

ЗМІСТ

ГЛОСАРІЙ	4
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВІЛ/СНІД	9
1.1. Поняття про ВІЛ/СНІД	9
1.2. Законодавчі акти з ВІЛ/СНІД	14
1.3. Шляхи інфікування ВІЛ. Основні заходи профілактики інфікування ВІЛ	17
1.4. Заходи щодо захисту працівників органів внутрішніх справ від інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків	22
1.5. Тестування на ВІЛ. Лікування ВІЛ-інфекції	24
РОЗДІЛ 2. ПРАВООХОРОННА ДІЯЛЬНІСТЬ ТА ПРОГРАМИ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ ВІД НЕМЕДИЧНОГО ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ	28
2.1. Поняття та правове регулювання програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків	28
2.2. Взаємодія органів внутрішніх справ і громадських організацій щодо реалізації програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків	42
2.3. Дотримання прав осіб, які беруть участь у реалізації програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків	60
2.4. Порядок поводження з ВІЛ-інфікованими особами, які приймають АРВ-препарати, під час затримання їх працівниками міліції	65
ВИКОРИСТАНА ТА РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	68

ГЛОСАРІЙ

Абстинентний синдром – одна з основних ознак хронічної наркоманії, характеризується спектром соматичних і психологічних розладів, які виникають у результаті різкого припинення прийому наркотика або зменшення його дози. Загальні розлади функцій організму характеризуються тяжким фізичним нездужанням (загальна слабкість, озноб, болі, блювота, профузні проноси, слино- та потовиділення), відхиленнями у психіці і поведінці (порушення сну, галюцинації, марення, судоми). Стан хворого можна полегшити або цілком зняти тільки проведенням спеціального лікування або введенням того ж наркотичного засобу чи відповідного токсиканта.

АРВ-препарати (антиретровірусні препарати) – противірусні лікарські засоби прямої дії для системного застосування, які пригнічують розмноження ВІЛ в організмі людини і попереджають руйнування імунної системи, що дозволяє подовжити життя з ВІЛ-інфекцією, а також зупинити розвиток СНІДу. Відповідно до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни мають право на безкоштовне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного у них захворювання, зокрема, АРВ-препаратами. Призначення та видача АРВ-препаратів ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД особам здійснюється винятково у спеціалізованих закладах охорони здоров'я.

АРТ/АРВ-терапія (антиретровірусна терапія) – вживання специфічних фармацевтичних противірусних препаратів з метою сповільнення розвитку вірусу імунodefіциту в організмі та попередження або лікування СНІДу. АРТ передбачає одночасний прийом комбінації не менше трьох АРВ-препаратів. АРТ не знищує ВІЛ в організмі людини. Ефективна АРТ сприяє пригніченню реплікації ВІЛ, відновленню функції імунної системи, продовженню та підвищенню якості життя ВІЛ-інфікованих осіб, зменшує ризик передачі ВІЛ. Надзвичайно важливим є забезпечення безперервності прийому АРТ. Це означає, що особа має вживати АРВ-препарати тривалий час, практично протягом усього життя, відповідно до призначеного лікарем режиму прийому. АРТ проводиться за призначенням лікаря амбулаторно або в умовах стаціонару.

Бупренорфін – напівсинтетичний опіоїд, який використовується у програмах лікування опіоїдної залежності, а саме у програмах замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) у системі глобальних заходів медичної, соціальної та психологічної терапії.

ВААРТ/ВАРТ (високоактивна антиретровірусна терапія) – метод терапії вірусу імунodefіциту людини, що складається із комбінації із декількох, частіше трьох або чотирьох АРВ-препаратів, що відбувається як заміна монотерапії.

ВІЛ – вірус імунodefіциту людини.

ВІЛ-інфекція – захворювання, викликане вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ).

ВІЛ-інфіковані – особи, в організмі яких виявлено вірус імунodefіциту. До категорії ВІЛ-інфікованих належать як особи без клінічних проявів хвороби (носії ВІЛ), так і хворі на СНІД.

Вірусні гепатити (гепатит А, гепатит В, гепатит С та інші) – група інфекційних захворювань, які насамперед вражають печінку людини, викликаючи в ній запальний

процес. Такі вірусні захворювання печінки, а нерідко й інших органів людини, можуть призвести до тяжких наслідків.

Групи ризику (групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ) – це соціальні групи населення, які мають високий рівень інфікування ВІЛ та/або іншими суспільно значущими захворюваннями. До груп ризику відповідно до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» належать: споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН), особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (ОСБ/ЖСБ), чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків, клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, та статеві партнери чоловіків, які практикують секс з чоловіками.

ДКТ (добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію) – це консультування з метою надання добровільної консультативної допомоги населенню стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування, сприяння прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу людини, підтримка подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, отримання своєчасної медичної допомоги, яке проводиться спеціально навченими фахівцями із ДКТ відповідно до Протоколу, затвердженого наказом МОЗ України.

Замісна терапія (ЗТ) або замісна підтримуюча терапія – вид лікування опіоїдної залежності, при якому використовуються речовини, які мають подібну до героїну та морфіну дію на головний мозок людини, що дозволяє запобігти розвитку синдрому відміни та блокувати потяг до нелегальних опіоїдів.

Зменшення шкоди – діяльність, спрямована на запобігання та перешкоджання поширенню негативних медичних, соціальних та економічних наслідків ризикованої поведінки через немедичне вживання ін'єкційних наркотиків. Зменшення шкоди передбачає профілактику розповсюдження інфекцій, що передаються з кров'ю (ВІЛ, гепатит та ін.); зниження ризику передозування та інших нещасних випадків, пов'язаних з вірогідністю смертельного результату; пом'якшення негативних наслідків від вживання наркотиків (злочинність, низька соціальна адаптація та ін.) як щодо окремих осіб, так і відносно співтовариства в цілому.

ЗОЗ – заклад(и) охорони здоров'я.

Інкубаційний період («період вікна») – проміжок часу між зараженням та проявом перших симптомів захворювання.

Інфекція – стан, коли в організм людини потрапляє бактерія, грибок, вірус, що в подальшому викликають захворювання.

ІПСШ (ХПСШ/ЗПСШ) – інфекції/хвороби/захворювання, які передаються статевим шляхом. Це група інфекційних хвороб, яку об'єднує переважно статевий шлях передачі і до яких належать: сифіліс, хламідіоз, кандидоз, гонорея тощо. Непроліковані ІПСШ можуть мати тяжкі наслідки, серед яких підвищений ризик інфікування ВІЛ, ризик розвитку раку шийки матки, безпліддя тощо.

Картка учасника програми зменшення шкоди (див. фото 1) – це пластикова карта уніфікованої форми із унікальним анонімним кодом, яку можуть отримати представники груп ризику для подальшого доступу до послуг зменшення шкоди в НУО по всій Україні.

Картка учасника програми лікування АРТ (ВААРТ) (див. фото 2, 3) – це пластикова картка прямокутної форми, яка видається громадською організацією на підставі контракту між отримувачем послуг (ВІЛ-інфікованою особою) та їх надавачем (громадською організацією). Картка видається лише тим особам, що перебувають на обліку в Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Ця картка свідчить про те, що її власник є ВІЛ-позитивним та проходить курс лікування АРТ (ВААРТ).

Картка учасника програми лікування ЗПТ – це пластикова картка прямокутної форми, яка видається в Кабінеті замісної підтримуючої терапії та містить фотографію пацієнта, дату видачі, підпис лікаря-нарколога та скріплена печаткою ЛПЗ, на базі якого здійснюється лікування пацієнта.

ЛЖВ(С) – люди, які живуть з ВІЛ/СНІД.

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад.

МДК (мультидисциплінарна команда) – є формою здійснення соціально-профілактичної роботи групою фахівців різних галузей, які забезпечують надання соціальних послуг групам ризику та іншим соціально вразливим верствам населення.

Метадон – синтетичний наркотичний засіб опіоїдної групи, який використовується у програмах лікування опіоїдної залежності, а саме у програмах замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) в системі глобальних заходів медичної, соціальної та психологічної терапії.

Мобільна амбулаторія – це автобус, спеціально обладнаний для проведення ДКТ за допомогою швидких тестів на ВІЛ й ІПСШ та надання інших послуг мультидисциплінарною командою (МДК). До складу МДК мобільної амбулаторії можуть входити соціальні працівники, психолог, медична сестра, лікар-дерматовенеролог.

Мобільний пункт довіри – це авторизована бригада у складі соціальних працівників та психолога, до функціональних обов'язків яких входить мотивування та направлення осіб, які входять до цільової групи (СІН, ОСБ, ЧСЧ, ЛЖВ та найближче оточення ЛЖВ) програм стратегії зменшення шкоди, ЗПТ, центрів реабілітації та ресоціалізації наркозалежних, до груп психологічної взаємодопомоги з метою покращення їх психоемоційного стану, підтримки та зміцнення психічного здоров'я, підвищення стресостійкості, збереження і покращення якості життя з ВІЛ/СНІДом, при встановленні контакту, під час проведення соціальної роботи з отримувачами послуг у місцях їх можливого перебування, зокрема, на вулиці.

Наркоманія – психічне захворювання, спричинене розвитком залежності від наркотичного засобу внаслідок повторного його вживання. В результаті утворюється стійка психічна і фізична залежність від наркотичного засобу з розвитком абстинентного синдрому при припиненні його прийому. При цьому захворюванні виникають різноманітні стани, що змінюють психіку і поведінку хворої особи.

Наркотичні засоби – речовини природні чи синтетичні, препарати, рослини, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

НУО (неурядова організація) – громадські об'єднання індивідів або груп за певними інтересами, які беруть участь у громадській діяльності, зокрема які реалізують програми зменшення шкоди для уразливих груп населення в Україні.

ОСБ (ЖСБ) – особи, частіше жінки, які залучені до секс-бізнесу та надають сексуальні послуги за винагороду.

Перелік наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (далі – Перелік) – згруповані у списки наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори наркотичних засобів і психотропних речовин, включені до таблиць I – IV згідно із законодавством України та міжнародними договорами. Перелік та зміни до нього затверджуються Кабінетом Міністрів України за поданням спеціально уповноваженого органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я і публікуються в офіційних друкованих виданнях.

Полінаркоманія – наркоманія з одночасним або зміненим вживанням двох або більше наркотичних речовин. У випадках, коли наркозалежна особа, крім наркотиків, приймає інший лікарський засіб або речовину, яка не вважається наркотичною, йдеться про ускладнену наркоманію.

Постконтактна профілактика (ПКП) – це вчасно розпочатий (протягом перших 24 годин після ризикованого випадку, але не пізніше 72 годин), короткочасний (28 днів) прийом антиретровірусних препаратів для зниження ймовірності інфікування ВІЛ після підтвердженого контакту з біологічними рідинами, що містять ВІЛ.

ПОШ (пункт обміну шприців) – спеціально обладнаний вуличний або стаціонарний пункт надання послуг зменшення шкоди.

Психічна залежність – хворобливий, непереборний потяг повторно приймати окремі препарати для того, щоб позбутися психічного дискомфорту («ломки»).

Психотропні речовини – речовини природні чи синтетичні, препарати, природні матеріали, включені до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

СІН – споживач ін'єкційних наркотиків.

Синдром – група симптомів захворювання.

Синдром відміни (жарг. «ломка») – група симптомів різної тяжкості, які виникають у результаті припинення вживання або зменшення дози наркотику після тривалого періоду вживання та/або вживання високих доз.

СНІД (синдром набутого імунodefіциту) – важке інфекційне захворювання, спричинене вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), яке пошкоджує імунну систему людини і таким чином знижує опірність організму проти будь-якого захворювання.

Соціальний працівник – професійно підготовлений фахівець, що має необхідну кваліфікацію у сфері соціальної роботи і надає соціальні послуги, а саме: обмін шприців на стаціонарних та польових пунктах обміну, інформування з питань отримання наркозалежними соціальних та медичних послуг, розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів з різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу тощо. Соціальний працівник має посвідчення, в якому зазначаються реквізити громадської організації, до якої він належить, прізвище, ім'я й по батькові, фотокартка, термін дії, посада, підпис керівника громадської організації, скріплений печаткою цієї організації.

Токсикоманія – стан хворобливої пристрасті до вживання токсичних речовин, здатних викликати тимчасові психічні розлади, але не віднесених юридично до наркотичних засобів та психотропних речовин.

Толерантність – стан, що виникає від багаторазового вживання наркотичних засобів або психотропних речовин, при якому організм знижує або втрачає чутливість до окремих речовин, в результаті чого послаблюється дія попередньої дози наркотич-

ного засобу або психотропної речовини. Для одержання такого самого ефекту необхідно поступово збільшувати дозу наркотика. В результаті необхідна доза зростає в 10–100 разів порівняно з першим введенням.

Тяжкий психічний стан чи психічний розлад – стан, що супроводжується затьмаренням свідомості, порушенням мислення, волі, емоцій, інтелекту або пам'яті, що перешкоджає реальному сприйняттю особою навколишньої дійсності, свого стану і поведінки.

Утилізатор – спеціальна ємкість (часто картонна, прямокутної форми, жовтого або світло-коричневого кольору), сконструйована таким чином, що унеможлиблює виймання шприців без пошкодження зовнішньої оболонки. Також у якості утилізатора можуть використовуватися пластикові каністри (бутлі) або інші пластикові ємкості. На зовнішніх стінках ємкості розміщено зображення (наклейки), які вказують на його цільове призначення, контактні дані організацій, що займаються обміном використаних шприців на стерильні згідно з програмою зменшення шкоди, а також перелік нормативних актів, що є правовою основою для утилізації використаних шприців. Цільове призначення контейнера – збір використаного ін'єкційного інвентаря з метою подальшої утилізації використаних шприців.

ЧСЧ – чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками.

Фізична залежність – стан особливої перебудови обміну речовин у зв'язку з хронічним вживанням наркотичного засобу. Проявляється у розвитку абстинентного синдрому, який полегшується або знімається тільки новим введенням наркотика або речовини, що його заміняє.

РОЗДІЛ I

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВІЛ/СНІД

1.1. Поняття про ВІЛ/СНІД

На сьогодні ВІЛ-інфекція поширена у країнах усіх континентів. Її поширення у світі можна вважати пандемією ВІЛ/СНІДу, а в Україні розвивається епідемія ВІЛ/СНІДу. У країні зареєстровано понад 170 тис. ВІЛ-інфікованих осіб, але за підрахунками експертів, про свій ВІЛ-статус знає лише третина інфікованих. Загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ в Україні, сягає 377 600.

Всесвітня організація здоров'я занепокоєна стабільним зростанням темпів поширення епідемії ВІЛ у східному європейському регіоні: кількість людей, що живуть з ВІЛ, за оцінками ВООЗ, збільшилась утричі з 2000 р. Прогрес у країнах Західної Європи засвідчує, що своєчасно вжиті заходи та систематична діяльність відповідних організацій може забезпечити контроль над епідемією ВІЛ/СНІДу. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та Співдружності незалежних держав.

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 34 мільйонів мешканців нашої планети інфіковані ВІЛ, окрім того, приблизно 2,7 мільйона людей інфікуються вірусом імунодефіциту людини щорічно. Варто зазначити, що саме СНІД як наслідок ВІЛ-інфекції – одна із головних причин смерті людей репродуктивного віку. За даними ЮНЕЙДС (Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу, <http://www.unaids.org>), у 2011 р. кількість осіб, які живуть з ВІЛ, становила 34 (31,4 – 35,9) млн. осіб. Цього ж року зареєстровано 2,5 (2,2 – 2,8) млн. нових випадків ВІЛ-інфекції, що менше за попередні роки, проте ще не свідчить про тенденцію до зменшення рівня інфікування. За даними 2011 р., від СНІДу померло 1,7 (1,5 – 1,9) млн. осіб, що в свою чергу на 24% менше за рівень смертності від СНІДу у 2005 р. і хоча є позитивною динамікою, проте цифри й досі лишаються суттєвими.

Незважаючи на багаторічне впровадження профілактичних, діагностичних, клінічних, інших заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції, проблема ВІЛ/СНІДу залишається однією з найважливіших у світовій системі охорони здоров'я, зокрема, й для України. За даними ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», за період 1987 – перше півріччя 2013 рр. серед громадян України зареєстровано 234 257 ВІЛ-позитивних осіб, 62 288 хворих на СНІД та 30 575 осіб, які померли від захворювань, зумовлених СНІДом.

Щороку збільшується кількість осіб, які перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я, служб профілактики та боротьби зі СНІДом (ЗОЗ). Станом на 01.07.2013 р., у ЗОЗ на обліку знаходилося 134 302 ВІЛ-позитивних громадян України (294,8 на 100 тис. населення), зокрема, 27 181 хворих на СНІД (59,7 на 100 тис. населення). За даними 2012 р., частка осіб, які належали до активної диспансерної групи, складала 75%. Територіями з високим рівнем поширеності ВІЛ залишаються південно-східні регіони України, з низьким рівнем – західні області.

Незважаючи на те, що у 2012 р. вперше за весь період спостереження за епідемією ВІЛ-інфекції в Україні зафіксовано зниження кількості нових випадків ВІЛ-інфекції на 1,6%, отримані дані не можуть свідчити про стабілізацію епідемічного процесу. Відомо,

що кількість виявлених ВІЛ-позитивних осіб прямо корелює зі структурою та обсягами обстежень на наявність антитіл до ВІЛ. Так, за даними сероепідеміологічного моніторингу, в 2012 р. порівняно з 2011 р. в цілому по Україні проведено менше на 71 626 тестувань на наявність антитіл до ВІЛ (3 318 163 і 3 246 537 відповідно), у свою чергу, зменшилась й кількість позитивних результатів – з 33 781 до 31 921.

За 6 місяців 2013 р. в Україні зареєстровано 10 727 випадків ВІЛ-інфекції, що на 7% більше, ніж за аналогічний період 2012 р. (10 051 осіб), рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію збільшився з 21,9 до 23,5 на 100 тис населення.

Серед шляхів передачі ВІЛ більш суттєве епідемічне значення набуває статевий шлях, частка якого серед осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції сягнула на початок липня 2013 р. 53,7%. Незважаючи на тенденцію до зниження, активність парентерального шляху передачі (під час введення наркотичних препаратів) залишається високою (30,3%). Враховуючи дані дозорних епідеміологічних досліджень, що були проведені у 26 містах України у 2011 р., середній рівень поширеності ВІЛ серед СІН складав 21,5%, а у 12 містах цей показник був значно вищим: 22,6 – 40,2%. Тому необхідно продовжувати розширення доступу СІН до профілактичних програм.

Протягом останніх трьох років загалом спостерігалось зростання показника захворюваності на СНІД. За перше півріччя 2013 р. зареєстровано 5 162 випадків СНІДу, рівень захворюваності на СНІД залишився без зміни порівняно з аналогічним показником за перше півріччя 2012 р. – 11,3 на 100 тис. населення.

Таблиця 1

Динаміка реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції, СНІДу та смерті від СНІДу за період 1987 – 2006 рр. серед населення України

ВІЛ-інфіковані особи	1987-94	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Кількість громадян України з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції	183	1490	5400	8913	8575	5827	6212	7000	8756	10009	12491	13770	16078
Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом СНІД	32	45	143	189	398	586	647	867	1353	1915	2743	4217	4723
Кількість осіб, які померли від СНІДу	15	19	69	82	148	253	414	473	834	1285	1775	2188	2425

**Динаміка реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції, СНІДу та смерті
від СНІДу за період 2007 – перше півріччя 2013 рр. серед населення України**

ВІЛ-інфіковані особи	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 (6 міс.)	2013 (6 міс.)	1987- 2013 (6 міс.)
Кількість громадян України з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції	17669	18963	19840	20489	21177	20743	10051	10727	234 257
Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом СНІД	4573	4380	4437	5861	9189	10073	5168	5162	62 288
Кількість осіб, які померли від СНІДу	2507	2710	2591	3096	3736	3870	2039	1802	30 575

Всього ж за прогнозами фахівців орієнтовна кількість ВІЛ-інфікованих в Україні становить близько 400 тис. осіб. За рівнем розповсюдження ВІЛ/СНІДу Україна займає перше місце серед країн колишнього Радянського Союзу.

Ситуація серед контингентів МВС України така: з 1995 р., з наростаючим підсумком, станом на 01.10.2007 р. зареєстровано 44 ВІЛ-інфіковані особи, зокрема, 5 осіб, які захворіли на СНІД, одна людина померла від СНІДу.

