 р.), стаття 14. Наркологи, споживачі наркотиків і люди, які їх інтерв'ювали (працівники Human Rights Watch), казали, що на практиці більшість споживачів наркотиків є офіційно зареєстрованими в наркологічних клініках, оскільки дуже мало з цих людей поінформовані про можливість анонімного лікування; і їх лікування є «конфіденційним», а не анонімним. Телефонне інтерв'ю Human Rights Watch з Леонідом Власенком, наркологом дослідницького відділу Всеукраїнської наркологічної асоціації, Дніпропетровськ, 10 лютого 2006 р.; телефонне інтерв'ю Human Rights Watch з Андрієм Коршуним, головним лікарем Черкаського

Міністерства охорони здоров'я України, висловив занепокоєння недостатнім забезпеченням захисту інформації як у самих медичних закладах, що беруть участь у програмах замісної терапії, так і між ними, а також від міліції. Пан Вієвський зазначив, що багато наркологічних лікарень та клінік регулярно діляться з міліцією інформацією стосовно наркозалежних людей, і там, де це трапляється, міліція матиме доступ до конфіденційної інформації про споживачів наркотиків, які проходять замісну терапію. За словами пана Вієвського, «міліції буде достатньо сказати [працівникам наркологічної клініки]: «Ми хочемо мати цю інформацію», і ті нададуть її»²¹⁴.

За таких умов, які наведені вище, багато наркозалежних людей, як повідомляють, не звертаються, щоб отримати лікування в наркологічних клініках через побоювання за наслідки вимог реєстрації²¹⁵, такі ж побоювання можуть так само відвернути наркозалежних людей від участі в програмах замісної терапії. Віктор М., котрий казав Human Rights Watch, що він не звертатиметься до наркологічної клініки через вимоги реєстрації та зі страху, що його роботодавець згодом дізнається та звільнить його, запропонував рішення цієї дилеми: запровадити анонімне лікування від наркозалежності²¹⁶. Таку рекомендацію дала Всесвітня організація охорони здоров'я у своєму звіті про замісну терапію в Україні (січень 2006 р.) як важливий чинник, який необхідно врахувати для полегшення швидкого поширення програм замісної терапії в Україні та для забезпечення конфіденційності інформації про пацієнтів – наркозалежних людей, які братимуть участь у програмі²¹⁷.

Обмеження надання бупренорфіну ВІА-позитивним наркозалежним людям також не враховує положень Національної стратегії з ВІА/СНІДу, як і рекомендацій міжнародних організацій з охорони здоров'я, котрі визнають надзвичайну

обласного наркологічного центру, 10 лютого 2006 р.; телефонне інтерв'ю Human Rights Watch з Олександром О., людиною з ін'єкційною наркозалежністю, Дніпропетровськ, 10 лютого 2006 р. Щодо бупренорфіну, то практика реєстрації в програмах відрізняється. У Києві пацієнти можуть отримувати конфіденційне лікування, у той час як у Донецьку, Дніпропетровську та Криму пацієнтів офіційно реєструють у наркологічному центрі. Інтерв'ю Human Rights Watch з Сергієм Дворяком, наркологом Інституту стратегії охорони здоров'я України, Київ, 14 лютого 2006 р.; інтерв'ю Human Rights Watch з наркологом з Криму, Київ, 16 лютого 2006р. Інтерв'ю Human Rights Watch з Леонідом Власенком, Київ, 17 лютого 2005 р.

²¹⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 18 липня 2005 р.

²¹⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch з Юрієм Чумаченком, наркологом Іллічівського наркологічного центру, Іллічівськ, 6 липня 2005р.; інтерв'ю Human Rights Watch з Оленою Кулішовою, координаторкою послуг зі зменшення шкоди НУО «Дорога до дому», Одеса, 4 липня 2005 р.; інтерв'ю Human Rights Watch з Ніко А., Одеса, 4 липня 2005 р.; інтерв'ю Human Rights Watch з Віктором М., Дніпропетровськ, 12 липня 2005 р.

²¹⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 12 липня 2005 р.

²¹⁷ Регіональне європейське відділення Всесвітньої організації охорони здоров'я: «План розширення опіоїдної замісної терапії в Україні», січень 2006р., ст. 4.

«Опійнозамісна терапія: поступове підвищення плану для України», січень 2006 р., с. 4.

важливість замісної терапії в попередженні ВІЛ-інфікування серед наркозалежних людей²¹⁸. Воно також не враховує власний позитивний досвід України з реалізації замісної терапії. За словами Ірини Бліжевської, керівника програми замісної терапії з використанням бупренорфіну в Херсонському обласному наркологічному центрі, з п'ятдесяти людей, які відвідували Херсонську програму замісної терапії, лише п'ять чи шість повернулися до наркотиків; а п'ятнадцять із дев'ятнадцяти пацієнтів, які залишилися в Херсонській програмі замісної терапії в липні 2005 р., працювали. Пані Бліжевська зазначила, що це «велике досягнення, особливо якщо врахувати, що деякі з цих людей провели більшу частину свого життя в тюрмах», і ніколи досі не мали постійної роботи. І, як зазначила пані Бліжевська, лише п'ять із дев'ятнадцяти пацієнтів Херсонської пілотної бупренорфінової програми, були ВІЛ-позитивними²¹⁹.

Наркологи, яких опитували працівники Human Rights Watch, також висловлювали занепокоєння тим, що зусилля держави з надання замісної терапії є недостатніми для потреб людей з опіоїдною залежністю в Україні. У Дніпропетровську, наприклад, за офіційними даними, у червні 2005 р. було понад 4000 зареєстрованих споживачів наркотиків, що класифікувалися як залежні від опіоїдів²²⁰. Нарколог Дніпропетровського міського наркодиспансеру розповів Human Rights Watch, що для пацієнтів замісної терапії у них є лише тридцять ліжок, чого, вочевидь, навіть приблизно не вистачає для лікування тих, хто цього потребує²²¹. За даними міжнародних організацій контролю за наркотиками та охорони здоров'я, від 30 до 40 відсотків людей, залежних від опіоїдів, у кожній окремій категорії повинні мати щоденний доступ до замісної терапії для отримання реального впливу на рівень наркотичної залежності та ВІЛ/СНІД²²². Для України, де, за приблизними підрахунками, нині від 200 000 до 590 000

²¹⁸ Див. «Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки» та «Стратегічна концепція дій держави, спрямованих на запобігання поширення ВІЛ/СНІДу до 2011 року», обидві схвалені Резолюцією Кабінету Міністрів України, 4 березня 2004 р., № 264. Див. також BOO3, UNODC, UNAIDS: «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні опійної залежності та попередження ВІЛ/СНІДу: офіційна позиція».

²¹⁹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Херсон, 8 липня 2005 р. Станом на цей день, п'ятдесят людей уже взяли участь у програмі замісної терапії. З дев'ятнадцяти, що все ще залишилися в програмі, п'ятнадцять працювали, дехто з них – перший раз у житті.

²²⁰ Інтерв'ю Human Rights Watch з наркологом, Дніпропетровськ, 11 липня 2005р. Керівник управління з боротьби з наркотиками сказав, що в Дніпропетровську є 22 500 зареєстрованих залежних від опіоїдів людей «у полі зору міліції та наркологів. Справжня кількість таких людей є вищою в п'ять-сім разів». Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 13 липня 2005р.

²²¹ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 11 липня 2005 р.

²²² Див. BOO3, UNAIDS, UNODC: «Спільна місія BOO3/UNAIDS/UNODC з опійної замісної терапії в Україні», с. 7.

наркозалежних людей, це означатиме надання від 60 000 до 238 000 місць для лікування²²³.

