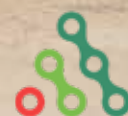


Наркополитика в Восточной Европе и Центральной Азии:

экономические, медицинские
и социальные последствия



SPONSORED BY



Alliance[®]
for Public Health

Оглавление

- 4** Наркополитика в ВЕЦА: экономические, медицинские и социальные последствия
- 4** Резюме исследования
- 6** Об отчете
- 8** Обзор проекта
- 8** История вопроса
- 9** Цели
- 9** Глава 1: Запуск вслепую
- 9** Неизвестные проблемы людей, употребляющих инъекционные наркотики
- 11** Снижение вреда
- 11** Доступ и препятствия на пути предоставления услуг в странах ВЕЦА
- 14** Глава 2: Гордость и позор
- 16** Стигма и наказание
- 18** Глава 3: Скорее, нежелание, чем неспособность – инвестирование в снижение вреда
- 18** Цена карательной политики
- 19** Моделирование влияния декриминализации и расширения масштабов общественного здравоохранения
- 19** Методика
- 20** Результаты: Передача ВИЧ-инфекции
- 21** Результаты: Расходы на расширение масштабов программ и экономия из-за сокращения лишения свободы по каждому сценарию
- 27** Вывод:
- 29** Примечания по интерпретации
- 31** Приложение I: Ключевые характеристики страны
- 31** Беларусь
- 34** Казахстан
- 37** Кыргызстан
- 40** Россия
- 43** Приложение II: Источники данных
- 44** Приложение III: Методы моделирования.
- 46** Приложение IV: Таблицы данных
- 46** Таблица A1: Параметры модели и прогнозы
- 46** Таблица A2: Краткое описание сценария
- 47** Таблица A3: Анализ эффективности затрат
- 49** Список использованных источников:

Резюме исследования

Бывшие коммунистические страны Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) – это страны с переходной экономикой, с возрастающими расходами на здравоохранение в контексте реформ систем здравоохранения.⁽¹⁾ ВЕЦА – один из немногих регионов мира, где растет заболеваемость вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). В связи с наличием множества других проблем, интервенции в области общественного здравоохранения по борьбе с ВИЧ не входили в приоритеты политиков, а выделение государственных средств на расширение программ профилактики ВИЧ не соответствовало реальным потребностям.^(2,3)

Криминализация употребления наркотиков и лишение свободы за правонарушения, связанные с наркотиками, – один из основных факторов, влияющих на увеличение численности заключенных в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА).⁽⁴⁾ Аресты и задержания людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), дорого обходятся государствам^(5,6) и сопровождаются увеличением числа ВИЧ-инфицированных.⁽⁷⁾ Средства, выделяемые на содержание под стражей ЛУИН, значительно превышают средства, потраченные на профилактику и лечение этой группы. Стигма, связанная с употреблением наркотиков в странах ВЕЦА, тормозит расширение программ профилактики ВИЧ в структуре базовых услуг общественного здравоохранения.⁽⁸⁾

В ряде стран Западной Европы широко применяются научно обоснованные и проводимые силами сообществ услуги по снижению вреда, в контексте отказа от криминализации индивидуального употребления и хранения наркотиков и соблюдения прав человека.⁽⁹⁾ Такие подходы к снижению вреда помогли уменьшить бремя проблем, связанных с употреблением наркотиков, сократить переполненность тюрем и резко снизить заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди ЛУИН.⁽⁹⁾ Аргументы в пользу упразднения криминализации и стигмы, связанной с ВИЧ, среди ЛУИН в странах ВЕЦА очевидны, в то же время прогресс в вопросе декриминализации крайне мал.

Этот отчет аналитического отдела журнала «Экономист» (EIU) призван обратить внимание политиков четырех исследуемых стран региона ВЕЦА: Беларуси, Казахстана, Кыргызстана и России – к неоспоримым доводам в пользу экономической эффективности и выгоды для здравоохранения от уменьшения криминализации потребления наркотиков, расширения программ снижения вреда, а также преодоления стигмы и дискриминации в отношении ЛУИН и других уязвимых групп населения. Данный отчет содержит следующие основные рекомендации для стран с целью минимизации ВИЧ-инфекции среди ЛУИН:

Перераспределение ресурсов. Инвестирование сэкономленных в результате декриминализации употребления и хранения наркотиков в личных целях средств (38 млн. евро или 773 млн. евро за 20 лет) в расширение масштабов антиретровирусной терапии (АРТ) и лечения наркозависимости с использованием опиоидных агонистов (ЛОА) может эффективно контролировать нынешнюю эпидемию ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в четырех исследуемых странах без дополнительных затрат. Это позволит добиться целевых показателей Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ и СПИДУ (ЮНЭЙДС) по охвату АРТ во всех странах, увеличения охвата ЛОА и сокращения количества случаев ВИЧ среди ЛУИН на 79,4–92,9 % за 20 лет. Поскольку ЛОА в России недоступно, увеличение масштаба программ обмена игл и шприцев (ПОШ) является альтернативным решением, и это дешевле, чем расширение ЛОА и АРТ. В среднем, 46,5 миллионов евро в год будет достаточно, чтобы охватить ПОШ для 60% ЛУИН и таким образом предотвратить около 14 000 случаев ВИЧ-инфицирования в год. Потрясают возможные объемы экономии средств и предотвращенные случаи ВИЧ-инфекции в результате такого простого перераспределения ресурсов – от криминализации на развитие подходов по снижению вреда. Этим не может пренебрегать ни одно правительство.

Расширение масштабов снижения вреда в пенитенциарных учреждениях и непрерывность сервисов после освобождения.

Наказание должно ограничивать свободу, а не медицинскую помощь. Необходимо прилагать усилия для снижения вреда не только в обществе, но и в тюрьмах. Данные о рисках передачи ВИЧ в местах лишения свободы зачастую ограничены из-за занижения показателей и некачественных способов их сбора. Особое внимание следует уделять ЛУИН после выхода из мест лишения свободы, чтобы они и в дальнейшем продолжали получать услуги, а также чтобы предотвратить передозировку наркотиками и снизить вероятность правонарушений в будущем. Беспрерывность сервисов, включающих меры по снижению вреда в местах лишения свободы и после освобождения, имеет решающее значение для снижения распространенности ВИЧ-инфекции в долгосрочной перспективе и должна быть неотъемлемым принципом национального подхода, объединяющего здравоохранение и систему уголовного правосудия.

Борьба со стигмой и дискриминацией.

Необходимо положить конец стигме и дискриминации уязвимых групп населения. Семинары-практикумы по борьбе со стигмой, обучающие работников здравоохранения и правоохранительных органов методам профилактики ВИЧ-инфекции, – простое

решение, к которому, к сожалению, недостаточно прибегают в ВЕЦА. Такие семинары должны делать акцент на важности консультативной помощи, поддержки психического здоровья, решения проблемы бездомности, предотвращения передозировки и обеспечения доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. Долгосрочные решения требуют последовательного и надежного сбора данных о насилии, дискриминации и стигме, наряду с активным использованием теневых и альтернативных отчетов, направленных в соответствующую структуру ООН по правам человека.

Незамедлительная реформа

правоохранительных органов. Чтобы предотвратить коррупционные действия со стороны сотрудников правоохранительных органов, нужно не только провести реформу полиции, но и кардинально изменить правовые предписания о наркотиках и политике здравоохранения, касающиеся потребителей наркотиков и людей, живущих с ВИЧ. Карательные законы против ключевых групп населения должны быть отменены, а уязвимые группы населения, включающие лиц, занятых в секс-индустрии, мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендеров, заключенных и ЛУИН, должны быть защищены, а не подвергаться нападкам со стороны законов и правоохранительных органов.

Об отчете

В этом отчете описываются методы и основные выводы исследования аналитического отдела журнала «Экономист» о криминализации и состоянии здоровья людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), в четырех странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА): Беларуси, Казахстане, Кыргызстане и России. Эти страны были выбраны в связи с высоким уровнем потребления наркотиков, несоразмерного законодательного регулирования и правоохранных практик в отношении ЛУИН. Кроме того, они являются политически влиятельными странами в региональном контексте: Россия устанавливает стандарты политики в отношении наркотиков во многих странах Восточной Европы, а Казахстан – в Центральной Азии. В этом отчете раскрываются последствия карательной политики правоохранительных органов с использованием метода моделирования, который оценивает экономию и выгоды от расширения масштабов мер общественного здравоохранения в интересах ЛУИН, в отличие от нынешнего подхода криминализации. В заключении отчета приводятся ключевые рекомендации по совершенствованию практик снижения вреда для ЛУИН в странах ВЕЦА с целью снижения уровня распространения ВИЧ. В Приложение включены справки по странам исследования, в которых представлен охват интервенциями по снижению вреда, состояние внедрения политики общественного здравоохранения в отношении ЛУИН и описано действующее законодательство, регулирующее оборот наркотиков. В большинстве стран ВЕЦА доступ к достоверным данным о местах лишения свободы и отчетам о работе пенитенциарных систем ограничен. В дополнение к опубликованной литературе были проведены интервью с экспертами, выдержки из которых представлены в тексте отчета.

Исследование проведено по заказу Альянса общественного здоровья (при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией), который является ведущей неправительственной организацией, оказывающей значительное влияние на эпидемии ВИЧ/СПИДа и других инфекционных заболеваний в регионе ВЕЦА и во всем мире. Аналитический отдел журнала «Экономист» несет полную ответственность за содержание этого отчета и связанного с ним резюме. Мнения, изложенные в отчете, не обязательно отражают точку зрения спонсора.

Мы хотели бы выразить признательность следующим лицам за то, что они поделились своими знаниями и опытом:

Нурали Аманжолову, Президенту Ассоциации людей, живущих с ВИЧ, в Центральной Азии, Казахстан

Анне Дерябиной, директору Международного центра программ ухода и лечения СПИДа (ICAP) при Колумбийском университетов Центральной Азии

Михаилу Голиченко, бывшему сотруднику российских правоохранительных органов, в настоящее время юристу и старшему политическому аналитику Правовой сети по ВИЧ

Нуриане Картанбаевой, заместителю исполнительного директора юридической программы Фонда Сороса, Кыргызстан

Шерри Келли (Sherrie Kelly), Моделирование инфекционных заболеваний, Институт Бернета, Австралия

Роману Хабарову, бывшему сотруднику полиции и юристу–правозащитнику в России

Алексу Кнорре (Alex Knorre), докторанту кафедры криминологии Пенсильванского университета США и научному сотруднику Института верховенства права, Европейский университет в Санкт–Петербурге, Россия

Жаннат Космухамедовой, Главе Отделения региональной программы для Восточной Европы Управления по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций

Элизе Курчевич, старшему руководителю программы, Евразийская ассоциация снижения вреда, Литва

Питеру Мейлахсу (Peter Meylaks), доценту Санкт–Петербургской школы экономики и менеджмента, Россия

Ярославу Романчуку, белорусскому экономисту и политику, президенту Центра Мизеса, Беларусь

Ане Саранг (Anya Sarang), Президенту Фонда Андрея Рьлькова в области здравоохранения и социальной справедливости, Россия

Сергею Сошникову, старшему научному сотруднику по общественному здравоохранению Московского физико–технического института, Россия

Никите Таранищенко, бывшему прокурору, сейчас – адвокату–правозащитнику, Россия

Дэвиду Уилсону (David Wilson), в настоящее время глобальному ведущему специалисту по науке о принятии решений и их реализации, Глобальная практика в области здравоохранения, питания и народонаселения, ранее – директору Глобальной программы по СПИДу, Всемирный банк

Елене Фисенко и Денису Гаваркову, Республиканский научно–практический центр медицинских технологий, информации, администрирования и менеджмента здравоохранения (основной реципиент гранта Глобального фонда), Беларусь

Статистический анализ моделирования проведен:

Фредериком Алтисом (Frederick Altice),

Отделение инфекционных заболеваний,
Медицинский факультет, Медицинская школа
Йельского университета, США

Хавьером Сепеда (Javier Cepeda), Отделение
инфекционных заболеваний и глобального
общественного здравоохранения, Калифорнийский
университет в Сан-Диего, США

Набилой Эль-Бассель (NabilaEl-Bassel),

Отделение инфекционных заболеваний,
Медицинский факультет, Медицинская школа
Йельского университета, США

Ксенией Ерицян, факультет социологии, НИУ ВШЭ,
Россия

Робертом Хеймером (Robert Heimer), Отделение
инфекционных заболеваний и глобального
общественного здравоохранения, Калифорнийский
университет в Сан-Диего, США

Тейлор Литц (Taylor Litz), Отделение
инфекционных заболеваний и глобального
общественного здравоохранения, Калифорнийский
университет в Сан-Диего, Сан-Диего, США

Виктором Ивакиным, ICAP при Колумбийском
университете, Школа общественного
здравоохранения им. Мэйлмана, Колумбийский
университет, Казахстан

Андреа Лоу (Andrea Low), ICAP при
Колумбийском университете, Школа общественного
здравоохранения им. Мэйлмана, Колумбийский
университет, США

Джеком Стоуном (Jack Stone), старшим научным
сотрудником по математическому моделированию
инфекционных заболеваний, Бристольский
университет, Великобритания

Асель Терликбаервой, Отделение инфекционных
заболеваний, Медицинский факультет, Медицинская
школа Йельского университета, США

Питером Викерманом (Peter Vickerman),
профессором моделирования инфекционных
заболеваний, Бристольский институт науки о
здоровье населения, Бристольский университет,
Великобритания

Зои Уорд (Zoe Ward), старшим научным
сотрудником по математическому моделированию
инфекционных заболеваний, Бристольский
университет, Великобритания

Проектная группа «Экономист интеллидженс юнит»:

Крисси Бишоп (Chrissy Bishop) – руководитель
проекта

Анелия Бошнакова – куратор проекта

Роб Кук (Rob Cook) – куратор проекта

Обзор проекта

История вопроса

Восточная Европа и Центральная Азия (ВЕЦА) – единственный регион мира, где с 2010 года увеличились заболеваемость ВИЧ (+ 72%) и смертность от СПИДа (+ 24%).⁽¹⁰⁾ Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИД (ЮНЭЙДС) ставит глобальные цели по сокращению эпидемии ВИЧ / СПИДа, более известные как стратегия 90–90–90. Эта стратегия ставила к 2020 году следующие цели:

- 90% всех людей, живущих с ВИЧ, будут знать свой ВИЧ–статус.
- 90% всех людей с диагностированной ВИЧ–инфекцией будут постоянно получать антиретровирусную терапию.
- 90% всех людей, получающих антиретровирусную терапию (АРТ), достигнут подавления вируса.

В июне 2016 года все страны ВЕЦА активно выступили в поддержку этих целей ЮНЭЙДС, взяв на себя обязательства по осуществлению амбициозных стратегий и программ.⁽¹¹⁾ Несмотря на это, в 2019 году ни Беларусь, ни Казахстан, ни Кыргызстан, ни Россия их не достигли.⁽¹²⁾ Предыдущая цель ЮНЭЙДС по двукратному сокращению ВИЧ среди ЛУИН к 2015 году была невыполнена на целых 80%. Продолжение этой тенденции приведет к отказу от глобальной цели покончить со СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) к 2030 году.⁽¹³⁾ Несмотря на серьезность эпидемии ВИЧ в ВЕЦА, власти стран не рассматривали ее как кризис общественного здравоохранения, что отчасти связано с политическими барьерами, которые только усугубляют проблему.

Эпидемия ВИЧ–инфекции в этом регионе в значительной степени подпитывается употреблением инъекционных наркотиков, на которое приходится 48% новых случаев инфицирования ВИЧ^(14, 15), а также высокой распространённостью ВИЧ среди ЛУИН (7,3–53,4%).⁽¹⁶⁾ Многим ЛУИН поздно ставят диагноз. Это говорит

о том, что тестирование на ВИЧ в регионе не проводится в нужном объеме.⁽¹⁷⁾ В 2016 году Генеральная Ассамблея ООН провела специальную сессию по проблеме наркотиков, на которой была рассмотрена необходимость в лично–ориентированном, с учетом прав человека, подходе к употреблению наркотиков, «расширении специфичных профилактических интервенций в регионах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ–инфекцией». К сожалению, такого расширения в ВЕЦА не произошло. Для региона в целом характерны недостаточно эффективные меры по профилактике и лечению ВИЧ^(18, 19), обусловленные ограниченными инвестициями, особенно из национальных источников финансирования.⁽²⁰⁾ Распространение ВИЧ–инфекции нередко возникает среди других групп повышенного риска, таких как заключенные,⁽⁷⁾ причем около 58% ЛУИН провели какую–то часть своей жизни в тюрьме.⁽¹⁶⁾ Хотя употребление инъекционных наркотиков в местах лишения свободы зачастую снижается, остается высокий уровень риска заражения из–за ограниченного доступа к стерильному инъекционному инструментарию и возрастания практики совместного использования шприцев.^(21, 22)

ЮНЭЙДС определяет следующие факторы, усиливающие передачу ВИЧ среди ЛУИН:⁽¹⁵⁾

1. криминализация и карательные законы;
2. отсутствие или неадекватность профилактических услуг;
3. широко распространенное осуждение обществом;
4. отсутствие финансирования.

Из–за медленных темпов продвижения к целям ЮНЭЙДС в регионе ВЕЦА, что проявляется в постоянном росте числа случаев инфицирования ВИЧ, в настоящем отчете более подробно рассматриваются масштабы и воздействие этих факторов.

Цели

Для понимания социальных и политических барьеров и расходов, связанных с расширением масштабов профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, данное исследование поставило следующие цели:

Глава 1. Изучение эпидемии ВИЧ среди ЛУИН, оказания услуг по снижению вреда и инвестиционной среды в ВЕЦА;

Глава 2. Изучение правоприменительной практики по борьбе с наркотиками и обвинительных приговоров в каждой стране, обзор литературы и политики, а также – интервью с экспертами;

Глава 3. Разработка модели для четырех стран (Беларусь, Казахстан, Кыргызстан и Россия), отражающей динамику и стоимость криминализации ЛУИН, ее пагубное воздействие на передачу ВИЧ, а также оценка потенциальных выгод с точки зрения здоровья и экономии от сокращения криминализации, и расходов на повышение эффективности ЛОА и АРТ;

Выводы. Обсуждение последствий сделанных выводов и рекомендации на будущее.

Глава 1. Запуск вслепую

Неизвестные проблемы людей, употребляющих инъекционные наркотики

Европейский регион характеризуется значительными различиями в ответе на эпидемию ВИЧ-инфекции между субрегионами⁽²³⁾ и неопределенностью в оценке распространенности ЛУИН⁽²⁴⁾, что усложняет планирование и проведение интервенций. По статистике распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в 28 раз выше, чем среди остального населения⁽¹⁵⁾, однако, на практике скудность данных препятствует расширению услуг по снижению вреда для ЛУИН.⁽²⁵⁾ Информация по региону ВЕЦА часто поступает из исследований с разными размерами выборки и методами сбора данных. Это мешает сделать однозначные выводы о характеристиках и доступе к услугам общественного здравоохранения для ЛУИН, но есть и некоторые общие черты. Все страны демонстрируют низкий охват интервенций по снижению вреда, высокую численность заключенных

и рост распространенности ВИЧ среди ЛУИН.⁽¹⁷⁾ На основе многолетних данных регулярно проводимого в трех исследуемых странах (данные по России получены иначе) национального интегрированного биологического и поведенческого дозорного эпиднадзора (ДЭН)⁽²⁶⁾, самый высокий уровень распространенности ВИЧ среди ЛУИН (выраженный как доля от общего количества ЛУИН) – в России, за которой следуют Беларусь, Кыргызстан и Казахстан (60%, 31%, 14% и 8% соответственно) (Таблица 1). Поскольку ВИЧ в основном распространен в группах повышенного риска, таких как ЛУИН и заключенные, интервенции должны охватывать и гражданский сектор, и места лишения свободы. По данным ДЭН, в Беларуси около 76,2% ЛУИН в определенный момент жизни находились под стражей, далее следуют Кыргызстан (46%), Казахстан (43,6%) и Россия (34%) (Таблица 1). Качественные данные о количестве заключенных представлены в нескольких источниках, при этом наибольшее количество заключенных приходится на Россию, за ней следуют Казахстан, Беларусь и Кыргызстан (Таблица 1).