Пропонуємо детальніше проаналізувати поняття «ВІЛ/СНІД».

Історія відкриття раніше невідомого захворювання, яке спричинене специфічним вірусом, датується 1981 р. Саме тоді медичні працівники США сповістили про появу у молодих чоловіків-гомосексуалістів запалення легенів, а також пухлин, які не піддавались лікуванню.

Якими ж були особливості розвитку хвороби? Запалення легенів спричинялось мікроорганізмами (пневмоцистою), які знаходились на слизових оболонках дихальних шляхів, однак не викликали захворювання. У переважній більшості молодих людей були наявні пухлини судин шкіри (так звана саркома Капоши), яка дуже рідко виникає у людей похилого віку і зазвичай буває доброякісною. У цих молодих людей захворювання закінчувалось смертю на фоні зниження імунних (захисних) сил організму. Коли такі та подібні захворювання набули подальшого розповсюдження, виникла підозра щодо їх інфекційного походження. У 1983 р. у таких хворих було виділено вірус, який спричиняє зниження імунітету, тому його назвали **ВІЛ – вірус імунодефіциту людини**, а людину, яка інфікована ВІЛ, – **ВІЛ-інфікованою**. Потрібно знати, що клінічні прояви

СНІДу дуже різноманітні Пневмоцистна пневмонія та саркома Капоши – це лише деякі з клінічних проявів СНІДу. Взагалі внаслідок дії ВІЛ відбувається глибоке ушкодження імунної системи, і людина стає беззахисною перед збудниками різних інфекцій.

ВІЛ-інфекція – це хронічне інфекційне захворювання, яке може протікати протягом багатьох років.

Одразу ж після зараження настає гостра стадія захворювання, прояви якої можуть бути різноманітні: різке підвищення температури тіла, біль у горлі, загострення хронічних хвороб. Період від моменту попадання вірусу в організм і до повного розвитку інфекційного процесу називають *інкубаційним періодом або «періодом вікна»*.

Далі хвороба переходить у безсимптомну стадію: людина почуває себе здоровою, зберігається працездатність, жодних клінічних проявів немає, але така людина є джерелом зараження. В організмі людини ВІЛ розмножується і продовжує руйнувати імунну систему. Тобто особливістю ВІЛ-інфекції є те, що ВІЛ-інфіковані люди протягом тривалого часу від моменту зараження не відчують змін стану свого здоров'я, тобто існує період відносного благополуччя, коли самопочуття особи не впливає на біологічну та соціальну активність. ВІЛ-інфікований зберігає працездатність, може навіть не підозрювати про те, що він є інфікованим. **Єдиним способом визначення, чи є в організмі людини ВІЛ, є тестування.**

Далі у переважній більшості випадків в осіб, інфікованих ВІЛ, під згубною дією вірусу на імунну систему розвивається захворювання **СНІД (синдром набутого імунного дефіциту)**. В міру прогресування ВІЛ-інфекції та пригнічення імунної системи з'являються опортуністичні хвороби (герпетична інфекція, туберкульоз, пневмонія, токсоплазмоз, грибові ураження, цитомегаловірусна інфекція тощо). Іншими словами, **СНІД** – це кінцева стадія інфекційного захворювання, яке номінується як ВІЛ-інфекція.

Протягом останніх років у світі винайдено ряд медичних препаратів, які дозволяють затримати перехід від «безсимптомного» носійства до СНІДу та навіть знизити тяжкість перебігу СНІДу в особи, однак ці фармацевтичні препарати (антитретровірусна терапія, АРТ, ВААРТ) достатньо дорогі. Так, у середньому, щоб забезпечити правильне лікування протягом року одного хворого на СНІД, потрібно близько 7-8 тисяч доларів.

Для того, щоб встановити, чи є людина ВІЛ-інфікованою, потрібно провести дослідження зразка крові у спеціальній лабораторії. Адже як результат проникнення вірусу в організмі людини через 1-3 місяці утворюються антитіла. Їх поява є свідченням ВІЛ-інфекції. Важливо знати, що наявні методики масових досліджень мають одну особливість: якщо зараження відбулось відносно недавно (1-2 місяці тому), результат може бути негативним, оскільки в організмі ще не відбулися зміни, тобто недостатня концентрація антитіл, які сприймає тест-система (спеціальний тест на ВІЛ).

Період з моменту зараження до моменту, коли тест на ВІЛ-інфекцію стає позитивним, визначається як період «сероімунологічного вікна». Цей період може тривати до 3-х місяців.

Безпосередні наслідки зараження – хвороба та смерть окремих осіб (кількість яких зростає) – відіграють основну роль у долі окремих людей, однак цим не обмежуються наслідки розвитку епідемії. Зростання кількості хворих на СНІД та випадків смерті від СНІДу призводить до:

- виключення із суспільного життя молоді – основної рушійної сили суспільства, яка є майбутнім потенціалом нації та бере активну участь у створенні національного доходу;
- зростання витрат на надання медичної допомоги молоді. Тобто за умови відсут-

ності епідемії ВІЛ/СНІДу частка медичної допомоги для молоді була незначною, оскільки молодь – здорова частина суспільства. Із зростанням кількості хворої на СНІД молоді зменшується частка допомоги людям похилого віку;

- зростання кількості сиріт та ВІЛ-інфікованих дітей;
- зростання частки людей похилого віку, які залишаться без догляду у зв'язку зі смертю від СНІДу своїх дітей, тобто молоді;
- зростання витрат бюджету країни на протидію пандемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

За оцінками експертів, до 2014 р. загальна кількість ВІЛ-інфікованих громадян України становитиме від 479 до 820 тисяч. 479 тис. осіб – число, яке передбачає оптимістичний сценарій, можливий за доступності антиретровірусної терапії для 50% тих, хто її потребує, а також за умови успішного виконання Національної програми протидії ВІЛ/СНІДу. В той же час, за песимістичним сценарієм, антиретровірусна терапія буде доступна лише для 5% тих, хто її потребує. За прогнозами, 2014 р., як наслідок, буде наявно 820 тис. ВІЛ-інфікованих, що становитиме 3,5% дорослого населення. За даними прогнозу, в 2014 р. 36-43 % від загальної кількості ВІЛ-інфікованих та 31-38% від кількості смертельних випадків від СНІДу в Україні припадатимуть на Дніпропетровську, Одеську, Миколаївську та Донецьку області. 2014 р. прогнозовані показники смертності від СНІДу в цих областях у 1,5-2,1 раза будуть перевищувати середні показники по країні. Щорічні витрати на лікування СНІДу можуть досягнути в 2014 р. 630 млн. грн. (за найгіршим сценарієм).

Таблиця 3

**Оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2013 р.
та прогнозовані показники на період до 2020 р.
(дорослі віком від 15 років)**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ, абсолютна кількість	219 862	215 324	213 113	212 622	213 446	215 171	217 746	219 057
Рівень поширеності ВІЛ (у %)	0,57	0,56	0,56	0,56	0,57	0,58	0,59	0,6
Оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції (захворюваність, абсолютна кількість)	9 766	9 398	8 931	8 409	8 012	7 583	7 635	7 630
Оціночна кількість смертей від захворювань, зумовлених СНІДом (абсолютна кількість)	14 305	13 002	10 273	8 052	6 336	4 996	4 197	5 392
Оціночна кількість хворих на ВІЛ-інфекцію, які потребують АРТ (абсолютна кількість)	101 222	104 246	107 509	112 479	118 689	125 676	133 134	140 509

Враховуючи, що ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД – це переважно молоді люди, створюються умови для скорочення робочої сили в державі, відповідно зменшуватимуться державні доходи.

1.2. Законодавчі акти з ВІЛ/СНІД

Поширення ВІЛ/СНІДу призвело до необхідності створення спеціальної законодавчої бази. Адаже повідомлення людині про те, що результат її тестування на ВІЛ є позитивним, стає відповідною межею, яка розділяє життя на дві частини: до та після зараження. Вірус, який знаходиться в організмі людини, тепер детермінує багато аспектів її особистого життя: стан здоров'я, стиль поведінки, цінності. Як людині впоратися з тим, що вона носить у собі потенційно смертоносний вірус, який за відповідних обставин може передатися іншій людині? Як бути з ярликом «вірусоносії»? Як реагувати на можливість втратити працездатність та роботу, тобто джерела доходів і життя?

Носіїв вірусу турбує можливість розголошення таємниці щодо їх позитивного ВІЛ-статусу, агресивне ставлення з боку оточуючих. Законодавство України забороняє розголошення інформації про статус ВІЛ, яка вважається конфіденційною, і передбачає цивільну й кримінальну відповідальність медичних працівників за поширення такої інформації. Серед спеціальних нормативних актів, що забороняють розголошення про статус ВІЛ, – Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», Постанова Кабінету Міністрів від 18 грудня 1998 р. №2026, а також наказ МОЗ від 19 серпня 2005 р. №415 «Про удосконалення добровільного консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію». Нормативна база, що забезпечує конфіденційність, у достатній мірі передбачає неприпустимість розголошення персональних даних ВІЛ-позитивних осіб. Однак такі дії з боку медичних працівників відбуваються часто. Існує практика, коли на обкладинках амбулаторних карт у поліклініках ставлять напис «ВІЛ», лікарі вголос, у присутності сторонніх розповідають про наявність у пацієнта ВІЛ на час проведення його огляду, передають цю інформацію знайомим. Це призводить до серйозних наслідків у житті ВІЛ-інфікованого. Така особа піддається серйозним приниженням, з ним перестають спілкуватися, звільняють з роботи, обмежують у наданні медичної допомоги або надають допомогу з вживанням надмірних і демонстративних запобіжних заходів.

Також ВІЛ-позитивна людина може зазнавати обмежень в інтимному житті, їй властиві побоювання щодо створення повноцінної сім'ї, небезпека народження ВІЛ-інфікованих дітей тощо. Ці та інші питання хвилюють й інфікованих осіб, і суспільство, в якому вони живуть. З метою подолання цих явищ розроблено документи правового характеру, які визначають відповідальність ВІЛ-інфікованих перед суспільством та відповідальність суспільства перед ВІЛ-інфікованими.

Серед найважливіших із таких документів наступні:

1. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

У Законі подано визначення СНІДу як особливо небезпечної інфекційної хвороби, що викликана вірусом імунodefіциту людини і через відсутність на даний час специфічних методів профілактики та ефективних методів лікування призводить до смерті. Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі та в Україні створює загрозу для

особистої, громадської та державної безпеки, спричиняє важкі соціально-економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вжити спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян та суспільства. В Законі викладено:

- елементи стратегії і тактики профілактики ВІЛ/СНІДу;
- умови та порядок тестування на ВІЛ (на принципах добровільності);
- соціальний захист ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та членів їх сімей;
- соціальний захист медичних та інших працівників, професійна діяльність яких

пов'язана з ризиком інфікування ВІЛ;

- відповідальність за порушення законодавства у сфері боротьби зі СНІДом.

У статті 4 закону наявні важливі для працівників органів внутрішніх справ тези, в яких сказано йдеться про те, що держава гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, за допомогою програм реабілітації таких осіб та програм зменшення шкоди, що, серед іншого, передбачають використання ЗПТ щодо осіб, які страждають на наркотичну залежність, та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голів і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією.

2. Відповідні статті Кримінального кодексу України щодо ВІЛ/СНІДу.

Стаття 130. Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби.

Свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини – карається арештом на строк до трьох місяців або обмеженням волі на строк до п'яти років, або позбавленням волі на строк до трьох років.

Зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби особою, яка знала про те, що вона є носієм цього вірусу, – карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

Стаття 131. Неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби.

Неналежне виконання медичним, фармацевтичним або іншим працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, – карається обмеженням волі на строк від одного до трьох років або позбавленням волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років. Ті самі дії, якщо вони спричинили зараження двох чи більше осіб, – караються позбавленням волі на строк від трьох до восьми років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

Стаття 132. Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби.

Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самостійно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, – карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподаткованих мінімумів доходів громадян або гро-

маськими роботами на строк до трьохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

На сьогодні в Україні створено багато нормативно правових актів, що регулюють правовідносини у цій галузі, основні з яких є:

- Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки»;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13.09.2010 р. №1808-р «Про схвалення Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011 – 2015 роки»;
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.11.2010 р. №2140-р «Про затвердження плану заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011 – 2015 роки»;
- Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 13.09.2010 р. №3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику»;
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.12.2010 р. №1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення»;
- Наказ МОЗ №200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» від 27.03.2012 р.;
- Наказ МОЗ України, МВС України, Мін'юсту України №692/775/1311/5 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів внутрішніх справ, установ виконання покарань і слідчих ізоляторів у частині забезпечення наступності диспансерного спостереження за ВІЛ-позитивними особами, здійснення клініко-лабораторного моніторингу за перебігом хвороби та проведення антиретровірусної терапії» від 05.09.2012 р.;
- Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України «Стандарт надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркотичних речовин)» 13 вересня 2010 № 3123/275/770;
- Постанова Кабміну від 13 травня 2013 р. №333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» тощо.

Основними нормативними документами, що регулюють здійснення профілактичних заходів, є Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки» №1026-VI від 19.02.2009 р. і виданий на його вико-

нання наказ Кабінету Міністрів України №452 від 25 червня 2009 р. «Про затвердження Плану заходів з виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки».

Цей наказ передбачає, зокрема:

- забезпечення СНІ стерильними медичними виробами одноразового використання й засобами індивідуального захисту;
- розширення сфери застосування методу замісної терапії серед СНІ;
- впровадження моделі надання СНІ інтегрованих послуг для лікування ВІЛ-інфекції й туберкульозу.

Наркозалежні особи одержують послуги щодо профілактики захворювань, як правило, в НУО, які реалізують програми зниження шкоди. Найчастіше такі послуги надаються наркозалежним на ПОШ, при тестуванні на ВІЛ у мобільних амбулаторіях. Але ці самі місця збору наркозалежних часто відвідуються працівниками міліції, які затримують і використовують СНІ з метою одержання оперативної інформації, вербування, фальсифікації кримінальних справ, необхідних для виконання плану розкриття злочинів і т.д.

1.3. Шляхи інфікування ВІЛ. Основні заходи профілактики інфікування ВІЛ

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) тісно зв'язаний з певними клітинами людини і насамперед з клітинами крові (лейкоцитами, лімфоцитами) та клітинами нервової системи. Поза цими клітинами вірус може знаходитись у всіх біологічних рідинах організму людини тільки в різних концентраціях, достатніх або недостатніх для інфікування. Зрозуміло, що у крові концентрація вірусу в тисячі разів більша, ніж у сечі чи слині. Важливо пам'ятати, що високі концентрації вірусу, тобто достатні для інфікування, у ВІЛ-інфікованої людини є в крові, спермі, секреті піхви, материнському молоці.

Таким чином, ВІЛ може передаватись наступними шляхами:

- статевим;
- парентеральним;
- перинатальним.

Шляхи передачі ВІЛ-інфекції

Статевий	
Гомосексуальний Гетеросексуальний	При статевих контактах між чоловіками, між чоловіком і жінкою
Парентеральний	
Через кров та інші біологічні рідини	Після переливання інфікованої цільної крові або її компонентів. Нестатеве зараження через ушкоджені шкіру і слизові оболонки людей, що контактують з кров'ю або біологічними секретами хворих на ВІЛ-інфекцію (слизом з піхви, спермою, виділенням з ран, грудним молоком, спинно-мозковою рідиною тощо). При використанні забруднених ВІЛ шприців чи іншого інструментарію. При пересадці інфікованих органів, кісткового мозку, штучної інсемінації, інфікованою спермою
Від матері до дитини (перинатальний)	
Вертикальний	Внутрішньоутробно через плаценту від ВІЛ-інфікованої матері. Під час пологів – при контакті плоду з інфікованою кров'ю чи секретами матері або при заковтуванні плодом материнської крові чи інших рідин
Горизонтальний	Інфікування дитини під час вигодовування грудним молоком ВІЛ-інфікованої матері

Отже, шляхами передачі ВІЛ від однієї людини до іншої є такі:

- при користуванні непродезінфікованими, забрудненими кров'ю, а отже, і можливо, ВІЛ, спільними голками та шприцами серед СІН або за таких же умов – при пірсингу, татуванні. Питання інфікування ВІЛ та деякими іншими інфекційними хворобами, які передаються через кров, особливо в середовищі СІН, більш детально викладені нижче – у розділі, що висвітлює стратегію зниження шкоди при вживанні наркотичних речовин шляхом ін'єкцій;
- при переливанні крові від зараженого ВІЛ донора або при пересадці від нього органів і тканин (зараз цей шлях передачі майже виключений, бо всі донори проходять обов'язкове тестування на ВІЛ);
- при незахищеному сексуальному контакті з інфікованим партнером; оскільки сексуальний шлях інфікування є домінуючим серед шляхів передачі ВІЛ-інфекції, про заходи профілактики буде інформовано в окремому розділі;
- від інфікованої матері до дитини під час вагітності, пологів або при годуванні

грудним молоком. У випадку вагітності ВІЛ-інфікованої жінки ризик народження інфікованої дитини значною мірою залежить від стану здоров'я вагітної, кількості вірусу в її крові, симптомів хвороби, тривалості пологів. У середньому ймовірність народження ВІЛ-інфікованої дитини від інфікованої матері ще недавно складала 30-35%. На сьогодні завдяки винайденню та застосуванню антиретровірусних препаратів існує доволі ефективна профілактика інфікування від матері до дитини. До вищевказаних заходів належить також відмова від використання материнського молока, тобто заміна його донорським або штучними молочними сумішами. Запорукою зниження передачі ВІЛ-інфекції до дитини є своєчасне звернення вагітної до лікарів. Тобто вагітна жінка незалежно від того, чи знає вона про свій ВІЛ-статус, повинна якомога раніше відвідати жіночу консультацію.

Тобто інфікування можливе лише тоді, коли в організм однієї людини потрапляють біологічні рідини іншої, ВІЛ-інфікованої людини.

Вірус імунodefіциту людини нестійкий у навколишньому середовищі і лише деякий час може зберігатись у згустках крові.

Щодо ризику інфікування при поцілунках, то ймовірність зараження залежить від наявності тріщин, виразок на слизовій оболонці ротової порожнини, пошкодженні та кровоточивості ясен. «Сухі» поцілунки (в щок, кисть руки) безпечні.

ВІЛ не передається:

- при чханні, кашлі, тобто через повітря;
- при рукостисканнях і обіймах;
- через посуд, їжу;
- через постільну та натільну білизну, при відвідуванні громадських бань і туалетів;
- через гроші;
- через воду, іграшки, шкільне приладдя;
- через дверні ручки, поручні у громадському транспорті.

Не підтвердилась функція кліщів, комарів, вошей, клопів як переносників вірусу. Це пояснюється біологічними особливостями вірусу, його нездатністю до розмноження в організмі різних комах, його швидкою інактивацією.

З усього сказаного можна зробити висновок – зараження людини ВІЛ-інфекцією відбувається не пасивним шляхом (за винятком скажімо, хворого, якому в лікарні перелили інфіковану кров), а в результаті певної поведінки людини, наприклад, при безладних, незахищених сексуальних контактах, вживанні наркотичних речовин шляхом ін'єкцій.

Поведінка людини може змінюватись з набуттям відповідних знань, досвіду. Тому основні заходи профілактики інфікування – це заходи, які змінюють поведінку людини. Іншими словами, профілактика ґрунтується на таких принципах:

- інформація і освіта щодо безпечної поведінки;
- надання засобів захисту;
- формування навичок захисту.

Отже, виходячи з аналізу шляхів передачі інфекції, профілактичними заходами є такі:

- профілактика інфікування при використанні голок, шприців, іншого інструментарію для немедичних маніпуляцій. Забезпечення якісної їх дезінфекції і стерилізації, навчання осіб, які цими інструментами користуються, відповідних правил;

- профілактика ВІЛ-інфекції в умовах лікувально-профілактичних установ та при донорстві – дотримання медичними працівниками вимог санітарно-протиепідемічного режиму, обов'язкове тестування донорів на ВІЛ;
- профілактика інфікування при сексуальному контакті – навчання «безпечній» сексуальній поведінці, розповсюдження та обов'язкове використання презервативів;
- профілактика інфікування новонароджених дітей від ВІЛ-інфікованої матері.

