

ЗДОРОВЬЕ, ПРАВА И НАРКОТИКИ

**СНИЖЕНИЕ ВРЕДА, ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЯ И НУЛЕВАЯ
ДИСКРИМИНАЦИЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ**



СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	1
Введение	2
Рекомендации	6
1. Люди, употребляющие наркотики: сообщество под прицелом	8
2. Снижение вреда: на стыке прав человека и общественного здоровья	16
3. Преодоление барьеров в правах человека на здоровье, личное достоинство и благополучие	32
4. Роль сообществ	40
Заключение	45
Приложение 1	46
Приложение 2	47
Приложение 3	48
Приложение 4	49
Приложение 5	52
Список литературы	53

ПРЕДИСЛОВИЕ

В 2016 году был опубликован программный отчет ЮНЭЙДС «*Не навреди: здравоохранение, права человека и люди, употребляющие наркотики*», свидетельствующий о том, что мир оказался не в состоянии защитить здоровье и права людей, употребляющих наркотики. Отчет содержал дорожную карту действий, необходимых странам для снижения вреда, вызванного употреблением наркотиков, и радикального изменения хода эпидемии ВИЧ-инфекции.

Предлагаемый вашему вниманию отчет «*Здоровье, права и наркотики: снижение вреда, декриминализация и нулевая дискриминация людей, употребляющих наркотики*» показывает, что спустя три года ситуация практически не изменилась: люди, употребляющие наркотики, по-прежнему не получают требуемой помощи. С 2011 по 2017 годы в мире на 14% снизилось общее число новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослого населения, однако это снижение не коснулось людей, употребляющих инъекционные наркотики. Данная ситуация недопустима: люди, употребляющие наркотики, имеют такие же права, но им слишком часто отказывают в реализации этих прав.

В 2016 году я написал: «Мы ничего не достигнем, если будем продолжать действовать, как действовали раньше» – и призвал извлечь уроки из опыта стран, сумевших обратить вспять эпидемию ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Однако большинство стран не обращают внимания на этот опыт и продолжают действовать по-старому. В результате, в мире, среди людей, употребляющих наркотики, сохраняется высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и туберкулеза.

И, при этом, нам хорошо известно, какие подходы являются эффективными. У нас есть убедительные, исчерпывающие в своей полноте доказательства, что сохранить здоровье людей, употребляющих инъекционные наркотики, позволяют подходы на основе снижения вреда, – в частности, опиоидная заместительная терапия и программы игл и шприцев. Это безопасные и экономически оправданные подходы. К тому же, когда люди, употребляющие наркотики, получают доступ к услугам снижения вреда, они с большей вероятностью проходят обследование на ВИЧ-инфекцию и в случае подтверждения диагноза становятся на учет и начинают терапию в рекомендованном режиме.

Декриминализация употребления наркотиков и их хранения для личного использования позволяет снизить уровень стигмы и дискриминации, препятствующих обращению людей за медицинской и юридической помощью и в программы снижения вреда. Людям, употребляющим наркотики, нужна поддержка, а не лишение свободы.

Я видел примеры того, как работает программа опиоидной заместительной терапии в Минске (Беларусь), помогающая людям с опиоидной зависимостью вести достойную жизнь, и медицинский центр в Саскатуне (Канада), в котором люди, употребляющие инъекционные наркотики, могут получить стерильный инъекционный инструментарий для профилактики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и других заболеваний, передающихся через кровь. Такие прогрессивные и эффективные программы должны быть везде и должны быть доступны. Но, к сожалению, деятельность мною названных программ – скорее, исключение из правил, в то время как правилом часто является политика криминализации и социального отторжения людей, употребляющих наркотики.

Пришло время пересмотреть и переориентировать глобальный подход к наркополитике с тем, чтобы в центре внимания оказались задачи общественного здравоохранения и права человека. Я говорил это раньше и повторю сейчас: если мы хотим положить конец эпидемии ВИЧ-инфекции к 2030 году, мы никого не должны оставлять без внимания и помощи. Это относится, в том числе, к людям, употребляющим наркотики.

Мишель Сидибе,
Исполнительный директор ЮНЭЙДС

ВВЕДЕНИЕ

«...НА СПЕЦИАЛЬНОЙ СЕССИИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ ПО МИРОВОЙ ПРОБЛЕМЕ НАРКОТИКОВ ... ГОСУДАРСТВА СОБРАЛИСЬ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ НАМЕТИТЬ НОВЫЙ ПУТЬ ВПЕРЕД, КОТОРЫЙ СТАНЕТ БОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННЫМ И ГУМАНЫМ, КОГДА НИКТО НЕ БУДЕТ ЗАБЫТ...».

«КРАЙНЕ ВАЖНО, ЧТОБЫ МЫ ПРОАНАЛИЗИРОВАЛИ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАК НАЗЫВАЕМОЙ “ВОЙНЫ С НАРКОТИКАМИ”, КОТОРАЯ ЯВЛЯЕТСЯ СПОРНОЙ И ПОВЛЕКЛА ЗА СОБОЙ СЕРЬЕЗНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ В ОТНОШЕНИИ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА. НЕСМОТРИ НА РИСКИ И СЛОЖНОСТИ, НЕИЗБЕЖНО ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ РЕШЕНИИ ЭТОЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЫ, Я НАДЕЮСЬ И ВЕРЮ, ЧТО МЫ НАХОДИМСЯ НА ПРАВИЛЬНОМ ПУТИ И ЧТО ВМЕСТЕ МЫ СМОЖЕМ ПЕРЕЙТИ К СКООРДИНИРОВАННОМУ, СБАЛАНСИРОВАННОМУ, УНИВЕРСАЛЬНОМУ ПОДХОДУ, БЛАГОДАРЯ КОТОРОМУ УДАСТСЯ НАЙТИ НАДЕЖНЫЕ СПОСОБЫ ЕЕ РЕШЕНИЯ».

Антониу Гутерриш, Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций, 26 июня 2017 года

Люди, употребляющие наркотики, оказались главными жертвами глобальной войны с наркотиками. Многие десятилетия их подвергают общественному порицанию и уголовному преследованию, маргинализируют, преследуют, сажают в тюрьмы, пытаются, отказывают в помощи, а в некоторых странах казнят без суда. Но ни потраченные миллиарды долларов, ни пролитая кровь, ни тюремное заключение миллионов людей не помогли сократить масштабы наркоторговли и численность потребителей психоактивных веществ (1).

Помимо широко распространенных стигмы и дискриминации, насилия и заболеваний, с которыми сталкиваются все потребители наркотиков, людям, употребляющим инъекционные наркотики, угрожает еще и высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции. Хотя в целом с 2010 по 2017 годы заболеваемость ВИЧ-инфекцией в мире (по всем возрастным группам) снизилась на 25%, среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, она по-прежнему растет (Рис. 1). За пределами Африки южнее Сахары на долю людей,

употребляющих инъекционные наркотики, и их сексуальных партнеров приходится около четверти всех новых случаев инфицирования. В 2017 году в двух регионах: Восточной Европы и Центральной Азии, а также Ближнего Востока и Северной Африки –доля людей, употребляющих инъекционные наркотики, составила более трети всех новых случаев ВИЧ-инфицирования. Во многих странах мира среди людей, употребляющих наркотики, наблюдается высокий уровень распространенности вирусного гепатита и туберкулеза. Эти предотвратимые и поддающиеся лечению заболевания в сочетании со смертельными передозировками, которые тоже можно было бы предотвратить, ежегодно уносят сотни тысяч жизней.

У проблемы есть очевидное решение – снижение вреда. Одно за другим научные исследования демонстрируют, что комплексные услуги снижения вреда: программы игл и шприцев, лечения наркозависимости, профилактики передозировок с помощью налоксона, а также услуги тестирования на ВИЧ-инфекцию, туберкулез, гепатит В и С и услуги

лечения – снижают заболеваемость инфекциями, передающимися через кровь, смертность от передозировок, уровень проблемного употребления наркотиков и других негативных последствий. В странах, которым удалось расширить охват программ снижения вреда, резко сократилось число новых случаев ВИЧ-инфицирования среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Эти неопровержимые доказательства используют организации людей, употребляющих наркотики, правозащитные организации и коалиции неправительственных организаций, которые играют ведущую роль в адвокации снижения вреда. Организации гражданского общества играют важную роль и в предоставлении услуг снижения вреда – в основном, по принципу «равный-равному», силами аутрич-работников.

В 2016 году Генеральная Ассамблея ООН провела Специальную сессию по мировой проблеме наркотиков. На фоне все более настойчивых призывов к решению проблемы наркотиков, которое было бы направлено на интересы людей, права

Рис. 1. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в мире, среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и населения в целом (всех возрастов), 2011–2017.



Примечание: Масштабы вертикальных осей на графиках различны. Среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, заболеваемость ВИЧ-инфекцией значительно выше, чем среди населения в целом. Границы достоверности данных о количестве случаев ВИЧ-инфицирования среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, не оценивались непосредственно, а взяты из расчетных границ достоверности для новых случаев инфицирования. Источник: Оценки ЮНЭЙДС за 2018 год.

человека и задачи общественного здравоохранения, государствами-членами ООН был принят итоговый документ. Этот документ стал важным шагом вперед, поскольку содержит призыв к эффективным мерам в области здравоохранения, связанным с охраной здоровья людей, употребляющих наркотики, в том числе посредством внедрения программ снижения вреда. Документ подчеркивает необходимость соблюдения в полной мере прав и свобод людей, употребляющих наркотики, и рекомендует странам-членам ООН рассмотреть возможные альтернативы наказаниям за преступления, связанные с наркотиками (3).

Через несколько месяцев после Специальной сессии 2016 года Генеральная Ассамблея ООН созвала Совещание высокого уровня по ВИЧ/СПИДу. Встреча завершилась принятием «Политической декларации по ВИЧ и СПИДу». Декларация признает людей, употребляющих инъекционные наркотики, ключевой группой населения с повышенным риском ВИЧ-инфицирования, которая постоянно сталкивается со стигмой, дискриминацией и законодательством,

препятствующим доступу к услугам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции (4). Политическая декларация 2016 года включает обязательства государств «обеспечить, чтобы финансовые ресурсы на цели профилактики были достаточными ... и направлялись на финансирование основанных на подтвержденной информации профилактических мероприятий ... концентрируя внимание на ... социальных сетях и группах населения, подверженных повышенному риску заражения ВИЧ», и призывает их принять все соответствующие меры, чтобы 90% тех, кто входит в группу риска заражения ВИЧ, были охвачены комплексными услугами профилактики (4).

В 2017 году Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) призвал отменить смертную казнь за преступления, связанные с наркотиками, подчеркнув важность соблюдения прав человека и принципов общественного здравоохранения для контроля над наркотиками (5, 6).