Таблица 1. Характеристики и затраты на программы снижения вреда

	Беларусь	Казахстан	Кыргызстан	Россия
Демография				
Распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН ^(27–30)	30,8% (2017 г.)	7,9% (2018 г.)	14,3% (2016 г.)	60%* (2017 г.)
Численность заключенных ⁽³¹⁾	32 500	35 219	10 574	602 176
Распространенность ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы (2015) ⁽³²⁾	6%	3%	11%	7%
Величина популяции ЛУИН ^(16, 27–29, 33)	75 000 (2014 г.)	120 500 (2016 г.)	25 000 (2013 г.)	1 881 000 (2017 г.)
Охват ЛОА ^(34–36)	3,7% (сообщество 2019 г.)	<1% (2019 г.)	4% (2019 г.)	0%
Охват АРТ среди ВИЧ + ЛУИН ^(27–30, 36, 37)	40,5% (2018 г.)	28,5% (2018 г.)	27% (2016 г.)	42% (2017 г.)*
Охват ПОШ в гражданском секторе ^(27–29)	69,4%	87,4%	55,7%	Нет данных
Подавление вируса у ВИЧ + ЛУИН ^(38–41)	45,8% (2016 г.)	54% (2018 г.)	89% (2019 г.)	81% (2017 г.)*
Шприцы, полученные на ЛУИН в год ⁽²⁴⁾	27 ^(16–72)	145 (98–216)	246 (166–366)	2 (1–3)
Количество действующих центров ПОШ ⁽⁴²⁾	34	144	40	20
Доля ЛУИН, когда-либо находившихся в заключении ^(27, 29, 43, 44)	76,2% (2020 г.)	43,6% (2018 г.)	46% (2016 г.)	34% (2012 г.)*
Расходы				
Стоимость АРТ на человека в год (2018 г.) ^(45, 46)	302 €	1,230 €	363 €	1,259 €
Стоимость ЛОА на человека в год (2018 г.) ^(45, 46)	550 €	422 €	383 €	441 € (рассчитаны на основе Казахстана)
Стоимость заключения на человека в год ^(5, 47)	5 480 € (рассчитаны на основе Азербайджана, 2014 г.)	5 952 € (рассчитаны на основе России, 2018 г.)	1 259 € (2018 г.)	6 641 € (2018 г.)
Единовременные расходы на содержание в предварительном заключении на одного человека (2010 г.) ⁽⁴⁷⁾	960 € (рассчитаны на основе России)	1 161 € (рассчитаны на основе России)	2 008 €	1 371 €
ВВП на душу населения (2018 г.)	5 419 €	8 157 €	1 123 €	9 586 €

Сокращения: **АРТ** – антиретровирусная терапия; **ПОШ** – программы обмена игл и шприцев; **ЛОА** – лечение опиоидными агонистами.

Примечание. Данные по России разрознены и получены из разных крупных городов и источников. Самыми содержательными для целей данного исследования ДЭН оказались данные Санкт-Петербурга, именно он используется в качестве косвенного показателя для России, в случаях, когда данные по стране в целом отсутствуют.

*Данные по Санкт-Петербургу, а не по России.

Снижение вреда

Вставка 1: Что такое снижение вреда?

Снижение вреда включает ряд интервенций, программ и политик, направленных на снижение вреда для здоровья, уменьшение социального и экономического ущерба от употребления наркотиков отдельным лицам, группам людей и обществам. Оказание помощи и поддержки, а не наказание ЛУИН, – это подход в области общественного здравоохранения, который привел к сокращению масштабов распространения ВИЧ-инфекции, числа заключенных, смертности от передозировки наркотиками и других связанных со здоровьем рисков в других странах Европы.⁽⁴⁹⁾ Снижение вреда обычно включает три основные интервенции: лечение опиоидными агонистами (ЛОА), программы обмена игл и шприцев (ПОШ) и антиретровирусная терапия (АРТ). Этот подход также может включать аутрич-работу, информирование по вопросам здоровья.⁽⁵⁰⁾

Чтобы страны смогли покончить со СПИДом к 2020 году, целевые показатели ЮНЭЙДС 90–90–90 означают, что около 81% всех людей, живущих с ВИЧ, должны проходить лечение АРТ, а 73% этих людей должны иметь подавление вируса.⁽⁵¹⁾

По мнению ЮНЭЙДС, чтобы достичь высокого показателя охвата, 40% всех ЛУИН должны получать ЛОА. Цифра сформирована на основе показателей охвата, достигнутых в странах с хорошо развитыми программами ЛОА. Для программ ПОШ высокие показатели охвата – 60% и выше.⁽⁵²⁾

Интервенции по снижению вреда показали хорошие результаты в разных регионах мира.⁽⁵³⁾ Однако, они чаще всего доступны в гражданском секторе, но их остро не хватает

в местах лишения свободы по всему миру, особенно в странах ВЕЦА.^(54, 55) Было доказано, что АРТ резко снижает число заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией, и может полностью оградить людей от распространения ВИЧ.⁽⁵¹⁾ ЛОА – это научно обоснованное лечение, которое в силах снизить смертность от передозировки наркотиками,⁽⁵⁶⁾ уменьшить передачу вирусов, передающихся через кровь, таких как ВИЧ, и улучшить результаты лечения ВИЧ-инфекции.^(56–59) С помощью ЛОА можно также усовершенствовать каскад медицинской помощи при ВИЧ-инфекции: если пациенты поддерживают контакт с медицинским работником, они с большей вероятностью получают консультацию и обследование на ВИЧ и смогут пройти курс лечения.^(20, 59) Этот вывод подтверждается в регионе ВЕЦА.^(60, 61) Существует ряд исследований, которые показывают, что ЛОА может снизить уровень преступности и сроки тюремного заключения среди ЛУИН.^(61–75) Одно из исследований показало, что увеличение охвата ЛОА для ЛУИН в местах лишения свободы до 50% и сохранение их на ЛОА после освобождения снизило количество новых случаев заболевания ВИЧ-инфекцией среди ЛУИН в целом на 20% за 15 лет.⁽⁷⁶⁾ Не стоит упускать из виду психосоциальные и социальные преимущества.⁽⁷⁷⁾ В комплексе эти преимущества могут косвенно снизить передачу ВИЧ-инфекции за счет снижения количества ЛУИН в местах лишения свободы, а также повысить набор пациентов на АРТ и профилактический эффект АРТ.⁽⁷⁵⁾ Фактические данные, оценивающие эффективность ПОШ, показали в ряде случаев снижение передачи ВИЧ-инфекции не менее, чем на 33–42%.⁽⁵²⁾

Доступ и препятствия на пути предоставления услуг в странах ВЕЦА

Регион ВЕЦА характеризуется очень разным доступом к услугам снижения вреда. Существуют большие различия между доступом к снижению вреда в гражданском секторе и местах лишения свободы, причем в последнем случае доступ часто ограничен или вообще отсутствует. Кроме того, места лишения свободы, как правило, представляют собой сложную среду для получения данных, особенно в отношении ВИЧ-инфекции, поскольку в пенитенциарных учреждениях нет обязательных тестов на вирусы. Сбор данных об употреблении инъекционных наркотиков в исправительных учреждениях может быть искажен, поскольку влечет за собой уличение заключенных и дисциплинарные наказания, поэтому потребители инъекционных наркотиков чаще предпочитают оставаться незамеченными.⁽⁷⁸⁾

Доступ к ЛОА есть только в трех из четырех стран исследования, поскольку ЛОА запрещено в России, несмотря на то, что гражданское общество в России выступает за интервенции по снижению вреда, рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Доступ к ЛОА в Беларуси, Казахстане и Кыргызстане существует, но на общем фоне выглядит крайне незначительным.⁽⁷⁶⁾ Питер

Мейлахс, доцент Санкт-Петербургской школы экономики и менеджмента, изучает тенденции, касающиеся наркотиков, и доступность услуг по снижению вреда в регионе. Профессор Мейлахс объясняет, что запрет ЛОА в России во многом связан с тем, что старое поколение наркологов рассматривает предоставление опиоидных агонистов потребителю наркотиков в качестве замены одного опиата другим как поощрение, а не лечение. «Даже при лечении рака, когда пациенты нуждаются в сильных болеутоляющих, таких как морфин, в России до сих пор есть проблемы с опиоидами для медицинского применения, даже когда пациент страдает и умирает. Очень консервативные методы, на мой взгляд.»

Согласно Национальному наркологическому реестру,⁽⁷⁶⁾ только 3% заключенных в Казахстане были зарегистрированы как опиоидно зависимые, несмотря на то, что данные национального опроса в 2018 году показывают, что 43,6% всех ЛУИН когда-либо в жизни⁽⁷⁹⁾ находились в исправительных учреждениях Казахстана. Согласно Национальному наркологическому реестру Кыргызстана, в 2015 году 13,7% заключенных имели опиоидную зависимость, что составляет 1353 заключенных с опиоидной зависимостью (в процентах от числа заключенных в 2015 году). В том же году (2015) только 400 заключенных в Кыргызстане⁽⁷⁶⁾ получали ЛОА. Это



Существуют серьезные препятствия для доступа к услугам по снижению вреда со стороны правоохранительных органов. Если вы думаете о непрерывности сервисов, очень трудно получить доступ к услугам по снижению вреда, когда на вас оказывают давление правоохранительные органы, и всегда есть риск быть арестованным при попытке обращения за помощью. Как уязвимый человек, вы просто не станете рисковать.

Михаил Голиченко,
юрист и старший политический
аналитик Правовой сети по ВИЧ

позволяет предположить, что около 953 заключенных с опиоидной зависимостью остались без ЛОА. По оценкам Altice et al (2016), 1066, 205, 1227 человек имели доступ к ЛОА в Беларуси, Казахстане и Кыргызстане соответственно.^{42,76)} – что соответствует менее 5% ЛУИН в каждой стране^(42,76). Эта цифра намного ниже целевого показателя ЮНЭЙДС в 40% охвата.⁽⁵²⁾ Со временем охват не намного увеличился: более свежие данные показывают, что 3,7%, <1% и 4% ЛУИН получали ЛОА в Беларуси, Казахстане и Кыргызстане соответственно (Таблица 1).

Для ЛУИН в гражданском секторе ПОШ в той или иной степени доступны во всех четырех странах. По данным ДЭН, 69,4%, 87,4% и 55,7% ЛУИН в Беларуси, Казахстане и Кыргызстане соответственно контактировали с программами обмена шприцев.^(28,79) Контакт с этими программами не означает, что были получены все необходимые чистые шприцы, и только Кыргызстан достиг целевого показателя ЮНЭЙДС в 200 чистых шприцев на человека в год (Таблица 1).⁽²⁰⁾ В Беларуси 61,3% ЛУИН употребляют инъекционные наркотики в среднем от шести до девяти лет, при этом большинство ЛУИН употребляют инъекционные наркотики ежедневно.⁽²⁸⁾ Белорусским ЛУИН потребовалось бы около 364 чистых шприцев на человека в год, из которых они получали только 27.⁽²⁴⁾ В России данные отражают еще более печальную картину. В России в 2018 году зарегистрировано 20 действующих пунктов.⁽⁴²⁾ Информация из другого источника гласила, что на человека в год выдавалось только 2⁽¹⁻³⁾ шприца.⁽²⁴⁾ Катастрофически низкий уровень охвата таким дешевым и эффективным способом делает весьма вероятным факт регулярного общего использования игл среди ЛУИН.⁽¹⁷⁾ Единственная страна, где в местах лишения свободы доступны ПОШ, – это Кыргызстан. В Беларуси, Казахстане и России в пенитенциарных учреждениях вообще нет доступа к чистым иглам и шприцам.⁽⁷⁶⁾

Доступ к АРТ в равной степени ограничен во всех четырех странах. Только 44% людей с диагнозом ВИЧ получают АРТ в ВЕЦА.⁽⁸⁰⁾ Самый высокий уровень охвата АРТ среди ЛУИН с ВИЧ в гражданском секторе был зафиксирован в России – 42%, за ней следовали 40,5% – в Беларуси, 28% – в Казахстане и 27% – в Кыргызстане (Таблица 1). Доступ к услугам по борьбе

с ВИЧ-инфекцией, предлагающим АРТ и программы тестирования на ВИЧ, в целом недостаточен, и имеет низкий уровень интеграции с программами снижения вреда. Это затрудняет доступ ЛУИН к лечению ВИЧ-инфекции.⁽⁸¹⁾ АРТ технически доступна в исправительных учреждениях, при этом, в 2015 году, 34% заключенных в Казахстане, 69,9% – в Кыргызстане и 5% – в России (данные по Беларуси отсутствуют) сообщили, что имеют доступ к терапии, однако есть мнение, что на самом деле этот доступ незначителен, и рекомендации по правам человека в регионе не соблюдаются.⁽⁷⁶⁾

Д-р Жаннат Космухамедова, глава отделения региональной программы для Восточной Европы Управления по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций (UNODC), объясняет, что во всех этих странах (Беларусь, Казахстан, Кыргызстан и Россия) UNODC работает над решением многих вопросов по наркополитике, включая доступ к снижению вреда, однако прогресс очень незначителен:



Существует много препятствий для доступа к снижению вреда, к ЛОА и другим услугам по профилактике ВИЧ-инфекции. Многие из них основаны на стигме, поэтому нельзя говорить только об изменении политики. У нас есть еще и проблема с медицинским обслуживанием. Существуют огромные пробелы в понимании потребностей людей, употребляющих наркотики, а стигма существует даже среди медицинских работников. Проблема не только в правоохранительных органах.

Сергей Сошников, старший научный сотрудник по общественному здравоохранению Московского физико-технического института, объясняет, что до сих пор существует довольно простое препятствие на пути к пониманию доказательной базы и научных данных о снижении вреда. «Врачи в России в основном не говорят по-английски. Представители правительственных структур в России редко говорят по-английски. Я хочу пропагандировать доказательную базу, помогая донести ее до врачей, а не оставаться и дальше во мраке, окружающем проблему».

Системы здравоохранения в ВЕЦА остаются вертикальными, реформы в сфере здравоохранения осуществляются медленно. Более эффективная интеграция сервисов может помочь получить доступ к тестированию и лечению под одной крышей, без ограничений или стигмы. Казахстан совершенствуется в этом плане:

Общий доступ к снижению вреда намного ниже ожидаемых целевых показателей охвата ЮНЭЙДС⁽⁵²⁾ и является ведущим фактором продолжающегося роста случаев инфицирования ВИЧ в регионе.



В Казахстане произошло много реформ в сфере здравоохранения. Раньше это была вертикальная система, но за последние три года специалисты по изучению проблемы употребления психоактивных веществ разместились в клиниках первичной медико-санитарной помощи. Для персонала проводились тренинги, чтобы они могли лучше распознавать нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ, с точки зрения консультирования пациента. Но впереди нас ждет еще долгий путь.

Анна Дерябина, директор Международного центра программ по уходу и лечению СПИДа (ICAP) в Центральной Азии.



Глава 2. Гордость и позор



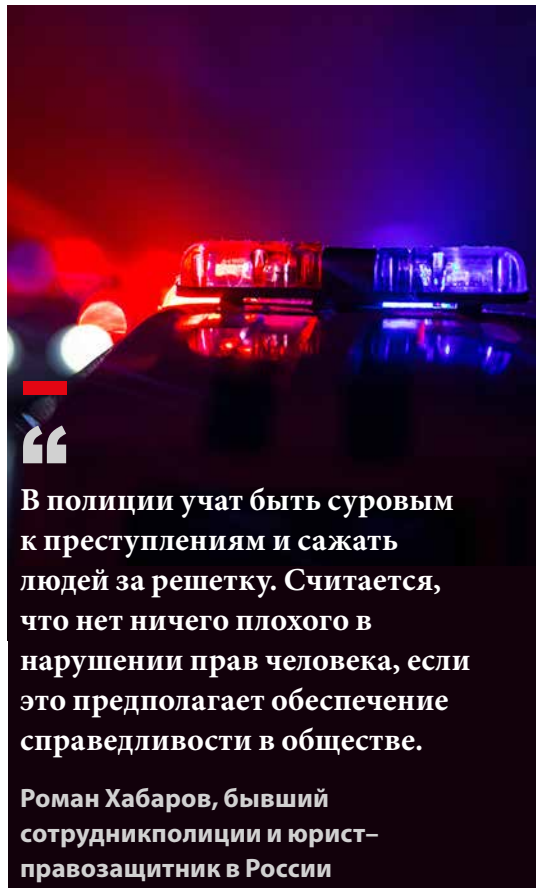
По мнению правоохранительных органов, если не арестовывать людей, употребляющих наркотики, завтра они умрут от передозировки, так что для них полезно, когда их арестовывают. Отсутствие доступных в обществе услуг по снижению вреда позволяет полиции верить в свою правоту.

Аня Саранг, Президент Фонда Андрея Рылькова в области здравоохранения и социальной справедливости

Правоприменительная практика по борьбе с наркотиками и предубеждения

Антинаркотическое законодательство, регуляторная и нормативно-правовая база, определяющие работу полиции и заключение под стражу ЛУИН, являются важным компонентом правовой среды, связанным со снижением вреда. В ВЕЦА эти законы в основном карательные и их исполнение строго контролируется полицией, что пагубно сказывается на поведении и здоровье ЛУИН. Эпидемия ВИЧ в ВЕЦА была вызвана отсутствием политической воли и маргинализацией ЛУИН. Хранение небольшого количества запрещенных веществ влечет за собой уголовную ответственность и штрафы, а тюремное заключение является наиболее распространенным наказанием за хранение любого количества наркотиков. Также в отношении ЛУИН распространены аресты без законных на то оснований: на улицах, в клиниках метадонной терапии, в медицинских учреждениях и возле аптек, что является своего рода полицейским преследованием, которое сокращает возможность взаимодействия этих людей с ВИЧ-службами.⁽¹⁹⁾

Роман Хабаров был сотрудником российской полиции, и вынужден был уйти в отставку, когда его либеральные взгляды и откровенный интерес к демократии столкнулись с решениями правоохранительных органов по борьбе с наркотиками внутри его команды. Взгляды Романа противоречили «стандартному полицейскому протоколу».



В полиции учат быть суровым к преступлениям и сажать людей за решетку. Считается, что нет ничего плохого в нарушении прав человека, если это предполагает обеспечение справедливости в обществе.

Роман Хабаров, бывший сотрудник полиции и юрист-правозащитник в России

Как и Анна Саранг, Роман Хабаров считает, что российские правоохранительные органы рассматривают преступления, связанные с наркотиками, в целом, как уголовно наказуемые деяния. Такая позиция не изменится в одночасье и потребует резонансного общественного обсуждения, прежде чем стать хоть немного современнее.

В странах ВЕЦА сформировано неверное представление о том, что заключенных можно вылечить от наркозависимости, временно заставив их прекратить употреблять наркотики, когда они окажутся в стенах пенитенциарных учреждений.⁽⁸²⁾ Такая стратегия имеет обратный эффект, поскольку данные свидетельствуют о том, что тюремное заключение увеличивает передачу ВИЧ-инфекции и гепатита С среди ЛУИН⁽⁶⁾, увеличивает смертность от передозировки наркотиками⁽⁸³⁾ и сводит до минимума контакты с программами снижения вреда и лечения.⁽⁸⁴⁾ Даже при наличии услуг снижения вреда, криминализация употребления наркотиков и суровые наказания препятствуют полноценному доступу к таким услугам и ограничивают их эффективность.⁽²⁰⁾



Никита Таранищенко работал в России и как следователь, и как прокурор по делам о наркопреступности, поэтому разделяет взгляды Романа Хабарова. «Руководство полиции и судебная система должны меняться, но отдельные сотрудники не могут этого добиться. Инициатива полицейских не поощряется руководством, они должны быть послушными и лояльными». Никита Таранищенко объясняет, что послушание и лояльность напрямую связаны с проявлением стигмы и предубежденности по отношению к потребителям наркотиков. Так нужно делать, чтобы начальство вас уважало:



По делам о наркотиках практически не бывает оправдательных приговоров. За всю свою карьеру я не видел ни одного. Такие дела подозрительно сильно криминализируются. Также полиция тратит много времени на перехват онлайн-покупок наркотиков, процесс, в котором покупателям дают координаты пункта получения наркотиков. Полиции достаточно просто появляться по точным координатам и арестовывать покупателя прямо на месте. Поскольку, как правило, производится оптовая закупка, очень легко обвинить покупателей наркотиков в хранении значительного количества веществ, даже если они предназначены для личного пользования.

Никита Таранищенко, бывший прокурор, сейчас – адвокат–правозащитник, Россия

Криминализация употребления наркотиков и лишение свободы за правонарушения, связанные с наркотиками, – один из основных факторов, влияющих на увеличение численности заключенных в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА),⁽⁴⁾ – очень дорогая стратегия, принимая во внимание значительную стоимость содержания тюрем и охраны правопорядка.^(5,6) ВОЗ совместно с Советом Европы призывают к тому, чтобы медицинская помощь в местах лишения свободы была «на таком же уровне, как и для общества в целом».⁽⁸⁵⁾ Гипотетически, это создаст благоприятствующие здоровью условия, в которых заключенные будут в целом здоровее, чем на момент взятия под стражу. Медицинская помощь в местах лишения свободы может способствовать предотвращению инфицирования населения заключенными после освобождения.⁽⁷⁸⁾ К сожалению, в регионе ВЕЦА позиция ВОЗ не внедрена на практике, поскольку тюремная среда поощряет, а не предотвращает злоупотребление наркотиками. В пенитенциарных учреждениях некоторые осужденные переходят на инъекционное употребление наркотиков, хотя ранее этого не практиковали,⁽⁸²⁾ что особенно опасно, так как происходит в условиях отсутствия или весьма ограниченного доступа к чистым иглам и шприцам^(21,22,54,86).