Тобто зауважимо, що інфікування ВІЛ відбувається за умови певної поведінки, заходи профілактики ґрунтуються не на організації спеціальних медичних втручань, а залежать від підвищення освіченості населення з цих питань, зміни їхньої поведінки з метою уникнення інфікування.

Серед шляхів передачі ВІЛ все більш суттєве епідемічне значення набуває статевий шлях, частка якого серед осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції сягнула на початок липня 2013 р. 53,7%. Незважаючи на тенденцію до зниження, активність парентерального шляху передачі, при введенні наркотичних препаратів, залишається високою (30,3%).

Тому знизити ризик інфікування або зовсім виключити його може лише шляхом дотримання принципів концепції «безпечного сексу». Ця концепція стала альтернативою сексуальній революції, яка охопила світ у 1960-і рр. Крім того, «безпечний секс» став своєрідною мірою рівня життя суспільства, показником його якості та комфортності. Разом з тим, стало очевидним, що концепція «безпечного сексу» ефективна у тих країнах, де секс, культура та виховання мають глибоке традиційне коріння.

Суть «безпечного сексу» легше засвоїти від протилежного, тобто ознайомитись насамперед з поняттям «небезпечний секс». Це будь-які форми сексуальної активності, за яких сперма, кров, вагінальний секрет однієї особи потрапляють в організм іншої особи, її сексуального партнера.

Такими формами є:

- вагінальні статеві зносини без презерватива;
- анальні статеві зносини без презерватива;
- контакт слизових оболонок порожнини рота, піхви, прямої кишки з кров'ю, спермою іншої людини;
- створення статевого збудження у чоловіка чи жінки шляхом дії на їхні статеві органи губами чи язиком партнера без орального презерватива;
- спільне використання «сексуальних іграшок» або інших предметів, які контактують з біологічними рідинами організму.

Щоб зменшити ризик зараження ВІЛ та ІПСШ, потрібно вибрати один із трьох можливих типів поведінки:

I. Вірні подружні стосунки за умови, що подружжя абсолютно достовірно не інфіковане ВІЛ та ІПСШ, не має сексуальних контактів з іншими особами, не вживає внутрішньовенно наркотичні речовини.

II. Повна відмова від будь-яких сексуальних контактів, тільки самозадоволення.

Якщо ці типи поведінки не підходять, то є третій шлях.

III. Освоїти та невинно дотримуватись концепції «безпечного сексу». Для цього потрібно знати і сповідувати такі правила:

- зменшити кількість сексуальних партнерів, бажано до одного, і обов'язково уникати високоризикованих сексуальних дій;
- привчити себе і свого партнера систематично і правильно користуватися пре-

зервативами;

- освоїти альтернативні форми сексуального життя, використовувати їх у ситуаціях, коли це буде найдоцільнішим.

Захист від інфікування ефективний за умови обов'язкового і правильного використання презервативів. Усі відмовки щодо незручності і т.ін. – це не привід, щоб віддати перевагу СНІДу перед презервативом. Правильне використання презерватива – це умови, за яких би презерватив не розірвався при сексуальних зносинах, тобто щоб не відбулось зараження.

Правила використання презервативів такі:

- використовувати презерватив завжди;
- зберігати презервативи якнайдалі від джерел тепла, світла, вологості; якщо після зберігання він став ламким або клейким, використовувати його не можна;
- відкривати упаковку обережно, щоб не пошкодити презерватив нігтями або ножицями;
- для зменшення ризику розриву презервативу використовувати спеціальні змазки на водній основі. Частіше використовуються так звані сперміцидні змазки, що містять речовини, які знищують сперматозоїди, ВІЛ та збудників ХПСШ. Ніколи не користуватись змазками на жировій основі, бо вони руйнують латекс (гуму, з якої виготовлений презерватив);
- одягати презерватив потрібно до початку статевого акту і контакту з статевими органами сексуального партнера. На кінчику презерватива з резервуару для збереження сперми треба видалити повітря, бо його пухирці можуть розірвати презерватив (для цього потрібно стиснути його пальцями);
- після сім'явиверження зразу ж витягнути статевий член, обов'язково притримуючи презерватив за кільце. Намагатись не розлити вміст презервативу;
- знімати презерватив так, щоб його зовнішня поверхня, яка мала контакт із слизовими оболонками партнера, не торкалась шкіри, слизової оболонки статевого члена та зовнішнього отвору сечовивідного каналу;
- в жодному випадку не використовувати презерватив повторно.

Презервативи бажано купувати в аптечній мережі (а не в кіосках), де є належні умови для зберігання та контролюється термін придатності, проставлений на упаковці. Крім того, для осіб, які страждають на алергію, є презервативи без змазки (kiss mint).

Варто пам'ятати, що 100% гарантії презерватив не дає: він може розірватися, тому особа сама повинна вирішити, вступати чи не вступати їй у сексуальні стосунки навіть з використанням презервативу.

Альтернативними формами сексуального життя є:

- сексуальне самозадоволення (онанізм). Онанізм абсолютно безпечний і його можна використовувати в разі відсутності сексуального партнера. Згідно з сучасними науковими дослідженнями онанізм не призводить до негативних наслідків для організму і розглядається як одна з форм сексуального життя в певних ситуаціях. Як варіанти самозадоволення можна розглядати фантазії, читання книг, перегляд відеофільмів, журналів еротичного змісту, мастурбація та взаємна мастурбація.

- петтинг – така форма статевого життя, коли кінцевий результат статевого акту досягається під час інтенсивних пестощів, поцілунків, обіймів без безпосереднього контакту статевих органів партнерів.

- екстравагінальні статеві зносини – одержання сексуального задоволення партнерів за допомогою статевого члена, але без участі вагіни. Потрібно наголосити, що

деякі способи екстравагінальних зносин не є безпечним сексом. Так, при оральному сексі існує загроза інфікування при безпосередньому контакті слизових оболонок порожнини рота з сім'ям. Тому шлях захисту у таких випадках – користування презервативами.

Знаючи всі можливі шляхи зараження та засоби попередження, сексуальні партнери повинні вибрати конкретну форму статевого життя. Наповнений емоціями та різноманітністю секс буде гарантом міцності шлюбу, вірності сексуального партнера. А це головний бар'єр на шляху розповсюдження ВІЛ/СНІДу та ІПСШ. До заходів з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні залучено не тільки Міністерство охорони здоров'я та його орган структурний підрозділ – комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, мережа центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, а й інші міністерства та відомства: Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство освіти та науки, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство оборони, Державний департамент України з питань виконання покарань, Державний комітет з телебачення та радіомовлення, обласні, міські та районні держадміністрації, які в свою чергу залучають до цієї роботи інші територіальні органи виконавчої влади та неурядові (громадські) організації, яких в Україні понад 300.

Завдання усіх цих міністерств, відомств, закладів, неурядових організацій – розробка та впровадження профілактичних заходів з метою зупинити розповсюдження епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення України.

1.4. Заходи щодо захисту працівників органів внутрішніх справ від інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків

Основною стратегією запобігання зараженню є усвідомлення того, що будь-яка біологічна рідина (кров, сеча, слина) інших осіб може бути потенційно інфікованою, тобто заразною.

Небезпека зараження співробітників міліції може виникнути за таких обставин: у процесі проведення обшуку при пораненнях шкіри або слизових оболонок, під час роботи з особами, які виявляють агресивність або навмисно себе поранили, коли пролита кров або інші біологічні рідини.

Рівень небезпеки при пораненні гострим предметом, контамінованим кров'ю ВІЛ-інфікованої людини, становить, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, через шкіру – 0,3%, при попаданні на слизові покриви – 0,09%. Водночас ризик інфікування при вірусному гепатиті В становить 37-62%, при вірусному гепатиті С – 1,8%.

Поранити шкіру або слизові оболонки можуть предмети, знайдені під час обшуку (леза для гоління, шпильки та голки, інструментарій для ін'єкцій тощо).

Ризиком зараження для працівників, які проводять обшук, є:

- укол голкою або іншим гострим предметом, який може містити залишки крові;
- попадання крові або інших біологічних рідин до відкритої рани чи у садно на шкірі;

- попадання крові або інших біологічних рідин на слизові оболонки очей, ротової або носової порожнини.

Тому працівник органів внутрішніх справ, який здійснює обшук, повинен дотримуватись таких правил:

- перед початком проведення особистого огляду посадова особа повинна ізолювати (заклеїти пластирем) усі порізи чи садна на шкірі рук. Якщо є можливість, бажано використовувати гумові або шкіряні рукавички (встановлено, що коли голка проходить через гумову рукавичку, кров із зовнішньої сторони голки частково залишається на рукавичці). Кількість крові, яка потрапляє в місце уколу, при цьому зменшується на 46-86%;
- особливо обережно оглядати одяг особи, яка піддається обшуку. Там, де можливо, запропонувати особі самій звільнити свої кишені й показати білизну, промачати руками свій одяг;
- вилучені гострі предмети, які можуть містити залишки крові, обережно кладуть у контейнер з цупкими стінками, щоб не травмуватись ними в подальшому;
- після проведення обшуку потрібно обов'язково помити руки з милом.

У випадку насильства з боку іншої особи ризикує заразитись працівник органів внутрішніх справ під час укусів або ударів, уколів гострими предметами. Тому необхідно заздалегідь оцінити можливість екстремальної ситуації, в разі потреби викликати допомогу, використати спеціальні засоби та відповідне спорядження.

Постконтактна профілактика

Постконтактна профілактика (ПКП) – це вчасно розпочатий (протягом перших 24 годин після ризикованого випадку, але не пізніше 72 годин) короточасний (28 днів) прийом антиретровірусних препаратів для зниження ймовірності інфікування ВІЛ після підтвердженого контакту з біологічними рідинами, що містять ВІЛ.

Показання до проведення ПКП:

- Контакт із біологічними рідинами, пов'язаний з ризиком інфікування ВІЛ, що відбувся на робочому місці (професійний контакт).
- Контакт із біологічними рідинами, пов'язаний з ризиком інфікування ВІЛ, що відбувся не на робочому місці (непрофесійний контакт).

Професійний контакт – це контакт із кров'ю або іншими біологічними рідинами людини внаслідок їх потрапляння під шкіру, на слизові оболонки або ушкоджену шкіру, що відбувся при виконанні професійних обов'язків (у медпрацівників, співробітників правоохоронних органів). Небезпеку інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків являють собою ушкодження забрудненими гострими та ріжучими інструментами (наприклад, голкою), контакти через ушкоджену шкіру (тріщини, садна, порізи) або слизові оболонки.

У випадку *ушкодження шкірних покривів* потрібно добре промити ушкоджену ділянку водою з милом, при цьому не можна її терти. Бажано спровокувати витікання крові: акуратно надавити на шкіру навколо ушкодженої ділянки (але в жодному разі не слід натискати на саму рану). Краще це зробити під струменем води. Потім потрібно протерти місце ураження ватним тампоном, змоченим одним із дезінфектантів (наприклад, 70% розчином етилового спирту, 5% розчином йоду при порізах, 3% розчином перекису водню або антисептиком на водній основі).

Уражені ділянки слизової оболонки варто промити водою з милом. Якщо уражено слизову ока, то око потрібно добре промити водою. За можливості варто промити/закапати око 30% розчином альбуциду (сульфацилом натрію).

Після *незахищених сексуальних контактів* спочатку бажано помочитися, а потім статеві органи, стегна та промежину промити теплою водою з милом і, обсушивши серветкою, протерти ватним тампоном, змоченим 0,05% розчином хлоргексидину біглюконату (гібітан), або 0,01% розчином мірамістину (септикому), або розчином дезмістину. Слід також надягти чисту білизну.

Вживши заходів екстреної профілактики, необхідно звернутися до Центру СНІДу для одержання професійної медичної допомоги.

Консультування та оцінка ризику інфікування. Ризик інфікування ВІЛ має оцінюватися досвідченим фахівцем з лікування ВІЛ-інфекції. Важливо знати, чи підтверджена наявність ВІЛ-інфекції в можливого джерела інфікування або лише припускається. У людини, що зазнала ризику інфікування, уточнюють, які заходи першої допомоги вже було вжито.

Тестування на ВІЛ. Проводиться кваліфікованим медичним працівником за згодою клієнта відразу при зверненні за допомогою до Центру СНІДу або кабінету довіри (у перші 5 діб з моменту контакту з потенційно інфікованою біологічною рідиною). Також якщо ВІЛ-статус можливого джерела інфікування невідомий, бажано за можливості протестувати його на ВІЛ (наприклад, принести шприц, в якому може міститися інфікований матеріал).

Призначення курсу антиретровірусних препаратів. Залежно від ступеня ризику, визначеного при консультуванні, лікар Центру СНІДу призначає короткий чотиритижневий курс антиретровірусних препаратів з наступним медичним спостереженням. Починати ПКАП АРВ-преператами потрібно якомога раніше, переважно протягом перших двох годин, але не пізніше 72 годин після небезпечного контакту.

Більш детальну інформацію Ви можете одержати, зателефонувавши до Національної лінії телефону довіри з проблеми ВІЛ/СНІД: 0 800 500 451.

1.5. Тестування на ВІЛ. Лікування ВІЛ-інфекції

Якщо у Вас виникли найменші підозри щодо зараження на ВІЛ, не варто лякатися й страждати від жажливих припущень – спеціальний тест на антитіла до ВІЛ та консультація фахівця допоможуть позбутися даремних страхів.

З'ясувати для себе питання, що стосуються ВІЛ/СНІДу, Ви також можете, зателефонувавши на безкоштовну Національну лінію довіри з питань ВІЛ/СНІДу: **0 800 500 451**.

Обстеження (тестування) на ВІЛ можна пройти в кабінетах довіри при міських та обласних центрах профілактики та боротьби зі СНІДом.

За українським законодавством тестування на ВІЛ є добровільним, безкоштовним та анонімним.

Процедура добровільного консультування і тестування на ВІЛ має включати дотестове консультування, забір крові, повідомлення результату і післятестове консультування.

Основна місія добровільного консультування і тестування на ВІЛ – профілактика розповсюдження ВІЛ-інфекції.

Існують такі методи лабораторної діагностики ВІЛ:

- імунологічні методи (імуноферментний аналіз);

- виявлення вірусу і його фрагментів (полімеразна ланцюгова реакція);
- визначення рівня імуносупресії.

Основним матеріалом для лабораторної діагностики ВІЛ є сироватка крові. В окремих випадках для клінічних досліджень використовують слину і слізу рідину.

При масовому обстеженні населення з метою виявлення специфічних протівірусних антитіл використовують метод імуоферментного аналізу (ІФА).

Можливі такі результати тестування: негативний, позитивний, невизначений.

Позитивний результат означає:

- ВІЛ присутній в організмі людини;
- організм виробив антитіла проти ВІЛ;
- не є показником здоров'я людини;
- людина може інфікувати іншу людину.

Але це не означає, що:

- у Вас СНІД;
- Ви обов'язково захворієте на СНІД;
- потрібно негайно вживати ліки.

Водночас ВІЛ-позитивні мають можливість:

- безкоштовно отримувати кваліфіковане лікування та консультації лікарів щодо стану свого здоров'я;
- безкоштовно проходити необхідні обстеження та отримувати ліки;
- безкоштовно отримувати профілактику під час вагітності та допомогу при пологах;
- отримувати консультування щодо планування сім'ї, здорового способу життя, належного харчування й т. ін.

Негативний результат означає:

- антитіла до ВІЛ не знайдені в крові;
- можливо, ВІЛ-інфекції немає;
- антитіла виробляються в середньому через 2-3 місяці (рідше через 6 місяців) від моменту зараження ВІЛ. Тому потрібно здати повторні аналізи через 3 і через 6 місяців.

Якщо Вам відомо, що результат тесту – негативний, а за останні 3-6 місяців Ви не піддавались ризику інфікування (наприклад, не займалися незахищеним сексом), то можете бути впевненими, що Ви не інфіковані вірусом імунодефіциту людини.

Невизначений результат означає, що не можна з упевненістю визначити результат тесту на ВІЛ і необхідне повторне тестування через 2-3 тижні.

Можливі причини невизначеного результату: ревматоїдний артрит; розсіяний склероз; системний червоний вовчак; туберкульоз; цукровий діабет першого типу; хвороба Аддісона; анкілозний спондиліт; хронічний гепатит; злоякісні новоутворення; людина інфікована недавно, і її організм ще не встиг виробити достатню кількість антитіл; зроблене протягом останніх 30 днів щеплення проти грипу або ін'єкції гамаглобуліну, переливання крові або пересадка органів.

Чому потрібно знати свій ВІЛ-статус?

Перевагами знання свого ВІЛ-статусу для тих, у кого результат негативний, є:

- сильна мотивація для того, щоб результат тесту залишався негативним;
- можливість ухвалення усвідомлених рішень про подальші сексуальні відносини;
- можливість інформування сексуальних партнерів про переваги проходження тесту і надання підтримки в ухваленні цього рішення;

- планування майбутнього з урахуванням свого ВІЛ-негативного статусу.
- Перевагами знання свого ВІЛ-статусу для тих, у кого результат позитивний, є:
- своєчасне отримання послуг з лікування, догляду і підтримки;
 - стимул для зміни поведінки з метою запобігання інфікування інших людей;
 - надання допомоги жінкам/парам у плануванні вагітності і в профілактиці передачі вірусу від матері до дитини;
 - можливість ухвалення свідомих рішень про сексуальні відносини;
 - планування майбутнього з урахуванням ВІЛ-позитивного статусу.

У зв'язку з появою специфічних фармацевтичних препаратів (антиретровірусних) СНІД перестав бути смертельною хворобою, однак залишається невиліковним хронічним захворюванням, яке при несвоєчасному та некваліфікованому лікуванні може призвести до смерті.

Протягом останніх років у світі винайдено ряд медичних препаратів, які дозволяють затримати перехід від «безсимптомного» носійства до стадії СНІДу і навіть знизити тяжкість перебігу СНІДу (антиретровірусна терапія, АРТ).

Антиретровірусні (АРВ) препарати можуть призупиняти розмноження вірусу і тим самим зупинити руйнування імунної системи, що сприяє збільшенню тривалості життя та поліпшенню стану здоров'я.

АРВ-препарати не можуть повністю знищити ВІЛ – вони лише утримують кількість вірусу на мінімальному рівні.

Комбінація не менш ніж 3-х препаратів дає найкращу можливість суттєвого зменшення рівня ВІЛ.

Дуже важливо приймати АРВ-препарати відповідно до порад лікаря.

Складним є питання, коли саме потрібно починати антиретровірусну терапію. В певний момент у більшості ВІЛ-інфікованих людей виникає потреба в лікуванні. Однак період, коли лікування стає потрібним, у різних людей суттєво відрізняється. Прогресування ВІЛ до стадії СНІД може тривати з різною інтенсивністю. Для своєчасного початку лікування ВІЛ-інфікована людина повинна періодично проходити обстеження та здавати спеціальні аналізи. Для цього потрібно стати на облік в Центрі СНІДу. Не визначено, який період є найкращим для початку АРТ. Висновок про необхідність призначення АРТ може зробити лише лікар на основі медичного обстеження та спеціальних аналізів.

АРВ-терапія – це лікування, яке триває протягом багатьох років. Важливо, щоб препарати приймалися згідно з порадами лікаря, в жодному разі не можна пропускати прийом препарату, потрібно дотримуватись дієти тощо. Така система прийому препаратів називається прихильністю до лікування.

У разі невиконання порад лікаря, недотримання режиму лікування (пропуск прийому препарату тощо) може розвинути резистентність ВІЛ – стійкість до одного або кількох препаратів. Якщо ВІЛ розвиває резистентність до одного препарату, може виникнути резистентність до всіх препаратів цієї групи, тобто лікування стає неефективним і потрібно міняти всю схему лікування.

Груп АРВ препаратів небагато – наразі їх існує тільки три. Можливо змінювати схему лікування, але врешті-решт препарат, до якого розвинулась резистентність, не буде просто чим замінити, а ВІЛ-позитивна людина помре.

Працівники міліції при затриманні ВІЛ-позитивних людей повинні пам'ятати про можливість резистентності ВІЛ. Часто трапляються випадки вилучення медичних АРВ-препаратів у ВІЛ-позитивних людей. Співробітники міліції через незнання ці пре-

парати приймають за наркотики і не дають затриманим приймати їх вчасно, що вкрай неприпустимо.