Однако перемены не происходят быстро. Спустя три года после Специальной сессии 2016 года

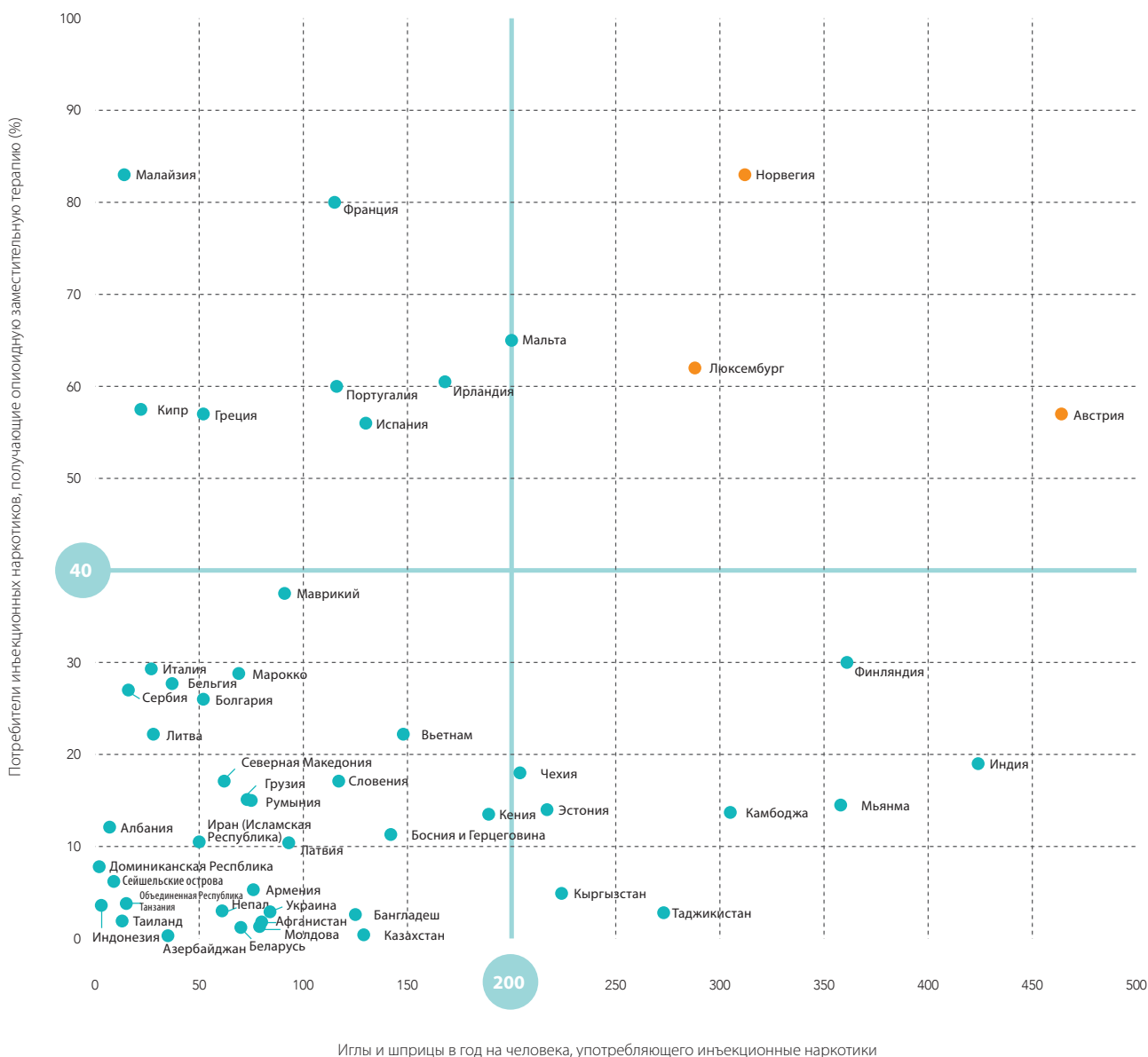
распространенность программ игл и шприцев и охват услугами опиоидной заместительной терапии остаются низкими в большинстве стран из 51-й предоставлявшей статистические данные ЮНЭЙДС в течение последних нескольких лет. Лишь три страны с высоким уровнем дохода – Австрия, Люксембург и Норвегия – сообщают о достижении рекомендованных ООН показателей охвата (Рис. 2). В этих трех странах проживают менее 1% от общемирового числа людей, употребляющих инъекционные наркотики. Недавний систематический обзор опубликованных данных программ снижения вреда и результатов социологических опросов также показал, что в странах, где обеспечен адекватный доступ к критически важным услугам снижения вреда, проживают менее 1% всех людей, употребляющих инъекционные наркотики (7).

Проблема охвата услугами сохраняется из-за отсутствия необходимых инвестиций. Лишь немногие страны с низким и средним уровнями дохода сообщают в ЮНЭЙДС о расходах, достаточных для деятельности программ, направленных на людей, употребляющих инъекционные

«МНОГИЕ ПОЛИТИКИ ПРОДОЛЖАЮТ ДУМАТЬ, ЧТО СНИЖЕНИЕ ВРЕДА СПОСОБСТВУЕТ УПОТРЕБЛЕНИЮ НАРКОТИКОВ, И ЧТО ОПИОИДНАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ –ЛИШЬ ЗАМЕНА ОДНОГО НАРКОТИКА НА ДРУГОЙ. ЭТО ОЗНАЧАЕТ, ЧТО НАМ НУЖНО ЕЩЕ АКТИВНЕЕ ВЕСТИ РАЗЪЯСНИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ. МЫ – КАК ГРАЖДАНСКОЕ ОБЩЕСТВО – СЧИТАЕМ СВОЕЙ ПРЕРОГАТИВОЙ РАБОТАТЬ С ПРАВИТЕЛЬСТВАМИ И УБЕЖДАТЬ ИХ, ЧТО СНИЖЕНИЕ ВРЕДА ЭФФЕКТИВНО».

Эли Аарадж, Ассоциация снижения вреда Ближнего Востока и Северной Африки (2)

Рис. 2. Охват программами игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии, по странам, за последний год, по которому имеются данные, 2013–2017.



Источник: Данные Глобального мониторинга эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2013–2017 год.

наркотики. Особенно низким остается национальное финансирование в 31 стране: согласно поступившим из этих стран данным, 71% всех расходов на услуги профилактики и лечения для людей, употребляющих наркотики, осуществляется за счет международного финансирования (8–10).

Даже когда услуги доступны, криминализация употребления наркотиков и суровые наказания удерживают людей от обращения за помощью. В качестве наказаний применяются длительные сроки тюремного заключения, большие штрафы, а в некоторых случаях даже смертная казнь. Согласно оценкам, каждый пятый заключенный в мире отбывает наказание за преступления, связанные с наркотиками, причем примерно в 80% случаев – только за их хранение (11, 12). Часто в местах лишения свободы люди имеют ограниченный доступ к услугам снижения вреда и подвергаются большому риску передачи ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусного гепатита, а также другим рискам для здоровья. Помимо этого, люди, употребляющие наркотики, оказываются уязвимы к различным пересекающимся формам дискриминации по признакам пола, возраста и расы.

В 35 странах сохраняется смертная казнь за преступления, связанные с наркотиками; на Филиппинах с тех пор, как в 2016 году началась национальная кампания «войны с наркотиками», тысячи людей, употребляющих наркотики, стали жертвами внесудебных казней (11, 13). В некоторых странах отменены уголовные законы за хранение и употребление наркотиков, но они используют административные законы, чтобы задерживать и отправлять людей, употребляющих инъекционные наркотики, в закрытые центры для наркозависимых, где применяются пытки, принудительный труд и другие виды жестокого обращения (11).

При этом доказано, что декриминализация употребления наркотиков и их хранения для личного использования облегчает внедрение и предоставление услуг здраво-

охранения и снижения вреда, а также способствует их большей доступности. Чехия, Нидерланды, Португалия и Швейцария входят в число стран, которые декриминализовали употребление и хранение наркотиков для личного использования и инвестировали в развитие программ снижения вреда. В этих странах отмечается низкий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (14).

Многочисленные механизмы ООН и региональные правозащитные механизмы, среди которых Специальный докладчик ООН по вопросу о праве на наивысший достижимый уровень здоровья, Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, Африканская комиссия по правам человека и народов и Управление Верховного комиссара ООН по правам человека (УВКПЧ), установили, что криминализация деятельности, связанной с личным употреблением наркотиков, оказывает негативное воздействие на здоровье и благополучие человека, и рекомендуют государствам декриминализировать деятельность, связанную с личным употреблением наркотиков (15–19). В преддверии Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН 2016 года по мировой проблеме наркотиков четыре Специальных докладчика ООН и Председатель Комитета по правам ребенка сделали совместное заявление, в котором назвали нынешний международный режим контроля над наркотиками «чрезмерно карательным» и призвали к более полному соблюдению обязательств по защите прав человека как неотъемлемой части международного контроля над наркотиками (20)¹.

В 2017 году 12 структур ООН опубликовали совместное заявление о ликвидации дискриминации при оказании услуг здравоохранения, в котором призвали страны пересмотреть и отменить карательные законы, имеющие, как было доказано, негативные последствия для здоровья и противоречащие современным знаниям об общественном здравоохранении – в том числе, уголовную ответственность за употребление или

хранение наркотиков для личного использования (21).

В Политической декларации и в Плане действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков, принятых на этапе заседаний высокого уровня Комиссии по наркотическим средствам в 2009 году, для стран-членов ООН были установлены определенные целевые показатели, – в частности, к 2019 году «достичь существенных и поддающихся оценке результатов в области сокращения спроса на наркотики» (22). Установленные сроки приближаются, и на основе данных Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) можно сделать вывод, что глобальная война против наркотиков и карательные подходы к наркопотреблению не помогли достигнуть запланированных целевых показателей (1). Факт неудачи таких подходов признается все шире, и все больше сообществ, городов и стран, сталкивающихся с реальностью наркопотребления, берут на вооружение концепцию снижения вреда. Вместе с тем, многие страны продолжают вести войну с наркотиками, пренебрегая нуждами людей, употребляющих наркотики, и, тем самым, замедляя прогресс в выполнении обязательств, принятых государствами на Генеральной Ассамблее ООН в 2016 году.

Начиная новую главу ответных мер на мировую проблему наркотиков, ЮНЭЙДС призывает страны преодолеть разрыв в отношении к употреблению наркотиков. Должны быть приняты более четкие обязательства по внедрению подхода, ориентированного на интересы людей, в основе которого – уважение прав человека и методы общественного здравоохранения. Такие обязательства следует незамедлительно воплотить в жизнь в виде принятия соответствующих законов и политики на национальном и местном уровнях и организации услуг и систем поддержки, которые позволят людям, употребляющим наркотики, жить здоровой и достойной жизнью.

1. Четыре Специальных докладчика: Хуан Э. Мендес (Специальный докладчик по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания), Кристоф Хейнс (Специальный докладчик по вопросу о внесудебных казнях, казнях без надлежащего судебного разбирательства или произвольных казнях), Сенг-Фил Хонг (Председатель-докладчик Рабочей группы ООН по произвольным задержаниям) и Дайнос Пурас (Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья) – сделали совместное заявление с Беньямом Давитом Мезмуром, Председателем Комитета ООН по правам ребенка.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Основополагающей целью контроля над наркотиками должны быть здоровье, благополучие и безопасность людей, уважение к свободе действий и правам человека. Сейчас, когда государства ООН подводят итоги десяти лет, прошедших с момента принятия в 2009 году Политической декларации и Плана действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков, ЮНЭЙДС повторяет свой призыв решать проблему употребления наркотиков, основываясь на принципах общественного здравоохранения и прав человека, и предлагает странам принять следующие рекомендации.