В странах ВЕЦА необходимо усиление прагматичных подходов, которые превращали бы контакты ЛУИН с полицией из источника вреда в источник снижения вреда.⁽⁴⁾ Появляется все больше и больше доказательств того, что политика, основанная исключительно на одних только правоохранных мерах, без учета прав человека, ухудшает состояние здоровья ЛУИН.⁽⁸⁷⁾ В настоящее время применяемые к ЛУИН на национальном уровне меры варьируются от доказательных мер, – услуги снижения вреда, проводимые самими сообществами с достаточным охватом, которые существуют во многих странах Западной Европы и Австралии – до карательных мер и длительных сроков тюремного заключения.⁽⁹⁾ Правоприменительная практика в странах ВЕЦА не способствовала снижению употребления наркотиков и эпидемии ВИЧ.⁽⁵⁾ Зачастую она способствует их

эскалации. Во многих странах, где проводится агрессивная политика по борьбе с наркотиками, доступность наркотиков возросла, тогда как их стоимость оставалась стабильной или снижалась.⁽⁸⁷⁾ Законы о наркотических средствах и запрещение некоторых веществ также не оказали видимого положительного влияния на общий уровень потребления наркотиков в странах ВЕЦА.⁽⁵⁾

Несмотря на убедительные аргументы и доказательства, спрос на декриминализацию по-прежнему остается на низком уровне в странах ВЕЦА. Белорусские власти, например, предпочитают игнорировать криминализацию употребления наркотиков по целому ряду причин. Ярослав Романчук, белорусский экономист и политик, президент Центра Мизеса, поясняет:



Наркотики подобны врагу, для борьбы с ним нельзя жалеть средств. Эти догмы укоренились в головах правоохранителей с раннего возраста, со школ и университетов. Для сотрудников правоохранных органов предоставление научных данных, анализ регуляторной политики и анализ затрат не имеют никакого смысла. Они этого не понимают. Борьба с наркотиками четко вписывается в систему мотивации силовиков. Они получают продвижение по службе, новые звания, награды, а декриминализация означает потерю этих корпоративных преимуществ.

Стигма и наказание

Наказание за ненасильственные преступления, связанные с наркотиками, и сопутствующая стигма создают ситуацию, когда нормы прав человека к ЛУИН не применяются.⁽⁸¹⁾ Это часто приводит к преследованиям со стороны полиции, злоупотреблению властью и, как правило, очень затрудняет жизнь как ЛУИН, так и их семей.⁽⁸²⁾ Стигма, связанная с употреблением наркотиков, также значительно тормозит расширение услуг по снижению вреда в структуре базовых услуг общественного здравоохранения в странах ВЕЦА.⁽⁸³⁾

Негативное отношение к ЛУИН было охарактеризовано как социальная норма среди сотрудников полиции, и в обществе в целом. Это в значительной степени обусловлено отсутствием понимания того, чем является стигма,⁽⁸⁴⁾ и усугубляется полным отсутствием антидискриминационной политики.

⁽⁸⁵⁾ Опрос, в ходе которого изучалась степень стигмы, связанной с ВИЧ по отношению к людям, живущим с ВИЧ, в Беларуси, показал, что 40,5% респондентов с ВИЧ испытали на себе нарушение конфиденциальности со стороны медицинских работников, такое как раскрытие их диагноза, а 15,5% получили отказ в медицинской помощи.⁽⁸⁶⁾

Администрации учреждений исполнения наказаний затрудняются предоставлять медицинскую помощь заключенным, в ситуации роста употребления наркотиков в местах лишения свободы и барьерами политического и экономического характера со стороны властей.⁽⁸⁷⁾ Это создает политический климат, который ставит правоохранные цели выше задач здравоохранения.⁽⁵⁾ Страх стигматизации и дискриминации часто приводит к тому, что наркозависимые заключенные скрывают свою зависимость и не обращаются за медицинской помощью.⁽⁸²⁾ Это приводит к возникновению каскада проблем, связанных с занижением реальных цифр отчетности, недостоверности данных о необходимости внедрения услуг для ЛУИН с ВИЧ в исправительных учреждениях.⁽⁹⁰⁾ Крайне мало внимания уделяется ситуации ЛУИН после освобождения из мест лишения свободы, а без адекватной поддержки они сразу же сталкиваются с такими проблемами, как социальная изоляция, бездомность, возвращение к употреблению наркотиков, передозировка и повторное лишение свободы.^(6, 91)

“

Я ушел из полиции России, потому что видел коррупцию, она была повсюду, и в то время я был в ситуации, когда мне нужно было решить: либо погрузиться в коррупционные связи, либо уйти из полиции. Я боялся, что если начну брать взятки, то вообще не уйду. Режим в России и в других странах бывшего СССР остается почти таким же, как и в СССР. Мы сажаем в тюрьму людей, отстаивающих права человека

Михаил Голиченко, юрист и старший политический аналитик Правовой сети по ВИЧ.



Условия, в которых после освобождения оказываются ЛУИН, значительно повышают риск внутривенного употребления наркотиков и риск для сексуального здоровья, что отличает их от других ЛУИН гражданского сектора, которые не были в тюрьме.^(41, 92) Недавний мета-анализ показал, что освобождение из тюрьмы сопряжено с повышением риска заболевания ВИЧ-инфекцией на 81%.⁽⁶⁾ Аня Саранг, которая руководит единственной некоммерческой организацией (НКО), предоставляющей услуги по снижению вреда людям, употребляющим наркотики, в Москве, Россия, заявила:



В российских пенитенциарных учреждениях нельзя сохранить здоровье; заключение само по себе – пытка, поэтому, когда люди выходят из тюрьмы, многие умирают от передозировки наркотиками. Только с помощью нашей небольшой службы, работающей в Москве, мы смогли предотвратить 500 передозировок в год, и это те, о которых нам сказали, а так может быть и больше

Аня Саранг, Президент Фонда Андрея Рылькова в области здравоохранения и социальной справедливости

Данные из Беларуси и Кыргызстана показывают, что ЛУИН в течение своей жизни попадают в тюрьму не один раз; в среднем 2,9 и 3,9 раза соответственно (Таблица 1),^(28, 29) – порочный круг рецидива, который усугубляется ограниченной поддержкой после освобождения.

Во всем мире растет признание роли правоохранительных органов в защите и укреплении здоровья разных уязвимых сообществ. В контексте профилактики, лечения и ухода за ВИЧ-инфицированными необходимы функциональные партнерские отношения между правоохранительными органами, социальными службами и здравоохранением.⁽⁷⁷⁾ Чтобы это произошло, необходимо изменить стигматизирующие установки и законы. Со стороны Управления ООН по Наркотикам и Преступности (УНП ООН) были предприняты определенные меры по улучшению этих партнерских отношений путем создания руководства для сотрудников правоохранительных органов по переадресации ЛУИН в программы лечения и поддержки. В этом руководстве используются специальные стратегии, которые поощряют полицию переадресовывать ЛУИН в соответствующие службы лечения и поддержки в ходе ежедневного патрулирования улиц. Такая стратегия подразумевает, что аресты, связанные с наркотиками, следует рассматривать как возможность предложить соответствующую помощь, а не как повод для немедленного заключения под стражу.⁽⁹³⁾ На данный момент сотрудники полиции в Беларуси,⁽⁹³⁾ Казахстане⁽⁹⁴⁾ и Кыргызстане прошли подготовку по внедрению данной стратегии на практике. Д-р Жаннат Космухамедова из УНП ООН все еще продолжает работать над этими схемами взаимодействия с полицией:



Это пример позитивного сотрудничества. Теперь полиция знает, что такое снижение вреда, и может перенаправлять потребителей наркотиков, а не криминализировать их. Вдохновение для внедрения этих схем перенаправления в работе полиции почерпнуто из стран Западной Европы, где они имели большой успех.

Глава 3. Скорее нежелание, чем неспособность – финансирование снижения вреда

Цена карательной политики

Несмотря на успех программ снижения вреда, власти стран региона ВЕЦА, как правило, скорее не желают, чем не могут выделять на них средства.⁽⁵⁾ Исследования экономической эффективности показали, что ЛОА может достичь экономии при учете снижения уровня преступности^(95, 96), однако стигматизация в отношении ЛУИН остается препятствием на пути к изменениям в регионе.⁽⁴⁾ Для достижения глобальных целей профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, наряду с борьбой со стигмой, необходимо провести декриминализацию, и расширить масштабы услуг по тестированию на ВИЧ и снижению вреда среди заключенных и населения региона ВЕЦА.^(7,77)

По оценкам ЮНЭЙДС, в 2015 году на профилактику ВИЧ среди ЛУИН во всем мире требовалось 2,3 миллиарда долларов США (около 2,1 миллиарда евро), что было катастрофически недофинансировано с дефицитом в 93%.⁽⁹⁷⁾ По оценкам одного из исследований, перенаправление всего 2,5% из 100 миллиардов долларов США (около 87,8 миллиардов евро), ежегодно расходуемых на борьбу с наркотиками во всем мире, может обеспечить сокращение числа новых ВИЧ-инфекций среди ЛУИН на 78% к 2030 году.⁽⁹⁸⁾ В регионе ВЕЦА исследование, проведенное в восьми странах, показало, что ПОШ могут предотвратить от 10 до 40% случаев ВИЧ-инфекции и являются экономически эффективными во всех восьми странах.⁽⁹⁹⁾ По оценкам, выгода, полученная при проведении ЛОА, с точки зрения увеличения продолжительности жизни, в четыре раза превышает стоимость лечения.⁽⁹⁷⁾ Кроме экономического эффекта от снижения уровня преступности, ЛОА может быть экономически эффективным средством снижения смертности от передозировки наркотиками и передачи ВИЧ-инфекции.^(16, 17) Установить экономическую эффективность АРТ в ВЕЦА несколько сложнее, поскольку это самая дорогостоящая из трех мер по снижению вреда, а охват АРТ ВИЧ-инфицированных



среди ЛУИН во многих странах составляет менее 1%.⁽⁷⁷⁾ Несмотря на это, есть исследования, которые показывают, что в этом регионе АРТ рентабельна для снижения заболеваемости и уровня заражения ВИЧ-инфекцией среди ЛУИН.^(36, 100, 101) Отсутствие финансирования для снижения вреда и лечения ВИЧ-инфекции – долгоиграющая проблема. В прошлом глобальные ресурсы для борьбы с ВИЧ были доступны для ВЕЦА, однако они постепенно снижаются. Это связано с тем, что многие страны ВЕЦА достигли высокого уровня экономического развития, и, хотя внутреннее страновое финансирование в регионе увеличилось, оно не покрывает дефицит, оставшийся после сокращения поступлений международных средств.⁽³⁾ Существует острая необходимость в экономически эффективных решениях по снижению вреда и лечению ВИЧ-инфекции, которые могут быть представлены органам власти в ВЕЦА.

Нынешние ошибочные подходы, приводящие к преследованиям со стороны полиции, и неверие властей в меры по снижению вреда имеют значительные финансовые последствия, а также последствия для здоровья. Расходы на деятельность правоохранительных органов России по делам, связанным с наркотиками, в течение одного года до вынесения приговора суда оценивались в размере чуть более 100 миллионов долларов США (около 92 миллионов евро),⁽⁵⁾ – средства, которые могли быть перенаправлены на снижение вреда. В Кыргызстане правительство тратит около 1,25 млн. долларов США в год (около 1,1 млн. евро) на уголовное преследование за преступления, связанные с хранением наркотиков. В Кыргызстане ЛОА стоит примерно 500 долларов США (459 евро) на одного пациента в год, в то время как содержание по стражей стоит не менее 625 долларов США (574 евро) на каждого человека, осужденного за хранение наркотиков.⁽⁵⁾

Представленные данные свидетельствуют о том, что переход от нынешней политики криминализации употребления наркотиков к методам общественного здравоохранения, предполагающим расширение ЛОА и АРТ для ЛУИН, может быть экономически эффективным и является необходимым для снижения высокого уровня передачи ВИЧ-инфекции в этом регионе.⁽⁷⁷⁾

Моделирование влияния декриминализации и расширения программ общественного здравоохранения

Методика

В этом разделе представлены результаты новой динамической модели передачи ВИЧ-инфекции. Модель оценивает расходы на криминализацию употребления наркотиков, пагубное влияние криминализации на передачу ВИЧ-инфекции, а также потенциальные выгоды, расходы и экономию от сокращения тюремного заключения при одновременном увеличении снижения вреда. Модель прогнозирует преимущества подхода общественного здравоохранения – по сравнению с криминализацией в отношении передачи ВИЧ-инфекции – и общего увеличения продолжительности жизни в Беларуси, Казахстане, Кыргызстане и России.

Модель оценивает влияние сокращения практики тюремного заключения ЛУИН и постепенного расширения масштабов интервенций по снижению вреда. В связи с нежеланием властей стран региона ВЕЦА выделять средства на снижение вреда, инкрементный метод моделирует экономию средств от сокращения тюремного заключения и их перераспределение на снижение вреда без использования дополнительных средств. Также моделируются дополнительные расходы, которые власти должны будут понести для расширения масштабов снижения вреда для достижения рекомендуемых ЮНЭЙДС целей. В то же время модель определяет оценочное количество предотвращенных случаев ВИЧ-инфекции и увеличение продолжительности жизни, полученные за 20-летний период, исходя из каждого рассматриваемого сценария; включая ситуацию с ВИЧ-инфекцией в случае сохранения текущих подходов и объемов программ для ЛУИН (базовый сценарий).

Для этой модели использовались подробные эпидемиологические данные, данные о тюремном заключении и охвате интервенциями для каждой страны, большинство из которых приведены в Таблице 1. Данные о досудебных расходах и расходах на содержание под стражей, АРТ и ЛОА были получены из различных источников, указанных в Таблице 1, а производительность ЛУИН была оценена с использованием данных исследований о доле занятых в гражданском секторе ЛУИН и средней заработной платы по каждой стране. Влияние ПОШ оценить сложнее. Это связано с тем, что заявленный охват ПОШ в регионе включает не только выдачу шприцев, но и направления на прохождения тестирования на ВИЧ. По этой причине невозможно получить точную оценку количества выданных игл и шприцев для каждого потребителя инъекционных наркотиков. Во-вторых, большинство (>75%) ЛУИН в этом регионе покупают иглы и шприцы в аптеках, а не берут в ПОШ.^(102–104) Несмотря на эти ограничения, влияние ПОШ на эпидемию ВИЧ включено в базовую модель для всех стран. Однако отсутствие данных не позволяло моделировать масштабирование ПОШ в качестве интервенции по снижению вреда так же, как мы моделировали ЛОА и АРТ. Поскольку ЛОА запрещено в России, а ПОШ являются одной из основных интервенций

по снижению вреда, мы оценили стоимость и влияние ПОШ только для России (Вставка 2).

Модель для каждой страны была откалибрована с учетом данных о динамике тюремного заключения ЛУИН, временных изменений в охвате ЛОА и АРТ, а также – о динамике распространенности ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, включая различия в распространенности ВИЧ среди ЛУИН в гражданском секторе, которые ранее находились или не находились в пенитенциарных учреждениях (более подробная информация о методах приведена в Приложении III, параметры модели и прогнозы приведены в таблице А1).

Сценарии, включенные в моделирование для каждой страны, следующие:

- 1. Базовый уровень.** Страны, в которых сохраняются текущие уровни охвата ЛОА и АРТ, а также уровне лишения свободы.
- 2. Сценарий 1: декриминализация.** Отмена законодательства, предусматривающего лишение свободы за употребление и хранение наркотиков в личных целях.
- 3. Сценарий 2: подход в области общественного здравоохранения.** Направление всей экономии средств для увеличения охвата АРТ до 81% и ЛОА до 40% в соответствии с рекомендациями ЮНЭЙДС/ВОЗ.

Что касается сценария декриминализации, были использованы данные последних случаев лишения свободы ЛУИН из-за употребления или хранения наркотиков для личного употребления для России (46,4%, 2012–13 гг.) и Кыргызстана (24,8%, 2017–2020 гг.)^(21, 41). Для двух других стран мы консервативно предположили 24,8%, как и для Кыргызстана. Для каждого сценария рассмотрена разбивка затрат, чтобы определить, где есть экономия, а где – нет, показана оценка количества и процент предотвращенных случаев ВИЧ-инфекции и увеличения продолжительности жизни (УПЖ) за 20-летний период по сравнению с базовым сценарием. По сравнению с базовым сценарием, общие дополнительные затраты за 20 лет для сценария по общественному здравоохранению были объединены с оценками УПЖ для оценки

коэффициента эффективности дополнительных затрат (ICER) с точки зрения затрат на УПЖ. Эти показатели сопоставлялись с обычно используемым пороговым значением ВВП на душу населения, рассчитываемым по принципу готовности платить.⁽¹⁰⁵⁾ Поскольку мы смогли получить подробные данные о содержании под стражей и охвате интервенциями только по Санкт-Петербургу, а не по России в целом, мы предполагаем, что эпидемия ВИЧ, лишение свободы и охват интервенциями подобны по России в целом, поэтому реплицируем результаты по затратам и УПЖ из Санкт-Петербурга для получения оценки для всей России, ориентируясь на оценку 1 881 000 ЛУИН.⁽¹⁶⁾

Для каждой страны модель предсказывает следующие результаты:

- распространенность ВИЧ-инфекции: общее число людей с ВИЧ в стране;
- заболеваемость ВИЧ: число новых случаев ВИЧ-инфекции в стране;
- общая продолжительность жизни: оценка средней продолжительности жизни;
- все результаты прогнозируются в период между 2020–2030 и 2030–2040 годами.

Результаты: расходы на расширение масштабов программ и экономия из-за сокращения лишения свободы по каждому сценарию

Модель предполагает, что до расширения масштабов в четырех странах в 2020 году доля ЛУИН, находящихся в настоящее время в заключении, составляла от 16,3% до 35,2%, причем показатель был самым высоким в Беларуси, а самым низким в России. Эпидемия ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в каждой стране различается по распространенности ВИЧ: от 6% в Казахстане в 2020 году до 53% в России.

Базовый уровень. В четырех исследуемых странах базовый сценарий сохраняет текущий охват ПОШ, ЛОА и АРТ в пенитенциарных учреждениях и гражданском

секторе, не прогнозируя никаких изменений в текущей криминализации и карательной политике в отношении ЛУИН. По оценкам, это будет стоить от 197 млн евро в Кыргызстане до 4129 млн евро в Казахстане и 42 800 млн евро в России (экстраполированные данные по Санкт-Петербургу) в период с 2020 по 2040 год (с учетом инфляции 3%), что соответствует годовым расходам на одного ЛУИН в размере €534–2255, причем доля этих затрат, связанных с лишением свободы, варьируется от 74% до 97% (Рисунок 1).

Сценарий 1: подход декриминализации. Если исключить лишение свободы по причине уголовного преследования за употребление и хранение наркотиков в личных целях, что, как показывают имеющиеся данные, может сократить количество лишений свободы среди ЛУИН на 25% – 46%, общие затраты на криминализацию должны сократиться на 38 млн. – 773 млн евро за счет сокращения тюремных расходов (Рисунок 1), при этом предполагаемая экономия в России составит 11 100 млн евро (экстраполяция данных по Санкт-Петербургу).

Сценарий 2: подход в области общественного здравоохранения. Если затраты, сэкономленные за счет сокращения тюремного заключения, будут направлены на расширение масштабов АРТ, а затем ЛОА, все страны смогут расширить АРТ до рекомендуемого целевого показателя ЮНЭЙДС 81% охвата и охвата ЛОА от 29,7% (Кыргызстан) до 41,8% (Казахстан) в зависимости от страны. Это означает, что рекомендованные ВОЗ и ЮНЭЙДС целевые показатели по охвату АРТ 81% и 40% ОАТ будут достигнуты в Беларуси и Казахстане и почти достигнуты в России. При внедрении этого сценария можно увеличить продолжительность жизни от 17 768 до 1 092 931 лет (с учетом инфляции 3%) и не допустить от 79% до 93% новых случаев ВИЧ-инфицирования в течение 20 лет. Благодаря повышению производительности через какое-то время расходы тоже уменьшатся, поскольку контроль над зависимостями и подавление вирусной нагрузки у

людей с диагнозом ВИЧ повышают производительность труда и уровень общего здоровья у работников. В случае снижения показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией, в будущем потребуется меньше АРТ, а значит – меньше расходов. Таким образом, этот сценарий обеспечивает экономию затрат по сравнению с базовым уровнем. Это означает, что сценарий стоит гораздо меньше, чем ВВП на душу населения на УГЖ по сравнению с простой декриминализацией для каждой страны, за исключением Кыргызстана, где он стоит в 1,34 раза больше национального ВВП на душу населения. Через 20 лет эта интервенция приведет к резкому снижению заболеваемости ВИЧ, более чем на 80%, при этом распространенность ВИЧ-инфекции также значительно снизится, но медленнее, как показано на Рисунке 2.

Мы также проверили дополнительные расходы и влияние увеличения масштабов до полного охвата ВОЗ и ЮНЭЙДС в Кыргызстане и России, двух странах, где денег, сэкономленных от декриминализации, было недостаточно для достижения 40% охвата ОАТ. Затраты на полномасштабное расширение были все еще ниже, чем в базовом сценарии в России, и только на 0,2% (0,5 миллиона евро) выше, чем в базовом сценарии в Кыргызстане. Еще важнее то, что полномасштабное внедрение оказало очень небольшое дополнительное влияние на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции в Кыргызстане и России (1–3%).

На Рисунке 3 представлена экономия затрат, достигаемая за счет монетизации прироста производительности и вычитания из затрат на масштабирование каждого сценария. Учет повышения производительности позволяет всем странам экономить на затратах (Рисунок 3). Все результаты, отражающие экономию затрат и предотвращение распространения инфекций с помощью сценариев, доступны в Приложении II, Таблицах А1–А2.

Вставка 2: Расширение масштабов программ ПОШ в России.