Працівники міліції повинні мати список з назвами АРВ-препаратів і знати, як вони виглядають ззовні. Нижче зазначено деякі назви АРВ-препаратів:

Ретровір	Зеріт	Ефервен
Комбівір	Дівір	Вірасепт
Епівір	Videx	Фортоваза
Ламівір	Вірамун	Кріксіван
Зіаген	Невімун	Калетра
Ставір	Сустіва	Норвір

АРТ-терапія, як і будь-яке лікування, має свої переваги та недоліки.

Перевагами АРТ є можливість знизити вірусне навантаження, ризик передачі ВІЛ від матері до дитини, продовжити життя хворим на СНІД.

Серед недоліків АРТ можна виділити такі:

- можливість виникнення резистентності вірусу;
- наявність побічних ефектів, які знижують якість життя хворого;
- необхідність невизначеного тривалого лікування;
- складність комбінаторного лікування;
- висока ціна препаратів, внаслідок чого можливе небажане переривання курсу лікування.

РОЗДІЛ І І

ПРАВООХОРОННА ДІЯЛЬНІСТЬ ТА ПРОГРАМИ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ ВІД НЕМЕДИЧНОГО ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ

2.1. Поняття та правове регулювання програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків

У середині ХХ ст. Сполучені Штати Америки та Західну Європу, а згодом і увесь світ, поглинула хвиля стрімкої наркотизації суспільства. Катастрофічних розмірів набуло незаконне поширення наркотиків, які стали серйозною загрозою здоров'ю і благополуччю людей та набули транснаціонального характеру. Ці тенденції властиві й українському соціуму. Нелегальний обіг наркотиків у країні набув значних масштабів, став досить серйозним соціальним чинником, який негативно впливає на розвиток суспільства в цілому. За останні п'ять років кількість осіб, які зловживають наркотиками, знизилась. Так, якщо станом на 01.01.2007 р. на обліку перебувало 173 тис. осіб, то станом на 20.11.2012 р. їх кількість становить 45 тис. осіб. Проте спеціальні дослідження засвідчують, що їх реальна кількість набагато вища і сягає 310 тис. осіб (за даними оцінки чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні, станом на 2012 р. МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»).

Щорічно в Україні реєструється в середньому 30 тис. осіб, які допускають немедичне вживання наркотиків, серед них майже 60% – з діагнозом «наркоманія».

Як свідчить офіційна статистика МВС (<http://mvs.gov.ua>), за два минулі роки 53% злочинів у сфері наркотиків припадають на ст. 309 Кримінального кодексу, яка карає тих, хто купує, виготовляє чи зберігає наркотики без мети збуту.

Епідемія СНІДу поставила питання як перед самими споживачами наркотиків (як убезпечити себе, своїх друзів, близьких та знайомих), так і перед медичними фахівцями (як донести профілактичну інформацію до споживачів наркотиків – групи закритої і недоступної для них). Медичним професіоналам стало зрозуміло: якщо не вживати екстрених профілактичних заходів, зупинити стрімкий розвиток епідемії серед СН є неможливо. СН є групою, особливо уразливою відносно інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В, С і D, а також іншими інфекціями, що передаються через кров і статевим шляхом. Крім того, існує реальна можливість контакту із зараженою кров'ю та іншими рідинами організму представників деяких професій під час виконання ними службових обов'язків. Це стосується насамперед медичних працівників та співробітників правоохоронних органів.

Історія руху щодо зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків (далі – зменшення шкоди) бере свій початок у середині 80-х рр. і нерозривно пов'язана з

початком епохи епідемії СНІДу серед СІН у США, Західній Європі та інших країнах. У ці роки у Великобританії, Австралії, Німеччині, Швейцарії, Нідерландах, Канаді та інших країнах почали діяти національні програми обміну шприців і допомоги споживачам наркотиків, що одержали державну підтримку і фінансування. У зв'язку із загрозою епідемії ВІЛ-інфекції в цих країнах з'явилась потреба розробити різні моделі програм, які були б привабливі для споживачів наркотиків і відповідали б їхнім реальним потребам. Створені на цій основі служби дістали загальну назву «програми зменшення шкоди». Потрібно наголосити, що вказана стратегія використовується не тільки в середовищі СІН, а й серед інших, вразливих щодо інфікування верств населення, таких, як: особи, залучені до секс-бізнесу (ОСБ), чоловіки, які практикують секс з чоловіками (ЧСЧ).

Зменшення шкоди – діяльність, що спрямована на запобігання та перешкоджання поширенню негативних медичних, соціальних та економічних наслідків ризикованої поведінки через немедичне вживання ін'єкційних наркотиків. Зменшення шкоди передбачає профілактику розповсюдження інфекцій, що передаються з кров'ю (ВІЛ, гепатит та ін.); зниження ризику передозування та інших нещасних випадків, пов'язаних з вірогідністю смертельного результату; пом'якшення негативних наслідків від вживання наркотиків (злочинність, низька соціальна адаптація та ін.) щодо окремих осіб і відносно співтовариства в цілому.

Зменшення шкоди – це прагматичний і гуманний підхід до зменшення особистої та соціальної шкоди, пов'язаної з немедичним вживанням наркотиків, особливо ризику зараження ВІЛ та іншими небезпечними інфекціями, які передаються через кров і статевим шляхом. Цей підхід спрямований на вирішення першочергових проблем і зменшення ризику захворювань, пов'язаних з ін'єкційним вживанням наркотиків, через методику, що забезпечують гуманне ставлення до наркозалежних, дотримання їхніх прав.

Зменшення шкоди – це підхід до профілактики негативних медичних, соціальних, економічних та правових наслідків серед тих споживачів ін'єкційних наркотиків, які в даний момент не можуть або не готові відмовитись від вживання наркотиків.

Цей підхід ґрунтується на визнанні того, що немедичне вживання наркотиків мало і має місце у будь-якій культурі та суспільстві. Незважаючи на всі безперервні зусилля, досі в жодній країні не знайдено ефективного способу викорінення наркоманії.

Необхідно зазначити, що поняття «зменшення шкоди» має інші завдання, ніж профілактика наркоманії або реабілітація наркозалежних. Зменшення шкоди спрямоване на профілактику ускладнень, пов'язаних з немедичним вживанням наркотиків, і на зміну поведінки людей, які з тих або інших причин уже вживають наркотики. Таким чином, зменшення шкоди, сприяючи встановленню контактів і наданню допомоги споживачам наркотиків, є своєрідним етапом на шляху до їх повернення в суспільство.

У більшості країн світу реалізацією програм зменшення шкоди займаються громадські (неурядові) організації, які взаємодіють з державним сектором (наркологічні служби, правоохоронні органи тощо).

По відношенню до СІН стратегія побудована на розумінні того, що виключно боротьба з поширенням наркоманії або тільки лікування та реабілітація наркозалежних осіб не є ефективними засобами профілактики ВІЛ/СНІДу.

Головне допомогти споживачам наркотиків зробити їх вживання безпечним з точки зору інфікування такими хворобами, як ВІЛ/СНІД, вірусними гепатитами тощо.

Підхід «зменшення шкоди» в Україні одержав підтримку на державному рівні та був включений до законодавчих актів у сфері профілактики ВІЛ-інфекцій та СНІДу. Відповідно до п. 8 ст. 4 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром

набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» держава гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, за допомогою програм реабілітації таких осіб та програм зменшення шкоди, що, серед іншого, передбачають використання ЗПТ для осіб, які страждають на наркотичну залежність, та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голів і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією.

У Законі України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» (стаття 4 «Державна політика у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів») зазначається, що державна політика у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів спрямовується на «зменшення шкоди від наслідків незаконного вживання наркотичних засобів, психотропних речовин».

Законом України від 19 лютого 2009 р. №1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки», визначається проведення таких заходів:

- сприяння створенню у регіонах України центрів ресоціалізації наркозалежної молоді;
- забезпечення проведення роз'яснювальної роботи з дотримання законодавства щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, з питань подолання дискримінації ВІЛ-інфікованих у сфері трудових відносин;
- затвердження та впровадження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику;
- розроблення та запровадження механізму залучення громадських організацій до надання соціальних та інших послуг, пов'язаних із соціальним замовленням;
- розроблення та впровадження на національному і регіональному рівнях систем перенаправлення та надання послуг з діагностики, лікування і супроводження пацієнтів супутньої патології ВІЛ-інфекції/СНІДу – туберкульозу та вірусних гепатитів;
- підготовка педагогічних працівників з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу і формування здорового способу життя для загальноосвітніх навчальних закладів усіх типів, забезпечення їх сучасними інформаційно-методичними матеріалами;
- сприяння висвітленню заходів з профілактики ВІЛ-інфекції, що ґрунтуються на принципах поваги прав та гідності людини і пропагують здоровий спосіб життя, традиційні духовні, морально-етичні та культурні цінності, відповідальну поведінку, зокрема, через засоби масової інформації та Інтернет-мережу;
- забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу шляхом пропаганди здорового способу життя серед молоді, проведення інформаційних, культурно-просвітницьких заходів, зокрема, в сільській місцевості, віддалених районах та малих містах, шляхом створення та поширення соціальної реклами; забезпечення діяльності мобільних консультаційних пунктів соціальної роботи центрів соціальної служби сім'ї, дітей та молоді;
- проведення заходів, спрямованих на подолання проявів дискримінації стосовно представників груп ризику з боку працівників охорони здоров'я, органів праці та соціального захисту населення;
- здійснення заходів з виявлення та профілактичного лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, серед представників груп ризику;



Фото № 1. Клієнтська картка єдиного зразка в усіх проектах з профілактики ВІЛ в Україні.
© МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

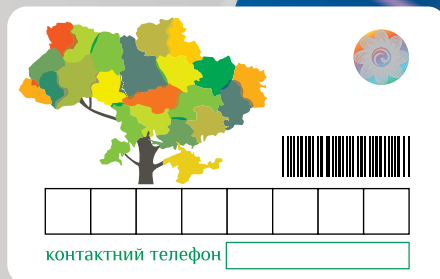


Фото № 2. Картка учасника Програми лікування ВАОРТ. Лицьова сторона.
Фото © ВБО «Вертикаль»



Фото № 3. Картка учасника Програми лікування ВАОРТ. Зворотна сторона.
Фото © ВБО «Вертикаль»»



Фото № 4. Реєстрація клієнта програми зменшення шкоди під час надання послуг в аптеці.
Фото Наталії Кравчук
© МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»



Фото № 7. Тестування на ВІЛ в мобільній амбулаторії. Фото Наталії Кравчук.
© МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»



Фото № 8. Програма зменшення шкоди на базі аптечної мережі. Фото Наталії Кравчук.
© МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»



Фото № 9. Надання послуг зменшення шкоди соціальними працівниками ВБО «Вертикаль» на вуличному аутріч-маршруті. Фото © ВБО «Вертикаль»



Фото № 10. Проведення навчальних занять для міліції щодо профілактики ВІЛ на робочому місці та дотримання прав уразливих груп. Фото © ВБО «Вертикаль»



Фото № 5. Надання послуг в мобільній амбулаторії. Фото Наталії Кравчук.
© МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»



Фото № 6. Надання послуг в мобільній амбулаторії. Фото Наталії Кравчук
© МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

- надання споживачам ін'єкційних наркотиків соціальних послуг із забезпечення стерильними медичними виробами одноразового використання та засобами індивідуального захисту;
- розширення сфери застосування методу замісної підтримувальної терапії з метою зменшення ризику ВІЛ-інфікування та формування позитивного ставлення до АРВТ серед СІН, зокрема, шляхом: розроблення основних принципів проведення ЗПТ та моніторингу її ефективності;
- сприяння діяльності мультидисциплінарних вуличних команд соціальної роботи з дітьми та підлітками з груп ризику;
- надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції дітям та підліткам з груп ризику;
- надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції засудженим та особам, узятим під варту;
- надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції особам, які надають платні сексуальні послуги;
- забезпечення проведення заходів, спрямованих на запобігання реінфікуванню ВІЛ та профілактику інших соціально небезпечних хвороб серед ВІЛ-інфікованих та їх оточення («позитивна профілактика»).

Таким чином, основні напрями програми зменшення шкоди в Україні мають законодавчу основу.

Зменшення шкоди є однією з ланок протидії незаконному обігу наркотиків, яке включає такі стратегії, як зменшення пропозицій і зменшення попиту.

Зменшення пропозицій – це діяльність правоохоронних органів, спрямована на недопущення надходження наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів до їх споживачів.

Зменшення попиту – комплекс заходів, що їх проводять соціальні, освітні та медичні заклади з метою пропаганди здорового способу життя, а також медична та соціальна реабілітація споживачів на-ркотиків.

Стратегія зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків – це зменшення негативного впливу наркоманії на останньому етапі, тобто коли наркотик все ж потрапив до споживача наркотиків і останній зробив свій вибір — вжити його.

Стратегія передбачає не досягнення максимуму – відмови від вживання наркотичних засобів та психотропних речовин (це надто важке і часто нереальне з огляду на природу залежності завдання), а має на меті зниження негативного впливу на здоров'я від немедичного вживання наркотиків самим споживачем та його оточенням. Стратегія спрямована на осіб, які з тих чи інших причин уже вживають наркотичні засоби і, можливо, ще не готові від них відмовитись. У програмах зменшення шкоди успіх вимірюється показниками особистої і суспільної якості життя і здоров'я, а не показниками рівня вживання наркотиків. Проте відмова від вживання наркотиків – головне завдання стратегії зменшення шкоди. І, якщо деякі особи не відмовляються від вживання наркотиків, наступним кроком має бути не виштовхування їх на «чорний ринок» і в наркотичну субкультуру, а мінімізація негативних наслідків їхньої поведінки, пов'язаної з немедичним вживанням наркотиків.

Головними завданнями програм зменшення шкоди є:

- встановлення контакту з представниками цільової групи СІН, сприяння у відновленні і підтримці контактів СІН із соціальними і медичними службами;
- попередження розповсюдження інфекційних захворювань, ВІЛ/СНІДу, гепатитів у середовищі СІН і в суспільстві в цілому;

- зміна ставлення цільової групи до проблеми вживання наркотиків і зміна поведінки СІН на менш небезпечну;
- підтримка і допомога батькам, дітям, близьким споживачів наркотиків;
- сприяння і мотивація СІН до участі в лікувальних і профілактичних програмах;
- участь у формуванні державної політики щодо ВІЛ/СНІДу і вживання наркотиків;
- захист загальнолюдських прав та інтересів відносно споживачів наркотиків.

Основним інструментом зменшення шкоди є інформаційно-просвітницька робота серед СІН щодо безпечних способів їх вживання (тут та нижче під терміном «безпечний» треба розуміти такий, що попереджає інфікування та інші ускладнення здоров'я), а саме:

- вулична соціальна робота (аутріч-робота), забезпечення СІН необхідними засобами для безпечного введення наркотиків шляхом ін'єкцій, зокрема, стерильними шприцями та голками, а також дезінфекційними речовинами і презервативами;
- консультування та інформаційна освіта;
- створення груп взаємодопомоги;
- ЗПТ;
- зменшення або відміна кримінального покарання за порушення, пов'язані з немедичним вживанням наркотиків.

Аутріч-робота включає надання інформації, консультацій і профілактичних засобів закритим соціальним групам у місцях, звичних для них, тобто там, де вони збираються, живуть і проводять час. Оскільки цей вид соціальної роботи здійснюється поза кабінетами, дуже часто прямо на вулиці, її назвали «вуличною» (див. фото №9). Її реалізують соціальні працівники, яких також називають аутріч-працівниками. Це професійно підготовлені фахівці, що мають необхідну кваліфікацію у сфері соціальної роботи і надають соціальні послуги, а саме: обмін шприців на стаціонарних та польових пунктах обміну, інформування з питань отримання наркозалежними соціальних та медичних послуг, розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів з різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу тощо.

Одне з основних завдань вуличної соціальної роботи – досягти змін норм поведінки у групі споживачів наркотиків, що не можливо без зміни поведінки окремої людини. Часто люди уважніше прислухаються до тих, кого вони вважають такими ж, як вони самі, – до людей з подібним досвідом, соціальним статусом і проблемами. Саме тому аутріч-робота найбільш ефективна, коли її проводять рівні серед рівних.

Як правило, аутріч-робота супроводжується експрес-консультуванням з різних медичних, соціальних і правових питань, розповсюдженням брошур, профілактичних матеріалів (презервативів, спиртових серветок, стерильної води для ін'єкцій, дезінфікуючих засобів, вітамінів та ін.), видачею направлень до різних медичних і соціальних установ. Аутріч-роботу найчастіше проводять на базі медичних або соціальних програм, забезпечуючи тісну взаємодію фахівців охорони здоров'я і споживачів наркотиків. Це сприяє постійному взаємовигідному обміну інформацією – медичні фахівці ознайомлюються з новітньою інформацією про зміни на наркотичному середовищі, про появу нових наркотиків і нових практик їх вживання, визначаючи для себе основні напрями профілактичної роботи. Споживачі наркотиків водночас дістають оперативну медичну інформацію, яка безпосередньо відповідає їхнім запитам і потребам.

Забезпечення СІН необхідними засобами для безпечного введення наркотичних речовин шляхом ін'єкцій, зокрема, стерильними шприцями та голками, дезінфікую-

чими речовинами та презервативами.

У всіх обласних центрах, а також у м. Києві та м. Севастополі функціонують численні (польові (див. фото №9), стаціонарні (див. фото №4, 8) та мобільні (див. фото №5, 6, 7) пункти обміну використаних шприців та голки, а також видачі дезінфікуючих розчинів. Такі пункти є місцем доступу до прихованої групи споживачів наркотиків, які можуть ніколи не з'явитись у полі зору медичних і соціальних служб. Надання спиртових серветок, презервативів, спеціально розроблених буклетів з адресами медичних і соціальних служб, консультування з ряду питань (і не тільки медичних) – невід'ємна складова програм обміну шприців.

У 2012 р. в рамках проектів, що підтримуються Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні, у нашій країні послуги надаються у 301 стаціонарному пункті, у 105 мобільних і майже на 800 вуличних пунктів обміну шприців. Завдяки цим проектам на даний час профілактичними послугами охоплено понад 200 тис. осіб із груп ризику (СІН, ОСБ, ЧСЧ). В рамках реалізації профілактичних програм у 2012 р. було видано та здійснено обмін 20 892 996 шприців.

Необхідно зазначити, що стерильні шприци та голки, дезінфікуючі речовини та презервативи можуть роздаватися і через мережу аптек (див. фото №4, 8). Так, рішенням Київської міської ради від 09.07.2009 р. №769/1825 «Про затвердження Міської комплексної програми протидії зловживанню алкоголем та розповсюдженню наркотиків у місті Києві на 2009 – 2013 роки» передбачено, що з метою забезпечення функціонування консультативних пунктів обміну шприців з обов'язковим наданням комплексу інформаційно-консультативних послуг СІН за стратегією зменшення шкоди передбачено відкрити такі пункти у кожному адміністративному районі та забезпечити їх ефективне функціонування. Як наслідок, у м. Києві вже існує 7 аптек, які беруть участь у програмі зменшення шкоди та видають безкоштовно наркозалежним особам за пред'явленням відповідних посвідчень учасника програми зменшення шкоди необхідний інструментарій.

Відповідні дослідження, які проводились у багатьох країнах, не надали доказів того, що програми обміну шприців та голки сприяють зростанню немедичного вживання наркотиків як серед учасників програм, так і серед суспільства взагалі. Результати численних досліджень свідчать про те, що серед СІН, що беруть участь у програмі обміну шприців, знижується повторне використання і взаємний обмін ін'єкційним інструментарієм. Це сприяє зниженню рівня поширеності ВІЛ-інфекції. Результати міжнародного дослідження у 99 містах світу, яке опубліковане у 2003 р. в «Міжнародному журналі з наркополітики», доводять, що кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у містах, де були впроваджені програми обміну шприців, щорічно скорочується на 18,6%, а у містах, де такі програми не діють, цей показник зріс на 8,1%.

Інформаційно-освітня робота спрямована не тільки на уразливі групи, а й на їх найближче оточення (батьків, подружжя, дітей), а також на підлітків і молодь, медиків, співробітників правоохоронних органів, журналістів і загальне населення.