Услуги снижения вреда

Внедрить комплексные услуги снижения вреда и лечения ВИЧ-инфекции, включая программы игл и шприцев, опиоидную заместительную терапию, раздачу налоксона и комнаты для безопасного употребления, так, чтобы они были доступны для всех людей, употребляющих наркотики, в том числе находящихся в местах лишения свободы и других закрытых учреждениях, на добровольной и конфиденциальной основе.

Обеспечить всем людям с наркотической зависимостью доступ к добровольному и научно обоснованному лечению наркозависимости, соответствующему международным стандартам в области прав человека. Все формы обязательного тестирования на наркотики и ВИЧ-инфекцию и принудительного лечения наркозависимости должны быть заменены добровольными. Практика принудительного содержания людей, употребляющих наркотики, в наркологических центрах должна быть прекращена, а существующие центры принудительного содержания наркозависимых закрыты.

Обеспечить широкую доступность налоксона, включая его инъекционные и неинъекционные (назальные) формы, путем внедрения на базе сообществ этой жизненно важной услуги общественного здравоохранения. Все люди, которые могут оказаться свидетелями передозировки: медицинские работники, сотрудники служб скорой/первой помощи, персонал учреждений уголовно-исполнительной системы, сотрудники правоохранительных органов, члены семьи и непосредственно представители сообщества – должны иметь доступ к налоксону для оказания своевременной помощи людям, употребляющим наркотики, и эффективной профилактики среди них летальных исходов от передозировки опиоидами.

Доступ к медицинскому обслуживанию

Принять меры к тому, чтобы всем людям, употребляющим наркотики, были доступны услуги профилактики, тестирования и жизненно важного лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза, вирусного гепатита и инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Обеспечить в достаточном объеме наличие и доступность опиоидных анальгетиков для медицинского использования, чтобы уменьшить боль и страдания.

Облегчить людям, употребляющим наркотики, доступ к медицинским услугам, включая услуги профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, услуги в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, а также другие виды помощи, с использованием комплексного, ориентированного на интересы людей подхода, учитывающего гендерные особенности и дружественного к молодежи.

При организации и внедрении универсального доступа к службам здравоохранения важно, чтобы медицинские услуги были доступны и приемлемы для людей, употребляющих наркотики, включая как интегрированные, так и автономные услуги (в зависимости от ситуации).

Права человека, человеческое достоинство и верховенство закона

Защищать и продвигать права людей, употребляющих наркотики, соблюдая их человеческое достоинство, обеспечивая для них равный доступ к социальным услугам и декриминализируя употребление, хранение, приобретение и выращивание наркотических веществ для личного использования.

Там, где употребление наркотиков криминализовано, – реформировать законодательство, чтобы люди, употребляющие наркотики, получили доступ к услугам правосудия (включая юридическую помощь) и не подвергались карательным санкциям за личное использование наркотиков, и чтобы принимаемые полицией меры способствовали их добровольному обращению в службы снижения вреда и медицинские учреждения. Обеспечить применение принципа соразмерности в отношении преступлений, связанных с наркотиками, и предусмотреть в рамках общественного здравоохранения альтернативы тюремному заключению, административным штрафам и другим формам исправительных санкций.

Стигма и дискриминация

Принять меры для устранения множественных пересекающихся форм стигмы и дискриминации, которым подвергаются люди, употребляющие наркотики, – в том числе, при обращении в медицинские, юридические, образовательные и социальные службы, а также в службы трудоустройства и при взаимодействии с правоохранительными органами.

Подход, ориентированный на интересы людей

Поддерживать, финансировать и расширять участие сообществ и организаций гражданского общества, включая сети и другие организации людей, употребляющих наркотики, в деятельности, связанной с разработкой, реализацией, мониторингом и оценкой наркополитики и программ в области наркополитики, а также с разработкой и оказанием услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией, здоровьем и социальной защитой.

Обеспечить благоприятную правовую среду для организаций гражданского общества и сообществ людей, употребляющих наркотики, чтобы они могли осуществлять свою деятельность, не опасаясь преследований и репрессий.

Обеспечить использование механизмов социального контракта для предоставления услуг силами организаций на базе сообществ.

Финансирование

Перераспределить средства, выделяемые на деятельность по контролю над наркотиками, чтобы обеспечить достаточное финансирование программ по защите прав человека и охране здоровья, включая комплексные услуги снижения вреда и услуги в области ВИЧ-инфекции, ответные меры на базе сообществ и вспомогательные социальные программы.

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИКИ: СООБЩЕСТВО ПОД ПРИЦЕЛОМ

1



В офисе организации, которая помогает людям, употребляющим наркотики, и работникам секс-бизнеса. Киев, Украина. Фото: Глобальный фонд / Ефрем Лукацкий.

ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИКИ: СООБЩЕСТВО ПОД ПРИЦЕЛОМ

В мире каждый 18-й взрослый употребляет наркотики

Согласно оценкам, 275 млн человек, составляющих 5,6% взрослого населения планеты, хотя бы один раз в 2016 году употребляли наркотики (1). Наиболее распространенный рекреационный наркотик – каннабис². Около 19,4 млн человек употребляли опиоиды, многие – в виде инъекций (Рис. 3). Иногда инъекционно употребляются и некоторые неопиоидные наркотики: амфетамины, барбитураты, кокаин и метамфетамины.

Если несколько человек используют один шприц, – например, из-за того, что стерильный инструментарий недоступен или малодоступен, – такие инъекции сопряжены с высоким риском передачи ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита. В 2016 году более половины людей, употребляющих инъекционные наркотики, имели диагноз «вирусный гепатит С», каждый восьмой – диагноз «ВИЧ-инфекция».

Распространенность употребления инъекционных наркотиков варьируется в зависимости от региона и страны. Например, в 2016 году 21% всех употребляющих инъекционные наркотики в мире (от 15 до 64 лет) проживали в странах Восточной Европы и Центральной Азии, хотя на этот регион приходится лишь 4% мирового населения данных возрастных групп (Рис. 4). Подобным же образом, в странах Западной и

Центральной Европы и Северной Америки доля людей, употребляющих инъекционные наркотики, оказалась выше их доли в мировом населении (2–4).

В 2016 году 45% всех людей, употребляющих инъекционные наркотики (от 15 до 64 лет), то есть около 4,8 млн человек, проживали в трех странах: Китае, Российской Федерации и США – хотя на эти три страны в совокупности приходится всего 27% мирового населения (1, 2).

Усилия по контролю над наркотиками оказались малоэффективны

Миллиарды долларов, затрачиваемые ежегодно на усилия по сокращению предложения и спроса на запрещенные наркотики, не привели к уменьшению числа людей, употребляющих наркотики.

Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) не исключает, что число людей, употребляющих наркотики, в период с 2006 по 2016 годы могло даже увеличиться, – в основном, из-за роста распространенности каннабиса (Рис. 5). Но обоснованного заключения сделать нельзя, поскольку предполагаемый прирост находится в пределах погрешности измерений. Число людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, оставалось

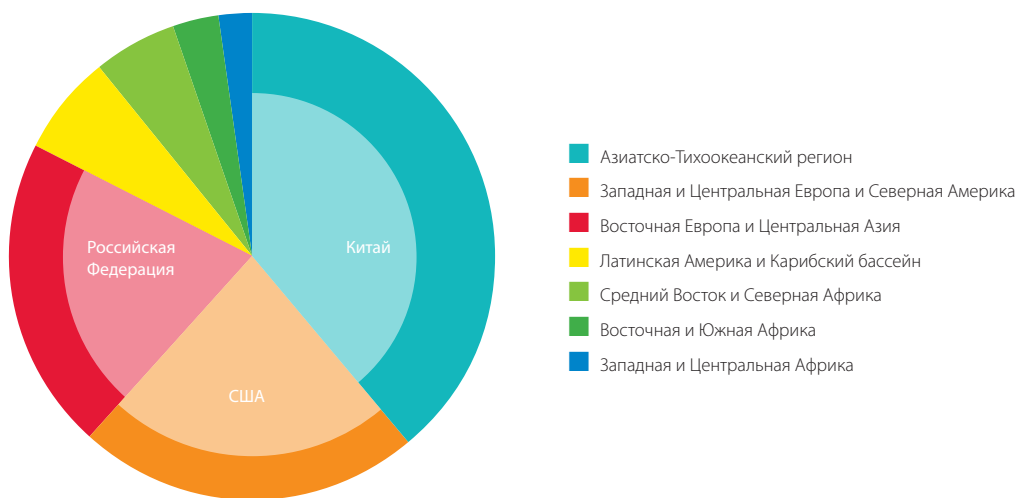
2. Исключая алкоголь и табак, которые не учитывались при расчетах.

Рис. 3. Общее число людей, употребляющих наркотики, в мире, 2016.



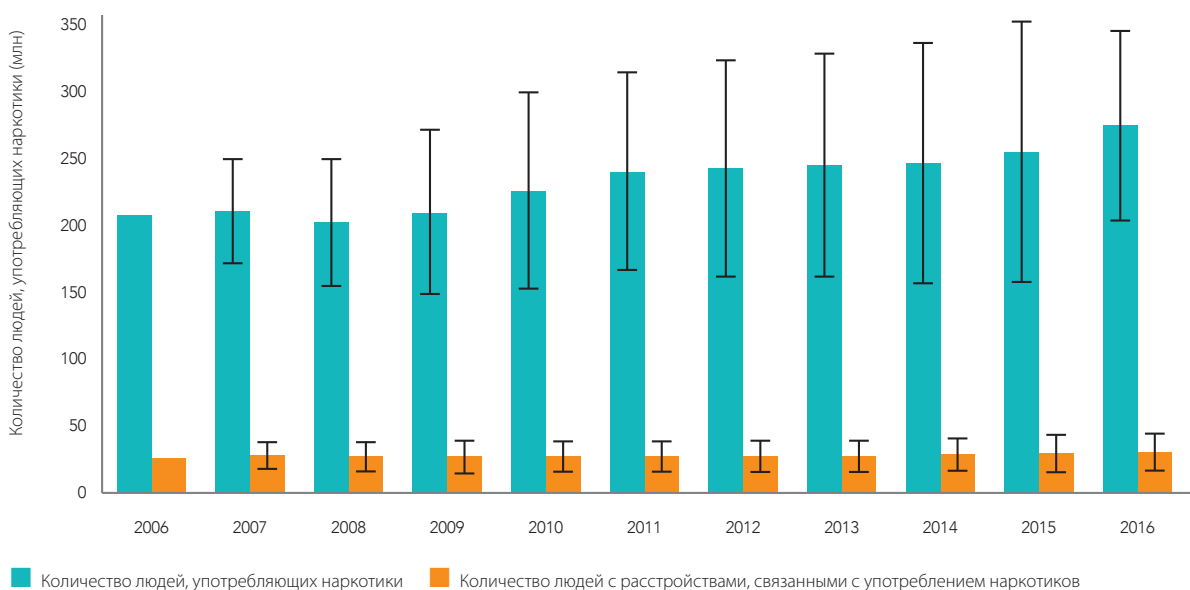
Источник: УНП ООН. Всемирный доклад о наркотиках: 2018 год. – Вена, 2019.

Рис. 4. Число людей, употребляющих инъекционные наркотики (от 15 до 64 лет), по регионам, 2016.



Источник: УНП ООН. Всемирный доклад о наркотиках: 2018 год. – Вена, 2019.