Последние данные по России свидетельствуют о том, что ЛУИН в среднем получают от ПОШ только 2–3 шприца⁽¹⁰⁶⁾ в год (в 2016 году распределены 3,5 млн. на 1,8 млн. ЛУИН),⁽¹⁶⁾ причем от 5%⁽¹⁰⁶⁾ до 25%⁽¹⁰⁷⁾ ЛУИН последний раз контактировали с ПОШ в 2017 году. Несмотря на такой низкий охват, эти интервенции по снижению вреда по-прежнему могут оказывать влияние, а данные различных российских исследований предполагают, что интервенции могут быть связаны со снижением поведенческих рисков при инъекциях,⁽¹⁰⁸⁾ низкой распространенностью ВИЧ (скорректированное отношение шансов (ОШ) 0,74, 95% CI 0,56–0,97)⁽¹⁰⁹⁾ и, возможно, даже снижением заболеваемости⁽¹¹⁰⁾ ВИЧ-инфекцией (скорректированное отношение рисков 0,25, 95% CI 0,06–1,09). Эта информация совпадает с данными лучшего доступного доказательства влияния интервенций ПОШ на передачу ВИЧ-инфекции – мета-анализом 2013 года, который показал, что новый контакт с ПОШ (или обмен шприцев, достаточный для всех инъекций) снижает риск заражения ВИЧ на 58% (ОШ 0,42, 95% CI 0,22–0,81).⁽¹¹¹⁾ Если мы будем исходить из того, что ПОШ стоит €57 (€35–110) на ЛУИН в год⁽³⁾, и предположим, что

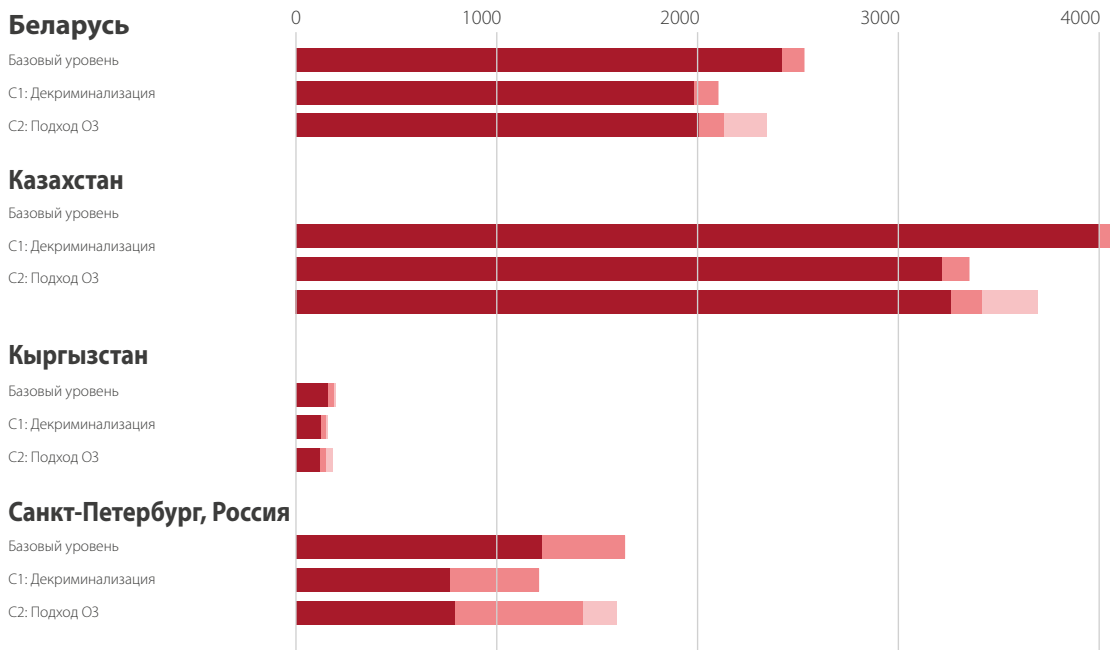
текущий охват в России составляет в среднем 5–25%, то охват 60% ЛУИН (из расчета 1,8 млн. ЛУИН) ПОШ в России будет стоить в среднем 46,5 миллиона евро (22,1–109,2 миллиона евро) в год. Такое расширение было бы дешевле, чем увеличение масштабов ЛОА (охват 40%) и АРТ (цель 90/90/90) в России (по оценкам, это будет стоить 338,2 млн. евро для ЛОА и 291,3 млн. евро для АРТ в год), и, если оно вдвое снижает риск заражения ВИЧ-инфекцией для любого, кто посещает ПОШ, это может предотвратить около 14 000 (10 000–19 000) новых случаев заражения в год * по сравнению с 38 110 в год для АРТ и ЛОА при целевом уровне охвата для всей России. Хотя это предполагает большое влияние и низкую стоимость, остается значительная неопределенность в фактическом воздействии интервенций ПОШ в России, что делает эти прогнозы более неопределенными, чем для расширения масштабов ЛОА и АРТ. Необходимо собрать данные, позволяющие провести более тщательный анализ того, связаны ли интервенции по снижению вреда с благоприятными результатами, как это недавно было сделано для Украины.⁽¹¹²⁾

*Предполагая, что увеличенная ежегодная оценка новых случаев инфицирования для Санкт-Петербурга составляет 2020 [1628–2531]

Рисунок 1. Прогнозируемые затраты и их разбивка по каждому сценарию интервенций в каждой стране.

Затраты (млн. евро)

■ Затраты на содержание под стражей (евро) ■ Затраты на АРТ (евро) ■ Затраты на ЛОА (евро)



Примечание. Общие затраты расширения масштабов для России на основе данных по Санкт-Петербургу, составляют:

Базовый уровень €42 770 967 632

Декриминализация €31 613 818 550

Сценарий общественного здравоохранения €41 678 036 253

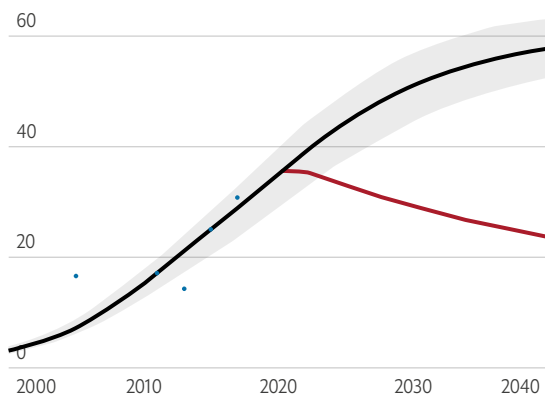
Рисунок 2: Сравнение (а) смоделированных прогнозов распространенности ВИЧ и (б) прогнозов заболеваемости для каждого значения базового уровня и различных сценариев интервенций с 2020 по 2040 год.

Серая заштрихованная область показывает 95% интервалы достоверности вокруг прогноза, заложенного в модели базового уровня. Отводы вокруг различных базовых точек (красные) обозначают 95% доверительные интервалы; если отводы не показаны, то 95% доверительный интервал не может быть оценен.

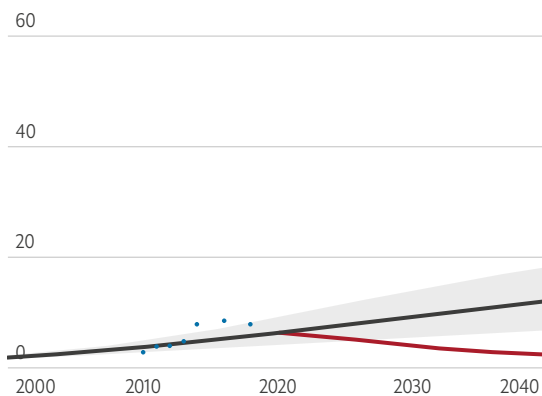
а: ЛУИН Распространенность ВИЧ

— Базовый уровень
— С2: Подход ОЗ
• Базовые точки

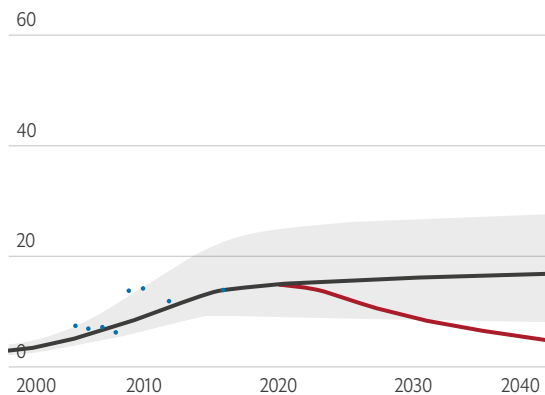
Беларусь



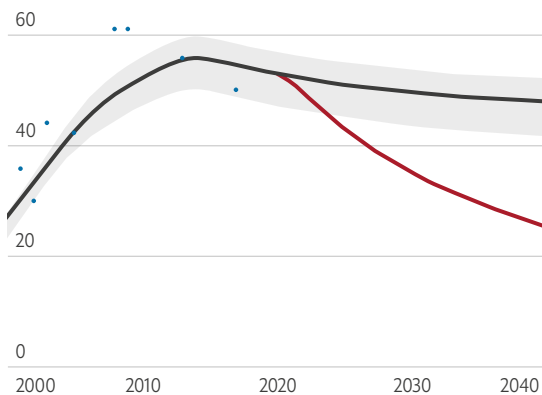
Казахстан



Кыргызстан



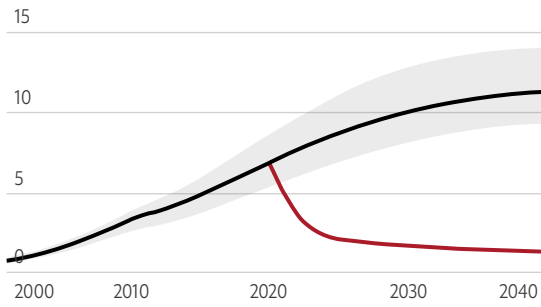
Россия



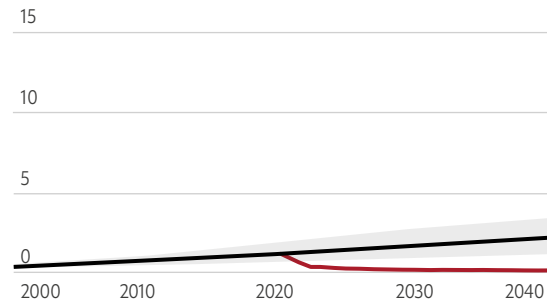
b: На рисунке 2: ЛУИН Распространенность ВИЧ (%) годы

— Базовый уровень
— С2: Подход ОЗ

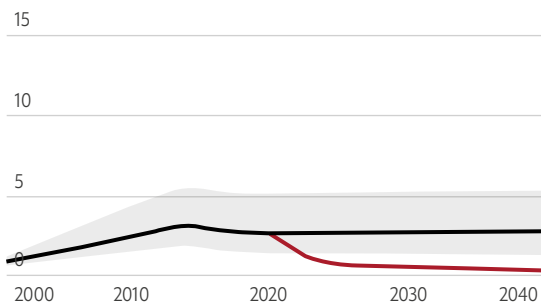
Беларусь



Казахстан



Кыргызстан



Санкт-Петербург, Россия

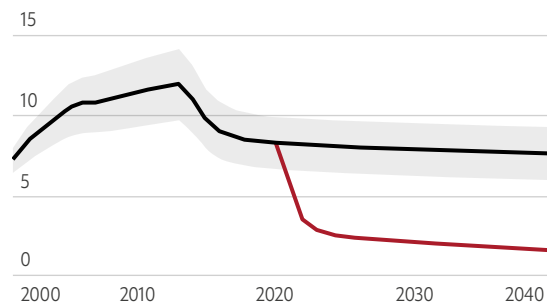
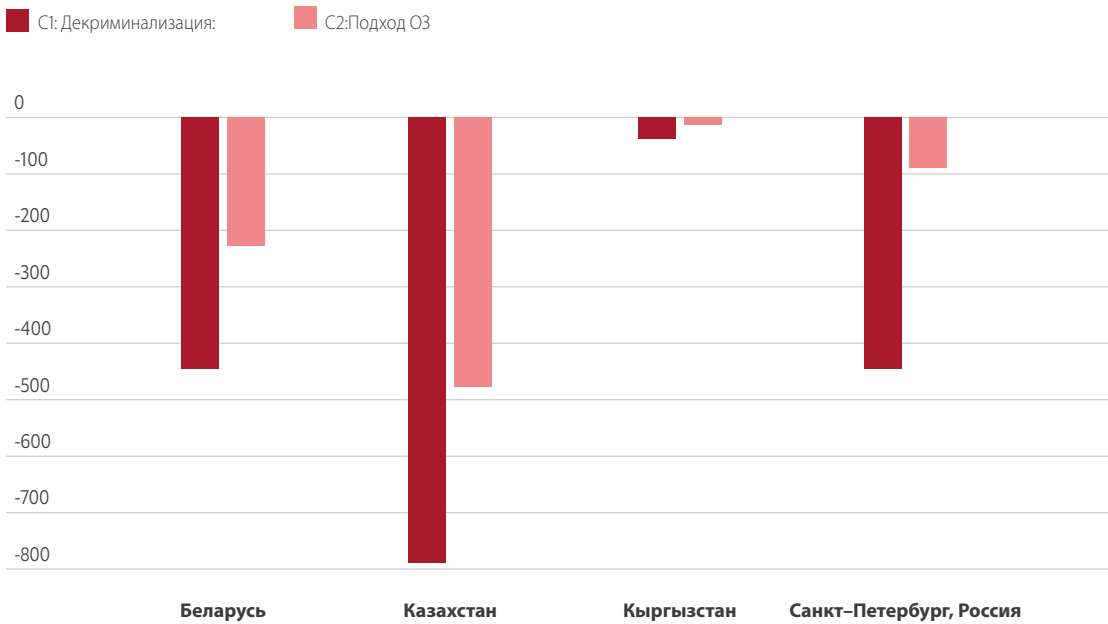


Рисунок 3. Общее дополнительное экономическое воздействие каждого сценария

(дополнительные затраты по каждому сценарию минус дополнительный прирост производительности).



Затраты для России, расширенные данные Санкт-Петербурга, составляют:

Декриминализация € -11 659 333 962

Сценарий общественного здравоохранения € -2 339 246 921

Полномасштабное расширение € -2 264 103 295

Выводы

В этом отчете обобщаются экономические выгоды, социальные и политические барьеры расширения масштабов профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у ЛУИН в странах ВЕЦА. Новая модель передачи ВИЧ-инфекции продемонстрировала, как отказ от повсеместного тюремного заключения и расширение масштабов интервенций по снижению вреда могут способствовать экономическому росту, а также сокращению числа случаев инфицирования ВИЧ с 79% до 93%. Доводы в пользу отказа от карательных стратегий криминализации и стигмы к ВИЧ в странах ВЕЦА очевидны, вместе с тем, прогресс в декриминализации по-прежнему запаздывает. Это означает дальнейшие нарушения прав человека. Чтобы остановить эпидемию ВИЧ-инфекции в ВЕЦА и дискриминацию по отношению к ЛУИН и другим уязвимым группам населения, в этом отчете представлены четыре ключевые рекомендации:

Перераспределение ресурсов

Наша модель помогла обосновать экономическую эффективность интервенций по снижению вреда в ВЕЦА в четырех значимых странах региона. В этих выводах наиболее впечатляет экономия средств и предотвращение ВИЧ-инфекций в результате простого перераспределения ресурсов от криминализации к подходам по снижению вреда; этим не может пренебрегать ни одно правительство. Подытожим суть перераспределения: инвестирование средств, сэкономленных в результате декриминализации употребления наркотиков и владения ними для личного употребления (38–773 млн. евро (11,1 млрд. евро в России на основании данных для Санкт-Петербурга) за 20 лет), в расширение масштабов АРТ и ЛОА, могло бы эффективно контролировать нынешнюю эпидемию ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в четырех исследуемых странах без привлечения дополнительных средств. Это не только позволяет достичь целевых показателей ЮНЭЙДС по охвату АРТ, учитывая все условия, но и увеличивает охват ЛОА до 29,7–41,8% (согласно рекомендациям ВОЗ) и снижает заболеваемость ВИЧ-инфекцией на

79–93% в течение 20 лет. Это показатели, близкие к достижению целей ВОЗ/ЮНЭЙДС по ликвидации ВИЧ при соблюдении этих условий к 2030 году.

Прогнозируется достижение целевых показателей ВОЗ/ЮНЭЙДС по искоренению ВИЧ в этих условиях к 2030 году. Улучшение здоровья и производительности труда населения как следствие увеличения масштабов программ снижения вреда до целевых показателей ВОЗ/ЮНЭЙДС в полном объеме делает этот подход высокоэффективным с точки зрения экономии затрат во всех странах. Расширение ПОШ в качестве альтернативы расширению ЛОА, запрещенному в России, было бы дешевле, чем расширение ЛОА и АРТ. Стоимость такого расширения в среднем – 46,5 миллионов евро в год, чтобы получить 60% охват ЛУИН и предотвратить около 14 000 случаев ВИЧ-инфицирования в год.

Хотя национальные ресурсы на борьбу с ВИЧ в ВЕЦА увеличиваются, трудно гарантировать, что средства из национальных бюджетов будут использоваться для ключевых групп населения ВЕЦА.⁽³⁾ Общий объем национальных расходов составил всего 46% от общего объема 1,6 млрд. долларов США в год, необходимого для достижения целевых показателей стратегии ускорения (Fast-Track Targets) 2020 года для региона ВЕЦА.⁽¹³⁾ В нынешних экономических условиях эти выводы предоставляют бесценную информацию о том, как можно улучшить здоровье ЛУИН без каких-либо дополнительных затрат и добиться значительного прогресса в ликвидации ВИЧ среди ЛУИН.

Расширение масштабов снижения вреда в пенитенциарных учреждениях и непрерывность сервисов после освобождения.

Независимо от причины лишения свободы, наказание должно ограничивать свободу, а не медицинскую помощь.⁽¹⁴⁾ Охват снижения вреда необходимо наращивать не только в обществе, но и в тюрьмах. Для расширения мер по снижению вреда в местах лишения свободы необходимо улучшить сбор данных о здоровье заключенных. Результаты модели

показывают, что риск передачи ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях Беларуси, Казахстана и России снижается, несмотря на известные факты инициации употребления инъекционных наркотиков в исправительных учреждениях.⁷⁶⁾

⁷⁶⁾ Есть данные, свидетельствующие о том, что ЛУИН в местах лишения свободы, как правило, употребляют инъекционные наркотики реже, поскольку их труднее достать, но инъекционное употребление в этом случае более опасное. Нурали Аманжолов, Президент Ассоциации людей, живущих с ВИЧ в Центральной Азии, Казахстан, заявляет:

«Несмотря на запрет, наркотики поставляют в пенитенциарные учреждения. Нет никакого снижения вреда, заключенные не знают о концепциях безопасного секса, одноразовых шприцах или о том, как передается ВИЧ. Данные о рисках заражения ВИЧ-инфекцией в пенитенциарной системе Казахстана отсутствуют, поскольку ДЭН не проводился с 2014 года».

Данные о рисках передачи ВИЧ в заключении часто непонятны из-за занижения показателей и плохого качества сбора статистических данных. Поэтому снижение вреда в местах лишения свободы остается приоритетной задачей, направленной на сокращение числа ЛУИН, сокращение небезопасного употребления инъекционных наркотиков в исправительных учреждениях и уменьшение нагрузки и расходов, связанных с употреблением инъекционных наркотиков в будущем. Особое внимание стоит уделять ЛУИН и людям, живущим с ВИЧ, когда они покидают места лишения свободы, чтобы обеспечить им доступ к услугам в будущем, предотвратить передозировку наркотиками и дальнейшие правонарушения. Бесперывность сервисов, особенно предоставление ЛОА во время тюремного заключения, а также его поддержание после освобождения, играет ключевую роль в снижении распространенности ВИЧ-инфекции в долгосрочной перспективе и должно быть частью национальной системы, объединяющей систему здравоохранения и уголовного правосудия.⁷⁶⁾



Нельзя сравнивать российскую общественность сейчас с тем, какой она была, например, в 90-е годы. Если бы в 1990-е вы сказали кому-то из представителей общественности, что полицейский применил насилие к организованной преступной группе, они бы подумали, что это нормально. Теперь же последует негативная реакция. Восприятие изменилось благодаря средствам массовой информации, правозащитникам и растущему общественному пониманию того, что насилие — это плохо.

Роман Хабаров, бывший сотрудник полиции и правозащитник в России

Срочная реформа правоохранительных органов.

Как намекает Роман Хабаров, культурные установки в России меняются, пусть и медленно. Чтобы предотвратить коррупционные действия со стороны сотрудников правоохранительных органов, нужно не только провести реформу полиции, но и кардинально изменить законодательство о наркотиках и политике здравоохранения, касающееся потребителей наркотиков и людей, живущих с ВИЧ. Карательные законы против ключевых групп населения должны быть отменены, а уязвимые группы населения, включающие лиц, занятых в секс-работе, мужчин, практикующих секс с мужчинами, трансгендеров, заключенных и ЛУИН, должны быть защищены, а не подвергаться нападкам со стороны законодательства и правоохранительных органов.⁽¹⁵⁾ Лицам, ответственным за принятие решений, необходимо перевести контроль за соблюдением законов о наркотиках из сферы

правоохранительной деятельности в сферу здравоохранения, оставив полиции только самый критический уровень дел, связанных с незаконным оборотом и поставками наркотиков. Это помогло бы сократить число людей в местах лишения свободы, осужденных за преступления, связанные с наркотиками, и значительно сократить коррупцию. Изменения в законодательстве, которые готовятся в Кыргызстане при поддержке Фондов «Открытое Общество», являются примером того, как можно косвенно бороться со стигмой, внося



Изменение подхода означает совершенно новые отношения между обществом, властью и бизнесом. Необходимо не только декриминализировать потребление наркотических средств, но и отменить запреты на производство и потребление наркотиков и сырья двойного назначения. Население нуждается в просвещении по вопросам потребления и использования, начиная со школ и университетов, кроме того, необходимо внести изменения в административный и уголовный кодексы.