Основними формами здійснення інформаційно-освітньої роботи є:

- розробка і публікація інформаційних буклетів, листівок, газет;
- консультування клієнтів проекту «зменшення шкоди» та їх найближчого оточення з медичних, соціальних, психологічних і правових питань;
- проведення семінарів і тренінгів;
- розробка і випуск науково-методичної літератури (керівництво, збірки статей для фахівців і т.ін.);

- проведення інформаційних кампаній у засобах масової інформації, спрямованих на профілактику таких соціально небезпечних явищ, як вживання наркотиків і дискримінація окремих груп суспільства;
- проведення конференцій, лекцій, виголошення доповідей, участь у масових заходах.

Групи взаємодопомоги – це такі групи, які об'єднують людей, яких безпосередньо торкнулася певна проблема. Проекти зменшення шкоди підтримують розвиток груп взаємодопомоги для наркозалежних, для людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, а також для їх близьких і родичів. Такі групи, як правило, створюються при соціальних службах, громадських організаціях, зокрема, Дроп ін центрах. Метою таких груп є насамперед психологічна, соціальна, медична та правова допомога наркозалежним. Така допомога надається працівниками соціальних служб, громадських організацій, самими наркозалежними особами і особами, які вже пройшли лікування від наркоманії та намагаються навчити інших жити без наркотиків.

Замісна терапія (ЗТ) або замісна підтримуюча терапія (ЗПТ) – це вид лікування опіоїдної залежності, у процесі якого використовують опіатні антагоністи – речовини, які мають подібну до героїну та морфіну дію на головний мозок людини, що дозволяє запобігти розвитку синдрому відміни та блокувати потяг до нелегальних опіоїдів. Цінність ЗТ полягає в тому, що вона дає можливість залежним споживачам відмовитись від вживання нелегальних опіатів, значно зменшити ризик, пов'язаний з ін'єкціями (ВІЛ, гепатити, інфекції тощо), стабілізувати здоров'я, стати соціально активними. ЗТ сприяє значному зниженню кримінальної активності споживачів наркотиків, що створює передумови для подальших позитивних змін. ЗТ суттєво сприяє налагодженню контактів різноманітних соціальних і медичних служб із цільовою групою споживачів ін'єкційних наркотиків. Такий комплексний і всебічний підхід є найбільш адекватним з огляду на комплексний медико-соціальний характер захворювання.

У Наказі №200 МОЗ України від 27 березня 2012 р. «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» визначено найважливіші аспекти організації ЗПТ.

Сутність ЗПТ полягає у щоденному довготривалому прийомі замісного препарату для лікування порушень, пов'язаних з вживанням екстракту макової соломки, героїну або інших опіоїдів. ЗПТ не призначена для хворих, які вживають стимулятори, каннабіс (маріхуану) та інші неопіоїдні психоактивні речовини.

ЗПТ має на меті не допустити розвиток у хворого синдрому відміни, підтримувати у хворого стабільний стан фізичного комфорту та стримувати потяг до нелегальних опіоїдів.

ЗПТ є частиною комплексного лікування, коли вирішується не тільки проблема залежності, а й інші медичні, психологічні та соціальні проблеми хворого.

Замісний препарат «метадон» є синтетичним опіоїдом з агоністичними (тобто схожими з морфіном та іншими опіатами) властивостями, добре всмоктується шлунково-кишковим трактом. Метадон випускається у вигляді розчину різних концентрацій або в таблетках.

Бупренорфін – наркотичний анагетик, що блокує дію інших опіоїдів та не викликає ейфорії. Випускається у формі таблеток під язик для розсмоктування. Тривалість дії бупренорфіну довша, ніж тривалість дії метадону.

Програми ЗПТ у світі мають уже 45-річну історію. Вперше вони почали впроваджуватись у 60-х рр.. XX ст. спочатку в США, а потім у Канаді та Великобританії. У світовій

практиці як основні препарати програм ЗТ зазвичай застосовують метадон (оральний розчин з цукром, також є таблетована форма), повільно діючий морфін (таблетки/капсули для застосування один чи два рази на день), бупренорфін (сублінгвальні таблетки), ЛААМ (ліво-ацетил-метаділ), героїн (щоправда, здебільшого з дослідницькою метою). За даними Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркозалежності, у багатьох країнах світу підвищується доступність програм ЗТ, а кількість пацієнтів, які отримали замісне лікування метадоном, упродовж 5 років зросла на 34%.

Сьогодні ЗПТ використовують близько 1 млн. наркозалежних осіб у 63 країнах світу, зокрема, у 26 країнах Європейського Союзу, в Північній та Південній Америці, Азії, Австралії та Новій Зеландії.

На території колишнього СРСР програми ЗПТ впроваджуються в Литві, Латвії, Естонії, Молдові, Грузії, Азербайджані, Узбекистані, Киргизстані та Україні. З жовтня 2007 р. впроваджена перша програма ЗПТ з використанням метадону в Республіці Білорусь.

Ефективність ЗПТ значно підвищується за умови надання психологічного консультування, психотерапії та соціальної підтримки. ЗПТ на сьогодні один із найефективніших методів, що дає можливість ВІЛ-позитивним наркозалежним дотримуватися режиму прийому препаратів життєво необхідної антиретровірусної терапії (АРТ) завдяки стабілізації поведінки (прихильність до АРТ). Важливим наслідком прихильності до АРТ є зменшення кількості стійких (резистентних) до АРТ штамів ВІЛ: чим менше людина порушує режим лікування, тим менша вірогідність появи таких вірусів, а відповідно й вища ефективність лікування СНІДу. Завдяки програмам зменшення шкоди та ЗПТ, які почали активно впроваджуватись у країнах Західної Європи в 90-х рр. минулого століття, рівень зараження ВІЛ внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків становить всього 1-2%, водночас в Україні цей показник складає 63%.

Уперше в Україні ЗПТ було впроваджено у 2004 р. на виконання постанови Верховної Ради України за рекомендаціями парламентських слухань щодо вирішення соціально-економічних проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІД та наркоманією, за підтримки Програми розвитку ООН в Україні. Перші два проекти ЗПТ для лікування наркотичної залежності були запроваджені у містах Херсоні та Києві за допомогою наркотичного лікарського засобу бупренорфін.

Комплексні програми ЗПТ почали впроваджуватися в Україні відповідно до пункту 12 «Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 роки» (затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 04.03.2004 р. №264), якою передбачалося «впровадити метод замісної терапії з метою зменшення ризику інфікування ВІЛ споживачів ін'єкційних наркотиків».

Протягом 2004 – 2013 рр. Міністерством охорони здоров'я України було затверджено ряд наказів, які регламентують впровадження ЗПТ з використанням бупренорфіну та метадону, зокрема:

- від 13 квітня 2005 р. №161 «Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків»;
- від 20 грудня 2006 р. №846 «Про заходи щодо організації ВІЛ/СНІД профілактики та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків»;
- від 4 червня 2007 р. №295 «Про затвердження графіків розподілу препаратів «Ед-нок» (бупренорфіну гідрохлорид) і «Метадон» (метадону гідрохлорид)»;
- від 16 січня 2008 р. №14 «Про розширення доступу до замісної підтримуючої те-

рапії для ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків у містах Києві, Одесі та Миколаєві»;

- від 25 липня 2008 р. №407 «Про затвердження графіків розподілу препарату «Метадол» (метадону гідрохлориду)» (цей наказ передбачає розширення використання препарату «Метадол» для 5293 пацієнтів програми ЗПТ);

- від 19 серпня 2008 р. №476 «Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків»;

- від 27 березня 2012 р. №200 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом», «Типове положення про кабінет замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю», Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації №129-3/о «Висновок про призначення препаратів замісної підтримувальної терапії», Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації №129-4/о «Журнал обліку наркотичних препаратів в кабінетах замісної підтримувальної терапії закладу охорони здоров'я», Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації №129-5/о «Журнал запису висновків комісії з доцільності призначення наркотичних засобів для замісної підтримувальної терапії закладу охорони здоров'я»;

- від 18 квітня 2013 р. №637/23169 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 р. №200»;

- від 5 вересня 2012 р. №692/775/1311/5 Наказ МОЗ України, МВС України, Мін'юст України «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів внутрішніх справ, установ виконання покарань і слідчих ізоляторів у частині забезпечення наступності диспансерного спостереження за ВІЛ-позитивними особами, здійснення клініко-лабораторного моніторингу за перебігом хвороби та проведення антиретровірусної терапії».

Станом на 01.01.2013 р. 7339 пацієнтів на 149 сайтах ЛПЗ в 27 регіонах нашої країни беруть участь у програмах ЗПТ з метою профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед СІН. Цей показник майже в 10 разів перевищує дані станом на 2008 р. Більшість пацієнтів програм мають важку форму наркозалежності (стаж вживання понад 10 років), майже дві третини з них ВІЛ-позитивні, переважна більшість одночасно хворіє на гепатит, майже кожен п'ятий – на туберкульоз.

Збільшенню кількості клієнтів ЗПТ в нашій державі та наданню таким програмам державного статусу сприяв прийнятий Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки». Цією програмою передбачено фінансування запровадження ЗПТ для більш як 20 000 осіб, з яких 12 000 – за рахунок бюджетних коштів.

Діяльність, пов'язана із замісною підтримуючою терапією, повинна здійснюватись відповідно до:

1) Постанов Кабміну:

- від 03.06.2009 р. №589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом»;

- від 13.05.2013 р. №333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»;

2) наказів МОЗ України:

- від 21.01.2010 р. №11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України»;

- від 02.02.2010 р. №66 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці І Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного Переліку;

- від 04.11.2011 № 755 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»;

3) наказів МВС України: від 27.10.2010 р. №507 «Про затвердження Порядку організації охорони об'єктів і приміщень, у яких культивуються, використовуються, зберігаються та знищуються нарковмісні рослини, а також використовується, зберігається та знищується отримана з них готова продукція чи відходи таких рослин».

Зменшення або відміна кримінального покарання за порушення, пов'язані з немедичним вживанням наркотиків, припускає пом'якшення міри покарання за зберігання наркотиків з метою особистого вживання, а також внесення до кримінального законодавства норм про звільнення наркозалежних осіб від кримінальної відповідальності при здійсненні ними злочинів невеликої і середньої тяжкості за умови обов'язкового лікування від наркоманії як альтернативи покаранню, яка застосовується в багатьох країнах світу, а також інших альтернативних покарань.

Світовий досвід впровадження стратегії зменшення шкоди свідчить про відповідні позитивні щодо зрушення у напрямі профілактики ВІЛ/СНІДу: зменшення кількості осіб з високоризикованою поведінкою (тобто збільшення кількості осіб, які використовують стерильні або продезінфіковані шприци та голки для ін'єкцій наркотичних речовин) і відповідно зменшення рівнів інфікованості ВІЛ та вірусними гепатитами серед СН. Наразі в Україні діє понад 160 проектів, де пріоритетним є забезпечення СН стерильним ін'єкційним інструментарієм.

Завдяки впровадженню програм зменшення шкоди відбулась переорієнтація у підходах до роботи наркологічних служб. Основним принципом їхньої роботи стала орієнтація на безпосередні потреби споживачів наркотиків, співпрацю і взаємодію з представниками цієї групи. Зазначене знайшло своє відображення у національних нормативних актах, якими регламентовано більшість інструментів зменшення шкоди.

Постанова Верховної Ради України «Про інформацію Кабінету Міністрів України про посилення боротьби з наркоманією в Україні» рекомендує Кабінету Міністрів України забезпечити всебічну підтримку центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога», консультативних пунктів для СН та організацій, що надають допомогу наркозалежній молоді.

Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 23 грудня 2005 року № 3430 було затверджено Типове положення про Службу роботи з СН, яким передбачено:

- п. 3. Метою створення та діяльності Служби є запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед СН;

- п. 5. Основні завдання Служби:

- формування у клієнтів навичок безпечної поведінки та усвідомлення ризику зара-

ження ВІЛ-інфекцією при ін'єкційному вживанні наркотиків;

- створення умов щодо зменшення кількості ВІЛ-інфікованих серед молодих осіб, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, через доступ до стерильного інструментарію та дезінфекуючих засобів;

- охоплення СН профілактичними програмами;

- створення соціально-психологічних умов для відмови клієнтів від вживання ін'єкційних наркотиків;

- п. 6. Основні функції Служби:

- інформування клієнтів про безпечну статеву поведінку, безпечне споживання наркотиків, про можливість проходження анонімного тестування на ВІЛ/СНІД;

- проведення обміну та утилізації використаних шприців, забезпечення клієнтів засобами контрацепції та захисту при здійсненні внутрішньовенних ін'єкцій;

- проведення серед споживачів психоактивних речовин, зокрема, СН, мотиваційного консультування щодо зміни моделі поведінки з подальшим направленням до лікувальних та реабілітаційних закладів;

- залучення до роботи громадських організацій.

Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу» від 17 листопада 2006 р. №3925/760 до функцій центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо надання соціальних послуг з різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу віднесено забезпечення обміну шприців для СН та їх передача для утилізації закладам охорони здоров'я.

На виконання Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки» було прийнято Наказ Мінсім'ямолодьспорт України, Мінпраці України, МОЗ України; від 13.09.2010 р. №3123/275/770

- «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику»,
- Стандарт надання соціальних послуг з профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом,
- Стандарт надання соціальних послуг хворим на поєднані захворювання туберкульоз та ВІЛ-інфекцію,
- Стандарт надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркотичних речовин), Стандарт надання соціальних послуг особам, які отримують замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів.

2.2. Взаємодія органів внутрішніх справ і громадських організацій щодо реалізації програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків

Незважаючи на позитивний досвід взаємодії громадських організацій та правоохоронних органів у світі та в більшості регіонів нашої країни щодо реалізації програм

зменшення шкоди, все ж залишаються невирішеними деякі питання ефективного впровадження таких програм в окремих регіонах. Основними з таких причин є несприйняття цих програм з боку окремих працівників правоохоронних органів, і це при тому, що цілі громадських організацій та правоохоронних органів збігаються – зменшення рівня наркотизації населення та наркозлочинності, недопущення розповсюдження ВІЛ/СНІДу.

Трапляються факти перешкоджання реалізації програм зменшення шкоди з боку працівників міліції. Такі порушення законності хоча й поодинокі, проте в окремих випадках мають резонансний характер, що негативно впливає на авторитет правоохоронних органів.

Здебільшого це такі порушення:

- незаконне затримання працівниками міліції учасників програм зменшення шкоди за підозрою у вчиненні правопорушень, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків;
- нанесення затриманим особам тілесних ушкоджень (побоїв);
- порушення кримінально-процесуального та адміністративного законодавства під час затримання;
- постійне чергування нарядів працівників міліції поряд з пунктами обміну шприців (польовими, мобільними та стаціонарними), що призводить до зменшення кількості учасників програм зменшення шкоди;
- систематичні та безпідставні огляди учасників програми (як наркозалежних осіб, так і соціальних працівників, а також тих, хто працює зі споживачами наркотиків за принципом «рівний-рівному») в місцях реалізації проектів;
- конфіскація чистого обладнання для ін'єкцій (шприців) під час проведення правоохоронцями обшуку споживачів наркотиків;
- нероз'яснення прав відповідно до процесуального законодавства;
- відмова в наданні адвокатських послуг, приховування права мати захисника або повідомлення про це із запізненням;
- незаконне застосування фізичної сили і спецзасобів до затриманого під час дізнання або слідства (в тому числі використання хворобливого абстинентного стану споживача наркотиків у процесі дізнання та підпису свідчень);
- незабезпечення безперервного доступу до ЗПТ;
- вилучення під час огляду/обшуку препаратів ВАРТ та незабезпечення безперервності доступу до ВАРТ .

Причин порушення законності працівниками правоохоронних органів багато, проте найголовніша – правова необізнаність більшості працівників служб органів внутрішніх справ, зокрема, патрульної служби, дільничних інспекторів міліції, карного розшуку і навіть відділу боротьби з незаконним обігом наркотиків.

Проте міжнародне право визнає право людини на одержання медичних послуг, мета яких – рятувати життя без страху покарання або дискримінації. Міжнародна конвенція з економічних, соціальних та культурних прав гарантує право на найвищі можливі стандарти охорони здоров'я без дискримінації з визначених заборонених причин. Стаття 12 (с) цієї Конвенції, зокрема, зобов'язує держави зробити всі необхідні кроки до «попередження, лікування та контролю епідемічних захворювань», що включає «завпровадження програм з попередження та освіти з таких загроз для здоров'я, як інфекції, що передаються статевим шляхом, зокрема, ВІЛ». Реалізація найвищих з можливих стандартів охорони здоров'я вимагає забезпечення рівного доступу до системи охорони здоров'я, надання медичної інформації та послуг без дискримінації та захисту конфі-

денційної інформації з боку держави. Відповідно до положень Конвенції держава має вжити рішучих заходів для підтримки охорони здоров'я та утримання від поведінки, що обмежує можливості людей піклуватися про своє здоров'я.

Такі програми, як обмін шприців та опійно-замісна терапія, є найбільш досліджені у світі стратегії з попередження ВІЛ. Міжнародний досвід реалізації програм зменшення шкоди у профілактиці ВІЛ/СНІД свідчить, що доступ до стерильних шприців різко знижує рівень інфікування ВІЛ, не підвищуючи рівня вживання наркотиків або злочинів, пов'язаних з наркотиками. Всесвітня організація охорони здоров'я стверджує, що здатність програм з обміну шприців розірвати коло передачі ВІЛ уже переконливо доведено¹.

Насправді обмеженість програм лікування та власне природа вживання наркотиків гарантують, що завжди будуть люди, які або не зможуть, або не захочуть припинити вживати наркотики. Перешкоджати цим людям отримувати та використовувати стерильні шприци або перешкоджати їм у доступі до інших заходів профілактики означає прирікати їх на смерть як покарання за вживання незаконних наркотиків. Дослідження, що підтримують запровадження програм ЗТ, зокрема, з використанням метадону, є також переконливими.

Стаття 26 Міжнародної конвенції з громадянських та політичних прав забороняє будь-яку дискримінацію та гарантує всім людям рівний та ефективний захист від дискримінації на будь-якій основі, наприклад, раса, колір шкіри, стать, мова, релігія, політичні та інші переконання, національне або соціальне походження, майновий стан, народження або інший статус.

Необхідно акцентувати увагу на Загальній декларації прав людини, стаття 25 якої передбачає, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і соціальне обслуговування, який необхідний для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, та право на забезпечення на випадок безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, настання старості або іншого випадку втрати коштів для існування за незалежними від людини обставинами.

Конституція України передбачає, що міжнародні конвенції та угоди, які ратифікувала Україна, стають частиною національного законодавства. Україна підписала міжнародні та регіональні угоди, що вимагають захисту права людини на здоров'я без страху покарання та дискримінації. Як учасник зазначених вище міжнародних 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.

Усе сказане знайшло своє відображення в нормах Конституції України, де зазначається:

- людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю (стаття 3);
- усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права і свободи людини є невідчужуваними та непорушними (стаття 21);
- кожна людина має невід'ємне право на життя (стаття 27);
- кожен має право на повагу до його гідності. Ніхто не може бути підданий катуван-

¹ Доклад про глобальну епідемію СНІДу 2008, ЮНЕЙДС [Електронный ресурс]: Режим доступа: http://www.unaids.org/ru/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp. – Загл. с экрана. – Язык русс.

ню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню (стаття 28);

- кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування:
- Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм;
- Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безкоштовно; наявна мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності;
- Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя (стаття 49); кожному гарантується право знати свої права і обов'язки (стаття 57); кожен має право на правову допомогу. У випадках, передбачених законом, ця допомога надається безоплатно. Кожен є вільним у виборі захисника своїх прав (стаття 59).

Таким чином, програми зменшення шкоди в Україні дістали законодавче закріплення: вони регулюються міжнародно-правовими документами, Конституцією України, а також численними відомчими нормативними актами.

Як свідчить міжнародний досвід, реалізацією програм зменшення шкоди займаються громадські організації у тісній взаємодії з наркологічними службами та правоохоронними органами. Досвід роботи програм зменшення шкоди в різних країнах засвідчив таку співпрацю ефективною у випадку тісної взаємодії з правоохоронними органами.

Підтримка працівників правоохоронних органів у впровадженні програм надзвичайно важлива. Якщо правоохоронні органи не підтримують програм зменшення шкоди або не знають про них, їх діяльність може серйозно порушити функції цих програм. Про це йшлося у численних доповідях правозахисних організацій (зокрема, Human Rights Watch) та міжнародних установ (Всесвітня організація охорони здоров'я, ООН тощо) на адресу центральних органів виконавчої влади. Практично всі міжнародні інституції визначають, що саме непрофесійні дії органів внутрішніх справ є однією з основних перешкод у протидії розповсюдженню ВІЛ/СНІДу в Україні.