Рис. 5. Глобальные тенденции в оценках количества людей, употребляющих наркотики (от 15 до 64 лет), 2006–2016.



Источник: УНП ООН. Всемирный доклад о наркотиках: 2018 год. – Вена, 2019.

приблизительно на одном уровне на протяжении всего десятилетия³.

Оценки УНП ООН и ЮНЭЙДС предполагают медленное снижение глобального числа людей, употребляющих инъекционные наркотики, но наблюдаемое изменение также укладывается в погрешность измерений.

Среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, растет уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, за последнее десятилетие выросла с 1,2% [1,0–1,3%] в 2011 году до 1,4% [1,2–1,5%] в 2017 году – в отличие от общей тенденции, наблюдаемой во всем мире, к снижению заболеваемости (по всем возрастным группам): на 25% за период 2010–2017 годы⁴. Уменьшение числа людей, употребляющих инъекционные наркотики, и рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, привели к увеличению

в этой группе доли людей, живущих с ВИЧ (с 11,4% в 2011 г. до 12,5% в 2016 г.) (1, 5).

Высокая распространенность гепатита В и С и туберкулеза

Вирус гепатита С (ВГС) более устойчив к воздействиям окружающей среды, чем вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и может сохраняться в растворе и инъекционном оборудовании от нескольких дней до нескольких недель (6). Вирусный гепатит С легко передается при использовании общего инъекционного оборудования, и в ситуации, когда нет доступа к программам игл и шприцев, становится более распространенным, чем ВИЧ-инфекция. В 2016 году, в мире 51,9% потребителей инъекционных наркотиков были инфицированы вирусом гепатита С, а доля потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ, составила 8% от 71 млн человек (7, 8).

Согласно оценкам, гепатитом В инфицированы 7% людей, живущих с ВИЧ и употребляющих инъекционные наркотики (8). Тогда как все больше

людей, живущих с ВИЧ, получают антиретровирусную терапию, которая продлевает им жизнь, коинфекция хроническим гепатитом В связана с более быстрым развитием цирроза и более высоким уровнем смертности от заболеваний печени (8).

Среди людей, употребляющих наркотики, выше уровень заболеваемости туберкулезом и распространенности латентной туберкулезной инфекции (9). Отчасти это связано с тем, что люди, употребляющие наркотики, чаще оказываются в местах лишения свободы – риск заболевания туберкулезом у заключенных, в среднем, в 23 раза выше, чем у населения в целом (10). У людей, живущих с ВИЧ и употребляющих инъекционные наркотики, риск получить туберкулез в 2–6 раз выше, чем у людей, живущих с ВИЧ и не употребляющих инъекционные наркотики (10).

Среди людей, живущих с ВИЧ и употребляющих наркотики, также наблюдается высокая распространенность туберкулеза

3. УНП ООН определяет людей с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, как подгруппу людей, употребляющих наркотики. Люди с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, нуждаются в лечении, медицинской и социальной помощи и реабилитации. По определению УНП ООН, злоупотребление психоактивными веществами и зависимость являются признаками расстройств, связанных с употреблением наркотиков.
4. ЮНЭЙДС не проводит оценку распространенности ВИЧ-инфекции и заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди потребителей неинъекционных наркотиков. По этой группе населения не ведется рутинный сбор данных для Глобальной системы мониторинга эпидемии СПИДа, и она не учитывается в процессе составления оценок распространения ВИЧ-инфекции.

с множественной лекарственной устойчивостью (9). В странах Восточной Европы доступ к лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью остается по-прежнему низким, что является причиной высокой смертности (11, 12).

Женщины

Употребление наркотиков более распространено среди мужчин. На долю женщин приходится лишь каждый третий употребляющий наркотики и каждый пятый употребляющий инъекционные наркотики (1). Женщины, употребляющие наркотики, сталкиваются с особыми рисками для здоровья. Немногие страны сообщают в ЮНЭЙДС дезагрегированные по полу сведения о людях, употребляющих инъекционные наркотики, но значительно число общедоступных данных указывает на то, что женщины более, чем мужчины, подвержены рискам инфицирования ВИЧ, ВГС и другими инфекциями, передающимися через

кровь (1). В 16 из 21 стран, предоставивших дезагрегированные по полу данные с 2013 года, распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин, употребляющих инъекционные наркотики, была выше, чем среди мужчин, употребляющих инъекционные наркотики. В Германии, Уганде и Узбекистане распространенность ВИЧ-инфекции среди женщин, употребляющих инъекционные наркотики, была почти в два раза выше, чем среди мужчин (Рис. 6).

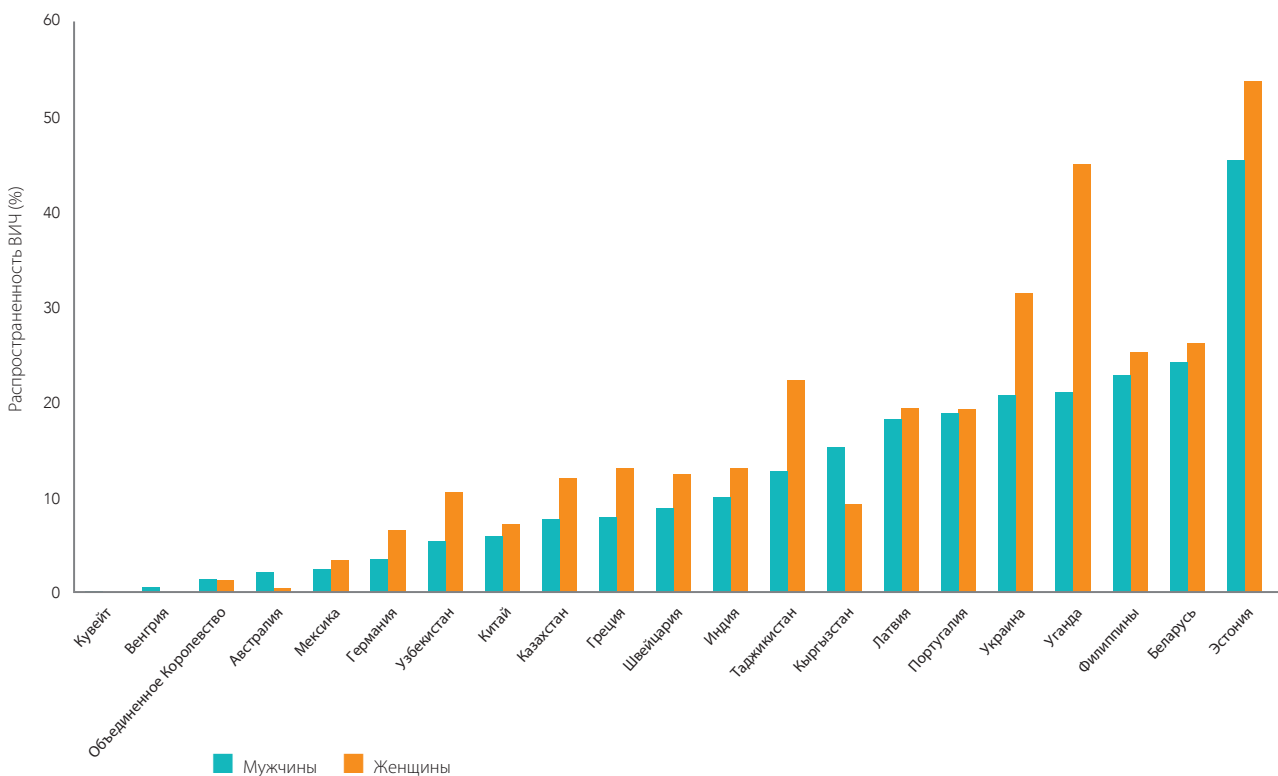
Женщины в большей мере страдают от криминализации: среди них более высокий уровень обвинительных приговоров и лишения свободы за преступления, связанные с наркотиками. Это привлекло внимание и вызвало осуждение со стороны Комитета ООН по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛДЖ) (13, 14). КЛДЖ и Рабочая группа ООН по произвольным задержаниям с обеспокоенностью отметили увеличение количества женщин, отбывающих тюремные

сроки за преступления, связанные с наркотиками, а также несоразмерно высокие показатели заключения под стражу малоимущих и маргинализованных женщин. Нередко они лишены доступа к услугам здравоохранения и снижения вреда, учитывающим гендерный аспект (15, 16).

Молодежь

Среди молодежи употребление наркотиков более распространено, чем среди людей старших возрастных групп, причем пик употребления наркотиков часто приходится на возраст от 18 до 25 лет (1). Неблагоприятные условия жизни в раннем возрасте могут быть причиной повышенного риска употребления психоактивных веществ и развития зависимости (18). Например, риск употребления метамfetамfина выше среди молодых людей, выросших в неблагополучных семьях; во многих исследованиях отмечается высокий уровень употребления психоактивных веществ, в том числе инъекционных наркотиков, среди детей, живущих на улицах (1).

Рис. 6. Распространенность ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в разбивке по полу, за последний год, по которому имеются данные, 2013–2017.



Источник: Данные Глобального мониторинга эпидемии СПИДа, ЮНЭЙДС, 2013–2017 гг.

ПРИМЕР: ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ В УСЛОВИЯХ КОНФЛИКТА

В условиях конфликтов и чрезвычайных ситуаций женщины, употребляющие наркотики, сталкиваются со сложным комплексом проблем.

Вооруженный конфликт на востоке Украины, начавшийся в 2014 году, оказал серьезное негативное влияние на людей, употребляющих наркотики. Неправительственная организация «Клуб "Свитанок"» провела специальные опросы для лучшего понимания потребностей этой крайне стигматизированной группы населения. Многие женщины, употребляющие наркотики, спасаясь от конфликта, переехали в другие регионы Украины, но те, кто не смог там найти жилье или работу (а эту и без того непростую задачу усложняли стигма и дискриминация), вернулись.

«Сейчас они живут в условиях крайней нищеты, у них нет денег, чтобы заплатить за аренду жилья», – объясняет Светлана Мороз из «Клуба "Свитанок"». Большинство женщин являются бездомными: «Они вернулись на родину, но зачастую потеряли свои дома». Как правило, они зависят от других членов семьи и крайне уязвимы для насилия со стороны партнеров.

Многие из женщин пережили жестокое обращение, в том числе связанное с похищением и побоями. И почти все они нуждаются в специализированных услугах: «Им нужна психологическая и психотерапевтическая помощь, а ничего этого нет. Никто не работает с ними, с их травмирующим опытом пыток и другого насилия» (17).

Лишь немногие страны предоставили в ЮНЭЙДС оценки распространенности ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, с разбивкой по возрасту. Как правило, эти данные показывают, что распространенность ВИЧ-инфекции ниже среди людей более молодого возраста (до 25 лет). Одним из возможных объяснений этому явлению может быть то, что молодые люди провели меньшее количество лет в ситуации высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией (например, при использовании общего с другими инъекционного инструментария).

Ключевые группы населения

Наряду с людьми, употребляющими инъекционные наркотики, к числу ключевых групп населения с высоким

риском ВИЧ-инфицирования относятся секс-работники, геи, мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами, транссексуалы и люди, находящиеся в местах лишения свободы.