Ярослав Романчук, экономист и политик, президент Центра Мизеса, Беларусь

антикоррупционные поправки в законодательство.

Необходимо активизировать работу с властями стран по декриминализации и созданию более благоприятных правовых условий для расширения доступа к услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Это могут быть меры по повышению

осведомленности судебной системы, в частности судей и прокуроров, чтобы они могли лучше понять потребности ЛУИН и людей, живущих с ВИЧ.

Борьба со стигмой и дискриминацией

Предстоит еще многое сделать для уменьшения стигмы и дискриминации в отношении уязвимых групп населения. Одним из решений является внедрение интервенций по снижению стигмы (разъяснительные семинары, образовательные брифинги), обучающие работников здравоохранения и правоохранительных органов методам профилактики ВИЧ-инфекции. Они должны акцентировать внимание на консультативной помощи, поддержке психического здоровья, решении проблемы бездомности, предотвращении передозировки и обеспечении доступа к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья.⁽¹¹⁶⁾ Как отмечают эксперты, есть несколько положительных примеров подготовки полицейских в ВЕЦА, где стигма и дискриминация рассматриваются наряду с преимуществами снижения вреда. До сих пор подобные действия осуществлялись за счет международной помощи с минимальным участием органов власти, поэтому необходимо, чтобы они стали частью государственной политики, которая, в том числе, распространяется и на работников здравоохранения. Помимо специальной поддержки НКО, в регионе практически недоступны услуги в области психического здоровья, а также требуются срочные инвестиции для борьбы со стигмой. В России эксперты с надеждой говорят о ведущихся исследованиях по предоставлению онлайн-реабилитационных программ для потребителей наркотиков, чему способствовало расширение телемедицины во время пандемии covid-19. Гражданский сектор в ВЕЦА получает техническую помощь для сбора данных о насилии, дискриминации и стигме, более активно использует такие инструменты влияния, как теневые отчеты, поданные в соответствующие структуры ООН по правам человека.⁽¹¹⁶⁾ Эту деятельность необходимо расширить, поскольку она создает больше возможностей для защиты в конкретных случаях нарушений прав, связанных со здоровьем, особенно в отношении женщин.⁽¹¹⁶⁾

Примечания по интерпретации

При моделировании использовались подробные данные по конкретным странам об эпидемии ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в ВЕЦА. Однако в Беларуси и Казахстане данные были более ограниченными. Для завершения модели данных хватило, но будущие итерации можно значительно улучшить за счет большей доступности данных. Важно отметить, что отсутствовала информация для оценки относительного уровня риска передачи инфекции в местах лишения свободы, поэтому модель воспроизводила характеристики распространенности ВИЧ. Это предположение было обосновано имеющимися данными, свидетельствующими, что в Кыргызстане более распространено инъекционное употребление, чем в России. Некоторые сметы расходов были преобразованы из других параметров или не включали накладные расходы; анализ неопределенностей показывает, что это предположение вряд ли повлияет на наши прогнозы.

Есть некоторые дополнительные преимущества расширения масштабов ЛОА/АРТ, которые не были включены в модель. Поскольку модель рассматривала только передачу ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, влияние изменения наркополитики на другие инфекционные заболевания не учитывалось. В странах ВЕЦА у ЛУИН высокий уровень инфицирования гепатитом С, а в пенитенциарных учреждениях много случаев заболевания туберкулезом.⁽⁷⁵⁾ По этой причине, сосредоточение внимания исключительно на ВИЧ-инфекции означает недооценку влияния снижения тюремного заключения и расширения масштабов ЛОА на увеличение продолжительности жизни. Хотя мы смоделировали сокращение тюремного заключения ЛУИН в результате декриминализации, подобное изменение в наркополитике, вероятно, также приведет к сокращению заключения людей, употребляющих наркотики неинъекционным путем, что приведет к большему сокращению общих затрат. Возможно также, что декриминализация окажет

влияние на большее число факторов, чем сугубо на сокращение числа заключенных, связанных с наркотиками, как это было смоделировано. Например, возможно, что за счет сокращения числа ЛУИН с криминальным прошлым, повысится уровень занятости, а это снизит потребность в совершении корыстных преступлений и тем самым еще больше сократит сроки лишения свободы. Мы не рассматривали возможные последствия декриминализации для работы полиции, которые могут привести к снижению затрат на полицейскую деятельность или, по крайней мере, высвободить ресурсы полиции для сосредоточения внимания на других преступлениях и могут снизить передачу ВИЧ-инфекции; в настоящее время ЛУИН в ВЕЦА сообщают о высоком уровне преследований со стороны полиции, что влечет за собой поведение высокого риска и снижает готовность обращаться за услугами по профилактике ВИЧ. Наконец, хотя мы включили влияние ЛОА на сокращение сроков лишения свободы и последующую экономию средств, мы не включили возможную экономию средств для общества через влияние ЛОА на снижение преступности.⁽¹¹⁶⁾ Действительно, предыдущие исследования в странах с высоким уровнем дохода показывают, что включение этих затрат может сделать ЛОА экономически выгодным.^(94, 95)

Наконец, государственные расходы и потеря производительности труда — это лишь часть бремени, связанного с незаконным оборотом наркотиков. Существует также экономическое воздействие на районы, где проходит наркотрафик, и открытые наркосцены.⁽⁴⁹⁾ Дальнейший анализ должен включать оценку влияния этих неизмеренных последствий и более широких выгод для общества на стоимость и последствия изменений в наркополитике в этих странах.

Приложение I: Ключевые характеристики страны



Беларусь

Распространенность ВИЧ среди ЛУИН: 30,8%	Охват ЛОА: 3,7% сообщества
Распространенность ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях: 6%	Охват АРТ: 40,5% сообщества
Распространенность ВИЧ-инфекции в обществе: 0,5%	Охват ПОШ: 69,4% сообщества
Общее число ЛУИН: 75 000	Охват ЛОА в пенитенциарных учреждениях: Неизвестно
Число заключенных: 32 500	Охват АРТ в пенитенциарных учреждениях: Неизвестно
Средняя продолжительность потребления инъекционных наркотиков у ЛУИН: 6,9 – 10,5 лет	Доля ЛУИН, когда-либо находившихся в заключении: 76,2%

Доступ к услугам

В 2007 году в Беларуси стартовала программа ЛОА при поддержке гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Программа включала предоставление метадона под строгим медицинским наблюдением, медицинские осмотры, психологическую поддержку и социальные услуги. Само тестирование на ВИЧ и продажа тестов на ВИЧ в аптеках началась в 2017 году, а охват АРТ, финансируемый государством, увеличился с 8600 человек в 2016 году до 22 000 человек в 2018 году просто за счет снижения цены на лечение.⁽¹²⁰⁾ В том же году по всей Беларуси появилось 19 государственных центров ЛОА, но они по-прежнему охватывали менее 5% ЛУИН в стране. Беларусь стремится увеличить охват ЛОА до целевого показателя ЮНЭЙДС в 40%, чтобы снизить число новых случаев ВИЧ-инфекции.⁽¹²¹⁾

Проведенное в Беларуси в 2013 году исследование экономической эффективности ЛОА показало, что его внедрение в этой стране обходится недорого (1,3 доллара США на пациента в день).⁽⁸⁾ Несмотря

на то, что ПОШ охватывает 69,4% сообщества, на одного человека приходится малое количество игл и шприцев (37/ЛУИН/год),⁽¹⁷⁾ что отчасти может быть связано с отсутствием ясности в отношении правового статуса ПОШ. В Беларуси нет руководящих принципов или стандартов качества, определяющих предоставление или использование ПОШ как инструмента снижения вреда.⁽⁸⁾

Ежегодно в Беларуси проводится около миллиона тестов на ВИЧ, но они не нацелены на ключевые группы населения, например людей, употребляющих наркотики. Значительная часть этих анализов берется у беременных женщин, доноров крови и военнослужащих и предоставляется исключительно специальными медицинскими учреждениями. Следовательно, официальная статистика учитывает лишь часть ВИЧ-позитивных людей (по оценкам экспертов, в Беларуси регистрируется только одна шестая часть ВИЧ-позитивных людей).⁽¹²²⁾ Было подсчитано, что в Беларуси были протестированы на ВИЧ от 6%⁽¹²³⁾ до 23%⁽⁸⁾ ЛУИН.

Законодательство в сфере наркополитики

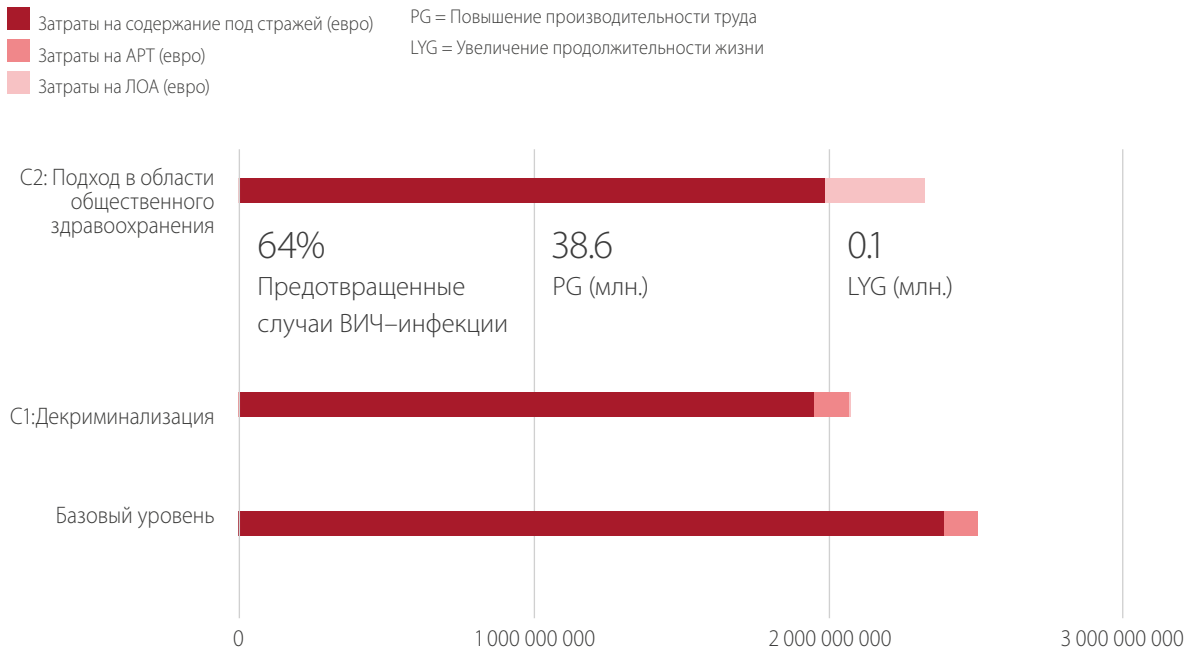
«Декриминализация — это предмет обсуждения для тех, у кого в приоритете права и свободы человека, человеческое достоинство, а также ценность человеческого капитала для развития страны в целом. Беларусь – страна с авторитарным режимом. Здесь силовые структуры не заботятся о правах и свободах человека. Граждане Беларуси живут по законам, и один из них – запрет наркотиков. Что объясняет сохранение белорусской пенитенциарной системы как системы пыток, унижений и лишения человеческого достоинства». Ярослав Романчук, экономист и политик, президент Центра Мизеса, Беларусь

В Беларуси хранение запрещенных веществ может караться лишением свободы на срок до 15 лет. Меры пресечения варьируются от шести месяцев

до 15 лет лишения свободы с конфискацией имущества или без нее. Если преступление было совершено в состоянии алкогольного опьянения, то наказание, скорее всего, будет более суровым. Если преступление совершено наркозависимым, то преступник может проходить принудительное лечение в местах лишения свободы.⁽¹²²⁾

УНП ООН в сотрудничестве с Министерством внутренних дел Беларуси организовали обучение и подготовку сотрудников правоохранительных органов для улучшения доступа к услугам по снижению вреда. Результаты этой подготовки еще не прошли оценку.⁽⁹³⁾ Незначительные поправки были внесены в закон 13 июня 2019 года, когда Палата представителей Национального собрания Республики Беларусь приняла поправки в Уголовный кодекс, посредством которых нижний порог наказания по 2–й и 3–й частям статьи за распространение наркотиков снижен на 2 года.⁽¹²⁴⁾

Затраты, предотвращенные случаи инфицирования и производительность труда в период с 2020 по 2040 год



- Декриминализация в Беларуси сэкономит 431 млн. евро.
- Согласно сценарию в области общественного здравоохранения, 431 млн. евро можно было бы направить на расширение АРТ до рекомендуемого ЮНЭЙДС целевого охвата, а оставшиеся деньги – на покупку ЛОА для 41% ЛУИН. Это привело бы к снижению числа случаев заболевания ВИЧ-инфекцией на 64% и в общей сложности к увеличению продолжительности жизни на 100 126 лет.
- Это также приведет к повышению производительности труда на 38,6 млн. евро. Этот рост производительности приведет к увеличению прибыли от полномасштабного расширения с 189 млн. до 228 млн. евро.



Казахстан

Распространенность ВИЧ среди ЛУИН: 7,9%	Охват ЛОА: <1% сообщества
Распространенность ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях: 3%	Охват АРТ: 28,5% сообщества
Распространенность ВИЧ-инфекции в обществе: 0,2%	Охват ПОШ: 87,4% сообщества
Общее число ЛУИН: 120 000	Охват ЛОА в пенитенциарных учреждениях: Неизвестно
Число заключенных: 35 219	Охват АРТ в пенитенциарных учреждениях: 34%
Средняя продолжительность потребления инъекционных наркотиков у ЛУИН: 10 лет	Доля ЛУИН, когда-либо находившихся в заключении: 43,6%

Доступ к услугам

«В Казахстане службы реабилитации для людей, употребляющих наркотики, не работают должным образом. Создается впечатление, что они существуют просто потому, что в принципе должны существовать. В настоящее время Казахстан создает видимость правого дела, подписываются декларации, но в стране нет истинного понимания того, что такое реабилитация и как она должна выглядеть для людей, употребляющих наркотики. Дело не в недостатке финансирования, а в расстановке приоритетов работниками здравоохранения и менталитете правительства». Анна Дерябина, директор Международного центра программ по уходу и лечению СПИДа (ICAP) в Центральной Азии

С 2010 года число новых случаев ВИЧ-инфицирования возросло на 29%, а смертность от СПИДа – на 32%. В ответ правительство включило в свой национальный план борьбы с ВИЧ стратегию ускорения (FastTrack) и в 2018 году перешло к тестированию и лечению.⁽⁵¹⁾

Услуги ЛОА были внедрены в качестве пилотной инициативы в 10 местах по всему Казахстану⁽¹²⁵⁾, но доступны только в том случае, если люди зарегистрированы в наркологическом реестре.

Поэтому в Казахстане необходимо наращивать усилия по тестированию на ВИЧ, лечению и уходу за ВИЧ-инфицированными.^(125, 126)

В 2017 году правительство Казахстана инициировало оценку программ ЛОА, которая показала, что только 2,69% всех потребителей инъекционных наркотиков, внесенных в амбулаторный реестр Казахстана, получали ЛОА, что не соответствовало рекомендации ВОЗ об охвате не менее 20%. Одним из препятствий на пути внедрения программы ЛОА было отсутствие поддержки со стороны государственных правоохранительных органов и учреждений здравоохранения.⁽⁸⁹⁾ В одном исследовании, по итогам опроса 80 медсестер, социальных работников, «полевых» работников на местах и провайдеров услуг по борьбе с ВИЧ, выяснилось, что ЛУИН и люди с ВИЧ часто сегрегированы в медицинских учреждениях. Медицинские учреждения прибегают к использованию лишних мер предосторожности и несанкционированному раскрытию ВИЧ-статуса.⁽¹²⁷⁾

По всему Казахстану программы ПОШ являются наиболее распространенной услугой, доступной для ЛУИН, 137 пунктов функционируют в клиниках первичной медико-санитарной помощи, СПИД-центрах и НКО.⁽¹²⁶⁾

Применение законов о наркотиках

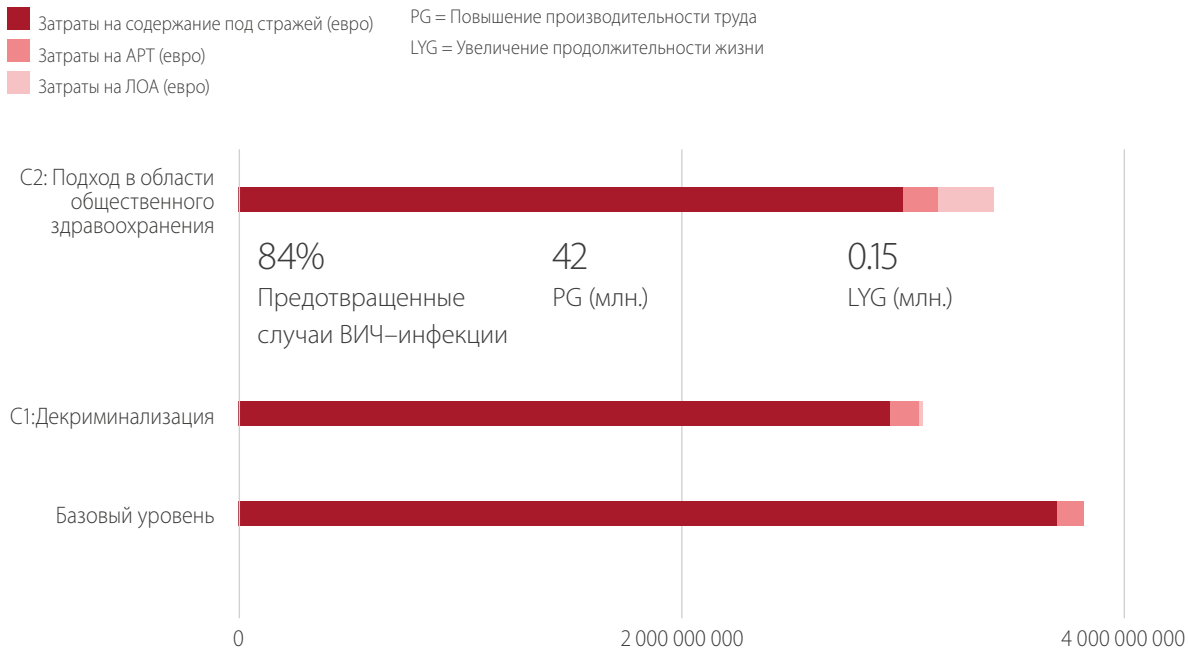
«Политика в Казахстане и Кыргызстане очень сильно зависит от России, большая часть медицинской литературы также поступает из России. Российские наркологи считают, что единственный способ избавиться от зависимости – избавиться от наркотиков. Если вы скажете властям Казахстана и Кыргызстана, что в Португалии, например, успешный подход к снижению вреда, они не будут слушать, так как больше доверяют российским властям». Анна Дерябина, директор Международного центра программ по уходу и лечению СПИДа (ICAP) в Центральной Азии

Отчет 2014 года, представленный Группой Помпиду Совета Европы, показал, что правовые и политические барьеры препятствуют тому, чтобы ЛОА в Казахстане стало доступным и приемлемым для общественности.⁽¹²⁸⁾ ЛУИН не могут получать ЛОА дома, им приходится преодолевать большие расстояния, чтобы получить суточную дозу. Вторым препятствием на пути к лечению является полиция. ЛУИН жалуются, что врачи предоставляют полиции медицинскую информацию о своих пациентах ЛОА, что автоматически делает их мишенью для допросов, связанных с преступностью, и препятствует доступу к сервисам.⁽⁸⁹⁾ В 2016 году УНП ООН провело обучение сотрудников полиции по вопросам ВИЧ-услуг для ЛУИН в Казахстане⁽⁹⁴⁾ с целью улучшения доступа к услугам по снижению

вреда.⁽¹²⁵⁾ Несмотря на это, потребление, хранение и поставка наркотиков сурово караются законом и связаны с большими штрафами и приговорами.

Немедицинское употребление психоактивных веществ в общественных местах является уголовным преступлением и карается штрафом в размере от 493 до 1074 евро. За небольшое количество предусмотрена возможность общественных работ вместо штрафа, но потребление наркотиков в больших объемах карается лишением свободы на срок от 3 до 7 лет. Наказания за поставку или любую деятельность, связанную с поставкой наркотиков, в виде тюремного заключения на срок от 5 до 15 лет с конфискацией имущества. Также это может быть штраф в размере от 754 до 3267 евро в зависимости от поставляемого количества и возраста нарушителя. В случае вынесения приговора сроком менее 5 лет, суд принимает во внимание каждое отдельное преступление и определяет, может ли виновный «исправиться» без отбывания наказания. В таком случае подсудимого могут освободить от тюремного заключения и заменить его условным, как за хранение, так и за поставку наркотиков.⁽¹²⁹⁾

Затраты, предотвращенные случаи инфицирования и производительность труда в период с 2020 по 2040 год



- Все эти сценарии менее затратны, чем базовый уровень, и приносят большую пользу с точки зрения предотвращения ВИЧ-инфекции и УПЖ.
- Декриминализация в Казахстане сэкономит 773 млн евро.
- Согласно сценарию в области общественного здравоохранения эти 773 млн. евро могут быть использованы для расширения АРТ до рекомендуемого ЮНЭЙДС целевого охвата, а оставшиеся средства – на покупку ЛОА для 40% ЛУИН. Это привело бы к снижению числа ВИЧ-инфицированных на 84% и в общей сложности к увеличению продолжительности жизни на 148 464 лет.
- Это также приведет к повышению производительности труда на 42,4 млн. евро помимо экономии, связанной с полномасштабным расширением (436,7 млн. евро) по сравнению с базовым уровнем.