Таким чином, з одного боку, держава в особі Міністерства охорони здоров'я України та соціальних служб розвиває структуру пунктів обміну шприців, ЗТ, про що свідчать численні нормативні акти, з другого – окремі працівники правоохоронних органів роблять усе можливе, щоб такі програми не працювали, про що свідчать непрофесійні дії міліції в окремих регіонах нашої держави.

Потрібно відзначити, що в більшості регіонів України вже закладено підвалини співробітництва між відповідними управліннями ОВС і місцевими громадськими організаціями, що використовують такі методи профілактики наркоманії та супутнього їй поширення епідемії ВІЛ/СНІДу. До їх числа можна віднести Київ, Вінницьку, Івано-Франківську, Луганську, Миколаївську, Сумську, Херсонську, Черкаську та інші області України. В інших регіонах таке партнерство тільки починає формуватись. Оскільки подібна взаємодія між органами внутрішніх справ і громадськими організаціями в рамках проведення профілактичних заходів повинна розвиватись, доцільно визначити основні напрями співпраці щодо реалізації програм зменшення шкоди.

З метою налагодження взаємодії між органами внутрішніх справ і відповідними недержавними громадськими організаціями щодо забезпечення виконання Національної програми профілактики ВІЛ/СНІДу необхідно здійснювати такі заходи:

– взаємний обмін інформацією між правоохоронними органами та соціальними службами, координування профілактичної діяльності з урахуванням вимог щодо посилення заходів протиепідемічної спрямованості;

– проведення спеціалізованими недержавними організаціями, що залучають до своєї діяльності кваліфікованих медичних працівників (епідеміологів, вірусологів, фахівців з питань СНІДу), навчальних семінарів для працівників органів внутрішніх справ з питань, що стосуються виявлення шляхів розповсюдження ВІЛ-інфекції та інших небезпечних інфекційних захворювань у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків, методах індивідуальної профілактики і захисту здоров'я особового складу від можливого інфікування під час виконання службових обов'язків;

– надання спеціалізованих інформаційних матеріалів про методи профілактики ВІЛ-інфекції для розповсюдження серед особового складу органів внутрішніх справ і відповідно – розповсюдження їх працівниками органів внутрішніх справ під час проведення профілактичної роботи серед наркозалежних;

– працівники органів внутрішніх справ можуть рекомендувати наркозалежним особам звертатися до місцевих недержавних організацій, що займаються реалізацією програм зменшення шкоди, для їх постановки на облік у цих організаціях і проведення з ними профілактичної та соціально-реабілітаційної роботи;

– навчання у спеціалізованих навчальних закладах МВС України майбутніх працівників підрозділів боротьби з незаконним обігом наркотиків органів внутрішніх справ питанням філософії та стратегії зменшення шкоди;

– використання соціальними працівниками факту затримання міліцією за незаконні операції з наркотиками особи як можливість налагодити контакт з наркозалежним і надати йому допомогу і доступ до лікування. Зазначене не є альтернативою покарання, а забезпечує прямий шлях від «камери» до лікувально-профілактичного закладу;

– всім затриманим споживачам наркотиків працівники органів внутрішніх справ повинні пропонувати можливість зустрітися з медичними або соціальними працівниками, у т.ч. шляхом направлення таких осіб у спеціалізовані організації та заклади.

Щоб уникнути порушень законодавства, працівники правоохоронних органів повинні не допускати неправомірного застосування сили та інших форм неналежного ставлення до споживачів наркотиків, а також до медичних і соціальних працівників, які беруть участь у програмах зменшення шкоди. Крім того, працівники міліції повинні відмовитись від незаконного втручання у механізм надання послуг зменшення шкоди. Навпаки – вони мають підтримувати відповідні тренінгові програми з профілактики ВІЛ/СНІДу, послуг зі зменшення шкоди та пов'язаних з цим питань. Частиною таких тренінгових програм має стати збільшення ролі правоохоронних органів у реалізації програм зі зменшення шкоди як правового та основного напрямку боротьби з ВІЛ/СНІДом на державному рівні.

З метою налагодження більш тісної співпраці між територіальним органом внутрішніх справ та громадськими організаціями, що реалізують проекти зменшення шкоди, треба скласти відповідну письмову угоду. В такій угоді зазначаються проекти, що їх здійснюватимуть громадські організації, а також права і обов'язки сторін. Предметом угоди можуть бути діяльність, спрямована на сприяння зменшення ризику інфікування та розповсюдження ВІЛ/СНІДу, інших інфекційних хвороб серед молоді та груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в межах цілей, предмета та основних завдань діяльності кожної сторони; налагодження взаємовідносин на підставі рівності, чесного партнерства та захисту інтересів один одного; забезпечення захисту прав та законних інтересів

уразливих до ВІЛ-інфікування верств населення.

В угоді обов'язково передбачають права і обов'язки сторін. Так, **обов'язками громадської організації можуть бути:**

- забезпечення функціонування в населеному пункті (районі) польових, мобільних та стаціонарних консультативних пунктів для СІН;
- надання консультативної та профілактичної інформації особам, які допускають немедицине вживання наркотиків, а також іншим уразливим групам населення;
- збирання та обмін шприців, надання інформації про установи, які здійснюють тестування на ВІЛ/СНІД та інші інфекції;
- видання та розповсюдження інформаційно-освітньої літератури з питань профілактики наркоманії, а також щодо інфікування та розповсюдження ВІЛ/СНІДу та інших інфекцій;
- відповідно до основних принципів та завдань стратегії зменшення шкоди реалізація діяльності щодо створення довірливих форм спілкування з СІН для формування в них більш безпечних форм поведінки стосовно ризику ВІЛ-інфікування та інших інфекцій, включаючи інфекції, що передаються статевим шляхом, а також їхньої мотивації щодо лікування від наркотичної залежності;
- сприяння захисту прав і законних інтересів осіб з підвищеним ризиком інфікування, надання їм юридичної та консультаційної допомоги;
- запрошення на навчальні семінари з питань профілактики ВІЛ/СНІДу та стратегії зменшення шкоди представників органів внутрішніх справ;
- забезпечення постійної співпраці з працівниками органів внутрішніх справ. громадськістю, засобами масової інформації з метою роз'яснення цілей і завдань стратегії зменшення шкоди та результатів її здійснення.

У свою чергу **територіальний орган внутрішніх справ бере на себе такі обов'язки:**

- брати участь у втіленні в населеному пункті (районі) стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків та програми профілактики ВІЛ/СНІДу;
- забезпечити доступність інформаційно адаптованих матеріалів профілактичного спрямування для осіб підвищеного ризику інфікування ВІЛ;
- направляти співробітників підрозділів по боротьбі із незаконним обігом наркотиків (БНОН), дільничних інспекторів міліції (ДІМ), кримінальної міліції у справах неповнолітніх (КМСН), карного розшуку (КР) на круглі столи, навчальні тренінги та семінари з питань впровадження стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків та профілактики ВІЛ/СНІДу;
- сприяти роботі консультативних пунктів для СІН, створювати умови для безпечного відвідування пунктів СІН, якщо під час цих відвідувань вони не порушують Кримінальний кодекс України та законодавство у сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків;
- сприяти реалізації прав і законних інтересів осіб з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ;
- у разі виникнення конфліктних ситуацій між працівниками консультаційних пунктів для СІН та правоохоронними органами, зумовлених роботою працівників проекту з СІН у межах стратегії зменшення шкоди (зокрема, на вулицях міста), відповідним чином реагувати на звернення сторін про допомогу.

В угоді необхідно також передбачити умови конфіденційності працівників громадських організацій під час роботи зі споживачами наркотиків. Зокрема, сторонам забороняється використовувати як під час дії угоди, так і після припинення її дії, незалежно від підстав такого припинення, у власних інтересах або в інтересах інших осіб,

будь-яку інформацію, що визнана конфіденційною за письмовим зверненням однієї із сторін. Не потребує такого звернення і вважається конфіденційною інформація, що стосується осіб, робіт, методів, знань, ідей, матеріалів, пов'язаних з діяльністю сторін, і не використовується публічно, в тому числі інформація щодо фінансового стану сторін та їх взаємовідносин з іншими фізичними та юридичними особами.

В угоді зазначаються також основні принципи взаємодії, зокрема, повага до прав учасників програм зменшення шкоди, обов'язкові консультації сторін під час вирішення проблемних питань тощо.

Щоб працівники міліції не втручалися у діяльність програм зменшення шкоди, зазначена угода доводиться до відома всіх працівників територіального підрозділу органу внутрішніх справ. У свою чергу для розпізнавання учасників програм зменшення шкоди соціальні служби і громадські організації можуть видавати учасникам цих програм спеціалізовані посвідчення (див. фото №1, 2, 3, 4).

У більшості міст нашої держави, де запроваджено програми зменшення шкоди, підписано аналогічні угоди (меморандуми) про взаємодію між правоохоронними органами та громадськими організаціями. Як наслідок, зменшилась кількість непорозумінь, які виникають з даного приводу між правоохоронцями та соціальними працівниками, що сприяло результативності профілактичних заходів.

Практика укладання таких угод свідчить про покращення толерантного ставлення працівників міліції до наркозалежних осіб та зменшення випадків їх незаконного затримання.

Враховуючи, що в багатьох проектах зменшення шкоди аустріч-працівниками працюють самі споживачі наркотиків, учасники програми ЗПТ або колишні споживачі наркотиків, особи, які відбували покарання у місцях позбавлення волі, через їх статус вони можуть стати об'єктом уваги працівників міліції. Тому, щоб уникнути непорозумінь з працівниками міліції, аустріч-працівник під час роботи повинен мати при собі:

1. Посвідчення співробітника програми зниження шкоди від вживання наркотиків.
2. Доручення, підписане керівником організації (координатором проекту).
3. Копію угоди про співпрацю громадських організацій та соціальних служб з територіальним органом внутрішніх справ.

Взаєморозуміння та співпраця між органами внутрішніх справ та громадськими організаціями забезпечать:

- можливість ефективного здійснення програм зменшення шкоди в конкретному регіоні, районі, місті;
- безпечність соціальних та аустріч-працівників проектів зменшення шкоди, а також клієнтів цих програм;
- довіру клієнтів до програм зменшення шкоди, що збільшить кількість її клієнтів і відповідно сприятиме ефективності таких програм;
- постійний обмін інформацією між правоохоронними органами та недержавними громадськими організаціями і соціальними службами;
- недопущення оглядів з підкиданням наркотиків та незаконних затримань працівників і клієнтів програм зменшення шкоди, а також провокацій з боку міліції.

Працівники правоохоронних органів повинні з розумінням ставитись до необхідності вказаних заходів, які реалізуються через програми зменшення шкоди, і сприяти їх реалізації. Тому не слід затримувати тих осіб, які приносять інструменти для обміну, або вилучати чисті шприци у тих, хто йде з пункту обміну шприців чи з аптеки. Необхідно пам'ятати, що кожен використаний і зданий на пункт обміну шприц – це потенційне

джерело інфекції, вилучене з обігу, а, отже, – збережене здоров'я та життя. Працівники правоохоронних органів не повинні забирати стерильні голки та шприци або перешкоджати споживачам звертатись до пунктів обміну. Якщо СНІВ відчують небезпеку під час відвідування служб обміну інструментарію, вони, ймовірно, знову почнуть обмінюватись шприцями між собою, що прискорить поширення ВІЛ-інфекції.

Взаємодія між правоохоронними органами та організаціями, які реалізують стратегію зменшення шкоди, спільне вирішення проблем є важливим кроком у протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, у збереженні здоров'я нації.

Додаток №1: Договір про співробітництво на 2011 рік між Головним управлінням МВС України в м. Києві та Київським міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

ДОГОВІР № про співробітництво

місто Київ

26 липня 2011 року

Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) (далі - КМЦСССДМ), в особі директора **Танцюри Валерія Анатолійовича**, який діє на підставі Положення про центр, з однієї сторони, та **Головне управління Міністерства внутрішніх справ України в місті Києві** (далі - орган внутрішніх справ), в особі начальника **Крикуна Олексія Олексійовича**, який діє на підставі Положення про Головне управління (надалі - Сторони), з іншого боку,

Керуючись:

Законом України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки»,

Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»,

Законом України «Про міліцію»,

Законом України «Про попереднє ув'язнення»,

Законом України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю»,

Указом Президента України від 12.12.2007 № 1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ - інфекції/СНІДу в Україні»,

постановою Кабінету Міністрів України від 4.03.2004 № 264 «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ - інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 - 2008 роки»,

розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21.05.2008 № 728-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки»,

розпорядженням Кабінету Міністрів України від 13.09.2010 № 1808-р «Про схвалення Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011 - 2015 роки»,

розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22.11.2010 № 2140-р «Про затвердження плану заходів щодо виконання Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011 - 2015 роки»,

наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 13.09.2010 № 3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику»,

наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21.12.2010 № 1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення»,

наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2005 № 415 Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»,

наказом Міністерства внутрішніх справ України від 28.04.2009 № 181 «Про організацію діяльності чергових частин органів і підрозділів внутрішніх справ України, направленої на захист інтересів суспільства і держави від протиправних посягань»,

розпорядженням Київської міської державної адміністрації від 12.04.2010 № 253 «Про затвердження Положення про Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)»,

рішенням Київської міської ради від 09.07.2009 № 769/1825 «Про затвердження Міської комплексної програми протидії зловживанню алкоголем та розповсюдженню наркотиків у місті Києві на 2009-2013 роки»,
уклали цей Договір про наступне.

Визначення термінів:

Антиретровірусна терапія (АРТ) – специфічне лікування ВІЛ-інфекції, спрямоване на максимальне пригнічення реплікації ВІЛ в організмі, яке призводить до відновлення клітин імунної системи і покращання стану/якості життя хворого та подовження тривалості його життя. АРТ розглядається як етіотропна терапія ВІЛ-інфекції.

АРП (антиретровірусні препарати) – лікарські засоби, які приймаються хворим згідно із медичними рекомендаціями під час проходження курсу лікування АРТ (ВААРТ).

ВААРТ – високоактивна антиретровірусна терапія.

ВІЛ-інфіковані (особи, які живуть з ВІЛ) – особи, в організмі яких виявлено вірус імунодефіциту людини. До категорії ВІЛ-інфікованих належать як особи без клінічних проявів хвороби (носії ВІЛ), так і хворі на СНІД.

ДКТ – добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.

Замісна терапія (ЗТ) або замісна підтримуюча терапія (ЗПТ) – вид лікування опіоїдної залежності, при якому використовуються речовини, які мають подібну до героїну та морфіну дію на головний мозок людини, що дозволяє запобігти розвитку синдрому відміни та блокувати потяг до нелегальних опіоїдів.

ПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом.

Картка учасника програми лікування АРТ (ВААРТ) – це пластикова картка прямокутної форми, яка видається громадською організацією на підставі контракту між отримувачем послуг (ВІЛ-інфікованою особою) та їх надавачем (Громадською організацією). Картка видається лише тим особам, що перебувають на обліку в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Дана картка свідчить про те, що її власник є ВІЛ-позитивним та проходить курс лікування АРТ.

ЛЖВ – люди, які живуть в з ВІЛ.

Медична довідка про проходження курсу лікування АРТ (ВАРТ) (далі - Медична довідка) – документ, що видається ВІЛ-інфікованій особі Київським міським центром профілактики та боротьби зі СНІДом, що скріплена печаткою цієї установи і підписом лікаря із визначенням курсу лікування (дозування АРП та режим їх вживання).

Мобільна амбулаторія – це автобус, спеціально обладнаний для проведення швидких тестів на ВІЛ/СНІД та ІПСШ. До складу тестуючої бригади входять: соціальні працівники, психолог, який проводить консультування перед та після тесту на ВІЛ, медична сестра, яка проводить обстеження на наявність антитіл/антигенів до ВІЛ (тесту на ВІЛ) з використанням швидких тестів, лікар дерматовенеролог.

ПКС – працівники комерційного сексу.

Мобільний пункт довіри – це авторизована бригада у складі: соціальних працівників та психолога в функціональні обов'язки, яких входить мотивування та направлення осіб, які входять до цільової групи (ЛЖВ, ПКС, чоловіки, що мають секс з чоловіками, і споживачі ін'єкційних наркотиків, найближче оточення ЛЖВ) до програм стратегії зменшення шкоди, ЗІПТ, центрів реабілітації та ресоціалізації наркозалежних, до груп психологічної взаємодопомоги з метою покращення їх психоемоційного стану, підтримки та зміцнення психічного здоров'я, підвищення стресостійкості, збереження і покращення якості життя з ВІЛ/СНІДом, при встановленні контакту, під час проведення соціальної роботи з отримувачами послуг в місцях їх можливого перебування, в тому числі на вулиці).

Польовий (мобільний) пункт обміну шприців (далі – ПОШ) – це місце, де соціальними працівниками здійснюється обмін шприців ін'єкційним споживачам наркотиків, надається інформація з питань отримання наркозалежними соціальних та медичних послуг, розповсюджується інформаційно-просвітницькі матеріали з різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу, надаються ВІЛ-інфікованим інші соціальні послуги.

ЛПЗ - лікувально-профілактичний заклад.

Посвідчення учасника ЗІПТ (ЗТ) – посвідчення, в якому зазначаються П.І.Б. учасника ЗІПТ (ЗТ), фотокартка, термін дії, скріплене підписом керівника та печаткою лікувального закладу на базі якого здійснюється ЗІПТ

Програма «Зменшення шкоди» – комплекс науково обґрунтованих заходів, спрямованих на зменшення ризику передачі інфекцій, що передаються через кров, передусім ВІЛ, та наслідків цих захворювань, унаслідок вживання наркотиків, передусім ін'єкційним шляхом. Інструментами програми

«Зменшення шкоди» є обмін голоч та шприців, інформаційно-освітня робота, створення груп самопомогі, проведення замісної терапії.

СНІД (синдром набутого імунodefіциту людини) – особливо небезпечна інфекційна хвороба, що викликається вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ). СНІД кінцева стадія ВІЛ-інфекції.

Соціальний працівник – професійно підготовлений фахівець, що має необхідну кваліфікацію у сфері соціальної роботи і надає соціальні послуги, а саме: обмін шприців на стаціонарних та польових пунктах обміну, інформування з питань отримання наркозалежними соціальних та медичних послуг, розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів з різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу тощо. Соціальний працівник має посвідчення, в якому зазначаються реквізити громадської організації, до якої він належить, П.І.Б., фотокартка, термін дії, посада, підпис керівника громадської організації, скріплений печаткою цієї організації.

Утилізатор – картонна ємкість прямокутної форми жовтого (світло-коричневого) кольору, сконструйована таким способом, що унеможливає виймання шприців без пошкодження зовнішньої оболонки; ємкості (можуть використовуватися пластикові канистри (бутлі) або інші пластикові ємності). На зовнішніх стінках ємкості розміщено зображення (наклейки), які вказують на його цільове призначення, контактні дані організації, що займаються обміном використаних шприців на стерильні згідно з міською програмою «Зменшення шкоди» в місті Києві, а також перелік нормативних актів, що є правовою основою для утилізації використаних шприців. Цільове призначення контейнера: збір з метою подальшої утилізації використаних шприців.

Учасники програми «Зменшення шкоди» – це особи, які вживають ін'єкційні наркотики та мають відповідні картки учасників програми (це пластикова картка прямокутної форми, яка засвідчує, що її пред'явник є учасником програми «Зменшення шкоди» («АНТИВІЛ»). Наявність картки не звільняє особу від відповідальності у разі вчинення нею правопорушення.

ОВС – орган внутрішніх справ.

1. Предмет договору

Предметом цього Договору є взаємне співробітництво Сторін по забезпеченню запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків за стратегією програми «Зменшення шкоди» в місті Києві, а також щодо надання ВІЛ-інфікованим, у разі їх затримання органами внутрішніх справ, невідкладної медичної допомоги, зокрема дотримання такими особами режиму прийому АРТ (ВААРТ).

Метою взаємодії Сторін є організація профілактичної роботи по запобіганню поширенню ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків за стратегією програми «Зменшення шкоди» в місті Києві.