Нередко представители этих ключевых групп населения бывают подвержены одновременно множественным рискам. Так, например, в ряде стран практикуется уголовное преследование за однополое сексуальное поведение, предоставление секс-услуг, иногда еще и за нетрадиционную гендерную идентичность. В этой связи лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры, интерсексуалы (ЛГБТИ) и работники секс-бизнеса, употребляющие наркотики, оказываются крайне уязвимыми для жестокого обращения со стороны полиции, а также для травли и насилия в местах лишения свободы (19, 20).

Стигма и дискриминация, жестокость и насилие, связанные с сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью и работой в секс-бизнесе, широко распространены и в медицинских учреждениях (21). Множественные риски с большой вероятностью приводят к более высокой распространенности ВИЧ-инфекции по сравнению с ситуацией, когда есть только один вид риска (22–26).

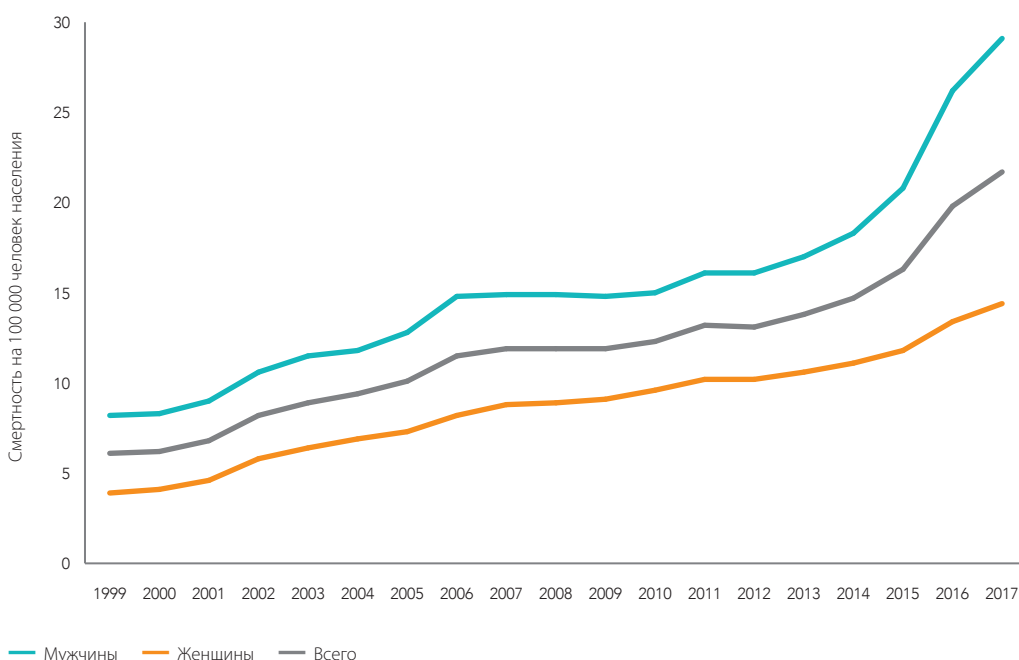
Работники секс-бизнеса, употребляющие наркотики, страдают от различных форм насилия, нарушений конфиденциальности, стигмы и дискриминации (27). Среди геев и мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, все большую популярность приобретает химсекс – намеренное вступление в сексуальные контакты под воздействием различных психоактивных препаратов (28, 29). Считается, что используемые при химсексе наркотики устраняют сдерживающие факторы и усиливают удовольствие. Химсекс часто провоцирует незащищенный секс, иногда с несколькими партнерами. По этим причинам химсекс ассоциируется с высоким риском передачи и ростом распространенности ИППП, ВИЧ и гепатита С (30–32).

Насилие

У людей, употребляющих наркотики, существует высокий риск оказаться жертвой разных форм насилия. Например, в Пакистане более половины людей, употребляющих инъекционные наркотики, сообщили, что за предыдущие 12 месяцев подвергались физическому насилию (33). На Филиппинах результатом национальной кампании по борьбе с наркоторговлей стали тысячи внесудебных казней (34, 35).

Женщины, употребляющие наркотики, сообщают о повышенных рисках насилия и жестокого обращения со стороны полиции (36). Согласно результатам исследования, проведенного в 2016 году в Кыргызстане, физическому или сексуальному насилию «за последний

Рис. 7. Стандартизированные по возрасту показатели смертности от передозировки наркотиками, США, 1999–2017.



Примечания. Случаи смерти классифицируются в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Случаи смерти от отравления (передозировки) наркотиками классифицируются с использованием кодов причин смертности X40 – X44, X60 – X64, X85 и Y10 – Y14. Источники: NCHS, National Vital Statistics System, Mortality. Data Brief 329. Смертность от передозировки наркотиков в США, 1999–2017. Таблица данных для Рис. 7. Скорректированные по возрасту показатели смертности от передозировки: США, 1999–2017 гг. (https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db329_tables-508.pdf, дата просмотра 25 февраля 2019 г.).

год» подвергались 60% опрошенных женщин, употребляющих наркотики (36). По результатам исследования в Индонезии, более 50% женщин, употребляющих наркотики, «за прошедший год» подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнеров-мужчин (37). В том же исследовании 60% респонденток, имевших контакты с правоохранительными органами, сообщили о словесных оскорблениях со стороны полиции, 27% – о физическом насилии и 5% – о сексуальном насилии. Как правило, пострадавшие от насилия со стороны полиции редко подают заявления, опасаясь мести.

Насилие всех видов еще больше увеличивает риск заражения ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передающимися с кровью, и отрицательно влияет на возможность женщин договариваться о мерах безопасности при сексе или употреблении наркотиков (38).

Смертность

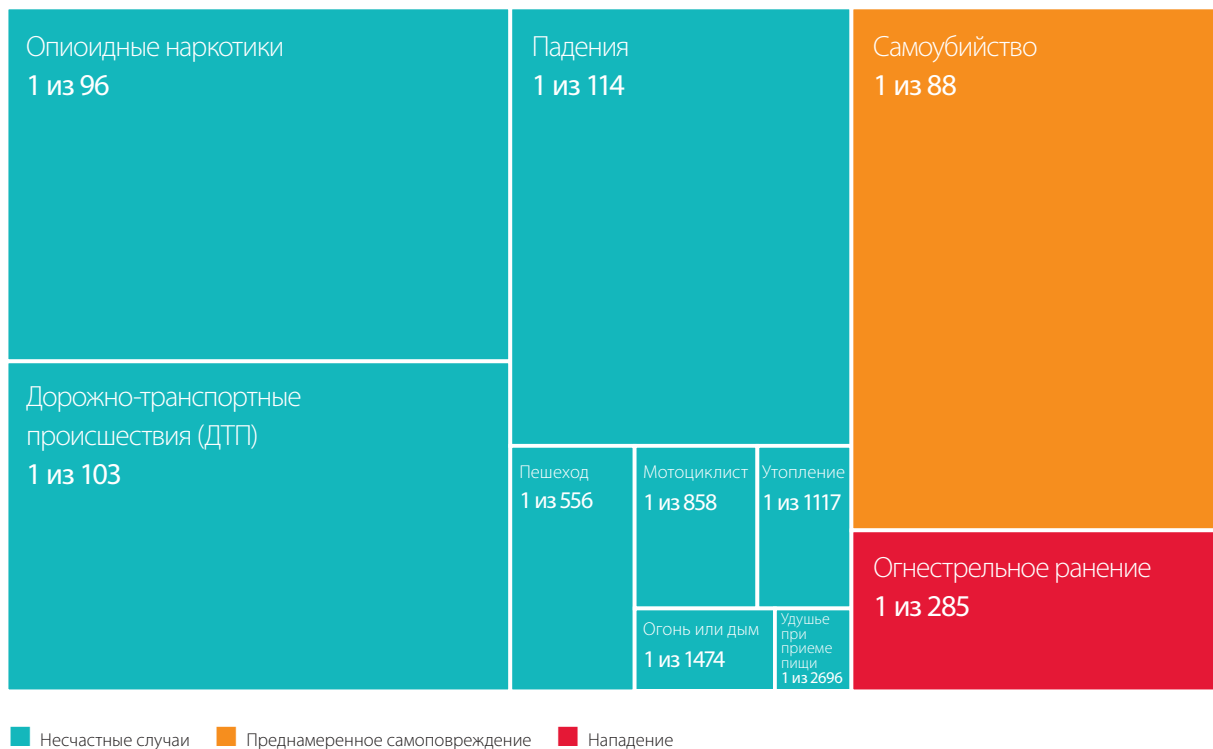
Стигма и дискриминация, насилие, недоступность услуг здравоохранения и снижения вреда в своей совокупности ведут к росту смертности среди людей, употребляющих наркотики. Во всем мире в 2015 году прямо или косвенно были связаны с употреблением наркотиков 450 000 случаев смерти. В основном, это были смерти от передозировки или от заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией и гепатитом С. Снижение вреда позволило бы предотвратить эти смерти.

Во многих странах растет смертность от опиоидов. В США с 1980 по 2014 годы смертность, связанная с употреблением наркотиков, выросла в шесть раз (39). В течение последних нескольких лет наблюдается резкий рост смертности от передозировок: с 2014 года эта цифра каждый год увеличивалась примерно на 16%, и к 2017 году достигла 70 237 случаев (Рис. 7) (40). В 2017 году в США пожизненный

риск умереть от случайной передозировки опиоидами впервые был выше пожизненного риска погибнуть в автокатастрофе (Рис. 8).

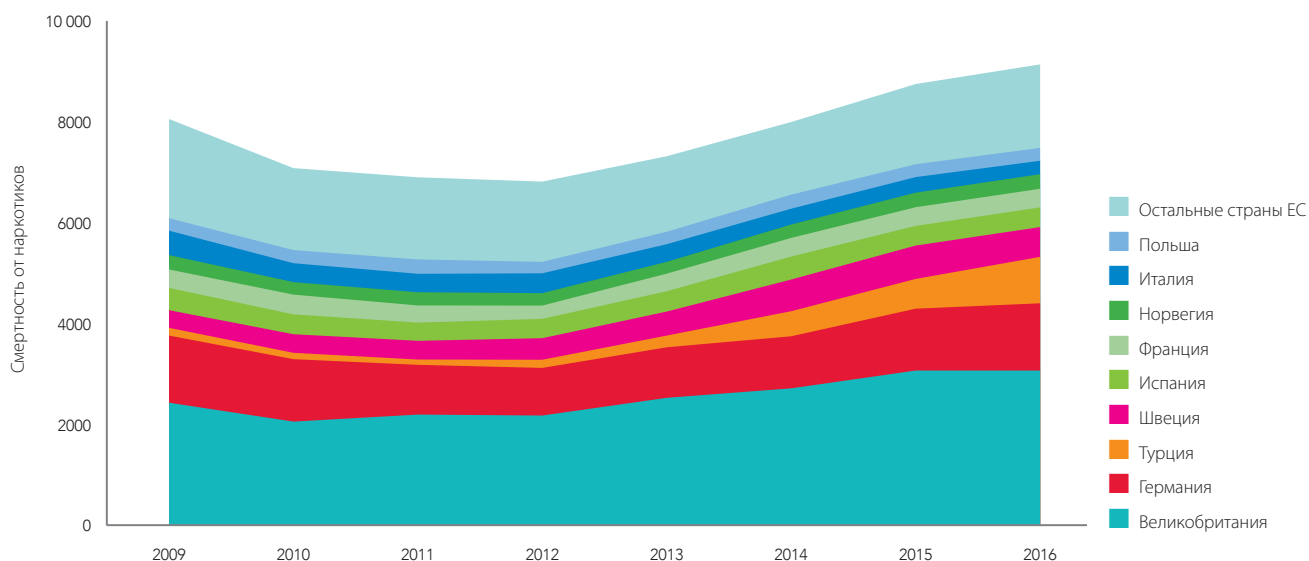
Критическая ситуация со смертностью от передозировки опиоидами также сохраняется в Канаде. В период с января 2016 по июнь 2018 года в стране были зарегистрированы более 9000 смертей от опиоидов. Причиной 72% случаев смертельных передозировок в 2017 году были фентанил или его аналоги (41). В странах Европейского союза, в Норвегии и Турции смертность от передозировки опиоидами увеличилась на 34% за пять лет: с 6800 в 2012 году до 9100 в 2016 году (Рис. 9) (42).