Кыргызстан

Распространенность ВИЧ-инфекции: 14,3%	Охват ЛОА: 4% сообщества
Распространенность ВИЧ-инфекции в пенитенциарных учреждениях: 11%	Охват АРТ: 27% сообщества
Распространенность ВИЧ-инфекции в обществе: 0,2%	Охват ПОШ: 55,7% сообщества
Общее число ЛУИН: 25 000	Охват ЛОА в пенитенциарных учреждениях: Неизвестно
Число заключенных: 10 574	Охват АРТ в пенитенциарных учреждениях: 69,9%
Средняя продолжительность потребления инъекционных наркотиков у ЛУИН: 10 лет	Доля ЛУИН, когда-либо находившихся в заключении: 46%

Доступ к услугам

С 2010 года число новых случаев ВИЧ-инфекции возросло на 21%, а смертность от СПИДа – на 9%.⁽¹³⁰⁾ Кыргызстан был первой страной Центральной Азии, которая начала пилотную программу ЛОА в 2002 году. Сообщалось, что в 2015 году Кыргызстан выдавал более 200 шприцев каждому ЛУИН в год.⁽¹⁷⁾ Кроме того, Кыргызстан – одна из семи стран мира и единственная страна Центральной Азии, которая предоставляет ЛОА и ПОШ в местах лишения свободы. Вместе с тем, приложенных усилий все еще недостаточно. При исследовании, в ходе которого была взята случайная национально репрезентативная выборка заключенных, освобожденных в Кыргызстане в течение шести месяцев, выяснилось, что заключенные, употреблявшие инъекционные наркотики, с большей вероятностью имели тяжелую зависимость до того, как были взяты под стражу. В этом исследовании ЛОА было доступно только для 11% людей, употребляющих инъекционные наркотики.⁽⁷⁸⁾

Оценка программы ЛОА в Кыргызстане была проведена в июне 2015 года. Она изучала вопрос о том, каким образом страна выполняла рекомендации более раннего исследования 2008 года по программам ЛОА. Результаты показали, что правительство, Организация Объединенных Наций и другие международные донорские организации инвестировали значительные финансовые и человеческие ресурсы в расширение ЛОА в гражданском и пенитенциарном секторах Кыргызстана. Общее количество пунктов ЛОА увеличилось более чем в два раза – с 13 в 2008 году до

31 в 2015 году, а количество ЛУИН, получающих ЛОА, увеличилось с 729 до, примерно, 1200. Министерство здравоохранения Кыргызстана продолжает внедрять ЛОА в географически децентрализованном порядке. ЛОА также доступно в исправительных учреждениях Кыргызстана и охватывает половину (восемь) из 16 пенитенциарных учреждений. Это настоящая победа, учитывая постсоветские экономические, социальные и политические реалии. После освобождения персонал пенитенциарных учреждений направляет пациентов для продолжения ЛОА в гражданском секторе. Несмотря на приложенные усилия, к 2015 году ЛОА слабо интегрировалось в основную систему здравоохранения и существовало исключительно как проект, финансируемый донорами.⁽¹³¹⁾

Поскольку увеличение доступности ЛОА в Кыргызстане полностью финансировалось донорами, существует риск того, что достижения в области снижения вреда не будут устойчивыми в будущем без постоянных инвестиций на государственном уровне. Правительство Кыргызстана и различные его подразделения (здравоохранение, правоохранительные органы, пенитенциарные учреждения) открыто не высказывались в поддержку преимуществ ЛОА на протяжении всей этой программы.⁽¹³¹⁾ Власти Кыргызстана недавно внедрили программу быстрого тестирования на ВИЧ для людей с более высоким риском заражения и запустили программу приверженности для людей, живущих с ВИЧ, основанную на мобильных технологиях. Пока рано говорить о том, какой эффект окажут эти услуги в будущем.⁽¹³⁰⁾

Применение законов о наркотиках

Кыргызстан предпринял шаги по декриминализации хранения наркотиков в небольших размерах и отказу от уголовной ответственности за сексуальные услуги. Несмотря на это, полицейская практика отклоняется от формальных законов из-за слабых правовых и медицинских знаний и негативного отношения к снижению вреда. В 2005 году меры по борьбе с ВИЧ-инфекцией в Кыргызстане включали подготовку сотрудников полиции по вопросам ВИЧ, других инфекций, передающихся половым путем, законодательства и политики, связанных с сексуальными услугами и употреблением наркотиков, а также предоставление контактной информации местных программ снижения вреда. Ни одна из этих программ не была официально оценена и носила разовый характер. Опрос сотрудников полиции, прошедших подготовку, выявил высокую вероятность направления людей на программы снижения вреда.⁽¹³²⁾

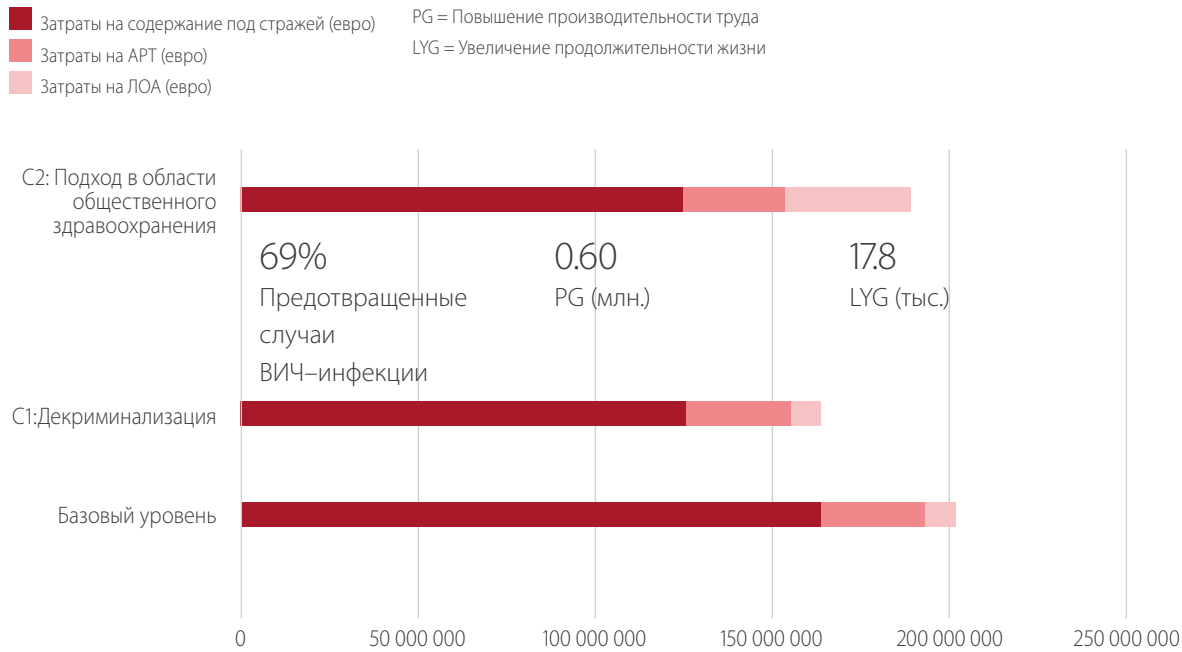
В Кыргызстане употребление наркотиков в общественных местах является административным правонарушением, наказуемым штрафом в размере от 69 до 213 евро. Наказание не зависит от наркотика и его количества, не выясняется, страдает ли человек наркотической зависимостью, первый раз нарушает закон или это повторное правонарушение. За хранение небольших объемов штраф варьируется в размере от 188 до 754 евро с определенными ограничениями свободы, но не тюремным заключением. По мере увеличения количества наркотического вещества штрафы и тюремное заключение становятся обязательными. Взымаются штрафы в размере от 1508 до 2262 евро и в зависимости от количества наркотиков могут привести к лишению свободы на срок от 1,5 до 7,5 лет. Независимо от вида наркотика штрафы

не меняются, но, если они не оплачиваются в течение одного месяца, сумма удваивается. После дальнейшей неуплаты в течение более чем двух месяцев суд заменяет штраф лишением свободы. За поставку наркотиков наказание и штрафы самые суровые – от 754 до 3267 евро и от 5 до 12 лет лишения свободы. В случае вынесения приговора сроком менее 5 лет, суд принимает во внимание каждое отдельное преступление и определяет, может ли виновный «исправиться» без отбывания наказания. В таком случае подсудимого могут освободить от тюремного заключения и заменить его условным, как за хранение, так и за поставку наркотиков.⁽¹²⁹⁾

В Кыргызстане готовятся изменения в закон, инициированные Фондом «Открытое Общество», НКО, целью которой является изменение существующей коррупционной практики в правоохранительных органах. Поясняет Нуриана Картанбаева, заместитель исполнительного директора юридической программы Фонда «Открытое Общество»:

«Мы ввели совершенно новый Уголовно-исполнительный кодекс, который направлен на гуманизацию и декриминализацию нынешнего подхода и улучшение сбора данных о преступлениях. Ведение единой статистики не позволит допустить, чтобы сотрудники правоохранительных органов сами устанавливали критерии количества арестов для хорошей раскрываемости преступлений. Новое законодательство предполагает, что каждое уголовное дело должно быть зарегистрировано. Сотрудники полиции неофициально запускали досудебные разбирательства и шантажировали задержанных, брали с них взятки в обмен на свои услуги, а затем снимали «искусственные» обвинения. При новом законодательстве этого произойти не может».

Затраты, предотвращенные случаи инфицирования и производительность труда в период с 2020 по 2040 год



- Декриминализация в Кыргызстане сэкономит 38 млн. евро.
- Согласно сценарию в области общественного здравоохранения эти 38 млн. евро могут быть использованы для расширения АРТ до рекомендуемого ЮНЭЙДС целевого охвата, а оставшиеся деньги – на покупку ЛОА для 29,7% ЛУИН. Это привело бы к снижению числа случаев ВИЧ-инфицирования на 69% и в общей сложности к увеличению продолжительности жизни на 17 768 лет.
- Это также приведет к повышению производительности труда на 597 749 евро. Этот рост производительности увеличит экономию затрат с 12 526 567 евро до 13 124 316 евро по сравнению с базовым уровнем.



Россия

Распространенность ВИЧ-инфекции: 60%	Охват ЛОА: 0% сообщества
Распространенность ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы: 7%	Охват АРТ: 42% сообщества
Распространенность ВИЧ-инфекции в обществе: 1,1%	Охват ПОШ: 5–25% сообщества
Общее число ЛУИН: 1 881 000	Охват ЛОА в пенитенциарных учреждениях: 0%
Число заключенных: 602 176	Охват АРТ в пенитенциарных учреждениях: 5%
Средняя продолжительность потребления инъекционных наркотиков у ЛУИН: 13,8 лет	Доля ЛУИН, когда-либо находившихся в заключении: 34%

Доступ к услугам

«Наша НКО – законная организация, но из-за того, что российское правительство выступает против снижения вреда, мы часто подвергаемся нападкам со стороны властей. Мы сталкиваемся с сопротивлением нашей работе, нас проверяют разные министерства, снова и снова штрафуют. У нас нет денег на оплату штрафов. Это дорого, раздражает и представляет угрозу. Мы всегда находимся на грани закрытия». Аня Саранг, Президент Фонда Андрея Рылькова в области здравоохранения и социальной справедливости

Фонд Андрея Рылькова – некоммерческая организация в России, предоставляющая населению Москвы, употребляющему инъекционные наркотики, чистые иглы и шприцы, ежедневную информационно-разъяснительную работу, социальное сопровождение, юридическую помощь и тестирование на ВИЧ примерно 4000 человек в Москве каждый год. Фонд является одной из немногих НКО, предоставляющих поддержку ЛУИН в России. В стране есть регионы, которые больше поддерживают снижение вреда, чем другие, но в целом государственные организации не предоставляют услуги по снижению вреда, поскольку они противоречат национальному законодательству

о наркотиках.⁽¹³³⁾ ЛОА полностью запрещено в России⁽⁷⁶⁾, а АРТ доступна в небольших количествах, в основном потому, что она рассматривается как медицинская интервенция, а не подход к снижению вреда. Учитывая, что число новых случаев ВИЧ-инфицированных возросло с 74 000 в 2010 году до 100 000 в 2017 году,⁽¹³⁴⁾ запрет программ снижения вреда, вероятно, является одним из факторов, способствующих такому развитию событий в России.

Передозировка наркотиками также является большой проблемой для опиоидозависимых, что усугубляется запретом ЛОА.^(25, 135, 136) Этот запрет включает в себя назначение метадона и бупренорфина, несмотря на то, что эти препараты рекомендованы ВОЗ в качестве «основных лекарств».⁽²⁵⁾ Одно из исследований показало, что в некоторых регионах России, несмотря на то что ЛОА запрещено, метадон стал соперничать с героином как наиболее распространенный опиоид для рекреационного использования.⁽¹³⁷⁾ Употребление героина в последние годы сокращается с почти 100% всех ЛУИН в 2004–2005 годах до 77% в 2012–2015 годах.⁽¹³⁵⁾ Кроме того, в России недостаточно развито тестирование на ВИЧ и программы профилактики, особенно среди ЛУИН.^(138, 139) Тестирование ВИЧ-инфицированных младенцев в возрасте до 8 недель, вероятно, является наиболее

полноценной из предложенных услуг по борьбе с ВИЧ-инфекцией, в 2017 году она составила 84%.⁽¹³⁴⁾

В настоящее время в России нет специального законодательства о правовом состоянии однополых отношений.⁽¹³⁴⁾ Непрерывный рост эпидемии ВИЧ-инфекции в России обусловлен провалом государственной политики и практики, связанной не только со снижением вреда, но и с правами человека. Кризис в системе общественного здравоохранения возможно предотвратить, однако, если Россия продолжит идти по тому же пути, заболеваемость ВИЧ будет продолжать расти.⁽²⁵⁾

ЛУИН в России после освобождения из мест лишения свободы практически не получают поддержки, что неизбежно приводит к поведению повышенного риска. Безработица, возобновление употребления опиоидов, алкоголизм и передозировка наркотиками широко распространены среди бывших заключенных, пытающихся вернуться в общество. Без соответствующей поддержки можно не ждать, что они избегут повторного преступления или смерти.^(41, 140)

«В России наркотики и алкоголь более доступны, чем снижение вреда. Наркотики можно купить в Интернете, алкогольная зависимость и смертность от алкоголизма в России огромны. Многие люди не принимают алкоголь за наркотик. Так что это нормально – быть зависимым от алкоголя и совершать убийства, но использовать наркотики для личного употребления – не нормально. Есть много бессмысленных вещей, но – никого, кто мог бы решить эти проблемы». Алекс Кнорре, докторант кафедры криминологии Пенсильванского университета

Применение законов о наркотиках

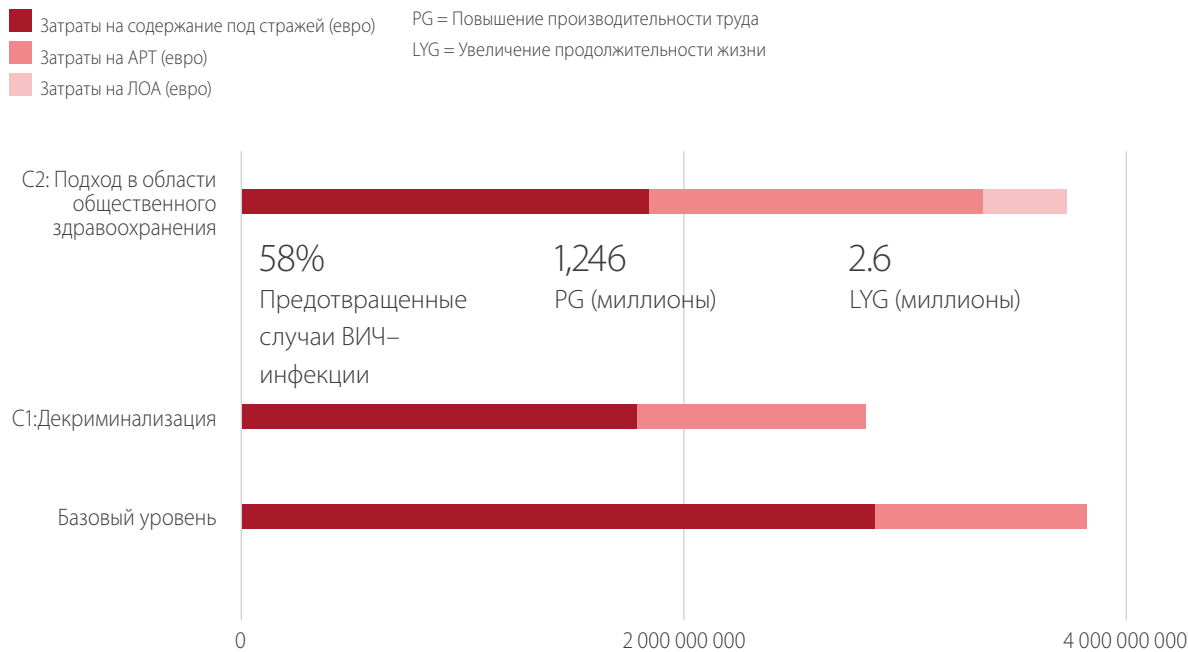
«В России есть новая наркостратегия, которая вступит в силу в 2021 году. Это все та же стратегия, основанная на нулевой терпимости и дискриминации. Снижение вреда по-прежнему считается для нее угрозой. Государственная стратегия направлена против любого гуманного обращения с людьми, употребляющими наркотики». Аня Саранг, Президент Фонда Андрея Рылькова.

В России употребление и хранение наркотиков в небольших количествах является административным правонарушением, наказуемым штрафом в размере от 55 до 70 евро или административным арестом на срок до 15 суток. Хранение наркотиков в больших, крупных и особо крупных размерах является уголовным преступлением, наказуемым штрафом до 7000 евро или лишением свободы на срок от 3 до 10–15 лет в зависимости от объема наркотиков (Статья 228).⁽¹⁴¹⁾ Исходя из судебной статистики, людям обычно предъявляются обвинения по статьям 228,2 и 228,3 со средним сроком наказания от 3 до 5 лет.⁽¹⁴²⁾

В правоохранительных органах в отношении ЛУИН существует множество предубеждений, выходящих за рамки системы уголовного правосудия. Роман Хабаров объясняет:

«Существует четкая связь между системой здравоохранения и полицейской службой. Медицинские учреждения обязаны информировать полицию, когда лечат зарегистрированного наркомана. Таким образом, полицейские часто посещают медицинские центры, и пока потребители наркотиков находятся в уязвимом состоянии, в «ломке», манипулируют ими, принуждая признаться в совершении преступления, которого они не совершали и даже не были свидетелями, – чтобы повысить раскрываемость». Роман Хабаров, бывший сотрудник полиции и юрист-правозащитник в России

Затраты, предотвращенные случаи инфицирования и производительность труда в период с 2020 по 2040 год



Примечание – экстраполяция затрат и УПЖ по данным Санкт-Петербурга

- Декриминализация в России сэкономит 11 100 млн. евро по сравнению с нынешней практикой.
- С точки зрения общественного здравоохранения, предполагая, что уровни охвата АРТ и ЛОА в России такие же, как и в Санкт-Петербурге, эти сэкономленные 11,1 млрд. евро могут быть использованы для расширения АРТ до рекомендуемого целевого охвата ЮНЭЙДС, а также для покупки ЛОА для 39,5% ЛУИН с ВИЧ (в абсолютном выражении). Это привело бы к снижению числа случаев заражения ВИЧ-инфекцией на 58% и в общей сложности к увеличению продолжительности жизни на 2 586 534 года.
- Это также приведет к повышению производительности труда на 1,2 млрд. евро. Этот рост производительности снизил бы общие затраты на полномасштабное расширение с 1,1 млрд. евро до 2,3 млрд. по сравнению с базовым уровнем.
- 60%-ный охват ЛУИН ПОШ в России обойдется в дополнительные 46,5 млн. евро в год и предотвратит еще 14 000 случаев ВИЧ-инфекции ежегодно.

Приложение II. Источники данных

Три из четырех стран нашего исследования опубликовали отчеты ДЭН, которые есть в открытом доступе (Беларусь, Казахстан и Кыргызстан). Исследования дозорного эпидемиологического надзора в этих странах следуют международным рекомендациям в отношении исследовательского процесса, от планирования до проведения, анализа данных и отчетности о результатах.

Отчеты ДЭН основаны на результатах перекрестных обследований отдельных групп населения страны, проводимых каждые два года. В ходе обследований собираются серологические данные, а также данные по целому ряду социально-демографических и поведенческих переменных в отдельных местах дозорного эпидемиологического надзора. Основные методы исследования включают использование стандартизированного структурированного опросника и теста по методу сухой капли крови (DBS) на ВИЧ, гепатиты В, С и сифилис.

В трех странах, опубликовавших отчеты ДЭН, участники исследования из группы риска ЛУИН

были набраны с использованием метода выборки, управляемой респондентом (RDS). Для набора участников из группы риска заключенных, которая была включена только в Кыргызстане, использовалась систематическая случайная выборка с использованием разделения по типу исправительного учреждения, так как легко получить доступ к списку заключенных.