2. Права та обов'язки КМЦСССДМ

2.1. КМЦСССДМ має право:

2.1.1. Співпрацювати відповідно до програми «Зменшення шкоди», а також згідно з взаємними угодами із наступними громадськими організаціями міста Києва:

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»,
ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»,
ГО «Клуб «Еней»,
МБФ «Вертикаль»,
ГО «Кроки життя»,
ВБО «Конвіктус - Україна»,
ГО «Крок за кроком»,
БФ «Дроп ін Центр»,
Київська міська організація «Товариство Червоного Хреста»,
ГО «Ніка Київ».

2.1.2. Вимагати від органу внутрішніх справ належне виконання обов'язків, передбачених Законом України «Про міліцію» та цим Договором.

2.1.3. Уповноважувати громадські організації, визначені в пункті 2.1.1. цього Договору, на виконання обов'язків КМЦСССДМ.

2.2. КМЦСССДМ зобов'язується:

2.2.1. Інформувати письмово щомісячно до 5-го числа (особисто або через громадські організації) територіальний ОВС про функціонування мобільних (польових) пунктів обміну шприців, які працюють за програмою «Зменшення шкоди». Громадські організації відповідальні перед КМЦСССДМ за надання відповідної інформації до ОВС. У повідомленні зазначається: адрес(и) польового (мобільного) пункту обміну шприців, час його роботи, П.І.Б. соціального працівника та контактний телефон.

2.2.2. Повідомляти ОВС про будь-які факти вчинення правопорушень, у т.ч. і в місцях функціонування польових (мобільних) пунктів обміну шприців.

2.2.3. У разі затримання особи, яка проходить курс лікування АРТ (ВАРТ), організовувати забезпечення затриманого лікарськими засобами згідно медичної довідки.

При передачі АРВ - препаратів, письмово повідомляти ОВС про режим прийому препаратів затриманим.

2.2.4. Під час медичного огляду затриманої особи забороняється передавати будь-які інші предмети, речі та документи, окрім необхідних медичних препаратів. До і після проведення медичного огляду медичні працівники та їх речі можуть бути оглянуті працівником міліції.

2.2.5. У разі відсутності у затриманої особи медичної довідки, згідно з якою вона проходить лікування АРТ (ВАРТ), негайно організовувати її отримання за запитом в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом.

2.2.6. Проводити спільно з громадськими організаціями навчальні семінари в органах та підрозділах внутрішніх справ та забезпечувати працівників міліції необхідними інформаційними матеріалами щодо соціальної роботи з наркозалежними та ВІЛ/СНІД - інфікованими.

2.2.7. Проводити роз'яснювальну роботу серед пацієнтів щодо необхідності, у разі їх затримання, повідомлення працівників міліції про отримання ними АРТ (ВАРТ) або ЗІПТ з пред'явленням картки встановленого зразка.

2.2.8. Ведуть облік пацієнтів ЗІПТ, які утримуються в Ізоляторах тимчасового тримання ОВС для моніторингу і аналізу впровадження в дію механізму доступу таких осіб до медичних послуг АРВ (ВАРТ) або ЗІПТ.

3. Обов'язки органу внутрішніх справ

3.1. У разі затримання соціального працівника, учасника програми «Зменшення шкоди», чи особи, яка проходить курс лікування АРТ (ВАРТ), за підозрою у скоєнні правоправних діянь, за усною чи письмовою вимогою затриманої особи згідно зі статтею 5 Закону України «Про міліцію» ОВС повідомляє КМЦСССДМ або громадську організацію, до якої він належить.

3.2. У разі, коли затримана особа проходить курс лікування АРТ (ВАРТ) і пред'явила відповідну картку учасника програми «Зменшення шкоди» або медичну довідку з цього приводу, орган внутрішніх справ у разі необхідності вживає заходів щодо негайного надання медичної та іншої допомоги затриманій особі, а саме:

3.2.1. Викликає швидку медичну допомогу та повідомляє про затримання особи, яка приймає препарати АРТ (ВАРТ).

3.2.2. Інформує Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом (тел. 424-10-09) про факт затримання особи, яка проходить курс лікування АРТ (ВАРТ).

3.2.3. У разі відсутності у затриманої особи медичної довідки, згідно з якою вона проходить курс лікування АРТ (ВАРТ), сприяти соціальному працівникові у її отриманні в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом шляхом підтвердження факту затримання цієї особи.

3.2.4. Препарати АРТ (ВАРТ) затримана особа приймає виключно у присутності медичного працівника та працівника міліції у спосіб, що виключає його приховування.

3.3. У разі, коли затримана особа проходить курс лікування ЗІПТ і пред'явила відповідне посвідчення учасника такої програми, а строк її затримання перевищує три години, ОВС вживає заходів щодо негайного надання медичної та іншої допомоги затриманій особі, а саме:

3.3.1. З'ясовують належність особи до отримання ЗІПТ та перевіряє інформацію по телефону або шляхом надсилання письмового запиту (додаток № 1) за факсом до ЛПЗ (додаток № 2), в якому ця особа проходить курс лікування ЗІПТ.

3.3.2. Якщо ЛПЗ письмово підтверджує факт, отримання курсу лікування ЗІПТ затриманою особою, то помічник начальника чергової

частини/оперативний черговий частини заздалегідь погоджує час прибуття медичного працівника ЛПЗ та створює умови для вживання препарату у приміщенні чергової частини.

3.3.3. По прибутті медичного працівника ЛПЗ до ОВС у Журнал реєстрації медичної допомоги вноситься наступна інформація: прізвище, ім'я, по батькові медичного працівника ЛПЗ, його посада, назва та кількість медичного препарату, який буде наданий затриманому, подальші рекомендації медичного працівника. В разі необхідності представник ЛПЗ та його речі можуть бути оглянуті працівником міліції до або після надання медичного препарату.

3.3.4. Препарати АРТ (ВАРТ) затримана особа приймає виключно у присутності медичного працівника та працівника міліції у спосіб, що виключає його приховування.

3.3.5. У разі переведення утримуваних осіб до інших місць тримання або їх звільнення інформують про це ЛПЗ та керівництво ОВС чи адміністрацію установи виконання покарань, до яких вибули ці особи.

3.4. Підготувати вказівку або службовий лист до територіальних ОВС з метою організації виконання цього Договору.

3.5. З ініціативи КМЦСССДМ проводити навчальні семінари та періодичні інструктажі з особовим складом органів внутрішніх справ щодо соціальної роботи з наркозалежними, інформаційні заняття за програмою «Зменшення шкоди» в місті Києві.

3.6. Сприяти розміщенню в органах внутрішніх справ інформаційних стендів щодо соціальної роботи з наркозалежними.

3.7. Сприяти проведенню роз'яснювальної роботи, семінарів та тренінгів з працівниками міліції щодо порядку поводження із затриманими, які отримують медичний курс лікування АРТ (ВАРТ) та ЗІП.

4. Розірвання Договору

4.1 Договір може бути розірвано у разі систематичного невиконання або неналежного виконання Сторонами зобов'язань за ним.

При достроковому розірванні договору сторона-ініціатор зобов'язана письмово повідомити іншу сторону про розірвання Договору не менше ніж за місяць до очікуваної дати розірвання.

5. Розв'язання суперечок

5.1. При виникненні розбіжностей під час виконання умов Договору Сторони вирішують їх за взаємною згодою на щоквартальних нарадах. У разі недосягнення взаємної згоди спори за цим Договором розглядаються згідно з чинним законодавством України.

6. Термін дії Договору

6.1. Договір набирає чинності з моменту його підписання сторонами та діє до 31.12.2012.

6.2. У разі відсутності заяви однієї із сторін про припинення або зміну умов Договору за один місяць до закінчення його дії, він вважається продовженим на той самий термін і на тих самих умовах, що передбачені цим Договором.

7. Інші умови Договору

7.1. Усі зміни та доповнення до Договору вважаються дійсними, якщо їх здійснено у письмовому вигляді та підписано уповноваженими на те представниками сторін.

7.2. У випадках, не передбачених Договором, сторони керуються чинним законодавством України.

7.3. Договір складено у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із сторін.

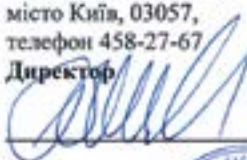
7.4. Договір не покладає на Сторони жодних зобов'язань фінансового характеру.

8. Реквізити та підписи сторін

КМЦСССДМ

Київський міський центр соціальних
служб для молоді виконавчого органу
Київської міської ради (Київської
міської державної адміністрації)
вулиця Довженка, 2,
місто Київ, 03057,
телефон 458-27-67

Директор



В.А. Танцюра



Орган внутрішніх справ

Головне управління Міністерства
внутрішніх справ України в місті
Києві
вулиця Володимирська 15,
місто Київ, 01025,
телефон 256-05-88

146 Начальник



О.О. Крикун



Кутовий штамп ОВС

ЗАПИТ

Головному лікарю Київського міського
центру профілактики та боротьби зі
СНІДом (клінічна лікарня № 5)
Юрченку О.В.

Головному лікарю Київської міської
наркологічної лікарні «Соціотерапія»
Ярому В.В.

_____ ГУМВС України в місті Києві, що знаходиться за адресою
(назва ОВС) _____ " _____ 20__ року затриманий громадянин
(адреса місця народження ОВС) _____, 19__ року
(П.І.Б. затриманого)
народження, який проживає: _____, та зареєстрований
(адреса проживання)
_____, який пред'явив картку учасника замісної підтримуючої
(адреса реєстрації)
терапії та заявив, що він потребує допомоги у отриманні спеціальних медичних
препаратів.

У зв'язку з викладеним просимо негайно надати письмове підтвердження
щодо перебування затриманого у програмі замісної підтримуючої терапії,
необхідності отримання останнім спеціальних медичних препаратів та установчі
дані медичного працівника, який буде здійснювати доставку і контроль за
прийняттям затриманим медичного препарату.

Інформацію необхідно надати негайно факсимільним зв'язком _____,
(вказати номер факсу)

Оперативний черговий чергової частини
_____ ГУМВС України в місті Києві
(назва ОВС)

(підпис)

_____ (П.І.Б. працівника ОВС)

КМЦСССДМ

Київський міський центр соціальних
служб для молоді виконавчого органу
Київської міської ради (Київської
міської державної адміністрації)
вулиця Довженка, 2,
місто Київ, 03057,
телефон 458-27-67

Директор



М.П.

В.А. Таннйора

Орган внутрішніх справ

Головне управління Міністерства
внутрішніх справ України в місті
Києві
вулиця Володимирська 15,
місто Київ, 01025,
телефон 256-05-88

Начальник

_____ **О.О. Крикун**

М.П.

**Лікувально-профілактичні заклади міста Києва,
в яких застосовується замісна терапія**

**Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом
(клінічна лікарня № 5).**

Адреса: місто Київ, Святошинський район, вулиця Відпочинку, 11,
контактні телефони: 450-91-68, 409-20-80, факс: 424-10-09.

Київська міська наркологічна лікарня «Соціотерапія».

Адреса: місто Київ, Голосіївський район, провулок Деміївський, 5-а,
контактні телефони: 265-68-61, факс: 257-90-39.

КМЦСССДМ

Київський міський центр соціальних
служб для молоді виконавчого органу
Київської міської ради (Київської
міської державної адміністрації)
вулиця Довженка, 2,
місто Київ, 03057,
телефон 458-27-67

Директор


В.А. Танцюра



Орган внутрішніх справ

Головне управління Міністерства
внутрішніх справ України в місті
Києві
вулиця Володимирська 15,
місто Київ, 01025,
телефон 256-05-88

Начальник

_____ О.О. Крикун

М.П.

2.3. Дотримання прав осіб, які беруть участь у реалізації програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків

Найбільшу стурбованість у правозахисних організацій викликає ставлення працівників міліції до наркозалежних осіб, що виявляється в незаконному затриманні, безпідставному побитті і тортурах останніх. Такі випадки непоодинокі, вони негативно впливають на імідж працівників міліції та свідчать про низьку культуру їхньої поведінки.

Така ситуація склалася тому, що більшість працівників міліції ставиться до наркозалежних як до злочинців, а не як до хворих. При цьому правоохоронці виправдовуються тим, що нібито більшість крадіжок, а також корисливо-насильницьких злочинів вчиняє саме ця категорія осіб. Проте необхідно нагадати, що основними пріоритетами органів внутрішніх справ є протидія наркобізнесу, зокрема, незаконному виготовленню та розповсюдженню наркотичних засобів та психотропних речовин, а також притягнення до кримінальної відповідальності осіб, які надають приміщення для таких цілей, втягають у злочинну наркодіяльність інших осіб, а також займаються контрабандним постачанням наркотиків.

Таке ставлення працівників міліції до наркозалежних пояснюється багатьма факторами, основний з яких – професійна деформація правоохоронця. Звичайно, постійно спілкуючись з особами цієї маргінальної групи, стає відомою значна кількість фактів, що свідчать про їхню антигромадську поведінку та вчинення цією категорією осіб багатьох корисливо-насильницьких злочинів. Та й ставлення наркозалежних до працівників міліції завжди було, м'яко кажучи, негативним, особливо раніше засуджених.

У даному випадку ніхто не наказує не виконувати чинне антинаркотичне законодавство, яким, зокрема, передбачено адміністративну та кримінальну відповідальність за незаконні дії з наркотичними засобами та психотропними речовинами без мети їх збуту. Але необхідно пам'ятати, що наркозалежні особи – це ті ж громадяни України, які мають всі права і обов'язки, передбачені Конституцією України, кожен з них має право на повагу його гідності. Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню (стаття 28 Конституції України).

Працівник міліції своїми протиправними діями ганьбить не тільки імідж своїх колег, підрозділ та орган внутрішніх справ, а й безпосередньо свій: у середовищі наркозалежних швидко розповсюджується інформація про того чи іншого працівника міліції.

Зауважимо, що працівник міліції завжди повинен пам'ятати, що перед ним громадянин, який наділений всіма передбаченими Конституцією України правами. Навіть встановлення факту вчинення злочину наркозалежною особою, не дають підстав для застосування фізичної сили та спеціальних засобів, крім випадків, передбачених чинним законодавством. Безпідставне їх застосування, а також нанесення побоїв чи вчинення іншого насильства передбачають кримінальну відповідальність.

Незважаючи на те, що численними нормативними актами регулюються загальні положення, впровадження програм зменшення шкоди в Україні, яка для більшості осіб є останнім кроком на шляху до позбавлення від наркозалежності, на сьогодні існує правова неознаність більшості працівників правоохоронних органів, у т.ч. щодо особистих прав і свобод учасників програм зменшення шкоди.

Як зазначалося в попередньому розділі, основними порушеннями, що їх допускають

працівники правоохоронних органів стосовно учасників програм зменшення шкоди, є:

- незаконне затримання учасників програм зменшення шкоди за підозрою у вчиненні правопорушень, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків;
- нанесення затриманим особам тілесних ушкоджень (побоїв);
- порушення кримінально-процесуального та адміністративного законодавства під час затримання;
- постійне чергування нарядів міліції поряд з пунктами обміну шприців (польовими, мобільними та стаціонарними), що призводить до зменшення кількості учасників програм зменшення шкоди;
- систематичні та безпідставні огляди учасників програм (як наркозалежних осіб, так і соціальних працівників, а також тих, хто працює зі споживачами наркотиків за принципом «рівний-рівному») у місцях реалізації проектів;
- конфіскація чистого обладнання для ін'єкцій під час проведення правоохоронця-ми обшуку споживачів наркотиків;
- нероз'яснення прав відповідно до процесуального законодавства;
- відмова в наданні адвокатських послуг, неповідомлення про право мати захисника або повідомлення про це із запізненням;
- незаконне застосування фізичної сили й спецзасобів до затриманого під час дізнання або слідства.

Як свідчить аналіз правозахисної практики, найчастіше працівники міліції незаконно затримують соціальних працівників громадських організацій під час виконання аутріч-роботи, зокрема, під час обміну використаних шприців. Це пов'язано з тим, що в багатьох проектах аутріч-працівники працюють самі споживачі наркотиків або споживачі наркотиків у минулому, учасники програми ЗПТ, особи, які відбували покарання у місцях позбавлення волі, ОСБ, ЧСЧ. Через свій статус вони можуть стати об'єктом уваги працівників міліції. Це також стосується працівників соціальних служб та громадських організацій, які надають послуги за іншими напрямками своєї діяльності.

Працівники міліції мають знати, що в діях працівників соціальних служб та громадських організацій, які надають послуги зі зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків в межах чинного законодавства, відсутні ознаки злочину чи адміністративного правопорушення. Тому втручання в їх діяльність неприпустиме.

Водночас для затримання учасників програм зменшення шкоди працівникам міліції треба мати правові підстави. Відповідно до чинного законодавства такими підставами є вчинення адміністративного правопорушення або злочину.

Під **адміністративним правопорушенням** необхідно розуміти протиправну (умисну або необережну) дію чи бездіяльність, яка є загрозою для громадського порядку, власності, права і свобод громадян, для встановленого порядку управління і за яку законом передбачено адміністративну відповідальність. Такій відповідальності підлягають особи, які досягли шістнадцятирічного віку на момент вчинення адміністративного правопорушення. Питання адміністративного провадження регулюються **Кодексом України про адміністративні правопорушення**.

Найчастіше працівники міліції затримують працівників соціальних служб та громадських організацій нібито за підозрою у вчиненні таких видів правопорушень:

Стаття 44. Незаконні виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах.

Стаття 173. Дрібне хуліганство (нецензурна лайка в громадських місцях, образливе

чіпляння до громадян та інші подібні дії, що порушують громадський порядок і спокій громадян).

Стаття 185. Злісна непокора законному розпорядженню або вимозі працівника міліції, члена громадського формування з охорони громадського порядку і державного кордону, військовослужбовця.

Проте необхідно пам'ятати, що жоден з видів програм зменшення шкоди, якщо він здійснюється відповідно до чинних нормативних актів, не є адміністративним правопорушенням.

У разі вчинення адміністративного правопорушення особу можна затримати на строк:

- до трьох годин для складання протоколу або розгляду справи по суті, якщо ці питання не можна вирішити на місці;
- до розгляду справи в суді, але не більше, як на 24 години, якщо особа вчинила опір законній вимозі працівника міліції;
- до трьох діб з повідомленням про це письмово прокуророві протягом 24 годин з моменту затримання у разі порушень особою правил обігу наркотичних засобів та психотропних речовин. Таке затримання здійснюється для встановлення особи, проведення медичного огляду, з'ясування обставин придбання вилучених наркотичних засобів і психотропних речовин та їх дослідження;
- до трьох діб, якщо особа ухиляється від виконання ухвали суду про направлення на примусове лікування від хронічного алкоголізму або наркоманії.

Якщо ж особа вчинила адміністративне правопорушення, то працівники міліції під час затримання мають право:

- проводити огляд таких осіб, речей, які знаходяться у них, транспортних засобів і вилучати документи й предмети, які можуть бути речовими доказами або заподіяти шкоду здоров'ю затриманих осіб. Особистий огляд проводить уповноважена на це особа однієї статі з затриманою особою в присутності двох понятих тієї ж статі;
- складати протоколи про адміністративні правопорушення, особистий огляд та огляд речей, вилучати речі та документи, застосовувати інші заходи для забезпечення адміністративного виробництва. Огляд речей, ручної поклажі, багажу, транспортних засобів та інших предметів здійснюється, як правило, у присутності особи, якій вони належать. Тільки у невідкладних випадках зазначені речі, предмети можуть бути піддані оглядові в присутності двох понятих без їх власника;
- вилучати у громадян і службових осіб предмети і речі, заборонені або обмежені в обороті, а також документи з ознаками підробки, знищувати ці предмети, речі і документи або передавати їх за призначенням в установленому порядку. Про вилучення речей і документів складається протокол або робиться відповідний запис у протоколі про адміністративне правопорушення, про огляд речей або адміністративне затримання.

Необхідно зазначити, що термін адміністративного затримання обчислюється з моменту доставляння правопорушника для складання протоколу, а особи, яка була в стані сп'яніння, – з часу її витвердження. Якщо особа перебуває у стані наркотичного сп'яніння, термін затримання буде рахуватись так: період знаходження в нетверезому стані плюс три години, якщо не передбачений інший термін затримання.

При адміністративному затриманні співробітник міліції зобов'язаний скласти протокол, в якому вказано: дату і місце його оформлення, посаду, прізвище, ім'я та по батькові особи, яка склала протокол; інформацію про затриману особу; час і мотиви затримання. Протокол підписується працівником міліції, який його склав, і затриманим.