Рис. 8. Пожизненный риск умереть от травм, некоторые причины, США, 2017.



Источник: Национальный центр статистики здравоохранения. Данные о смертности за 2017 год составлены на основе статистики естественного движения населения, полученной от 57 юрисдикций в рамках совместной программы. Случаи смерти классифицируются в соответствии с 10-м пересмотром *Международной классификации болезней* (МКБ-10), вступившим в силу в 1999 году. Доступно: <https://injuryfacts.nsc.org/all-injuries/preventable-death-overview/odds-of-dying/data-details/>.

Рис. 9. Смертность от наркотиков, страны Европейского союза, Норвегия и Турция, 2009–2016.



Источник: Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости (EMCDDA). Статистический бюллетень 2018 года – смертность от передозировки. Доступно: <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/drd>.

СНИЖЕНИЕ ВРЕДА: НА СТЫКЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

2

СНИЖЕНИЕ ВРЕДА: НА СТЫКЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Предоставление услуг снижения вреда уменьшает заболеваемость и смертность среди людей, употребляющих наркотики.

Снижение вреда – это подход к решению проблемы наркотиков методами общественного здравоохранения, требующий соблюдения и уважения прав человека.

Снижение вреда – это свод принципов и комплекс научно подтвержденных услуг и стратегий, направленных на сокращение негативных последствий употребления наркотиков для здоровья, общества и экономики. Снижение вреда учитывает тот факт, что не все люди, употребляющие наркотики, могут или хотят отказаться от их употребления. Принципы снижения вреда: доверие, инклюзивность, отказ от осуждения, готовность адаптироваться к потребностям клиентов, а также активное участие сообщества людей, употребляющих наркотики, в планировании, реализации и оценке услуг. Службы снижения вреда уважают основные права человека, – в частности, право на неприкосновенность частной жизни, физическую неприкосновенность, достоинство личности, соблюдение процессуальных норм, защиту от произвольных задержаний.

«ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ, ВСТРЕЧАЮТСЯ ВО ВСЕХ СЛОЯХ ОБЩЕСТВА. ОНИ – ПРИОРИТЕТНАЯ ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА НОВОЙ СТРАТЕГИИ СЕНЕГАЛА ПО ВИЧ/СПИДУ».

Сафиату Тиам, Исполнительный секретарь Национального совета против СПИДа, Сенегал (9)

Комплексный подход

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) и ЮНЭЙДС рекомендуют предоставлять людям, употребляющим инъекционные наркотики, комплексный набор услуг снижения вреда, включая следующие:

- программы игл и шприцев;
- лечение наркозависимости, включая опиоидную заместительную терапию;
- тестирование на ВИЧ и консультирование;
- антиретровирусную терапию;
- профилактику и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП);
- программы раздачи презервативов людям, употребляющим инъекционные наркотики, и их сексуальным партнерам;
- адресное информирование, просвещение и обучение людей, употребляющих инъекционные наркотики, и их сексуальных партнеров;
- диагностику, лечение и вакцинацию от вирусных гепатитов;
- профилактику, диагностику и лечение туберкулеза (1).

ВОЗ также рекомендует бороться с передозировкой опиоидами путем раздачи налоксона на базе сообщества. Нет специальной рекомендации предоставлять средства доконтактной профилактики (ДКТ) в рамках программ профилактики ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, но ДКТ должна быть доступна по запросу (2). Имеющиеся данные также указывают на многочисленные положительные стороны работы пунктов безопасного употребления наркотиков (3).

Рис. 10. Комплексный подход к решению проблемы ВИЧ-инфекции и других негативных последствий, связанных с употреблением наркотиков.



Источник: ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. – Женева, 2012; Всемирная организация здравоохранения. Европейское бюро. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход (обновленная версия). – Женева, 2016.

Программы игл и шприцев

Научное обоснование

Программы игл и шприцев снижают вероятность передачи ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся с кровью, за счет снижения частоты использования инъекционного оборудования несколькими людьми, употребляющими инъекционные наркотики (4, 5).

Охват

Чтобы предотвратить дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции, ВОЗ рекомендует ежегодно раздавать по 200 игл и шприцев на каждого человека, употребляющего инъекционные наркотики. В 2018 году в 86 странах действовала, по крайней мере, одна программа игл и шприцев (6). Но из 68 стран, которые с 2013 года представляют данные о таких программах в ЮНЭЙДС, лишь 14 раздают именно рекомендованное количество игл и шприцев.

В последние семь лет глобальный охват программы остается в целом неизменным (см. Приложение 1).

Максимизация воздействия

Адекватно разработанные программы игл и шприцев помогают клиентам получить доступ к ряду сопутствующих услуг, включая лечение наркотической зависимости, медицинскую, правовую и социальную помощь. Руководители программ должны знать, какие наркотики употребляются в инъекциях, как это происходит и какое инъекционное оборудование предпочитают потребители. Распространение шприцев с малой «мертвой зоной» (low dead space syringes) позволяет снизить риск передачи ВИЧ-инфекции среди людей, продолжающих использовать общее инъекционное оборудование (7). Если распространяемое инъекционное оборудование не соответствует местным предпочтениям, его

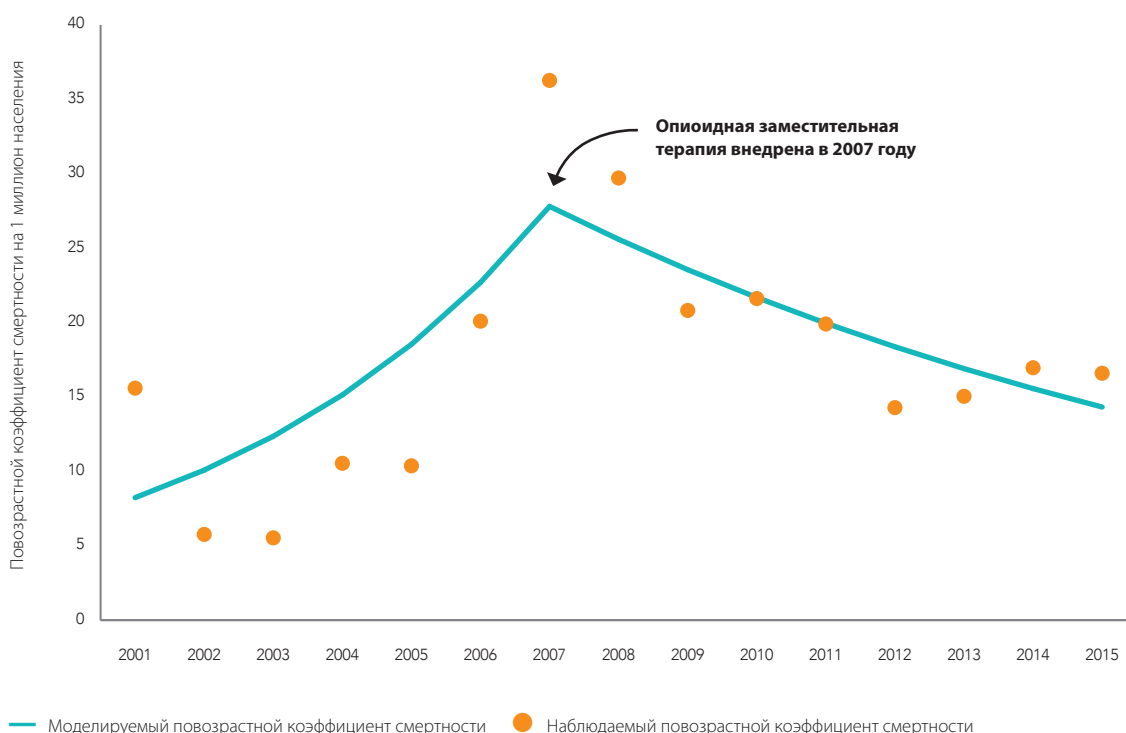
востребованность будет низкой. ВОЗ рекомендует иметь в наличии для распространения различные виды игл и шприцев, чтобы удовлетворять запросы разных потребителей (1, 8).

Лечение наркозависимости, включая опиоидную заместительную терапию

Научное обоснование

Научно обоснованные способы лечения наркотической зависимости, такие как опиоидная заместительная терапия с использованием метадона или бупренорфина, снижают уровень потребления опиоидных наркотиков, риск передачи ВИЧ-инфекции и гепатита С и риск передозировки (10–13). Также доказано, что опиоидная заместительная терапия способствует увеличению числа пациентов, принимающих антиретровирусные препараты, росту приверженности терапии и снижению вирусной супрессии (14).

Рис. 11. Скорректированные по возрасту показатели смертности от передозировки, наблюдаемые и смоделированные, Хорватия, 2001–2015.



Источник: Handanagic S, Bozicevic I, Sekerija M, Rutherford GW, Begovac J. Overdose mortality rates in Croatia and factors associated with self-reported drug overdose among persons who inject drugs in three Croatian cities [Коэффициенты смертности от передозировки в Хорватии и факторы, ассоциирующиеся со случаями передозировки, указанные пострадавшими, в трех городах Хорватии]. *Int J Drug Policy*. 2019; 64:95 –102.

После резкого роста смертности от передозировки в трех городах Хорватии в 2001–2007 годах последующее внедрение и расширение масштабов заместительной терапии опиоидами совпало со снижением смертности от передозировки в 2007–2015 годах, в среднем, на 8% ежегодно (Рис. 11) (15).

Наряду с этим существует потребность в эффективном лечении и помощи зависимым от неинъекционных и неопиоидных препаратов. Опиоидная заместительная терапия эффективна, в том числе, и при зависимости от медицинских опиоидных препаратов (16). Заместительная терапия, которая могла бы применяться в случае зависимости от стимуляторов, включая кокаин, сейчас находится в стадии разработки. Клинические испытания терапии с использованием психостимуляторов дают обнадеживающие результаты и заслуживают дальнейшего изучения (17).

Охват

Согласно рекомендациям ООН, необходимо обеспечить 40%-й охват опиоидной заместительной терапией (10). Хотя во многих странах отсутствуют точные оценки числа потребителей опиоидов, в большинстве стран, предоставляющих свои данные ЮНЭЙДС, охват опиоидной заместительной терапией людей, употребляющих инъекционные наркотики, ниже рекомендованного (см. Приложение 2). По данным Международной организации снижения вреда, программы опиоидной заместительной терапии существуют в 86 странах (6). В некоторых странах масштабы таких программ расширяются: в 12 из 23 стран, представивших ЮНЭЙДС сведения об охвате программами за последние три года, значительно увеличилось число их участников. Афганистан и Грузия сообщили о значительном процентном увеличении, но при изначально очень

низком уровне охвата. Малайзия в течение трех лет увеличила количество пациентов в программах более чем на 58 000 человек.