Объём выборки для ключевых групп населения:

ЛУИН – Беларусь n = 1660; Казахстан n = 4302; Кыргызстан n = 1311

Заключенные — только Кыргызстан, n=994.

Мы также использовали опубликованные исследовательские отчеты и международные наборы данных, такие как HarmReductionInternational, Евразийская ассоциация по снижению вреда и ЮНЭЙДС.

Приложение III. Таблицы данных

Таблица А1. Краткое описание сценариев

	Показатель численности заключенных снижен на %	% заключенных в 2040 году	Охват АРТ в 2040 году	Охват ЛОА в 2040 году	Количество предотвращенных случаев инфекции по сравнению с базовым уровнем	% предотвращенных случаев инфекции
Беларусь						
Базовый уровень	0%	34,6%	39,6%	0,4%	0	
С1: Декриминализация	25%	27,3%	43,7%	0,6%	-1 629	-2,3%
С2: Подход в области общественного здравоохранения	25%	25,5%	83,8%	41,2%	44 624	64%
Казахстан						
Базовый уровень	0	30,0%	21,2%	0,2%		
С1: Декриминализация	25%	22,8%	25,3%	0,2%	-95	-0,2%
С2: Подход в области общественного здравоохранения	25%	21,8%	86,5%	41,8%	32 009	84%
Кыргызстан						
Базовый уровень	0	16,5%	44,0%	6,8%		
С1: Декриминализация	25%	12,3%	46,6%	6,3%	1 129	11%
С2: Подход в области общественного здравоохранения	25%	11,7%	88,0%	29,7%	6 912	69%
Россия						
Базовый уровень	0	16,1%	35,1%	0		
С1: Декриминализация	46%	8,5%	40,0%	0	-44 865	-3,5%
С2: Подход в области общественного здравоохранения	46%	8,2%	79,7%	39,5%	758 414	58%

*Охват АРТ увеличивается более чем на 81% в зависимости от того, насколько хорошо ЛОА влияет на набор и АРТ. Охват ЛОА увеличивается более чем на 40% из-за динамического воздействия в модели с течением времени.

Таблица А2. Анализ эффективности затрат

Сценарий	Общая сумма расходов (Евро)	Всего лет жизни	Совокупная продуктивность (Евро)	Сопоставление по сравнению с БАЗОВЫМ УРОВНЕМ			
				Дополнительные расходы (Евро)	Увеличение продолжительности жизни	Коэффициент эффективности дополнительных затрат (ICER) (с точки зрения затрат на УПЖ)	Производительность (Евро)
Беларусь							
Базовый уровень	2 534 578 868	1 905 493	344 695 939	0	0		
С1: Декриминализация	2 103 723 830	1 906 415	361 616 889	-430 855 039	923	Экономия затрат	16 920 951
С2: Подход в области общественного здравоохранения	2 345 128 162	2 005 618	383 289 012	-189 450 706	100 126	Экономия затрат	38 593 073
Казахстан							
Базовый уровень	4 128 681 587	3 736 146	512 343 667	0	0		0
С1: Декриминализация	3 355 446 703	3 737 840	531 825 803	-773 234 884	1 694	Экономия затрат	19 482 137
С2: Подход в области общественного здравоохранения	3 671 945 813	3 884 610	554 732 297	-436 735 773	148 464	Экономия затрат	42 388 631
Кыргызстан							
Базовый уровень	197 853 088	794 721	14 314 250	0	0		0
С1: Декриминализация	159 842 974	795 466	14 576 393	-38 010 115	745	Экономия затрат	262 143
С2: Подход в области общественного здравоохранения	185 326 522	812 488	14 911 999	-12 526 567	17 768	Экономия затрат	597 749
Санкт-Петербург, Россия							
Базовый уровень	1 638 734 392	1 592 757	427 565 642	0	0		0
С1: Декриминализация	1 211 257 416	1 594 060	446 806 442	-427 476 976	1303	Экономия затрат	19 240 800
С2: Подход в области общественного здравоохранения	1 596 859 627	1 691 858	475 317 195	-41 874 765	99 101	Экономия затрат	47 751 553
Россия (расширенные данные по Санкт-Петербургу)							
Базовый уровень	42 770 967 632	41 570 961	11 159 463 260	0	0	0	0
С1: Декриминализация	31 613 818 550	41 604 970	11 661 648 140	-11 157 147 082	34 010	Экономия затрат	502 184 880
С2: Подход в области общественного здравоохранения	41 678 036 253	44 157 495	12 405 778 802	-1 092 931 378	2 586 534	Экономия затрат	1 246 315 543

Список использованных источников:

1. Куявска Дж. Эффективность систем здравоохранения посткоммунистических стран. Достижения в области управления здравоохранением, 2017:93–111.
2. Обзор предотвр. ВИЧ и СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. Брайтон: Предотвратить; 2020 [12 января 2021]. Доступно с: <https://www.avert.org/hiv-and-aids-eastern-europe-central-asia-overview>.
3. Жао Ф., Бенедикт С., Уилсон Д. Борьба с самой быстрорастущей ВИЧ-эпидемией в мире: Наиболее эффективные меры борьбы с ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии. Вашингтон, Округ Колумбия: Всемирный банк; 2020.
4. Бейкер П., Белецкий Л., Авалос Л., Венегас С., Стратди С. А., Сепеда Дж. Работа полиции как структурная детерминанта риска ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики: систематический обзор литературы. Журнал Международного общества борьбы со СПИДом, 2019;22.
5. Меркинайте С. Война против людей, употребляющих наркотики: издержки. Вильнюс: Евразийская сеть снижения вреда (EHRN); 2012.
6. Стоун Дж., Фрейзер Х., Лим А. Г., Уокер Дж. Г., Уорд З., Макгрегор Л. и др. История тюремного заключения и риск заражения ВИЧ и вирусом гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики: систематический обзор и мета-анализ. Ланцет Заразные бол. 2018;18(12):1397–409.
7. Ранджит Ю. С., Азбель Л., Кришнан А., Алтис Ф. Л., Мейер Дж. П. Оценка риска и исходов ВИЧ-инфекции в национальной репрезентативной выборке заключенных женщин в Азербайджане, Кыргызстане и Украине. Уход за больными СПИДом – Психологические и социально-медицинские аспекты СПИДа/ВИЧ. 2019;31(7):793–7.
8. Отиашили Д. Устойчивое развитие и планирование переходного периода для глобальных проектов снижения вреда. Вильнюс: Евразийская сеть снижения вреда (EHRN); 2015 [12 января 2021]. Доступно по адресу: <http://fileserver.idpc.net/library/belarus-global-fund-case-study-eng.pdf>.
9. ЮНЭЙДС. Люди, употребляющие инъекционные наркотики. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС); 2014.
10. ЮНЭЙДС. Индикаторы AIDInfo. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС); 2020 [12 января 2020 г.]. Доступно по адресу: <http://aidsinfo.unaids.org>.
11. Салданха В. П., Бузе К. СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии: время взглянуть в глаза фактам. Ланцет. 2016;388(10061):2737–8.
12. Марш К., Итон Дж. В., Махи М., Сабин К., Аутенрит Ц. С., Ваниеки И. и др. Глобальные, региональные и страновые оценки 90–90–90 на 2018 год: оценка прогресса в достижении цели 2020 года. СПИД. 2019;33:5213–526.
13. Кук К., Фелан М., Сандер Дж., Стоун К., Мерфи Ф. Аргументы в пользу десятилетия снижения вреда: прогресс, потенциал и сдвиги парадигмы. Лондон: HarmReductionInternational; 2016.
14. Джолли Э., Родес Т., Платт Л., Хоуп В., Латыпов А., Донохо М. и др. ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии: систематический обзор с последствиями для политики. БМЖ Откр. 2012.
15. ЮНЭЙДС. Доклад Целевой группы Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС); 2014.
16. Дегенхардт Л., Пикок А., Колледж С., Лонг Дж., Гребели Дж., Викерман П. и др. Глобальная распространенность употребления инъекционных наркотиков и социально-демографические характеристики, а также распространенность ВИЧ, вируса гепатита В и вируса гепатита С у людей, употребляющих инъекционные наркотики: многоступенчатый систематический обзор. Ланцет Глобальное здоровье. 2017;5(12):e192–e207.
17. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании. Тематический отчет: потребители инъекционных наркотиков. Мониторинг осуществления Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии: отчет о ходе работы за 2014 год. Стокгольм: Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC); 2015.
18. ЮНЭЙДС. Доклад Целевой группы по профилактике. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС); 2016.
19. ЛаМонака К., Думчев К., Дворяк С., Азбель Л., Морозова О., Альтис Ф. Л. ВИЧ, инъекции наркотиков и тенденции снижения вреда в Восточной Европе и Центральной Азии: последствия для международной и внутренней политики. Тек. отч. по психиатрии 2019;21(7):47.
20. ЮНЭЙДС. Здоровье, права и наркотики: Снижение вреда, декриминализация для людей, употребляющих наркотики. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС); 2019.
21. Азбель, Полонский М., Вегман М., Шумская Н., Курманалиева А., Асанов А. и др. Перекрестные эпидемии ВИЧ, вируса гепатита В и сифилиса среди заключенных, которые вскоре будут освобождены в Кыргызстане: последствия для профилактики и лечения. Международный журнал наркополитики. 2016;37:9–20.
22. Изенберг Дж. М., Бахиреди С., Уикершам Дж. А., Соул М., Кирьязова Т., Дворяк С. и др. Инъекции наркотиков внутри тюрьмы среди ВИЧ-инфицированных украинских заключенных: распространенность и корреляты крайне рискованного поведения. Международный журнал наркополитики. 2014;25(5):845–52.
23. Гокенгин Д., Опреев С., Беговач Дж., Горбан А., Зека А. Н., Седлачек Д. и др. Помощь при ВИЧ в Центральной и Восточной Европе: насколько мы близки к цели? Международный журнал инфекционных заболеваний, 2018;70:121–30.
24. Ларни С., Лонг Дж., Гребели Дж., Хикман М., Викерман П., Пикок А. и др. Глобальный систематический обзор и экологический анализ ВИЧ-инфекции у людей, употребляющих инъекционные наркотики: Национальные размеры населения и факторы, связанные с распространенностью ВИЧ. Международный журнал наркополитики. 2020;77.
25. Бейрер С., Вирц Ал., О'Хара Г., Леон Н., Казачкин М. Расширяющаяся эпидемия ВИЧ-1 в Российской Федерации. Публичная Научная Библиотека Медицины. 2017;14(11).
26. ВОЗ, ЦКЗ, ЮНЭЙДС, МОЗС 360. Руководство по био-поведенческому обследованию групп риска заражения ВИЧ. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017.
27. Казахский научный центр дерматологии и инфекционных болезней. Казахстан: Результаты эпидемиологического мониторинга распространенности ВИЧ-инфекции среди ЛУИН. Алматы: Министерство здравоохранения Республики Казахстан; 2018.
28. Кечина Е. А. Отчет о результатах эпидемиологического надзора по оценке ситуации с ВИЧ-инфекцией среди групп населения высокого риска (2017). Минск: Минздравсоцразвития, 2017.
29. Кадырбеков УК Б. А., Асыбалиева Н. А., Акматова З. К., Кубатова А. К., Дооронбекова А. Д. и др. Результаты исследования эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике. Бишкек: Республиканский центр по СПИДУ; 2016.
30. Плавинский С., Ладная Н., Зайцева Е., Баринаева А. Распространенность ВИЧ среди уязвимых групп населения в России – результаты комплексного био-поведенческого обследования. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2018;6:10–8.
31. Евразийская ассоциация снижения вреда. Издержки криминализации. Вильнюс: Евразийская ассоциация снижения вреда; 2017 [12 января 2021]. Доступно по адресу: <https://harmreductioneurasia.org/criminalization-costs/>.
32. Хеймер Р., Уайт Е. Оценка числа потребителей инъекционных наркотиков в Санкт-Петербурге, Россия. Наркотическая и алкогольная зависимости. 2010;109(1–3):79–83.
33. Республиканский научно-практический центр психического здоровья. Реализация программы поддерживающей заместительной терапии. Минск: Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2019.
34. Мониторинговый консультативный совет Республики Беларусь. Национальный отчет о прогрессе, достигнутом в реализации глобальных мер борьбы со СПИДом (об осуществлении Политической декларации по ВИЧ / СПИДУ), 2015 год.
35. Кыргызстанский Республиканский наркологический центр. Электронный реестр медикаментозного лечения (MAT) (EMR). 2020.
36. Мабилло Г., Скутельничук О., Церетели М., Коноразов И., Елизарьева А., Попович С. и др. Пакеты мер по снижению воздействия ВИЧ-инфекции и вируса гепатита В среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Восточной Европе и Центральной Азии: моделирование и исследование экономической эффективности. Открытый форум Инфекционных заболеваний. 2018;5(3).

37. Кыргызстанский Республиканский центр борьбы со СПИДом. Электронная система управления случаями ВИЧ-инфекции (ЕНСМС). 2020.
38. Балаян Т., Опря Э., Юрин О., Евтович Д., Беговак Дж., Лакатош Б. и др. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, остаются труднодоступным населением на всех стадиях континуума ВИЧ в Центральной, Восточной и Юго-Восточной Европе – данные из европейских руководящих принципов в сети Центральной и Восточной Европы. *Инфекц. Бол. (Лонд)*. 2019;51(4):277–86.
39. Дерябина А. П., Эль–Садр В. М. Оптимизация результатов профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для лиц, употребляющих психоактивные вещества, в Центральной Азии: что для этого потребуется? *Тек. мнен. по ВИЧ СПИД*. 2019;14(5):374–80.
40. Амирханян И. А., Келли Дж. А., ДиФрансейко В. Дж., Кузнецова А. В., Тарима С. С., Яковлев А. А. и др. Предикторы вовлеченности в лечении ВИЧ, приверженности к антиретровирусным препаратам и подавления вируса среди людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, в Санкт-Петербурге, Россия. *СПИД и поведение*. 2018;22(3):791–9.
41. Сепеда Дж. А., Никколай Л. М., Любимова А., Кершоу Т., Левина О., Хеймер Р. Высокорисковое поведение после освобождения из мест лишения свободы среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики в Санкт-Петербурге, Россия. *Наркотическая и алкогольная зависимость*. 2015;147:196–202.
42. Стоун К., Ширли–Биван С. Глобальное состояние снижения вреда в 2018 году. Лондон: HarmReductionInternational; 2018.
43. Международный центр пенитенциарных исследований Краткие данные о тюрьмах мира. Лондон: Школа права, Биркбек, Лондонский университет; 2019 [12 января 2021]. Доступно по адресу: <https://www.prisonstudies.org/>.
44. Минские интервенции по снижению вреда. Минский поведенческий опрос среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. 2020.
45. Ганина Л. Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2010–2011 годы среди осужденных в Республике Казахстан // 2011.
46. Терликибаева А., Гермосила С., Галеа С., Шугур Н., Егеубаева С., Абиьдаев Т. и др. Туберкулез в Казахстане: Анализ определения риска в данных национального эпиднадзора. *ВМС Инфекционные болезни*. 2012; 12.
47. Международная коалиция по обеспечению готовности к лечению (TPCru). Стоимость схем лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2017 году [Стоимости схем лечения ВИЧ-инфекции в РФ в 2017 году]: Международная Коалиция по обеспечению готовности к лечению, Восточная Европа и Центральная Азия (TPCru). 2017 [27 ноября 2020]. Доступно по адресу: <https://itpcru.org/2017/08/23/stoimosti-shem-lecheniya-vich-infektsii-v-rf-v-2017-godu/>.
48. Эби М., Тиаро М., Буркхардт К. Пространство I – Ежегодная статистика уголовных наказаний Совета Европы: Численность заключенных. Опрос 2015 года. Страсбург: Совет Европы и Университет Лозанны; 2016.
49. Райли Д., Томсон Н., Монаган Дж., Джардин М. Учебное пособие для сотрудников правоохранительных органов по предоставлению услуг в связи с ВИЧ для людей, употребляющих инъекционные наркотики. Вена: UNODC, 2014.
50. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании. Здравоохранение и социальные меры реагирования на проблемы наркотиков: Европейское руководство. Люксембург: Издательство Европейского Союза; 2017.
51. ЮНЭЙДС. Данные ЮНЭЙДС за 2017 год. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС); 2017.
52. Донохо М., Верстер А., Мазерс Б. Техническое руководство ВОЗ, UNODC, ЮНЭЙДС для стран по установлению целевых показателей всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению и уходу за потребителями инъекционных наркотиков. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009.
53. Розмарин А., Иствуд Н. Тихая революция: политика декриминализации наркотиков на практике по всему миру. Лондон: Релиз; 2012.
54. Камаруззаман А., Рейд С. Е., Швиттерс А., Вайсинг Л., Эль–Бассель Н., Долан К. и др. Профилактика передачи ВИЧ, вируса гепатита В, вируса гепатита С и туберкулеза у заключенных. *Ланцет*. 2016;388(10049):1115–26.
55. Билен Р., Стумо С. Р., Халфорд Р., Верлинг К., Рейк Т., Стёвер Х. и др. Снижение вреда и вирусный гепатит С в европейских тюрьмах: перекрестное обследование 25 стран. *Журнал снижения вреда*, 2018;15(25).
56. Сордо Л., Баррио Дж., Браво М. Дж., Индав Б. И., Дегенхардт Л., Виссинг Л. и др. Риск смертности во время и после заместительной терапии опиоидами: систематический обзор и мета-анализ когортных исследований. *Бмж*. 2017;357:j1550.
57. Макартур Г. Дж., Миноци С., Мартин Н., Викерман П., Дерен С., Брюно Дж. и др. Заместительная терапия опиатами и передача ВИЧ-инфекции людям, употребляющим инъекционные наркотики: систематический обзор и мета-анализ. *БМЖ: Британский медицинский журнал*. 2012;345:e5945.
58. Платт Л., Миноци С., Рид Дж., Викиерман П., Хаган Х., Френч К. и др. Программы обмена игл и шприцев и опиоидная заместительная терапия для профилактики передачи вируса гепатита В среди людей, употребляющих инъекционные наркотики: результаты Кокрановского обзора и мета-анализа. *Зависимость*. 2018;113(3):545–63.
59. Лоу А. Дж., Мбуру Г., Велтон Н. Дж., Мей М. Т., Дэвис С. Ф., Френч С. и др. Влияние опиоидной заместительной терапии на результаты антиретровирусной терапии: Систематический обзор и мета-анализ. *Клин Инфекц Бол*. 2016;63(8):1094–104.
60. Мажная А., Маркус Р., Бойко М. Ю., Зеленев А., Макаренко И., Пыкало И. и др. Лечение опиоидными агонистами и улучшение результатов на каждом этапе каскада лечения ВИЧ-инфекции у людей, употребляющих инъекционные наркотики в Украине. *Ж Приобретенный Иммуный Дефицит Синдр*. 2018;79(3):288–95.
61. Верб Д., Керр Т., Марш Д., Ли К., Монтанер Дж., Вуд Э. Влияние лечения метадонном на количество заключенных среди потребителей инъекционных наркотиков. *Европейские Исследования Наркомании*. 2008;14(3):143–9.
62. Ларни С., Тосон Б., Бернс Л., Долан К. Влияние тюремного опиоидного заместительного лечения и удержания после освобождения в лечении на риск повторного заключения. *Зависимость*. 2012;107(2):372–80.
63. Корси К. Ф., Леман В. К., Бут Р. Е. Влияние метадонной поддержки на положительные исходы для потребителей опиатных инъекционных наркотиков. *Ж Лечение злоупотребления наркотиками*. 2009; 37(2): 120–6.
64. Давстад И., Стенбака М., Лейфман А., Ромельсьё А. 18-летнее наблюдение за пациентами, впервые поступившими на лечение метадонном. *Ж Нарко. Завис*. 2009;28(1):39–52.
65. Холлоуэй К. Р., Беннетт Т. Х., Фаррингтон Д. П. Эффективность программ наркологического лечения в снижении криминального поведения: мета-анализ. *Психотема*. 2006; 18(3): 620–9.
66. Кин Дж., Роуз Дж., Мазерс Н., Кампбелл М., Зайврайт Н. Может ли поддерживающая терапия метадонном для героино-зависимых пациентов, оставшихся в общей практике, снизить количество уголовных приговоров и время, проведенное в тюрьме? *Ж Общ. Практ*. 2000;50(450):48–9.
67. Линд Б., Чен С., Уэтерберн Д., Мэттик Р. Эффективность поддерживающей терапии метадонном в борьбе с преступностью: Австралийский анализ агрегированного уровня. *Британский журнал криминологии*. 2005;45(2):201–11.
68. Ширин И., Грин Т., Селлман Д., Адамсон С., Диринг Д. Снижение преступности среди потребителей наркотиков в рамках программы поддерживающей терапии метадонном в Новой Зеландии. *Н З Мед Ж*. 2004;117(1190):11795.
69. Сойка М., Тредер А., Клотше Дж., Хабертпор А., Бюрингер Дж., Рем Дж. и др. Криминальное поведение у пациентов с опиоидной зависимостью до и во время поддерживающей терапии: 6-летнее наблюдение за национальной репрезентативной когортной выборкой. *Журнал судебной медицины*. 2012; 57(6): 1524–30.
70. Коннок М., Хуарес-Гарсия А., Джоуэтт С., Фрю Э., Лю З., Тейлор Р. Д. Ж. и др. Метадон и бупренорфин для лечения опиоидной зависимости: систематический обзор и экономическая оценка. *Технология здравоохранения*. 2007;11(9):1–171, iii–iv.
71. Лоуринсон П., Али Р., Буавират А., Чамвонгпает С., Дворяк С., Хабрат Б. и др. Ключевые выводы совместного исследования ВОЗ по заместительной терапии опиоидной зависимости и ВИЧ/СПИД. *Зависимость*. 2008;103(9):1484–92.
72. Госсоп М., Тракада К., Стюарт Д., Уиттон Дж. Снижение количества судимостей после лечения от наркозависимости: наблюдение в течение 5 лет. *Зависимость от наркотиков и алкоголя*. 2005;79(3):295–302.