Якщо затриманий відмовляється підписувати протокол, в ньому робиться спеціальна відмітка про це.

Про місце перебування затриманого СІН співробітники міліції повинні негайно повідомити його родичів. Як тільки адміністративне порушення оформлено, встановлено вид і вагу вилученого наркотику, накладено штраф, встановлено особу, затриманий підлягає звільненню.

Що стосується затримання **у кримінально-процесуальному порядку** (арешт), то воно здійснюється співробітниками міліції тільки в рамках Кримінально-процесуального кодексу України, якщо:

- людину застануть при скоєнні злочину або безпосередньо після його здійснення;
- очевидці, в т.ч. й потерпілі, прямо вкажуть на дану особу і на злочин, який вона вчинила;
- на підозрюваному або на його одязі, при ньому або в його житлі будуть знайдені явні сліди злочину.

Після затримання (арешту) особи працівники міліції зобов'язані:

- негайно зареєструвати затримання особи у відповідному журналі;
- забезпечити запис всіх дій, які проводили із затриманою (арештованою) особою, їх початок і кінець, осіб, які їх проводили, і тих, хто був присутній при цьому;
- забезпечити такій особі захисника з моменту затримання або арешту (взяття під варту), право захищати себе особисто та користуватися правовою допомогою захисника, реалізацію інших прав затриманих і заарештованих (узятих під варту) осіб;
- негайно, але не пізніше, як через дві години після затримання або арешту (взяття під варту) особи, повідомити про її місцезнаходження родичів та в разі усної або письмової вимоги – захисника, а також адміністрацію за місцем роботи чи навчання;
- забезпечити триразове харчування за єдиними нормами, встановленими Кабінетом Міністрів України;
- негайно надати медичну та іншу допомогу;
- повідомити підстави та мотиви затримання або арешту (взяття під варту), роз'яснити право оскаржувати їх у суді;
- забезпечити належне ставлення до затриманого і дотримання його прав.
- усно роз'яснити ч.1 статті 63 Конституції України, право відмовитись від надання будь-яких пояснень або свідчень до прибуття захисника та одночасно в друкованому вигляді – роз'яснити статті 28, 29, 55, 56, 59, 62 і 63 Конституції України та прав осіб, затриманих або заарештованих (взятих під варту), встановлених законом, зокрема, право захищати свої права та інтереси особисто або за допомогою захисника з моменту затримання або арешту (взяття під варту) особи, право відмовитись від надання будь-яких пояснень або свідчень до прибуття захисника;
- забезпечити можливість з моменту затримання або арешту (взяття під варту) захищати себе особисто та користуватися правовою допомогою захисника, зокрема, безкоштовною правовою допомогою відповідно до закону, який передбачає надання такої допомоги;
- інформувати центри з надання безкоштовної вторинної правової допомоги про кожен випадок затримання, арешту або узяття під варту особи, крім випадків, коли така особа захищає себе самостійно або запросила захисника.

Якщо є усна або письмова вимога про залучення захисника, співробітники міліції не мають права вимагати від особи будь-яких пояснень до прибуття захисника.

При наявності заяви з вимогою про залучення захисника або про відмову про його

залучення робиться відповідний запис у протоколі затримання або ухвалі про арешт, яка скріплюється підписом затриманого або арештованого.

При невиконанні працівником міліції вимог, встановлених цими статтями, особа, чий права були порушені, або її представники можуть звернутися до суду із заявою про відшкодування завданої шкоди у встановленому законом порядку.

По кожному випадку затримання особи за підозрою в скоєнні злочину співробітник міліції зобов'язаний скласти у двох примірниках протокол, в якому вказуються підстави, мотиви, день, час, рік, місяць, місце затримання, пояснення затриманого, час складання протоколу. У протоколі має бути зазначено, що підозрюваному роз'яснено його право мати захисника з моменту затримання. Протокол підписується особою, яка його склала, і затриманим. Другий примірник під розписку вручається підозрюваному.

Копія протоколу з переліком прав і обов'язків негайно вручається затриманому і протягом 24 годин передається прокурору.

Підозрюваним є особа, якій у порядку, передбаченому статтями 276-279 УПК, повідомлено про підозру, або особа, яка затримана за підозрою у вчиненні кримінального правопорушення. Обвинуваченим (підсудним) є особа, обвинувальний акт щодо якої переданий до суду в порядку, передбаченому статтею 291 УПК.

Потрібно негайно звільнити затриманого після зникнення підстав для затримання або закінчення граничного терміну затримання.

Протягом 72 годин після затримання особа повинна бути:

- 1) звільнена, якщо не підтвердилась підозра у скоєнні злочину;
- 2) звільнена у зв'язку із застосуванням інших запобіжних заходів, не пов'язаних з утриманням під вартою;
- 3) доставлена в суд з обранням для неї запобіжних заходів у вигляді взяття під варту.

Якщо особу затримано і щодо неї обрано запобіжний захід у вигляді взяття під варту, її треба негайно допитати, а якщо це неможливо, то здійснити допит протягом 24 годин після затримання. Під час допиту присутність захисника обов'язкова, крім випадків, коли особа сама від нього відмовилась.

З метою виявлення слідів злочину та інших речових доказів, з'ясування обставин злочину, а також інших обставин у справі, слідчий має право проводити огляд місцевості, приміщення, предметів і документів.

Огляд місця події у невідкладних випадках може проводитись до порушення кримінальної справи. У цих випадках за наявності для цього підстав кримінальна справа порушується негайно після огляду місця події.

За результатами огляду співробітник міліції складає протокол.

Огляд житла або іншого приміщення особи проводиться лише після вмотивованої постанови судді. Постанова судді оскарженню не підлягає.

Без ухвали судді огляд житла проводиться:

- у невідкладних випадках, пов'язаних з порятунком життя людей або майна;
- у зв'язку безпосереднім переслідуванням осіб, які підозрюються у скоєнні злочину;
- за письмової згоди власника житла.

У протоколі огляду обов'язково зазначаються причини, які зумовили проведення огляду без постанови судді.

З метою виявлення слідів злочину та інших речових доказів, з'ясування ситуації злочину, а також інших обставин, які мають значення для справи, слідчий проводить огляд місцевості, приміщення, предметів та документів.

Огляд місця події у невідкладних випадках може проводитись до порушення

кримінальної справи. У цих випадках, при наявності для того підстав, кримінальна справа порушується негайно після огляду місця події.

За результатами огляду слідчий складає протокол.

Для проведення у невідкладних випадках огляду місця події у помешканні чи іншому володінні особи, який здійснюється за її заявою або згідно з повідомленням про вчинений щодо неї злочин, також у разі відсутності цієї особи або неможливості отримати від неї згоду на проведення невідкладного огляду місця події, рішення суду не потрібне.

Огляд проводиться у присутності не менш як двох понятих і, як правило, вдень. Слідчий може запросити для участі в огляді фахівців, не зацікавлених у результатах справи. Якщо необхідно, слідчий проводить вимірювання, складає план і креслення оглянутого місця та окремих предметів, а також по можливості фотографує їх. Огляд предметів і документів, вилучених під час огляду місця події, при виїмці або обшуку, а також пред'явлення їх підозрюваному, обвинуваченому, потерпілому та іншим особам слідчий проводить на місці події, обшуку або виїмки, а у випадках, коли це неможливо, за місцем ведення справи.

2.4. Порядок поводження з ВІЛ-інфікованими особами, які приймають АРВ-препарати, під час затримання їх працівниками міліції

На сьогодні найгострішою є проблема щодо дотримання працівниками міліції прав і свобод ВІЛ-інфікованих осіб, які приймають АРВ-препарати. Це пов'язано з тим, що на даний час нормативні акти з даного питання не затверджені МОЗ та МВС України, а відповідні тимчасові роз'яснення відсутні. Тому в практичній діяльності працівників міліції трапляються непоодинокі факти їх непрофесійних дій щодо таких осіб під час затримання.

Необхідно відмітити, що за вчинення адміністративних правопорушень або за підозрою у вчиненні злочину особи, які приймають АРВ-препарати, затримуються працівниками міліції в установленому законодавством порядку. Відповідно їх оглядають (обшукують) і при цьому разом з іншими речами можуть виявити АРВ-препарати.

Про віднесення препаратів до вказаної категорії можуть свідчити:

- пояснення затриманої особи щодо належності виявлених препаратів та місця їх отримання;

- довідка встановленого зразка спеціалізованого закладу охорони здоров'я (ЛПЗ)² про те, що людина потребує безперервного лікування.

Картка учасника програми лікування АРТ (БААРТ) – це пластикова картка прямокутної форми, яка видається громадською організацією на підставі контракту між отримувачем послуг (ВІЛ-інфікованою особою) та їх надавачем (громадською організацією). Картка видається лише тим особам, що перебувають на обліку в Київському міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом. Ця картка свідчить про те, що її власник є ВІЛ-позитивним та проходить курс лікування АРТ.

У разі затримання або арешту (взяття під варту) особи, яка приймає АРВ-препарати,

²у даному випадку йдеться про Центри профілактики та боротьби зі СНІДом або про інші заклади, які безпосередньо проводять лікування за допомогою АРТ.

за вчинення адміністративного правопорушення або за підозрою у вчиненні злочину на термін понад три години працівник міліції повинен проінформувати про це територіальний заклад охорони здоров'я (СНІД-центр). Метою такого інформування є забезпечення хворої особи АРВ-препаратами під час її затримання, оскільки такі препарати можуть тимчасово вилучатися для встановлення їх належності.

Важливо знати, що препаратами АРТ швидкі медичні допомоги не укомплектовано, тому потрібно звертатися до спеціалізованого закладу.

Після отримання повідомлення про затримання особи, яка приймає АРВ-препарати, медичний працівник територіального ЛПЗ зобов'язаний терміново прибути до спеціалізованої міліції або кімнати для затриманих чергової частини органів внутрішніх справ та з'ясувати у затриманій особі місце видачі та потребу в АРВ-препаратах. У подальшому медичний працівник має терміново інформувати спеціалізований ЛПЗ про особу, яка потребує АРВ-препарати, у зв'язку із взяттям її під варту або затриманням.

Працівники міліції повинні проконтролювати доставку АРВ-препаратів медичними працівниками спеціалізованого ЛПЗ до особи, яка утримується під вартою. При передачі АРВ-препаратів медичний працівник зобов'язаний зробити запис у журналі первинного обстеження і реєстрації медичної допомоги особі, яку тримають у спеціалізованих, про режим прийому препаратів затриманим. Призначення лікаря є обов'язковим для виконання працівниками органів внутрішніх справ. Медичні працівники спеціалізованого ЛПЗ без документів, що посвідчують їх особу та місце роботи, до спеціальних установ міліції не допускаються. Медичним працівникам спеціалізованого ЛПЗ роз'яснюються правила поведінки у спеціальних установах міліції, що їх вони повинні дотримуватися з метою забезпечення особистої безпеки та спеціального режиму. Під час медичного огляду забороняється передавати один одному будь-які інші сторонні предмети, речі та документи. До і після проведення медичного огляду медичні працівники та їх речі можуть бути оглянуті працівником міліції.

Працівники органів внутрішніх справ зобов'язані сприяти діяльності працівників органів охорони здоров'я в організації постачання АРВ-препаратів особі, яка утримується під вартою.

У протоколі про особистий огляд, огляд речей робиться запис про виявлення в затриманій особі АРВ-препаратів. Під час складання протоколу в додатку зазначається кількість АРВ-препаратів та їх фармакологічна назва. Доставлені медичним працівником ЛПЗ АРВ-препарати треба покласти до камери схову, а в разі необхідності дотримання температурного режиму – до холодильника. Назва та кількість нових отриманих препаратів заноситься до журналу первинного обстеження і реєстрації медичної допомоги особам, які утримуються в спеціальній установі.

Якщо особу доправляють до кімнати для затриманих, АРВ-препарати разом з іншими предметами, які не є доказами у справі, здають для зберігання оперативному черговому органу внутрішніх справ, який перевіряє їх кількість, робить запис про їх отримання в журналі первинного обстеження і реєстрації медичної допомоги особам, які утримуються у спеціалізованих міліції, забезпечує їх зберігання у відповідних умовах, визначених в анотації до препарату.

Під час затримання, арешту (взяття під варту) працівникам міліції суворо забороняється порушувати режим прийому АРВ-препаратів. Інформація про наявність затриманих, які потребують безперервного прийому АРВ-препаратів, передається кожному наступному черговому по зміні з метою забезпечення дотримання режиму прийому АРВ-препаратів.

Черговий чергової частини органу внутрішніх справ, спеціальної установи міліції за 15 хвилин до прийому АРВ-препаратів повідомляє затриманому про необхідність їх прийому. Для полегшення прийому ліків затриманий забезпечується рідиною (питна вода, теплий чай). При цьому робиться відмітка у вказаному журналі, яка фіксується підписом затриманого.

У разі неможливості перебування затриманого під вартою в умовах тимчасового ув'язнення у зв'язку з погіршенням стану здоров'я, пов'язаного з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, він направляється на лікування до спеціалізованого або іншого визначеного закладу охорони здоров'я.

При переведенні особи, яка приймає АРТ, у слідчий ізолятор або інший ізолятор тимчасового утримування, у затриманого можуть закінчитися АРВ-препарати. Черговий органу внутрішніх справ (спеціальної установи міліції) заздалегідь повідомляє медичного працівника територіального ЗОЗ для подальшого оповіщення медичного працівника спеціалізованого ЗОЗ, який здійснює видачу АРВ-препаратів, про необхідність забезпечення затриманого препаратом для продовження лікування. В разі необхідності затриманий забезпечується відповідною нормою препарату з розрахунку на середню тривалість етапування з урахуванням необхідної кількості для продовження лікування в ізоляторі тимчасового утримування протягом 20 днів. Про одержання препаратів робиться відповідна помітка у протоколі.

Звільненій з-під варті особі, яка приймає АРВ-препарати, повертаються всі АРВ-препарати, що залишились. У разі нестачі препаратів протягом 5 діб проводиться службове розслідування, про результати якого за підписом начальника ізолятора тимчасового утримування інформується хворий (протягом терміну, передбаченого чинним законодавством). Результати службового розслідування щодо несвоєчасного надання медичної допомоги є приводом для звернення осіб зі скаргою до суду відповідно до Закону України «Про міліцію».

ВИКОРИСТАНА ТА РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

- Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / Г. Берлева, К. Думчев, М. Касянчук та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 68 с.

- Аналітичний огляд: Замісна терапія / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2007.

- ВІЛ-інфекція в Україні // Інформаційний бюлетень МОЗ України. – 2013. – №40.

- ВІЛ-інфекція та СНІД в Україні. Збірник матеріалів з актуальних проблем протидії епідемії. – К.: Медінфоцентр, 2001.

- Вплив програм замісної підтримуючої терапії на криміногенну ситуацію у державі: Аналітичний звіт за результатами наукового дослідження / О.М. Джужа, О.М. Стрільців, С.В. Дворяк, А.П. Толопіло, В.Г. Ожогова та ін.; за ред. О.М. Джужі. – Харків: Права людини, 2012. – 82 с.

- Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД. Звітний період: січень 2010 р.- грудень 2011р. / Міністерство охорони здоров'я України – Київ, 2012. – 240 с.

- Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2012, ЮНЭЙДС. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_ru.pdf – Загол. с экрана. – Язык русс.

- Дворяк С., Скала П. Заместительная поддерживающая терапия в Украине: сможет ли общество эффективно противостоять эпидемии ВИЧ/СПИД? / МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». – К., 2008. – 16 с.

- Загальносоціальна та спеціальна профілактика наркоманії та ВІЛ/СНІДу: навч.-метод. посібн / МВС України. НАВСУ; О.М. Джужа, О.Ф. Гіда, Г.І. Піщенко, С.М. Корецький. – К., 2004. – 79 с.

- Замісна терапія (аналітичний огляд). – 2-ге вид. / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2005. – 18 с.

- Зріз наркотичної ситуації в Україні 2012 (дані 2011 року) – Київ, 2012. – 25 с.

- Кодекс України про адміністративні правопорушення // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1984. – Додаток до №51. – Ст. 1122.

- Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. – К.: Просвіта, 1996. – 80 с.

- Кримінально-процесуальний кодекс України // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1961. – №2. – Ст. 15.

- Кримінальний кодекс України 2001 року // Відомості Верховної Ради України. – 2001. – №25, 26.

- «Люди и ВИЧ» / МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». – Изд. 4. – 2006.

- Мониторинг и оценка программ и проектов: практ. пособ. / О.С. Морозова, О.В. Варецкая, Д. Джонс, П. Чикуква, Т.А. Салюк. – К.: Оранта, 2007. – 140 с.

- Новини ВІЛ/СНІД (політика та адвокація). – Вип. 7-9 (січень – липень). – 2006 /

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – 36 с.

- Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД / МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – К., 2007.

- Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД в 2013 году: Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года, ЮНЭЙДС. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_ru.pdf – Загол. с экрана. – Язык русс.

- Питання сучасної наркополітики України: права людини та доступ до лікування / Одеська правозахисна група «Верітас». – Харків: Права людини, 2011 р. – 94 с.

- Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України від 12 грудня 1991 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – №11 (17.03.92). – Ст. 152.

- Про затвердження графіків розподілу препаратів «Еднок» (бупренорфіну гідрохлорид) і «Метадол» (метадону гідрохлорид): Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 4 червня 2007 р. №295.

- Про затвердження графіків розподілу препарату «Метадол» (метадону гідрохлорид): Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 липня 2008 р. №407.

- Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки: Закон України від 19 лютого 2009 р. // Відомості Верховної Ради України. – 2009. – №27 (03.07.09). – Ст. 353.

- Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 р. та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 рр.: Постанова Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р. №264 // Офіційний вісник України. – 2004. – №10 (26.03.2004). – Ст. 594.

- Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, пересилання, ввезення, вивезення, відпуску, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів: Наказ Державного комітету з питань регуляторної політики та підприємництва і Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2001 р. №39/66 // Офіційний вісник України. – 2001. – №11 (30.03.2001). – Ст. 480.

- Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, територіальних органів внутрішніх справ, установ виконання покарань і слідчих ізоляторів у частині забезпечення наступності диспансерного спостереження за ВІЛ-позитивними особами, здійснення клініко-лабораторного моніторингу за перебігом хвороби та проведення антиретровірусної терапії: Наказ Міністерства охорони здоров'я, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України від 5 вересня 2012 р. № 692/775/1311/5.

- Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 р. №200.

- Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 грудня 2010 р. №1141.

- Про затвердження програми по запобіганню поширенню ВІЛ-інфекції в місті

Києві, забезпеченню допомоги та лікування людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, на 2006 – 2008 рр.: рішення Київської міської ради XII сесії IV скликання від 9 березня 2006 р. №161/3252.

- Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику: Наказ Міністерству України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 13 вересня 2010 р. № 3123/275/770.

- Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 серпня 2008 р. №476.

- Про заходи щодо організації ВІЛ/СНІД профілактики та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 грудня 2006 р. №846.

- Про міліцію: Закон України від 20 грудня 1990 року // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1991. – №4 [22.01.91]. – Ст. 20.

- Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори: Закон України від 15 лютого 1995 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1995. – №10 [07.03.95]. – Ст. 60.

- Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 12 грудня 1991 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – №11 [17.03.92]. – Ст. 152.

- Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 квітня 2005 р. №161.

- Про розширення доступу до замісної підтримуючої терапії для ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків у містах Києві, Одесі та Миколаєві: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 січня 2008 р. №14.

- «Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні» / Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу. – 2005.

- Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози // Український ін-т соціальних досліджень. Британська рада в Україні. М-во Великої Британії у справах міжнародного розвитку (DFID). – К., 2003. – 146 с.

- Справедливість для всіх. Значимість правової допомоги в контексті надання медичних послуг споживачам наркотиків в Україні. – К.: Інститут відкритого суспільства, 2008.

- Стандарт надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркотичних речовин): Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України 13 вересня 2010 №3123/275/770

- Формування мотивації здорового способу життя та алгоритмів безпечної поведінки у працівників правоохоронних органів: навчально-методичний посібник. / А.О. Протопопов – Комсомольск, СВД Олексієнко В.В., 2013. – 104 с.

- Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом. – К.: Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка, 2006.

- Шаг за шагом: проблемы сообщества потребителей инъекционных наркотиков и пути их решения: метод. реком. / МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». – К., 2004. – 195 с.