Деякі наркологи також підіймали питання про координацію замісної терапії з лікарями з центрів СНІДу. Нарколог Дніпропетровського міського наркодиспансеру сказав Human Rights Watch: «Замісна терапія в нашій країні – річ дуже політизована. Фахівці зі СНІДу братимуть участь у замісній терапії, але вони відмовляються проводити її на своїй території. Там багато технічних питань – зберігання, транспортування, ліцензії – і вони не бажають із цим зв'язуватися»²²⁴.

У Херсоні перші учасники програми замісної терапії з використанням бупренорфіну заснували НУО «Пробудження» для проведення просвітницької діяльності із замісної терапії та кампаній на підтримку програми. У свій перший рік херсонська бупренорфінова програма, один з двох таких пілотних проєктів в Україні, досягла успіху в допомозі людям з багаторічною залежністю від опіоїдів перестати вживати «вуличні» наркотики та знайти роботу, першу в житті для декого з них. Члени «Пробудження» проводили просвітницькі кампанії за методикою «рівний – рівному» для СІН, зацікавлених у замісній терапії, та подорожували країною з публічними виступами про її переваги. Державні посадовці відвідували херсонську програму, вважаючи її взірцевою. Улітку 2005 р. херсонська бупренорфінова програма опинилася в кризі. Програма розвитку ООН (її спонсор) заявила, що, починаючи з вересня, вона не матиме більше ліків і не зможе їх надавати. Лікарі були змушені різко зменшити дози для пацієнтів і висловлювали занепокоєння, що їхні пацієнти повернуться до ін'єкцій наркотиків, якщо програма скінчиться. Члени «Пробудження» розпочали скоординовану кампанію із забезпечення підтримки програми. Організація залучила до боротьби міжнародних захисників прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та прихильників програми зменшення шкоди, у тому числі Європейську групу лікування СНІДу, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні та Міжнародну програму з розвитку заходів зі зменшення шкоди. Зусилля «Пробудження» допомогли забезпечити підтримку херсонської програми, що отримала грант від Глобального фонду в Україні і таким чином спромоглася продовжувати пропонувати свої послуги. Більше у членів «Пробудження» та інших пацієнтів херсонської програми не було перерв у бупренорфіновому лікуванні. Десятки інших людей з опіоїдною

²²³ Там само.

²²⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 11 липня 2005 р.

залежністю та члени їхніх родин зверталися до «Пробудження», щоб більше дізнатися про те, як отримати лікування бупренорфіном²²⁵.

Перешкоди для антиретровірусної терапії

Всесвітня організація охорони здоров'я підрахувала у квітні 2005 р., що 17 300 українців негайно потребували АРВ-терапії²²⁶. З квітня 2004 р. до листопада 2005 р. 2644 особи, які живуть з ВІЛ/СНІДом, брали участь у програмах АРВ-терапії, що є суттєвим зростанням: станом на квітень 2004 р. це лікування проходили 255 людей²²⁷.

У січні 2004 р. Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією призупинив надання 25 мільйонів доларів США трьом програмам з ВІЛ/СНІДу в Україні, висловлюючи занепокоєння повільним запровадженням програм з попередження та лікування ВІЛ/СНІДу та проблемами з їх управлінням та керуванням²²⁸. Речник Глобального фонду заявив, що нездатність Міністерства охорони здоров'я збільшити кількість людей, які проходили АРВ-лікування, зі ста осіб була «цілком неприйнятною»²²⁹. У лютому 2004 р. Глобальний фонд передав адміністрування гранту Міжнародному Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні, організації, що була залучена до програми подолання ВІЛ/СНІДу в Україні²³⁰.

У червні 2005 р. Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією висловив занепокоєння тим, що «споживачі ін'єкційних наркотиків залишаються категорією, практично неспроможною отримати лікування в

²²⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch з Володимиром Д., Херсон, 9 липня 2005 р.; інтерв'ю Human Rights Watch, Вільнюс, Литва, 5 листопада 2005р.; електронний лист Деніела Вольфа, заступника директора Міжнародної програми розвитку зі зменшення шкоди, 30 грудня 2005 р.

²²⁶ Регіональне європейське відділення Всесвітньої організації охорони здоров'я: «Україна: приблизна оцінка рівня захворювання на ВІЛ/СНІД та потреб у лікуванні» (адреса в Інтернеті: http://www.euro.who.int/aids/surveillance/20050419_1?PrinterFriendly=1& (отримано 21 листопада 2005 р.)).

²²⁷ Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД: Інформаційний бюлетень, грудень 2005 р.; Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією: Звіт про роботу за грантом, червень 2005 р., с. 3.

²²⁸ Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією: «Глобальний фонд діє для забезпечення результатів своїх програм в Україні» (прес-реліз), 30 січня 2004 р.; Глобальний фонд з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією: «Глобальний Фонд підписує угоду про наміри стосовно повторного надання гранту з ВІЛ/СНІДу в Україні» (прес-реліз), 24 лютого 2004 р. Виплати Міністерству охорони здоров'я України було призупинено; Програма розвитку ООН; Український фонд з боротьби з ВІЛ та СНІДом.

²²⁹ Том Парффіт: «Глобальний фонд призупиняє виплати Україні», *The Lancet*, вид.363, 14 лютого 2004 р., с. 540.

²³⁰ Глобальний фонд: «Глобальний фонд підписує угоду про наміри стосовно повторного надання гранту з ВІЛ/СНІДу в Україні». У вересні 2005 р. перший грантовий період строком на дванадцять місяців було подовжено, щонайменше, до березня 2006р., а розмір гранту було збільшено з 15 мільйонів доларів США до 23,3 мільйонів доларів США. «Угода про управління грантом між Глобальним фондом з боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні, 29 вересня 2005 р.

Україні»²³¹. Алла Щербинська, директор Національного центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України, сказала, що 46 відсотків з 2200 людей, які отримують АРВ-лікування станом на липень 2005 р. були наркозалежними²³². Цей відсоток є досить низьким з огляду на те, що, за українською державною статистикою, станом на липень 2005 р., споживачі ін'єкційних наркотиків становили 68 відсотків усіх людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом²³³. Більше того, Алла Щербинська застерегла, що ці статистичні дані, швидше за все, недооцінюють реальну кількість ВІЛ-позитивних СІН, оскільки державна статистика включає лише випадки ВІЛ-інфікування серед людей, котрі були в прямому контакті із закладами, де проводять аналізи. Пані Щербинська визнала, що «багато споживачів наркотиків не тестуються на ВІЛ через побоювання, що таким чином відкріється факт вживання ними наркотиків»²³⁴.

Дослідження Human Rights Watch припускає, що багато ВІЛ-позитивних наркозалежних людей, котрі мають право на АРВ-терапію, можуть не одержувати її з багатьох тих самих причин, що утримують їх від одержання інформації про наркотики й підтримку, та інші, більш загальні медичні послуги. Багато з тих, хто живе з ВІЛ/СНІДом, дізнаються про АРВ-терапію від лікарів, котрих вони регулярно відвідують, а регулярне відвідування лікаря іноді є неформальним критерієм для отримання права на АРВ-терапію. Враховуючи, що багато наркозалежних людей зустрілися з дискримінаційним ставленням з боку лікарів та медичних працівників, приклади чого наводилися вище, то частіше за все не шукатимуть медичної допомоги, крім надзвичайних випадків, а тому вони, швидше за все, позбавлені інформації й доступу до АРВ-терапії. Як визнала Алла Щербинська, наркозалежним людям «дуже важко» звертатися до закладів системи охорони здоров'я.²³⁵

Політика України включає надання АРВ-терапії людям, що живуть з ВІЛ/СНІДом згідно з клінічними критеріями²³⁶. На практиці, застосування неформальних та вкрай суб'єктивних критеріїв, таких як «серйозність» або «мотивація» пацієнта,

²³¹ Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією: Звіт про роботу за грантом, червень 2005 р., с. 24. За даними Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні 1116 (з 2104) осіб, що отримували АРВ-лікування через цю програму, були споживачами наркотиків, але ніде не зазначено, скільки серед них було активних.