Максимизация воздействия

Лишь у одного из девяти потребителей наркотиков на фоне употребления развиваются расстройства, – такие как, например, наркозависимость (83). Тем не менее, многих людей, употребляющих наркотики, вынуждают проходить принудительное лечение наркозависимости, в том числе в случаях, когда к такому лечению нет клинических показаний. Это является нарушением прав человека, и в данной связи ВОЗ и УНП ООН подчеркивают, что принуждать к лечению наркотической зависимости недопустимо (18).

Рецидив употребления наркотиков не должен служить основанием для исключения людей из программ

ТЮРЬМЫ

Охват программами снижения вреда в местах лишения свободы остается низким, несмотря на общепризнанный принцип, по которому стандарты медицинской помощи для людей, находящихся в местах лишения свободы, должны быть такими же, как и для всего остального общества, и сформулированное правительствами указание, что медицинские службы в местах лишения свободы должны обеспечивать непрерывность лечения и помощи, в том числе в связи с наркотической зависимостью, ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями (23–26).

В 2017 году только семь стран сообщили ЮНЭЙДС о наличии программ игл и шприцев в местах лишения свободы и только 18 – о программах заместительной опиоидной терапии. Но фактически программ может быть больше, так как не учитывались страны Европейского союза (27).

лечения наркотической зависимости, поскольку зависимость – хроническое заболевание, нередко требующее длительного непрерывного лечения. Риск рецидива существует в течение всей жизни. Пациенты, у которых случился рецидив, по-прежнему нуждаются в медицинской помощи и поддержке.

Взимание платы за получение услуг опиоидной заместительной терапии может стать препятствием для обращения в программу и продолжения участия в ней, и, в этой связи, государствам следует рассмотреть вопрос о субсидировании услуг, отмене оплаты или снижении стоимости услуг (19–21). По сообщениям Грузинской сети людей, употребляющих наркотики (GENPUD), отмена платы за участие в программе привела к семикратному увеличению охвата всего за два года (22).

Тестирование на ВИЧ-инфекцию и лечение

Научное обоснование

Государства-члены ООН взяли на себя обязательство достичь к 2020 году целевых показателей «90–90–90»: чтобы 90% людей, живущих с ВИЧ, знали о своем статусе, 90% людей, знающих о своем ВИЧ-положительном статусе, имели доступ к терапии, 90% людей, получающих терапию, достигли вирусной супрессии.

Антиретровирусная терапия защищает людей, живущих с ВИЧ, от ВИЧ-ассоциированных заболеваний и значительно снижает риск передачи ВИЧ-инфекции другим людям.

Охват

В последние годы на глобальном уровне наблюдается значительный прогресс в достижении поставленных целей, однако люди, употребляющие инъекционные наркотики, как и другие ключевые группы населения, нередко остаются без помощи. Восемь из 13 стран, недавно представивших в ЮНЭЙДС данные об охвате лечением людей с ВИЧ, употребляющих инъекционные наркотики, сообщили, что охват лечением людей, употребляющих инъекционные наркотики, ниже, чем в целом охват взрослого населения с ВИЧ (Рис. 12).

Максимизация воздействия

Важно систематически предлагать людям, употребляющим наркотики (например, когда они обращаются в программу игл и шприцев или в программу лечения наркозависимости) пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию на добровольной и конфиденциальной основе.

Некоторые инновационные подходы показывают хорошие результаты в работе с ключевыми группами, однако такие подходы нередко сопряжены с рисками, которые необходимо

учитывать. К инновационным подходам относятся тестирование на базе сообщества, самотестирование и различные формы индексного тестирования.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию должно проводиться только при условии получения информированного согласия (28).

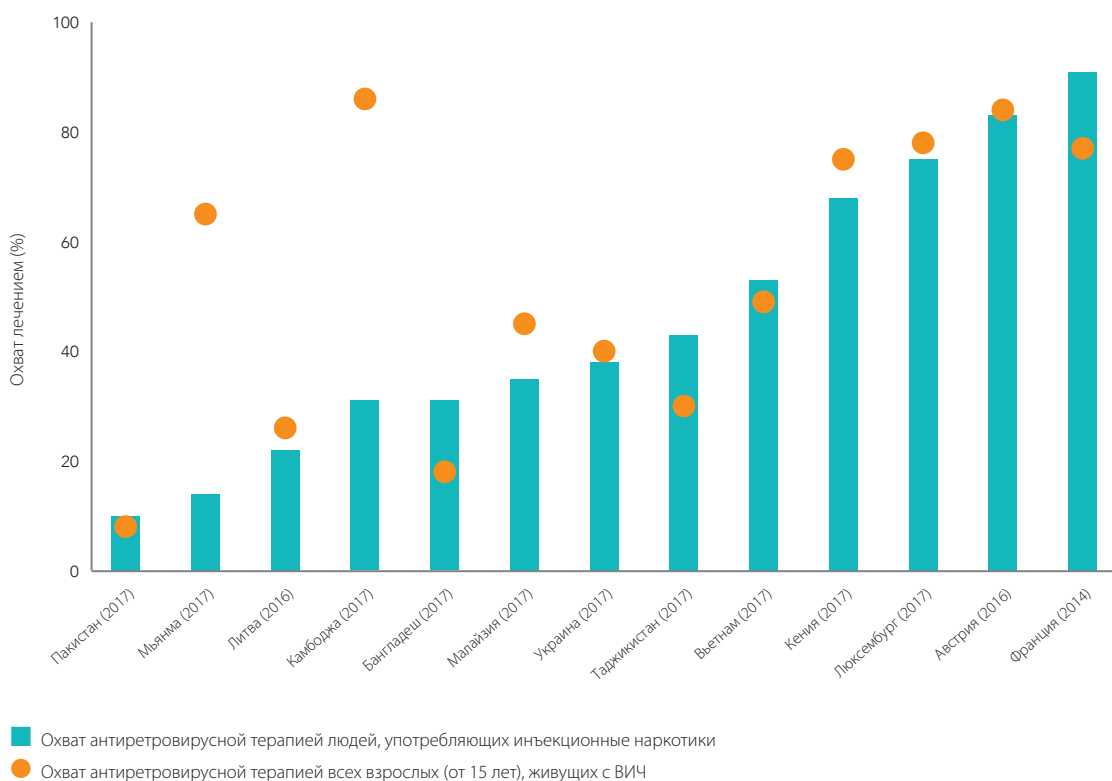
Когда услуги тестирования на базе сообщества предоставляются в комплексе с услугами профилактики, поддержки и лечения, это позволяет охватить большее число людей, чем когда это происходит на базе клиники, что особенно важно в отношении людей, которые вряд ли обратятся в медучреждение, включая людей, употребляющих инъекционные наркотики (2, 29).

Самотестирование на ВИЧ-инфекцию – это форма тестирования, которую человек проводит в частных условиях, предварительно собрав пробу для теста в виде жидкости из ротовой полости или небольшого количества крови из пальца (30, 31).

При индексном тестировании человек с подтвержденным диагнозом направляет не проходивших ВИЧ-тестирование людей на консультирование и обследование. Есть две формы/подхода индексного тестирования: уведомление партнера с сопровождением и отслеживание рискованных контактов. Каждая форма имеет свои преимущества и риски:

- Уведомление партнера с сопровождением все чаще используется среди пар в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции. Этот подход показывает высокую эффективность в обнаружении новых случаев (32). Медицинские работники должны учитывать и устранять риск насилия со стороны сексуального партнера или негативных социальных последствий в результате его уведомления (33).

Рис. 12. Охват лечением всех взрослых, живущих с ВИЧ, и охват людей, употребляющих инъекционные наркотики, последние имеющиеся данные, 2014–2017.



Источник: Данные глобального мониторинга эпидемии СПИДа, 2014–2017 годы; Оценочные данные ЮНЭЙДС за 2018 годы.

Подход, предполагающий отслеживание контактов высокого риска, иногда называют «отслеживанием контактов», и он широко применяется для охвата ключевых групп в условиях концентрированной эпидемии. При этом медицинские работники просят недавно диагностированных людей направлять членов своих социальных сетей пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию. В Таджикистане и Украине этот подход позволил эффективно и с минимальными затратами найти недиагностированных людей с ВИЧ (34, 35). Учитывая риск дискриминации, насилия и ареста, подход на основе отслеживания рискованных контактов можно применять только после консультации с представителями ключевых групп, обеспечить конфиденциальность персональных данных.

ВОЗ рекомендует странам принимать эффективные меры профилактики и реагирования на проблему лекарственной устойчивости к антиретровирусным препаратам (36). Интеграция программ снижения вреда и антиретровирусной терапии помогает повысить приверженность лечению у людей, употребляющих наркотики, и обеспечить в случае необходимости незамедлительное назначение препаратов второго ряда. Недавно проведенный систематический обзор литературы показал, что предоставление опиоидной заместительной терапии людям, живущим с ВИЧ и употребляющим инъекционные наркотики, значительно повышает эффективность первой схемы (и приверженность) антиретровирусной терапии: этот подход обеспечивал пациентам на 45% больше шансов добиться вирусной супрессии (37).

Комбинированная профилактика ВИЧ-инфекции и ИППП

Научное обоснование

У людей, употребляющих наркотики, есть множество взаимосвязанных потребностей. Доказано, что комплексные меры, включающие поведенческие вмешательства, раздачу презервативов и лубрикантов, а также информирование и услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья (в том числе, связанные с контрацепцией, тестированием и лечением ИППП) снижают риск передачи ВИЧ-инфекции и ИППП половым путем. Для сотрудников служб снижения вреда нужно организовать обучение и поддержку, чтобы они могли консультировать по вопросам планирования семьи и контрацепции и иметь представление о всем спектре потребностей в сфере сексуального



Пациент опиоидной заместительной терапии принимает метадон в медицинском центре района Южный Тьлем, Ханой, Вьетнам. Фото: ЮНЭЙДС.

и репродуктивного здоровья и прав человека у людей, употребляющих наркотики, и их партнеров (38). Недавно изданное Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и Международной федерацией планирования семьи пособие «Здоровье, права и благополучие: практический инструмент для программ реагирования на ВИЧ и охраны сексуального и репродуктивного здоровья и прав с молодыми людьми из ключевых групп населения в Восточной Европе и Центральной Азии» содержит рекомендации по организации комплексных услуг для удовлетворения потребностей различных групп населения (39).

Одним из способов снизить риск передачи ВИЧ-инфекции является доконтактная профилактика (ДКП), предусматривающая регулярный прием антиретровирусных препаратов. ВОЗ рекомендует предлагать ДКП в качестве дополнительного метода профилактики всем, кто

находится в группе высокого риска инфицирования (2). Однако внедрение ДКП не должно происходить за счет других проверенных и недорогих методов, снижающих медицинские и социальные последствия употребления наркотиков.

Охват

Программы распространения презервативов и изменения рискованного поведения, предназначенные для населения в целом, не обеспечивают достаточного охвата людей, употребляющих наркотики. Из 30 стран, передававших соответствующие данные в ЮНЭЙДС с 2011 года, уровень использования презервативов при последнем сексуальном контакте среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, был в целом низким и не превышал одной трети в Венгрии, Малайзии, Филиппинах и Сербии (см. Приложение 3).