73. Буктен А, Куртвейт С, Госсоп М, Ваал Х, Стангеланд П, Хавнес И. и др. Вовлеченность в поддерживающую терапию опиоидами и снижение преступности: долгосрочное национальное когортное исследование. *Зависимость*. 2012;107(2):393–9.
74. Гисев Н, Бхарат С, Ларни С, Доббинс Т, Уэзербурн Д, Хикман М. и др. Влияние вступления и удержания в лечении опиоидными агонистами на контакт с системой уголовного правосудия среди опиоидзависимых людей: ретроспективное когортное исследование. *Лансет Здоровоохранение*. 2019; 4 (7): e334–e42.
75. Мукандавир С., Лоу А., Мбуру Г., Трики А., Мей М. Т., Девис С. Ф. и др. Влияние опиоидной заместительной терапии на профилактическую пользу антиретровирусной терапии для людей, употребляющих инъекционные наркотики. *Спид*. 2017;31(8):181–90.
76. Алтис Ф. Л., Азбель Л., Стоун Дж., Брукс–Поллок Е., Смирнов П., Дворяк С. и др. Идеальный приступ: тюремное заключение и среда повышенного риска, способствующая сохранению передачи ВИЧ, вируса гепатита С и туберкулеза в Восточной Европе и Центральной Азии. *Ланцет*. 2016;388(10050):1228–48.
77. Уилсон Д. П., Дональд Б., Шатток Эй. Дж., Уилсон Д., Фрейзер–Херт Н. Экономическая эффективность снижения вреда. *Международный журнал наркополитики*. 2015;26:55–81.
78. Азбель Л., Вегман М. П., Полонский М., Бачиредди С., Мейер Дж., Шумская Н. и др. Инъекции наркотиков в тюрьмах Кыргызстана: повышенный риск ВИЧ–инфекции и последствия для расширения масштабов лечения опиоидными агонистами. *Межд Ж Тюремной медицины*. 2018;14(3):175–87.
79. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Результаты эпидемиологического мониторинга распространенности ВИЧ–инфекции среди ЛУИН. Город Нур–Султан: Министерство здравоохранения Республики Казахстан; 2018.
80. ЮНЭЙДС. Данные ЮНЭЙДС за 2020 год. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2020.
81. Отиашили Д. Глобальное состояние ответа на опрос по снижению вреда. Лондон: HarmReductionInternational; 2018.
82. Бочи А., Дедаджич Д., Отиашили Д., Исмаили Р., Кондрат И., Колакович Дж. и др. Системы лечения наркомании в исправительных учреждениях Восточной и Юго–Восточной Европы. Страсбург: Совет Европы; 2017.
83. Мерралл Е.Л., Кариминия А., Бинсвангер И.А., Хоббс М.С., Фаррелл М., Марсен Дж. и др. Мета–анализ смертей, связанных с наркотиками, вскоре после освобождения из тюрьмы. *Зависимость*. 2010;105(9):1545–54.
84. Дебек К., Ченг Т., Монтанер Дж. С., Бейрер С., Эллиотт Р., Шерман С. и др. ВИЧ и криминализация употребления наркотиков среди людей, употребляющих инъекционные наркотики: систематический обзор. *Ланцет ВИЧ*. 2017;4(8):e357–e74.
85. ВОЗ. Пенитенциарные учреждения, наркотики и общество: Согласованное заявление о принципах, политике и практике. Сотрудничающий центр ВОЗ (Европейское региональное бюро) по охране здоровья в исправительных учреждениях; Отдел политики охраны здоровья заключенных Министерства здравоохранения Англии; Группа Помпиду Совета Европы; 2001 год.
86. Долан К., Моазен Б., Нури А., Рахимзаде С., Фарзадфар Ф., Харига Ф. Люди, употребляющие инъекционные наркотики в тюрьме: распространенность, передача и профилактика ВИЧ. *Межд Ж наркополитики*. 2015;26 Доп 1:S12–5.
87. Стратди С. А., Белецкий Л., Керр Т. ВИЧ, наркотики и правовая среда. *Межд Ж наркополитики*. 2015;26 Доп 1(0 1):S27–32.
88. Ильенкова В., Куницкая С., Ерамова И. Стигматизация и дискриминация ВИЧ–СПИДа в сфере здравоохранения Беларуси. *Ретровирусология*. 2012; 9.
89. Евразийская ассоциация снижения вреда. Доступ людей, употребляющих инъекционные наркотики, к лечению наркозависимости в Казахстане. Вильнюс: Евразийская ассоциация снижения вреда; 2018.
90. Дерябина А. П., Патнаик П., Эль–Садр В. М. Заниженные данные об употреблении инъекционных наркотиков и его потенциальном вкладе в увеличение числа случаев передачи ВИЧ половым путем в Казахстане и Кыргызстане // *Медицина и медицинские науки // Общественное здравоохранение и медицинские услуги. Журнал снижения вреда*, 2019;16(1).
91. Кирван А., Кертис М., Дитче П., Айткен С., Вудс Е., Уокер С. и др. Когортное исследование здоровья в тюрьмах и переходном периоде (PATH): Протокол исследования и исходные характеристики когорты мужчин с историей употребления инъекционных наркотиков, выходящих из исправительных учреждений в Австралии. *Ж Городское здравоохранение*. 2019;96(3):400–10.
92. Миллой М. Дж., Бакстон Дж., Вуд Э., Ли К., Монтанер Дж. С. Г., Керр Т. Поведение, связанное с повышенным риском заражения ВИЧ среди недавно заключенных в тюрьму потребителей инъекционных наркотиков в канадских условиях: продольный анализ. *БМС общественного здравоохранения*. 2009;9(1):156.
93. UNODC. Региональный тренинг UNODC для руководителей правоохранительных органов Республики Беларусь. Вена: Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности; 2019 год [12 января 2021 года]. Доступно по адресу: <https://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/stories/unodc-regional-training-for-law-enforcement-executives-of-the-republic-of-belarus.html>.
94. UNODC. Организация обучения сотрудников правоохранительных органов по вопросам ВИЧ–инфекции для лиц, употребляющих инъекционные наркотики, в Казахстане и Таджикистане. Вена: Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности; 2019 год [12 января 2021 года]. Доступно по адресу: <https://www.unodc.org/centralasia/en/news/rolling-out-the-training-for-law-enforcement-officials-on-hiv-services-for-people-who-inject-drugs-in-kazakhstan-and-tajikistan.html>.
95. Четти М., Кенурти Дж. Дж., Лангхэм С., Уокер А., Данлоп В. С. Н. Систематический обзор экономических моделей лечения опиоидными агонистами в поддерживающем лечении безрецептурной опиоидной зависимости. *Наркологическая наука и клиническая практика*. 2017;12(1):6.
96. Кенурти Дж., Йи И., Райт А., Браун Дж., Мария Мадригал А., Данлоп В. С. Н. Использование опиоидной заместительной терапии в лечении расстройств, связанных с употреблением опиоидов: результаты британского исследования по моделированию экономической эффективности. *Ж МедЭкон*. 2017;20(7):740–8.
97. Кук С., Бридж Дж., Маклин С., Фелан М., Барретт С. Кризис финансирования снижения вреда: Отступление доноров, пренебрежение правительства и путь вперед. Лондон: Международная ассоциация снижения вреда; 2014.
98. Кук С., Лини Р., Уилсон Д. П. Нетрудно покончить со СПИДом: аргументы в пользу десятилетия снижения вреда. *Журнал Международного общества борьбы со СПИДом*. 2016;19(1):2129–.
99. Уилсон Д., Чжан Л., Керр С., Квон А., Хоар А., Уильямс–Шерлок М. Экономическая эффективность программ обмена игл и шприцев в Восточной Европе и Центральной Азии: Калькуляция затрат, синтез данных, моделирование и экономика для восьми стран–примеров. *Международная конференция по СПИДу*, 2012.
100. Алистер С. С., Оуэнс Д. К., Брандо М. Л. Эффективность и экономическая эффективность расширения программ снижения вреда и антиретровирусной терапии в условиях смешанной эпидемии ВИЧ: модельный анализ для Украины. *Публичная Научная Библиотека Медицины*. 2011;8(3):e1000423.
101. Алистер С. С., Оуэнс Д. К., Брандо М. Л. Эффективность и экономическая эффективность пероральной предконтактной профилактики в портфеле профилактических программ для потребителей инъекционных наркотиков при смешанных эпидемиях ВИЧ. *Публичная Научная Библиотека* 2014;9(1):e86584.
102. Трики А., Семчук Н., Салюк Т., Сазонова И., Варецкая О., Уокер Дж. Г. и др. Улучшило ли финансирование неправительственных организаций по снижению вреда в Украине результаты профилактики и лечения ВИЧ–инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики? Результаты многочисленных био–поведенческих исследований. *Журнал Международного общества по СПИДу*. 2020; 23 (8): e25608.
103. Воробьев С., Ускула А., Абель–Олло К., Талу А., Ройтель К., Дез Ярле Д. К. Сравнение потребителей инъекционных наркотиков, получающих шприцы в аптеках и программах обмена шприцев в Таллинне, Эстония. *Журнал снижения вреда*. 2009;6(1):3.
104. Буза Дж., Даутвейт М., Бани Р., Скугельничук О., Преда М., Симич Д. Инъекционное поведение и использование услуг среди молодых потребителей инъекционных наркотиков в Албании, Молдове, Румынии и Сербии. *Международный журнал наркополитики*. 2013;24(5):423–31.
105. Бертрам М. Ю., Лауэр Дж. А., Де Джоншир К., Эдейер Т., Хутубессе Р., Киени М. П. и др. Пороговые значения экономической эффективности: плюсы и минусы. *Бюллетень Всемирной организации здравоохранения*. 2016;94(12):925–30.
106. Ларни С., Пикок А., Лунг Дж., Колледж С., Хикман М., Викирман П. и др. Глобальный, региональный и страновой охват мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ и гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики: систематический обзор. *Ланцет Глобальное здоровье*. 2017;5(12):e1208–e20.
107. Плавинский С. Л., Барнинова А. Н., Зайцева Е. Е. Показатель распространенности ВИЧ–инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, исследование био–поведенческих результатов. 2017 г.

108. Ерицян К., Корнилова М., Одинокова В. Отчет о результатах дозорного био-поведенческого исследования по ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, 2015.
109. Ерицян К., Хеймер Р., Барбур Р., Одинокова В., Уайт Е., Русакова М. М. и др. Факторы индивидуального, сетевого и городского уровня, связанные с распространенностью ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, в восьми российских городах: кросс-секционное исследование. БМЖ Откр. 2013;3(6):e002645.
110. Козлов А. П., Скочилов Р. В., Тусова О. В., Веревоичкин С. В., Красносельских Т. В., Малов С. В. и др. Заболеваемость ВИЧ и поведенческие корреляты приобретения ВИЧ-инфекции в когорте потребителей инъекционных наркотиков в Санкт-Петербурге, Россия. Медицина (Балтимор). 2016;95(44):e5238.
111. Аспиналл Е. Ю., Намбияр Д., Голдберг Д. Дж., Хикман М., Вайр А., Ван Велзен Е. и др. Связаны ли программы обмена игл и шприцев со снижением передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков: систематический обзор и мета-анализ. Межд Ж Эпидемиол. 2014;25(5):845–52.
112. Трики А., Семчук Н., Салюк Т., Сазонова И., Варецкая О., Уокер Дж. Г. и др. Улучшило ли финансирование неправительственных организаций по снижению вреда в Украине результаты профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики? Результаты многочисленных био-поведенческих исследований. Межд Ж общ СПИД 2020;23(8):e25608.
113. ЮНЭЙДС. Данные ЮНЭЙДС за 2018 год. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2018.
114. Действия по борьбе со СПИДом в Европе. ВИЧ и туберкулез в пенитенциарных учреждениях. Берлин: Действия по борьбе со СПИДом в Европе 2015 [12 января 2021 года]. Доступно по адресу: <https://www.aidsactioneurope.org/en/news/hiv-and-tb-prisons>.
115. Сидибэ М. Перевод Восточной Европы и Центральной Азии на ускоренный путь к искоренению СПИДа. Пятая Международная конференция по ВИЧ и СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии (ЕССААС 2016). Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2016.
116. ЮНЭЙДС. Обзор стратегии ЮНЭЙДС: Регион Восточной Европы и Центральной Азии. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2020.
117. Миллс Х.Л., Уайт Э., Колийн С., Викерман П., Хеймер Р. Передача ВИЧ от потребителей инъекционных наркотиков партнерам, не употребляющим инъекционные наркотики, и за их пределами: моделирование потенциала общей гетеросексуальной эпидемии в Санкт-Петербурге, Россия. Зависимость от наркотиков и алкоголя. 2013;133(1):242–7.
118. Сепеде Я. А., Ерицян К., Викерман П., Любимова А., Шегай М., Одинокова В. и др. Потенциальное влияние внедрения и расширения программ снижения вреда и антиретровирусной терапии на распространенность и смертность от ВИЧ-инфекции и смертность от передозировок среди потребителей инъекционных наркотиков в двух городах России: модельное исследование. Ланцет ВИЧ. 2018; 5 (10): e578–e87.
119. Дегенхардт Л., Гребели Дж., Стоун Дж., Хикман М., Викерман П., Маршалл Б. Д. Л. и др. Глобальные модели употребления опиоидов и зависимости: вред для населения, интервенции и будущие действия. Ланцет. 2019;394(10208):1560–79.
120. ЮНЭЙДС. Информационные бюллетени по странам: Беларусь, 2019. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2019 [12 января 2021 г.]. Доступно по адресу: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/belarus>.
121. ЮНЭЙДС. Полнометражный фильм: Перевернуть свою жизнь с помощью снижения вреда в Беларуси. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2017 [12 января 2020 г.]. Доступно по адресу: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170718_HLPF_Belarus_OST.
122. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании. Обзор страны Беларусь. Лиссабон: Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании; 2009 [12 января 2021]. Доступно по адресу: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/by>.
123. Рабен Дж., Клинтэ Дж., Сённерборг А., Субата Е. Обзор программы по ВИЧ в Беларуси. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2015.
124. Маркелай П. Беларусь вносит изменения в свое нарколоическое законодательство: что это на самом деле означает для людей, пойманных с наркотиками. Лондон: Международный консорциум по наркополитике; 2019 [12 января 2021]. Доступно по адресу: <https://idpc.net/blog/2019/06/belarus-amends-its-drug-legislation-what-they-really-mean-for-people-caught-with-drugs>.
125. Шоу С. А., Терликубаева А., Фамури Л., Хант Т., Гилберт Л., Розенталь Ю. и др. Тестирование на ВИЧ и доступ к медицинской помощи в связи с ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их сексуальных партнеров в Казахстане. Журнал употребления психоактивных веществ. 2017;22(1):53–9.
126. Маккриммон Т., Гилберт Л., Хант Т., Терликубаева А., Ву Е., Даришева М. и др. Улучшение предоставления услуг по ВИЧ-инфекции людям, употребляющим инъекционные наркотики в Казахстане: Протокол исследования «ступенчатого клина». Внедрение наук. 2019;14(1).
127. Стрингер К.Л., Мукерджи Т., Маккриммон Т., Терликубаева А., Примбетовац С., Даришева М. и др. Отношение к людям, живущим с ВИЧ, и людям, употребляющим инъекционные наркотики: Смешанный метод исследования стигмы в рамках программ снижения вреда в Казахстане. Международный журнал наркополитики. 2019;68:27–36.
128. Чингин А., Федорова О. Казахстан: наркоситуация и наркополитика. Страсбург: Группа Помпиду Совета Европы; 2014.
129. Евразийская ассоциация снижения вреда. Законы о наркотиках: Наказания за преступления, связанные с наркотиками, в Восточной Европе и Центральной Азии на первый взгляд. Вильнюс: Евразийская ассоциация снижения вреда; 2017 [12 января 2021]. Доступно по адресу: <https://harmreductioneurasia.org/drug-laws/>.
130. ЮНЭЙДС. Информационные бюллетени по странам: Кыргызстан, 2019. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2019 [12 января 2021 г.]. Доступно по адресу: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/kyrgyzstan>.
131. Субата Е., Моллер Л., Карымбаева С. Оценка опиоидной заместительной терапии в Кыргызстане. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2016.
132. Белецкий Л., Томас Р., Шумская Н., Артамонова И., Смелянская М. Полицейское образование как компонент национальной борьбы с ВИЧ: Уроки Кыргызстана. Наркотическая и алкогольная зависимость. 2013;32(SUPPL1):S48–S52.
133. Холт Э. Фонд Андрея Рылькова «Здоровье и социальная справедливость». Ланцет ВИЧ. 2019;6(4):e219.
134. ЮНЭЙДС. Информационные бюллетени по странам: Российская Федерация, 2019. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС); 2019 [12 января 2021 г.]. Доступно по адресу: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/russianfederation>.
135. Блохина Е., Крупицкий Е. М., Ченг Д. М., Уолли А. Ю., Туссова О., Ярославцева Т. и др. Эволюция незаконного употребления опиоидов среди людей с ВИЧ-инфекцией в Санкт-Петербурге, Россия, в период 2004–2015 гг. ВИЧ Мед. 2019;20(7):450–5.
136. Уолли А. И., Крупицкий Э., Чэнг Д. М., Куинн Э. К., Вулах Л., Коффин П. О. и др. Смертельная и несмертельная передозировка после выписки из нарколоического стационара среди ВИЧ-инфицированных россиян. Наркотическая и алкогольная зависимость. 2015;146:e15.
137. Хеймер Р., Любимова А., Барбур Р., Левина О. С. Появление метадона как уличного наркотика в Санкт-Петербурге, Россия. Международный журнал наркополитики, 2016;27:97–104.
138. Кинг Э. Дж., Никколай Л. М., Ерицян К. Ю., Хеймер Р., Левина О. С. Тестирование на ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Иваново и Новосибирске, Россия. Центральное европейский журнал общественного здравоохранения. 2019;27(1):50–3.
139. Самет Дж. Х., Блохина Е., Ченг Д. М., Валли А. Ю., Лизовнов Д., Гнатенко Н. и др. Основанная на сильных сторонах кейс-менеджмента интервенция для связи ВИЧ-позитивных людей, употребляющих инъекционные наркотики в России, с лечением ВИЧ-инфекции. СПИД. 2019;33(9):1467–76.
140. Сепеде Я. А., Ветрова М. В., Любимова А. И., Левина О. С., Хеймер Р., Николай Л. М. Проблемы возвращения в общество после освобождения из тюрьмы среди людей, употребляющих инъекционные наркотики в Санкт-Петербурге, Россия. Международный журнал здоровья заключенных. 2015;11(3):183–92.
141. Евразийская ассоциация снижения вреда. Издержки криминализации: Россия. Вильнюс: Евразийская ассоциация снижения вреда; 2017 [12 января 2021]. Доступно по адресу: <https://harmreductioneurasia.org/criminalization-costs/russia/>.
142. Юридический департамент при Верховном Суде Российской Федерации. Данные судебной статистики [Данные судебной статистики: Сводные статистические сведения о состоянии судимости в России за 2017 год]. Москва: Юридический департамент при Верховном Суде Российской Федерации; 2017 [12 января 2021 г.]. Доступно по адресу: <http://www.cdep.ru/index.php?id=79&item=452>.

Несмотря на все предпринятые усилия по проверке точности данной информации, The Economist Intelligence Unit Ltd. не может принять полной ответственности за то, что какое-либо лицо будет опираться на данный отчет, а также на любую информацию, мнения и выводы, изложенные в данном отчете. Выводы и мнения, изложенные в отчете, не обязательно отражают точку зрения спонсора.

LONDON

20 Cabot Square
London, E14 4QW
United Kingdom
Tel: (44.20) 7576 8000
Fax: (44.20) 7576 8500
Email: london@eiu.com

GENEVA

Rue de l'Athénée 32
1206 Geneva
Switzerland
Tel: (41) 22 566 2470
Fax: (41) 22 346 93 47
Email: geneva@eiu.com

NEW YORK

750 Third Avenue
5th Floor
New York, NY 10017
United States
Tel: (1.212) 554 0600
Fax: (1.212) 586 1181/2
Email: americas@eiu.com

DUBAI

Office 1301a
Aurora Tower
Dubai Media City
Dubai
Tel: (971) 4 433 4202
Fax: (971) 4 438 0224
Email: dubai@eiu.com

HONG KONG

1301 Cityplaza Four
12 Taikoo Wan Road
Taikoo Shing
Hong Kong
Tel: (852) 2585 3888
Fax: (852) 2802 7638
Email: asia@eiu.com

SINGAPORE

8 Cross Street
#23-01 Manulife Tower
Singapore
048424
Tel: (65) 6534 5177
Fax: (65) 6534 5077
Email: asia@eiu.com