²³² Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 18 липня 2005 р.

²³³ Статистика з ВІЛ/СНІДу в Україні (адреса в Інтернеті: <http://www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/en/library/statistics/index.htm> (retrieved February 11, 2006).)

²³⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 18 липня 2005 р.

²³⁵ Там само.

²³⁶ В Україні придатність до отримання АРВ-лікування оцінюється за періодичними критеріями ВООЗ. Інтерв'ю Human Rights Watch з Аллою Щербинською, 18 липня 2005 р.

може стати причиною утримання активних споживачів наркотиків від участі в деяких програмах АРВ-терапії. Антоніна Дядик, завідувачка стаціонарного відділення Дніпропетровського обласного центру СНІДу, сказала Human Rights Watch: «У нашої програмі немає активних споживачів наркотиків. Ми приймаємо лише серйозних пацієнтів. А серед СН серйозного ставлення нема. ...Коли їм дають вибір між АРВ-терапією та наркотиками, вони вибирають наркотики»²³⁷. Ірина Петровська та Людмила Островська, лікарі Миколаївського обласного центру СНІДу, сказали Human Rights Watch, що вони не записують активних споживачів наркотиків до програми АРВ-терапії, тому що ті не мають «мотивації до життя» і тому неспроможні проходити послідовне лікування²³⁸. Така практика суперечить принципам надання АРВ-терапії Всесвітньої організації охорони здоров'я, які відображені у Національних клінічних стандартах України, де констатується:

Доступ до ВІЛ-лікування не може бути штучно обмеженим з політичного або соціального примусу.

Зокрема, не може бути категоричного виключення споживачів ін'єкційних наркотиків на будь-якому етапі лікування. Усі пацієнти, що відповідають визначеним критеріям та бажають, щоб їм надали лікування, мають отримати його, у тому числі споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники секс-бізнесу та інші категорії населення²³⁹.

Вона також суперечить досвіду активних споживачів наркотиків в Україні, багато з яких успішно брали участь у програмах АРВ-лікування в Україні та в інших регіонах²⁴⁰.

²³⁷ Інтерв'ю Human Rights Watch, Дніпропетровськ, 12 липня 2005 р.

²³⁸ Інтерв'ю Human Rights Watch з Іриною Петровською, Миколаїв, 7 липня 2005 р.; інтерв'ю Human Rights Watch з Людмилою Островською, Миколаїв, 7 липня 2005 р. Лікарі Одеського стаціонарного центру СНІДу та Херсонського обласного центру СНІДу запевнили Human Rights Watch, що в їхніх АРВ-програмах так само немає активних споживачів наркотиків.

²³⁹ Всесвітня організація охорони здоров'я: «ВІЛ/СНІД: лікування та догляд. Протоколи ВООЗ для країн СНД» (Копенгаген: Регіональне Європейське відділення ВООЗ, 2004 р.), с. 20.

²⁴⁰ Активні споживачі наркотиків в Україні продемонстрували добре дотримання режиму АРВ-терапії та проводили тренінги для інших людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, з дотримання режиму АРВ-терапії. Телефонне інтерв'ю Human Rights Watch з доктором Костянтином Леженцевим, менеджером Міжнародної програми розвитку зі зменшення шкоди, 9 лютого 2006 р. Дослідження припускає, що стереотипні уявлення стосовно здатності людей з опіоїдною залежністю дотримуватися режиму АРВ-терапії можуть відволікати увагу від перешкод, не пов'язаних із вживанням наркотиків, а також від можливості успішного дотримання режиму наркозалежними людьми. Норман К. Уейр та ін.: «Дотримання режиму, стереотипи та нерівне ставлення під час ВІЛ-лікування до активних наркоспоживачів», *Social Science and Medicine*, вид. 51, 2005 р., с. 565–76. Дослідження також підтверджує, що активні споживачі наркотиків зустрічаються з деякими труднощами в дотриманні режиму АРВ-терапії, яких не виникає в інших пацієнтів, але ці

На питання, як лікарі визначають «серйозність пацієнта», Алла Щербинська, директор Національного центру СНІДу України, відповіла Human Rights Watch: «Перш ніж лікар призначить АРВ-терапію, він спостерігає за цією людиною три роки. Лікар має інформацію про те, як вона дотримується призначень. У лікаря складається думка про цю людину»²⁴¹. Як зазначалося вище, розпочати лікування пропонують лише «серйозним» пацієнтам. Здається, що така вимога перешкоджає доступу багатьох споживачів ін'єкційних наркотиків до АРВ-терапії: навіть якщо СНІД піде проти поширеної схильності уникати медичних послуг через зневажливе ставлення та прийде лікуватися, є підозра, що багато лікарів вирішать, що через наркозалежність він не буде ставитися до лікування послідовно та серйозно.

Сергій Солтик, керівник медичної частини Одеського обласного центру СНІДу, висловив свою зацікавленість у запровадженні чітких норм, які забороняли б надавати АРВ-терапію активним споживачам наркотиків, на кшталт, як він зрозумів, відповідного російського закону. «На жаль, зараз ми надаємо АРВ-терапію активним наркоспоживачам. Вважаю, що ми маємо цю практику скоро припинити, як це зробили в Росії. Якщо людина продовжує вживати наркотики, вона не повинна отримувати терапію»²⁴².

Олена Горячева, директор миколаївської НУО «Вихід», сказала працівникам Human Rights Watch: «Не існує офіційних документів, за якими активні наркоспоживачі не могли б отримати АРВ-препарати. Це просто переконання лікарів, що ці люди не здатні довести лікування до кінця, та міф, що вони просто пугають наркотики. ...Я розмовляла з лікарями в центрі СНІДу про активних споживачів наркотиків та АРВ-препарати. Лікарі розповідали, що ці люди не

прості та дешеві заходи з пристосування програми до наркозалежних людей можуть привести їх рівень дотримання режиму до показників людей без наркозалежності. Найкращі результати в аспекті дотримання режиму АРВ-терапії опійно наркозалежними людьми спостерігаються в ситуаціях, коли була доступна ще й метадонна або інша опійнозамісна терапія. Див., напр., Дж.П.Моатті та ін.: «Дотримання ВААРВ-терапії французькими ВІЛ-інфікованими споживачами ін'єкційних наркотиків: внесок підтримувального лікування наркозалежності з використанням бупренорфіну», *AIDS*, т. 14, № 2, 28 січня 2000 р., с. 151–155; Аманда Мокрофт та ін.: «Порівняння контрольних груп у дослідженні EuroSIDA: початок високоактивної антиретровірусної (ВААРВ) терапії, реакція на ВААРВ та стійкість», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, вид. 22, № 4, 1999 р., с. 369–378.

²⁴¹ Інтерв'ю Human Rights Watch з Аллою Щербинською, Київ, 18 липня 2005 р.

²⁴² Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 5 липня 2005 р. Насправді російське законодавство та федеральна політика не забороняють активним споживачам наркотиків проходити АРВ-терапію, хоча за існуючою практикою багато міських та обласних центрів СНІДу роблять саме навпаки. Див. Федеральний Закон від 30 березня 1995 р. № 38-ФЗ «Про запобігання розповсюдженню хвороб, спричинених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ-інфекція) на території Російської Федерації» (1995 р.) (редакція від 22.08.2004), статті 4, 14 (гарантують необхідну безкоштовну медичну допомогу, лікування та медикаменти всім ВІЛ-позитивним громадянам Росії та рівні з іншими права на охорону здоров'я людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом). Див. також Human Rights Watch: «Незасвоєні уроки», с. 45–46 (про відмову споживачам ін'єкційних наркотиків в АРВ-лікуванні).

здатні залишатися в програмі до кінця. Правда, відкрито вони цього не кажуть, але чомусь одразу мова заходить про дуже дорогі ліки і те, навіщо витратити їх»²⁴³.

Аспекти державного карального підходу до наркотичної залежності також перешкоджають АРВ-лікуванню. Активні споживачі наркотиків та аутрич-працівники розповідали Human Rights Watch, що міліція вилучала АРВ-препарати у людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, у Дніпропетровську, Одесі та Миколаєві. На початку 2005 р. одеські міліціонери зупинили тридцятивосьмирічного Віталія М. та запитали, чи він має при собі наркотики. Після того як він показав міліціонерам АРВ-препарат і пояснив, що він був призначений лікарем, «вони [міліціонери] одразу затримали його. Вони, – розповів Віталій, – не дали мені можливості щось пояснити. Мене посадили до камери та відправили ліки на аналіз. Вони не повірили мені, коли я пояснив їм, для чого мені потрібні ці ліки. Вони думали, що то було «екстазі»». За словами голови НУО «Час життя», що працює з ВІЛ-позитивними людьми в Миколаєві, міліція вилучала АРВ-препарати у людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, у Миколаєві²⁴⁴. Щоб вирішити цю проблему, «Час життя» розробила картки з фотографіями та інформацією про АРВ-препарати, щоб показати міліції в разі арешту.

Нездатність держструктур адекватно скоординувати зв'язок між лікуванням опіїдної залежності, ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та профілактичними послугами для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, також створює суттєві перешкоди для отримання інформації про АРВ-препарати та, у свою чергу, доступ до них. ВІЛ-позитивні СІН, наприклад, можуть отримати дуже мало або зовсім не отримати інформації про АРВ-терапію в клініках, де вони проходять лікування від наркозалежності. Юрій Чумаченко, нарколог Іллічівського наркологічного центру, сказав, що не всі наркологи обговорюють АРВ-терапію зі своїми пацієнтами і що наркологи в Іллічівську «нещодавно припинили запитувати про ВІЛ-статус», вважаючи, що вони «не мають права ставити такі запитання»²⁴⁵. Коли працівники Human Rights Watch інтерв'ювали дев'ятнадцятирічного Анатолія Б., він був амбулаторним пацієнтом Одеського наркологічного центру в 2005 р. вже вдруге. Анатолій розповів Human Rights Watch, що він дізнався в 2004 р. про свій ВІЛ-позитивний статус. Він сказав: «Можливо, я зможу знайти лікування від цього, але я не знаю. Я не знаю, де його знайти і в чому воно полягає»²⁴⁶.

²⁴³ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 6 липня 2005 р.

²⁴⁴ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 6 липня 2005 р.

²⁴⁵ Інтерв'ю Human Rights Watch, Іллічівськ, 6 липня 2005 р.

²⁴⁶ Інтерв'ю Human Rights Watch, Одеса, 3 липня 2005 р.

Світлана Антоняк, головний лікар клініки «Лавра» в Києві, сказала, що брак інформації про АРВ-терапію серед людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та нестача людей, підготовлених надавати її, є головними перешкодами для її отримання²⁴⁷. НУО «Вихід» провело опитування СІН у Миколаєві та виявило, що лише один (із двадцяти п'яти) знав щось про АРВ-препарати. Ольга Соколова, працівниця «Виходу», сказала, що споживачі наркотиків, які хотіли б пройти тестування на ВІЛ, часто не знають, куди звернутися. «І вони знають, що медпрацівники ставляться до споживачів наркотиків негативно, тому не хочуть звертатися до них»²⁴⁸. Щоб вирішити проблему такого браку знань, НУО «Вихід» розробила матеріали про АРВ-препарати та інші послуги, пов'язані з ВІЛ/СНІДом для СІН у Миколаєві.

²⁴⁷ Інтерв'ю Human Rights Watch, Київ, 22 липня 2005 р.

²⁴⁸ Інтерв'ю Human Rights Watch, Миколаїв, 7 липня 2005 р.

VIII. ВІЛ/СНІД, вживання ін'єкційних наркотиків та право людини на здоров'я

Конституція України передбачає, що міжнародні угоди, які ратифікувала Україна, стають частиною національного законодавства²⁴⁹. Україна підписала міжнародні та регіональні угоди, що вимагають захисту права людини на здоров'я без страху покарання та дискримінації. Серед них Міжнародна конвенція з громадянських та політичних прав, Міжнародна конвенція з економічних, соціальних та культурних прав, Конвенція з ліквідації всіх форм дискримінації стосовно жінок та Європейська конвенція із захисту прав людини та основних свобод. Як учасниця цих конвенцій, Україна взяла на себе зобов'язання вжити позитивних заходів для забезпечення рівного доступу до інформації та послуг з попередження ВІЛ/СНІДу для всіх людей, які живуть з цим захворюванням або в умовах ризику інфікування.

Право на отримання медичних послуг без страху покарання

Міжнародне право визнає право людини на отримання медичних послуг, покликаних рятувати життя, без страху покарання або дискримінації. Міжнародна конвенція з економічних, соціальних та культурних прав (ICESCR) гарантує право на найвищі можливі стандарти охорони здоров'я без дискримінації з визначених заборонених причин (зокрема, фізичні й розумові обмеження та ВІЛ-статус)²⁵⁰. Стаття 12(с) ICESCR, зокрема, зобов'язує держави зробити всі необхідні кроки до «попередження, лікування та контролю епідемічних ...захворювань», що включає «запровадження програм з попередження та просвіти з таких загроз для здоров'я, що пов'язані з поведінкою, як інфекції, що передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ»²⁵¹. Реалізація найвищих можливих стандартів охорони здоров'я вимагає забезпечення рівного доступу до системи охорони здоров'я, надання медичної інформації та послуг без дискримінації та захисту конфіденційної інформації з боку держави²⁵². Вона також, згідно з Комітетом ООН з економічних, соціальних та культурних прав, вимагає від держав вжити позитивних та рішучих заходів для підтримки охорони здоров'я та утримання від поведінки, що обмежує можливості

²⁴⁹ Конституція України, стаття 9.

²⁵⁰ ICESCR, стаття 12(2)(с); Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, Загальний коментар 14, § 18.

²⁵¹ Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, Загальний коментар 14, § 16.

²⁵² ICESCR стаття 2(2); Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, Загальний коментар 14, §§ 12, 16, 18, 19 та примітка 8 (цитують право на інформацію згідно зі статтею 19(2) ICCPR). Див. також Human Rights Watch: «Саме невігластво: ВІЛ/СНІД, права людини та федерально фінансовані програми виключної абстиненції в Сполучених Штатах. Техас: приклад реального випадку», *A Human Rights Watch Report*, вид.15, № 5(g), вересень 2002 р., с.41–42.

людей піклуватися про своє здоров'я²⁵³. Закони та стратегії, що «можуть призвести до ...надмірної захворюваності та смертності, якій можна було запобігти», становлять окремі порушення зобов'язань з дотримання права на здоров'я²⁵⁴.

Такі програми, як обмін шприців та опійно-замісна терапія, є серед найбільш досліджених у світі стратегій з попередження ВІЛ. Дослідження постійно доводять, що доступ до стерильних шприців різко знижує рівень інфікування ВІЛ, не підвищуючи рівня вживання наркотиків або злочинів, пов'язаних з наркотиками²⁵⁵. Всесвітня організація охорони здоров'я стверджує, що «здатність [програм з обміну шприців] розірвати коло передачі ВІЛ уже переконливо доведено»²⁵⁶. Насправді обмеженість програм лікування та сама природа вживання наркотиків гарантує, що завжди будуть люди, які або не зможуть, або не припинять вживати наркотики. Перешкоджати цим людям отримувати або використовувати стерильні шприци означає прирікати їх на смерть як покарання за вживання незаконних наркотиків. Дослідження, що підтримують запровадження програм замісної терапії, зокрема, з використанням метадону, є так само переконливими²⁵⁷.

З огляду на такий науковий консенсус та на відсутність настільки ж ефективних альтернатив, перешкоди програмам зі зменшення шкоди для СІН, що їх створює держава, є також і перешкодами для реалізації права людини на здоров'я. Оскільки споживачі наркотиків страждають від захворювань, пов'язаних з опіоїдною залежністю, обмеження таких програм може також бути формою дискримінації в питанні доступу до охорони здоров'я²⁵⁸.

Право на свободу від дискримінації в доступі до охорони здоров'я та медичних послуг

Комітет ООН з прав людини, головна структура в системі ООН, що опікується питаннями прав людей, тлумачить статтю 26 Міжнародної конвенції з громадянських та політичних прав (ICCPR), що «забороняє будь-яку

²⁵³ Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, Загальний коментар 14, §§ 30–37.

²⁵⁴ Там само, § 50.

²⁵⁵ Див., напр., докази, наведені Human Rights Watch в «Ін'єкції здорового глузду», с. 12–17.

²⁵⁶ Всесвітня організація охорони здоров'я: «Зменшення шкоди від вживання ін'єкційних наркотиків», (адреса в Інтернеті: <http://www.who.int/hiv/topics/harm/reduction/en/> (отримано 27 листопада 2005 р.); див. також ВООЗ: «Резюме стратегії: надання стерильного обладнання для ін'єкцій з метою зменшення передачі ВІЛ», 2004 р.

²⁵⁷ ВООЗ: «Резюме стратегії: зменшення передачі ВІЛ шляхом лікування наркотичної залежності, спрямованого на зменшення передачі ВІЛ», 2004 р.

²⁵⁸ Міжнародні правові стандарти забороняють дискримінацію, що базується на обмежених можливостях. Див., напр., Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, Загальний коментар № 5: «Люди з обмеженими можливостями», § 5.

дискримінацію та гарантує всім людям рівний та ефективний захист від дискримінації на будь-якій основі, як, наприклад, раса, колір шкіри, стать, мова, релігія, політичні та інші переконання, національне або соціальне походження, майновий стан, народження або інший статус» як таку, що забороняє дискримінацію, спричинену ВІА/СНІД статусом²⁵⁹.

Згідно з Комітетом з економічних, соціальних та культурних прав, держави мають «спеціальне зобов'язання ...попереджати дискримінацію в наданні послуг з охорони здоров'я та медичних, особливо з огляду на основні зобов'язання щодо права на здоров'я»²⁶⁰. Ці основні зобов'язання включають забезпечення вільного від дискримінації доступу до медичних закладів, особливо для вразливих або маргінальних груп; надання необхідних препаратів; забезпечення рівного розподілу всіх медичних закладів, товарів та послуг; прийняття та запровадження національної стратегії з охорони здоров'я та плану дій з чіткими завданнями та строками виконання; забезпечення охорони репродуктивного здоров'я та здоров'я матері й дитини; вживання заходів для попередження, лікування та контролю за епідемічними й ендемічними захворюваннями; забезпечення просвіти та доступу до інформації з важливих медичних проблем²⁶¹. Щоб виправдати неспроможність виконати принаймні мінімальні базові зобов'язання через брак доступних ресурсів, держава-учасниця «має продемонструвати, що всіх можливих зусиль було докладено для використання всіх ресурсів, що є в наявності, з метою пріоритетного забезпечення цих мінімальних зобов'язань»²⁶².

Комітет з економічних, соціальних та культурних прав наполягає, що «інформаційна доступність» є основним елементом права людини на здоров'я, зазначаючи, що «освіта та доступ до інформації, що стосується головних медичних проблем у громаді, у тому числі засобів їх попередження та контролю» є «порівняно пріоритетними» щодо основних зобов'язань за ICESCR²⁶³. Стаття 19 ICCPR, що гарантує «свободу шукати, отримувати та передавати будь-яку інформацію»²⁶⁴, включає доступ до повної і точної інформації про ВІА/СНІД²⁶⁵.

²⁵⁹ ICCPR, стаття 26; Комітет з прав людини: «Захист прав людини в контексті вірусу імунодефіциту людини (ВІА) та синдрому набутого імунодефіциту (СНІД)», Резолюція 1995/44, прийнята без голосування, 3 березня 1995 р.

²⁶⁰ Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, Загальний коментар 14, § 19.

²⁶¹ Там само, §§ 43 та 44; див. також там само, § 12.

²⁶² Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, Загальний коментар 3: «Природа зобов'язань держав-учасниць» (стаття 2)(1), UN Doc. E/1991/23, § 10.

²⁶³ Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, Загальний коментар 14: «Право на найвищий досяжний рівень здоров'я», § 44(d).

²⁶⁴ ICCPR, стаття 19(2). Європейська конвенція з прав людини також захищає право на інформацію. ECHR, стаття 10.

²⁶⁵ Див. Комітет з економічних, соціальних та культурних прав, Загальний коментар 14, §§ 12(b), 16, 36 та примітка 8.

Держави-учасниці ICCPR зобов'язані не лише утримуватися від цензури такої інформації, а й вживати активних заходів для реалізації такого права²⁶⁶.

Доступ до послуг з попередження ВІЛ рятує життя. Доступ до медичної допомоги рятує людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, від надмірного страждання та передчасної смерті. Право на життя визнається всіма основними угодами з прав людини та, в інтерпретації Комітету ООН з прав людини, вимагає від держав вживати «позитивних заходів» для подовження середньої тривалості життя²⁶⁷. Такі заходи мають включати адекватні кроки із забезпечення доступною інформацією та послуг із попередження ВІЛ і гарантування доступу людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, до медичного лікування.

²⁶⁶ Див. ICCPR, стаття 2(2) передбачає, що «кожна держава-учасниця цього Пакту зобов'язується робити необхідні кроки згідно з власними конституційними процедурами та згідно з положеннями цього пакту для прийняття таких законів або інших заходів, які можуть бути необхідними для запровадження прав, визнаних цим Пактом». Обов'язок держави – запровадити право на інформацію, що далі розглядається у С. Колівера та ін.: «Право знати: права людини та доступ до інформації з репродуктивних прав» (стаття 19 та University of Pennsylvania Press, 1995 p.), с. 45–47.

²⁶⁷ Комітет з прав людини: Загальний коментар 6: «Право на життя» (16-та сесія, 1982 р.), § 5.

IX. Рекомендації

Уряду України

Стосовно ВІЛ/СНІДу:

- **Припинити дискримінацію людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, у галузі охорони здоров'я.** Проводити моніторинг заходів з АРВ-лікування людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, з метою забезпечити доступ до такого лікування на недискримінаційних засадах.
- **Поважати право мешканців України на повну й точну інформацію стосовно ВІЛ/СНІДу і на отримання інформації та послуг з попередження та лікування ВІЛ/СНІДу без страху покарання або дискримінації.** Забезпечити надання повної, фактичної та неупередженої інформації про ВІЛ/СНІД, у тому числі про факти стосовно передавання інфекції, важливість зменшення стигми, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом та роль заходів зі зменшення шкоди в профілактиці ВІЛ, у межах широкомасштабних інформаційних кампаній, що мають бути забезпечені ресурсами достатньою мірою. Забезпечити розробку інформаційних кампаній відповідно до потреб СІН та їхніх статевих партнерів/партнerek, безпритульних дітей, працівників секс-бізнесу та інших маргіналізованих осіб, які наражаються на високий ризик інфікування ВІЛ. Забезпечити державну підтримку освіти за схемою «рівний – рівному» серед молоді, СІН, працівників секс-бізнесу та інших вразливих груп, використовуючи досвід урядових та неурядових експертів в Україні та в інших країнах.
- **Зайняти лідерську позицію в освітніх кампаніях метою яких є посилення захисту прав людини та зменшення стигми й дискримінації стосовно осіб, які живуть з ВІЛ/СНІДом або в умовах високого ризику інфікування, у тому числі споживачів наркотиків та працівників секс-бізнесу.** Державні посадовці всіх рівнів, у тому числі й Президент та члени Кабінету Міністрів, мають долучитися до скоординованої освітньої кампанії, що включатиме, серед іншого, використання громадських заходів та контактів у ЗМІ для різкого засудження переслідувань з боку міліції та інших порушень прав людини щодо груп, які живуть в умовах ризику інфікування ВІЛ, та працівників з профілактики ВІЛ/СНІДу і підтвердження надзвичайної важливості послуг

з попередження ВІЛ для осіб, які живуть в умовах високого ризику інфікування.

- ***Забезпечити розробку та запровадження Національною програмою з подолання ВІА/СНІДу в співпраці з Міністерством внутрішніх справ офіційного плану фінансованої програми моніторингу та регулярного звітування правоохоронних органів стосовно насильства та порушення прав маргінальних груп, що живуть в умовах ризику інфікування ВІА.***
- ***Проводити тренінги з питань ВІА/СНІДу, зменшення шкоди та вживання наркотичних препаратів для всіх працівників медичних закладів.*** Це має включати інструктаж з права на особисте життя та із захисту конфіденційної інформації стосовно ВІА-статусу й конкретні настанови про захист від недбалого та навмисного розголошу. Забезпечити доступ осіб, право яких на особисте життя було порушене або які зазнали дискримінації чи зневажливого ставлення в системі охорони здоров'я через їхній ВІА-статус, до засобів правового захисту.
- ***Реформувати інфраструктуру системи охорони здоров'я з метою забезпечити кращу скоординованість між медичними закладами, що опікуються різними захворюваннями, у тому числі ВІА/СНІДом, туберкульозом та наркотичною залежністю, і забезпечити подальшу інтеграцію лікування ВІА у загальну систему охорони здоров'я.***
Співпрацювати з проектами «рівний – рівному», організаціями зі зменшення шкоди і ВІА-сервісними та з громадою людей, які живуть з ВІА/СНІДом, у питаннях підготування медичних працівників до координування та підтримки послуг, що пов'язуватимуть послуги з лікування ВІА/СНІДу, туберкульозу та лікування від наркотичної залежності.
- ***Захистити статеві та репродуктивні права жінок, які живуть з ВІА/СНІДом.*** Забезпечити отримання ВІА-позитивними жінками повної та неупередженої інформації стосовно вагітності й попередження передачі ВІА від матері до дитини та визнання як працівниками закладів охорони здоров'я, так і жінками права всіх жінок незалежно від їхнього ВІА-статусу особисто та без тиску приймати рішення про кількість, час та періодичність народження дітей, як і на відповідну інформацію та можливість робити це.

Стосовно наркотичних препаратів та споживачів наркотиків:

- **Припинити реєстрацію** споживачів наркотиків **державними органами**, а також інші форми порушень права людини на приватне життя стосовно її ВІЛ-статусу та залежності від опіоїдів, у тому числі поширення інформації стосовно вживання наркотиків, що її було отримано під час надання медичної допомоги, правоохоронним та іншим державним структурам.
- **Розширити й покращити спектр послуг із гуманного лікування наркозалежності згідно з міжнародними стандартами, у тому числі і в ув'язненні, що включатиме своєчасне застосування замісної терапії з використанням метадону та бупренорфіну.** Такі заходи узгоджуються із зобов'язаннями України як держави-учасниці Єдиної конвенції з наркотичних препаратів від 1961 р. та її додаткового протоколу від 1972 р., Конвенції з психотропних речовин від 1971 р., та Конвенції ООН стосовно незаконного обігу наркотичних препаратів та психотропних речовин від 1988 р.
- **Забезпечити повну підтримку запровадження повномасштабної програми замісного лікування, у тому числі з використанням метадону та бупренорфіну, з боку Міністерства внутрішніх справ, Комітету з контролю за наркотиками та Служби безпеки України.**
- **Відхилити пропозицію Комітету з контролю за наркотиками, Міністерства охорони здоров'я про внесення змін до таблиці класифікації наркотичних речовин України, що криміналізуватимуть зберігання дуже невеликої кількості деяких наркотиків, що лише загострює проблему ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків.** Відмінити обов'язкове ув'язнення за зберігання невеликої кількості незаконних наркотиків, що також впливає на поширення ВІЛ-інфекції.
- **Забезпечити доступність замісної терапії всім особам з опіоїдною залежністю** на конфіденційних та анонімних засадах незалежно від їхнього ВІЛ-статусу або колишньої участі в державних програмах лікування від наркотичної залежності.

- ***Збільшити державну підтримку всіх послуг зі зменшення шкоди для людей з опіоїдною залежністю.*** Забезпечити повну підтримку цих зусиль з боку Міністерства внутрішніх справ, Комітету з контролю за наркотиками та Служби безпеки України. Запровадити та збільшити підтримку послуг зі зменшення шкоди для всіх груп, вразливих до ВІЛ-інфекції, у тому числі для працівників секс-бізнесу та для чоловіків, які мають статеві стосунки з чоловіками. Дати оцінку існуванню будь-яких правових перешкод, таких як криміналізація зберігання найменшої кількості наркотичних речовин або використання факту зберігання шприців як підстави для арешту підозрюваних у наркотичній залежності, та усунути такі перешкоди.

Стосовно поведінки правоохоронців:

- ***Припинити та публічно засудити незаконне застосування сили та інші форми неналежного ставлення з боку міліції та інших представників державних структур стосовно споживачів наркотиків та працівників секс-бізнесу.*** Українські правоохоронці повинні проводити арешти підозрюваних у скоєнні кримінальних злочинів із якомога меншим застосуванням сили, як закликає Кодекс поведінки правоохоронців ООН та Базові принципи щодо застосування сили й вогнепальної зброї для правоохоронців ООН. Уряд України має забезпечити Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини необхідними ресурсами та повноваженнями для повного розслідування тортур та інших серйозних порушень, що були скоєні в межах урядових заходів із боротьби з наркотиками.
- ***Припинити та публічно засудити втручання міліції та інших представників державних структур у надання послуг зі зменшення шкоди.*** Запровадити та підтримувати відповідні тренінгові програми з ВІЛ/СНІДу, послуг зі зменшення шкоди та пов'язаних з цим питань прав людини для працівниками міліції всіх рівнів. Усі нові співробітники мають пройти таку підготовку, а для працівників зі стажем мають проводитися курси підвищення кваліфікації. Частиною такого підготовчого курсу має стати збільшення ролі послуг зі зменшення шкоди як правової та основної частини зусиль України в боротьбі з ВІЛ/СНІДом та надання інформації про можливості направлення споживачів наркотиків на відповідні форми лікування від наркотичної залежності, про попередження ВІЛ та інші споріднені послуги з охорони здоров'я.

- ***Припинити сумнівні арешти та порушення належних процедур українськими правоохоронцями.*** Припинити практику фальшивих арештів, підкидання наркотиків особам, підозрюваним у наркотичній залежності, та використання погроз фізичного або психологічного насильства або залякування для отримання примусових зізнань стосовно наркотиків або іншої кримінальної діяльності. Припинити переслідування та арешти, що базуються лише на колишньому вживанні або підозрі у колишньому вживанні наркотиків.
- ***Проводити незалежні, неупереджені розслідування звинувачень у неправомірному використанні сили, вимаганні та інших перевищень повноважень українськими правоохоронцями.*** Накладати дисциплінарні стягнення, звільняти або притягати до відповідальності правоохоронців, котрі залучаються до неправомірного використання сили, вимагання, тортур та інших перевищень повноважень.
- ***Реформувати систему атестації в правоохоронних органах*** таким чином, щоб результативність оцінювалася не за простим підрахунком кримінальних справ, у тому числі й тих, що пов'язані зі звичайним зберіганням наркотиків для особистого використання, а базувалося на впливі дій правоохоронних органів на боротьбу із серйозними злочинами. Відкинути будь-яку політику, що заохочує правоохоронців зупиняти або заарештовувати підозрюваних споживачів наркотиків або працівників секс-бізнесу без законних причин, лише з метою виконати план з арештів, затримань або розкриття злочинів.
- ***Забезпечити належні процедури захисту заарештованих або затриманих осіб,*** у тому числі шляхом забезпечення повного та безперешкодного доступу до адвокатської допомоги на всіх стадіях розслідування, припинення практики неналежного ставлення до заарештованих або затриманих осіб та припинення використання зізнань, що були отримані примусово, під тиском, у будь-яких правових процедурах, крім випадків, коли такі зізнання використовуються проти особи, яка обвинувачується в спричиненні такого тиску.
- ***Здійснити конкретні кроки в напрямку зменшення страху перед звертанням споживачів наркотиків по медичні послуги.*** Негайно та публічно заявити, що про споживачів наркотиків, котрі звертатимуться по медичні послуги, не заявлятимуть до міліції, а їх самих не примушуватимуть

до лікування від наркозалежності лише через той факт, що вони вживають наркотики.

- *Підтвердити прихильність уряду України до дотримання прав у людини шляхом надання дійсного запрошення представникам всіх тематичних спеціальних процедур, зокрема Спеціальному доповідачеві ООН з тортур, Спеціальному доповідачеві ООН з права на здоров'я та робочій групі ООН зі свавільних затримань.*
- *Повністю запровадити рекомендації Європейського комітету з попередження тортур, наведені у звіті 2004 р. щодо від тортур та інших форм неналежного ставлення з боку працівників правоохоронних органів.*

Організації Об'єднаних Націй

- *Відповідні посадовці та структури Організації Об'єднаних Націй, – такі як Спільна програма ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS), Спеціальний доповідач ООН з права на здоров'я, Департамент ООН з наркотиків та злочинності (UNODC) та Комісія з наркотичних препаратів (CND) – мають підтвердити право всіх людей, у тому числі й споживачів наркотиків, на повний спектр послуг з попередження ВІЛ, у тому числі доступ до заходів зі зменшення шкоди без страху арешту або покарання як частини права на найвищий можливий рівень охорони здоров'я.*
- *Комітет ООН з наркотичних препаратів (CND) у співпраці з Департаментом контролю за наркотиками та попередженням злочинності (ODCCP) має підтримати внесення змін до міжнародних конвенцій з наркотичних речовин з тим, щоб відверто закликати до легалізації та поширення повного спектра стратегій зі зменшення шкоди, що її завдають наркотики. Такі зміни мають стверджувати, що заходи зі зменшення шкоди, у тому числі послуги з обміну шприців, замісна терапія та профілактика й освіта за методикою «рівний – рівному», є сумісними зі зменшенням попиту на наркотики та виключно необхідними для попередження ВІЛ.*

- *Всесвітня організація охорони здоров'я та Спільна програма ООН з ВІА/СНІДУ (UNAIDS) мають співпрацювати з СНД та ОДССР з метою включити в міжнародні конвенції з наркотичних речовин гарантії доступу до повного спектра послуг зі зменшення шкоди. Ці організації повинні розробити за активної участі експертів з охорони здоров'я та неурядових організацій конкретні рекомендації з припинення регулювання обігу шприців, у тому числі стосовно легалізації послуг з обміну шприців, легалізації продажу шприців в аптеках без рецепту, відміни законодавства з наркотичної атрибутики та розробки стратегій і протоколів з безпечної утилізації шприців.*
- *UNAIDS та її організації-спонсори, зокрема Департамент ООН з наркотиків та злочинності (UNODC) та Всесвітня організація охорони здоров'я, а також структури ООН, що опікуються питаннями, пов'язаними з вживанням протизаконних препаратів, мають підтримати заходи в Україні, що роблять внесок до запровадження доказового підходу до послуг з лікування ВІА та інших споріднених медичних послуг для споживачів наркотиків у системі громадської охорони здоров'я, особливо шляхом зміцнення програм обміну шприців, замісної терапії та інших заходів зі зменшення шкоди.*
- *UNAIDS та її організації-спонсори, зокрема Департамент ООН з наркотиків та злочинності (UNODC) та Всесвітня організація охорони здоров'я, а також структури ООН, що займаються питаннями, пов'язаними з уживанням протизаконних препаратів, мають заохотити Україну запровадити альтернативу ув'язненню за особисте зберігання дуже невеликої кількості наркотичних та інших протизаконних препаратів та відкинути пропозиції змін до українських таблиць класифікації препаратів з метою криміналізувати зберігання дуже невеликої кількості окремих наркотиків.*

Усім державам-учасницям міжнародних конвенцій з наркотичних речовин

- *Підтримати внесення змін до міжнародних конвенцій з наркотичних речовин з метою заохотити держави-учасниці запровадити*

стандарти, що використовуються в системі громадської охорони здоров'я, до проблем вживання наркотиків, у тому числі розширений доступ до стерильних шприців та метадонової замісної терапії.

- *Запровадити такі національні стандарти охорони здоров'я, що закріплюють право споживачів наркотиків на повний спектр послуг з попередження ВІА, у тому числі доступ до заходів зі зменшення шкоди без страху арешту або покарання як частини права на найвищий можливий рівень охорони здоров'я.*

Європейському Союзу

- *Використовувати Угоду з партнерства та співробітництва (УПС) – рамковий документ, що регулює відносини Європейського Союзу з Україною та містить розділ про права людини, – з метою негайно закликати уряд України привести своє законодавство та практику у відповідність з міжнародними стандартами, де особлива увага приділялася б порушенням, що їх задокументовано в цьому звіті. Зробити публічну заяву стосовно відповідності України міжнародним стандартам і дати зрозуміти, що продовження УПС залежить від конкретного прогресу в дотриманні цих стандартів, що його можна виміряти.*
- *Продовжувати розробляти План дій європейської політики сусідства щодо України з метою забезпечити захист та підтримку прав людини як центрального складника її реагування на загрозу ВІА/СНІДу, де особлива увага приділялася б порушенням, як і задокументовано в цьому звіті. Закликати Україну невідкладно розробити конкретні стандарти, що спрямовані на усунення цих порушень, та чіткі графіки їх запровадження.*

Іншим європейським міжурядовим структурам

Генеральному секретареві Ради Європи, Комітету міністрів та Парламентській Асамблеї Ради Європи (ПАРЄ):

- *Використовувати всі можливі засоби для забезпечення виконання Україною як державою-членом Ради Європи своїх зобов'язань стосовно гарантування повного захисту всіх прав людини всім особам у межах своєї юрисдикції, у тому числі споживачам*

ін'єкційних наркотиків та людям, які живуть з ВІА/СНІДом. З цією метою продовжувати надавати допомогу урядові України в його намаганнях реформувати та розробляти законодавство відповідно до норм прав людини

ПАРЄ:

- *В усіх чинних ініціативах з ВІА/СНІДу та підтримки стратегії з охорони здоров'я та контролю за наркотичними речовинами враховувати питання, поставлені в цьому звіті, та сформулювати конкретні рекомендації із заходів, які спрямовано на ці питання в Україні та інших державах-членах, котрих ці питання можуть стосуватися.*

Організації з безпеки та співробітництва в Європі (ОБСЄ):

- *Зробити питання порушення прав людини стосовно людей, які живуть з ВІА/СНІДом або в умовах високого ризику інфікування, у тому числі до споживачів наркотиків та працівників і працівниць секс-бізнесу, інтегральною частиною загальної роботи координатора проекту ОБСЄ з підтримки та захисту прав людини в Україні.*
- *Визначити людей, які живуть з ВІА/СНІДом, як категорію осіб, які мають бути відкрито та активно охоплені роботою Програми з толерантності та недискримінації Департаменту ОБСЄ з демократичних інституцій та прав людини.*

Уряду Сполучених Штатів Америки

- *Зробити питання, що пов'язані з ВІА/СНІДом та розглядаються в цьому звіті, інтегральною частиною двостороннього діалогу з урядом України в питаннях прав людини. Спонукаючи уряд України прийняти та запровадити санкції за порушення прав людини стосовно людей, які живуть з ВІА/СНІДом або в умовах високого ризику інфікування.*

Міжнародним фінансовим інституціям

- У рамках власного проекту з контролю за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні Всесвітній банк має взяти до уваги питання, що розглядаються в цьому звіті та є спрямованими на викорінення порушень прав людини стосовно споживачів наркотиків та людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, як ключовий компонент зусиль України з попередження, лікування ВІЛ/СНІДу та догляду за інфікованими особами.
- Європейський банк з реконструкції та розвитку має використовувати мову, що відображає занепокоєння, висловлене в цьому звіті, під час розробки своєї наступної стратегії для України та взагалі заохочувати українські владні структури до запровадження та підтримки стратегії боротьби з ВІЛ/СНІДом, що базуватиметься на дотриманні прав людини, частиною своїх відносин з Україною.

Подяки

Цей звіт склала Ребека Шлейфер, дослідниця програми з ВІЛ/СНІДу та прав людини. Він базується на дослідженні, проведеному Ребекою Шлейфер та Джейн Бюкенен з відділення Європи та Центральної Азії Human Rights Watch.

Рецензенти звіту: Джозеф Едмон – директор програми з ВІЛ/СНІДу; Рейчел Денбер – заступниця директора, Дідерік Ломан – старший дослідник та Джейн Бюкенен дослідниця відділення Європи та Центральної Азії; Корінна Кері – дослідниця програми з США; Джеймс Росс – старший юридичний консультант, та Ієн Горвін, консультант Департаменту програм Human Rights Watch. **Вероніка Шенте Годдстон, директор з правозахисної діяльності відділення Європи та Центральної Азії Human Rights Watch, допомогла сформулювати рекомендації доповіді.** Багато коментарів, що стали у великій пригоді, надав Джонатан Коен – працівник програми з ВІЛ/СНІДу та прав людини. У підготовці звіту допомагали Дженіфер Нейгл, Андрея Голлі, Вероніка Матушай та Фіцрой Гепкінс.

У проведенні цього дослідження допомагали багато експертів та неурядових організацій в Україні та інших місцях. Human Rights Watch висловлює вдячність працівникам Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом; Українській асоціації зі зменшення шкоди, організаціям «Життя плюс», «Віра, Надія, Любов» (Одеса) та «Дорога до дому» (Одеса, Іллічівськ); «Мангуст» (Херсон); «Вихід», «Благодійність» та «Час для життя» (Миколаїв); «Віртус» (Дніпропетровськ) і «Клуб «Еней» (Київ) за їх неоціненну допомогу та мужню роботу. Ми також вдячні працівникам «Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні», Міжнародного фонду «Відродження» та Міжнародної програми розвитку заходів зі зменшення шкоди Інституту відкритого суспільства за технічну допомогу та поради в процесі роботи. Також ми висловлюємо вдячність Інзі Кононенко, яка переклала цей звіт на українську мову.

Найбільше ми вдячні тим наркозалежним і колишнім наркозалежним людям, працівникам секс-бізнесу і людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, котрі були достатньо мужніми, щоб поділитися своїм досвідом з нами, та жалкуємо, що не можемо назвати всі їхні імена.

Human Rights Watch висловлює вдячність Фонду Джона М. Ллойда та Фонду Чарльза Стюарта Мотта за їхню велику підтримку цієї роботи.

HUMAN RIGHTS WATCH
350 Fifth Avenue, 34th Floor
New York, NY 10118-3299

www.hrw.org

H U M A N
R I G H T S
W A T C H

Риторика та ризик

Порушення прав людини перешкоджає боротьбі України з ВІЛ/СНІДом

Епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні набула найбільших масштабів у Європі й продовжує зростати одними з найшвидших темпів у світі. Епідемія, що поширюється переважно через ін'єкційне вживання наркотиків та роботу в секс-бізнесі, найбільше вражає осіб, які складають маргінальні групи суспільства та наражаються на високий ризик насильства з боку правоохоронних органів і зневажливе ставлення в закладах системи охорони здоров'я.

Однак Україна має програму боротьби з ВІЛ/СНІДом, яка в багатьох аспектах вважається зразковою в регіоні. Національне законодавство з цього питання було переглянуто в 1998 р., а потім у 2001 р., аби запровадити захист прав людини (таких як гарантії права на інформацію про ВІЛ/СНІД, конфіденційність результатів аналізів на ВІЛ та безкоштовні ліки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом) і підтримати прогресивні, доказові підходи, наприклад програми з обміну шприців. Проте ці правові нормативи та програми лише зрідка є чимось більшим, ніж пусті заяви.

Звіт «Риторика та ризик» базується на свідченнях десятків людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом або серйозно ризикують захворіти на нього, що розкривають одну й ту саму тему: фізичне і психологічне насильство, порушення належних процедур міліцією та дискримінаційне й негуманне ставлення з боку медичних працівників. Такі порушення прав людини підривають намагання України подолати епідемію СНІДу, покращити доступ до інформації з попередження та лікування ВІЛ і вберегти населення від інфікування.

Україна стоїть на роздоріжжі в протистоянні епідемії ВІЛ/СНІДу і має вибрати: запроваджувати та підтримувати програми зі СНІДу, що побудовані на засадах ефективності, використанні доказової бази та дотриманні прав людини, або дозволити репресивній політиці правоохоронних структур, поширеній стигматизації і дискримінації та корумпованій і погано інтегрованій інфраструктурі галузі охорони здоров'я поширювати епідемію далі, тим самим ставлячи під загрозу ще більше життів українців, і не виконувати обіцянки та нерозсудливо витрачати інвестиції, що їх

уже було зроблено.

Пацієнт, який живе з ВІЛ/СНІДом, відчиняє вікно, щоб дихати свіжим повітрям.
Одеська обласна лікарня інфекційних захворювань, відділення СНІДу, лютий 2005 р.

© 2005 Олександр Гляделов