Пока не предпринимается достаточно усилий по распространению ДКП среди людей, употребляющих наркотики. Отношение сообщества к ДКП – неоднозначно (40–42). Организации сообщества и ученые выражают обеспокоенность по поводу ряда проблемных моментов, включая приверженность, эффективность затрат и риск принудительного использования, а также по поводу недостаточного участия сообщества в разработке пилотных проектов (41, 43–45). Организации гражданского общества также обеспокоены тем, что внедрение ДКП может быть использовано, как замена других стратегий снижения вреда, а повышенное внимание к ДКП указывает на возврат к «медиализации» ВИЧ (44). Любое решение о включении ДКП в программы снижения вреда должно приниматься только в контексте активного взаимодействия и участия сообщества людей, употребляющих наркотики, и

ПРИМЕР: МОЛОДАЯ ВОЛНА

«Молодая волна» – литовская молодежная организация, оказывающая услуги снижения вреда на музыкальных фестивалях и в ночных клубах. Волонтеры «Молодой волны» посещают публичные мероприятия с участием молодежи, на которых распространяют информацию о менее опасном употреблении наркотиков, раздают презервативы, воду (для профилактики обезвоживания и перегрева), соломку для вдыхания наркотиков (в качестве профилактики передачи вирусного гепатита) и реагенты для проверки наркотиков. «Молодая волна» предоставляет услуги «равный-равному» при психоделических переживаниях (PsyHelp) с целью трансформировать трудные психоделические переживания в полезный опыт, а также уменьшить количество госпитализаций и другие негативные последствия. Организация занимается продвижением прогрессивной наркополитики и организует тренинги по снижению вреда для полиции (88).

должно учитывать их предпочтения. В некоторых национальных программах разработаны специальные рекомендации по оценке приемлемости ДКП для людей, употребляющих инъекционные наркотики (46, 47).

Профилактика и лечение вирусных гепатитов и туберкулеза

Научное обоснование

Люди, употребляющие наркотики, подвержены повышенному риску заражения туберкулезом, в том числе туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. ВОЗ рекомендует проведение комплекса мероприятий по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Основные услуги – это профилактика туберкулеза (в том числе, профилактика изониазидом), регулярный скрининг для ранней диагностики туберкулеза и своевременное начало противотуберкулезного лечения и антиретровирусной терапии у людей, живущих с ВИЧ и употребляющих наркотики (2, 48).

Люди, употребляющие инъекционные наркотики, также уязвимы к гепатитам В и С (49, 50). Для лечения людей с хроническим гепатитом С во всех случаях рекомендуются противовирусные препараты прямого действия (51). При эффективности

лечения около 95% они гораздо менее токсичны и лучше переносятся, чем терапия интерфероном (которая уже не рекомендуется); их можно давать всем пациентам с хроническим гепатитом С. С 2013 года применяются несколько новых противовирусных препаратов прямого действия, прошедших строгую проверку и одобренных хотя бы одним регулирующим органом (52).

Стратегии профилактики гепатита В среди людей, употребляющих наркотики, в первую очередь, предполагают вакцинацию и обеспечение доступности стерильного инъекционного оборудования. Гепатит В – хроническое заболевание, требующее в большинстве случаев постоянного противовирусного лечения (53).

Охват

Противовирусная терапия прямого действия пока не является общедоступной. Во многих странах ее доступность для людей, употребляющих наркотики, ограничена из-за высокой стоимости самих препаратов и дополнительных расходов на диагностику – а государства неохотно выделяют средства на такое лечение (54, 55). Однако в последнее время появились новые стратегии снижения цен, в частности, связанные с

использованием дженериков, благодаря которым противовирусные препараты прямого действия стали более доступными.

В некоторых странах людям, употребляющим наркотики, часто или отказывают в лечении гепатита С, или максимально осложняют доступ к соответствующим услугам путем бюрократических требований (56). Иногда медицинские учреждения действуют в нарушение принятой в стране политики, самовольно отказывая людям, употребляющим наркотики, в противовирусном лечении препаратами прямого действия (57, 58). Это происходит, несмотря на существующие доказательства того, что у людей, употребляющих инъекционные наркотики, включая активных потребителей, лечение дает такие же хорошие результаты, как и у других пациентов (59).

Максимизация воздействия

Недавно опубликованное руководство по внедрению комплексных программ по ВИЧ-инфекции и гепатиту С для людей, употребляющих инъекционные наркотики, содержит ряд практических подходов на основе расширения прав и возможностей сообщества (60). Там, где это возможно, различные службы охраны здоровья людей, употребляющих наркотики, должны быть объединены. В странах с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом в рамках программ снижения вреда следует предусмотреть 12-недельный курс профилактики туберкулеза для людей, употребляющих наркотики, при отрицательном результате скрининга на туберкулез. ВОЗ рекомендует странам с низким уровнем заболеваемости туберкулезом рассмотреть возможность систематического тестирования (и лечения) скрытой туберкулезной инфекции у всех людей, употребляющих наркотики (61).

«КАК И ФЕМИНИЗМ, СНИЖЕНИЕ ВРЕДА – ЭТО ФИЛОСОФИЯ, ПОБУЖДАЮЩАЯ НАС НЕ ДЕЛАТЬ ЛОЖНЫЕ РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ "ХОРОШИМИ" И "ПЛОХИМИ" ЖЕНЩИНАМИ».

Фея Фишлер, Ассоциация по правам женщин и развитию (AWID) (80)

Профилактика передозировки опиоидами с помощью налоксона

Научное обоснование

Налоксон – эффективное средство от передозировки опиоидными препаратами. Если обеспечить доступность налоксона, выдавая его «на руки», это позволит спасти много жизней (62). Исследования эффективности программ на базе сообщества по профилактике передозировки опиоидами показывают выживаемость 83%–100% после введения налоксона (6). Согласно рекомендациям ВОЗ, налоксон должен быть доступен всем, кто может стать свидетелем передозировки – в том числе людям, употребляющим наркотики, членам их семей, друзьям и знакомым (63). Существует несколько способов введения налоксона, в том числе путем внутримышечной инъекции или используя назальный спрей.

Охват

Доступность налоксона для раздачи «на руки» очень низкая. Лишь 19 из 108 стран, передававших такие данные в ЮНЭЙДС в 2017 году, сообщили о наличии у них налоксона для распространения на базе сообщества. При этом только в 53% из этих стран такие сообщения также подтвердили организации гражданского общества. Согласно последнему обзору Международной организации снижения вреда, распространение налоксона на базе сообщества по принципу «равный-равному» имело место в 12 странах (подробнее см. в Приложении 4). Однако не во всех этих странах

инъекционный налоксон раздают вместе с простыми в использовании наборами для инъекций и только в пяти странах налоксон выдают людям, находящимся в местах лишения свободы, перед освобождением, хотя именно они имеют особенно высокий риск передозировки (6).

Стоимость препарата также представляет проблему. В США цена налоксона выросла с 2015 года более чем на 600% (64). В Таиланде проекту, обеспечивающему доступность налоксона в 19 провинциях страны, грозит закрытие из-за сокращения внутригосударственного финансирования (6).

В последнее время в нескольких городах и странах в ответ на рост смертности от передозировки увеличили масштабы распространения налоксона, наряду с другими мерами снижения вреда (65–67). Например, город Дейтон, штат Огайо, когда-то считался в США эпицентром смертности от опиоидов. Внедрение в Дейтоне и прилегающем округе нового гуманного подхода к наркополитике, включая создание служб снижения вреда с раздачей игл, шприцев и налоксона, всего за один год привело к снижению смертности от передозировки на 65%: с 378 случаев в первом полугодии 2017 г. до 132 – в первом полугодии 2018 г. (68).

Максимизация воздействия

Обеспечение доступности налоксона посредством программ «равный-равному» и безрецептурного распространения в аптеках повышает его востребованность и использование (6). Однако

нередко, в силу законодательных и нормативных ограничений, отсутствует возможность раздачи налоксона людям, которые не являются медицинскими работниками. Для повышения эффективности распространения на базе сообщества интраназальных спреев и наборов со шприцами-автоинъекторами для внутримышечного введения налоксона необходимо: (а) организовать информирование и обучение; (б) снизить барьеры, препятствующие доступности; (с) устранить страх негативных правовых последствий в случае применения налоксона (69). Эстония и Шотландия – примеры стран, распространяющих простые в использовании наборы для инъекционного употребления налоксона (66, 70).

Комнаты употребления наркотиков под наблюдением

Научное обоснование

Хотя научных исследований на эту тему пока недостаточно, уже есть данные о том, что комнаты употребления наркотиков под наблюдением квалифицированного персонала снижают риск инфекций и других негативных последствий, и люди, употребляющие наркотики в таких условиях, используют более безопасные методы даже в случае употребления вне этих помещений (71). По данным Международного комитета по контролю над наркотиками (МККН), согласно недавним исследованиям, комнаты безопасных инъекций эффективно привлекают представителей труднодоступных групп населения, помогают сделать инъекции менее опасными и снижают риск



Сотрудник организации забирает пятидневный запас метадона для клиентов, которые смогут получить свою суточную дозу в Rumah Singgah PEKA – общественной программе снижения вреда в Индонезии. Программа PEKA, цель которой – помочь людям, употребляющим наркотики, снова взять свою жизнь под контроль, имеет более гибкий график работы, чем государственные медицинские учреждения. Фото: ЮНЭЙДС / УНП ООН / Эдвард Рэй (Edward Wray).

передозировки, в связи с чем МККН призывает к проведению дальнейших исследований (72).

Охват

Комнаты употребления наркотиков под наблюдением действуют не менее чем в 11 странах мира, в числе которых Австралия, Бельгия, Канада, Дания, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Испания и Швейцария. Еще в трех странах – Ирландии, Мексике и Португалии – такие комнаты будут открыты в 2019 году (6).

Потребности отдельных групп

Растет потребность в услугах снижения вреда, адаптированных к специфическим потребностям различных групп людей, употребляющих наркотики: женщин, молодежи, лиц различной сексуальной ориентации и гендерной идентичности, работников секс-бизнеса, людей, употребляющих новые психоактивные вещества, и людей, нуждающихся в психиатрической помощи.

Женщины

Женщины, употребляющие наркотики, испытывают специфические трудности при получении доступа к услугам снижения вреда (73). Из-за более высокого уровня стигмы и дискриминации и устоявшихся гендерных стереотипов женщина не всегда может в полной мере контролировать выполнение инъекции и нередко бывает «второй в очереди» при совместном использовании инъекционного оборудования (74). Однако лишь немногие из программ снижения вреда ориентируют свои услуги на удовлетворение потребностей женщин, в результате чего, из-за сексуальной и гендерной дискриминации программы могут оказаться для них непривлекательными (75, 76). Многие программы не предусматривают целого ряда необходимых женщинам компонентов – например, таких как присмотр за детьми, услуги сексуального и репродуктивного здоровья, помощь при гендерном насилии, удобные часы работы и специально обученные сотрудники,

умеющие реагировать на гендерно обусловленные потребности клиентов (76, 77).

УНП ООН рекомендует внедрять гендерно ориентированные программы, при планировании и реализации которых учитывались бы потребности женщин в плане местоположения программы, подбора персонала, подходов работы и предоставляемых услуг (78). Удовлетворение потребностей клиентов–женщин в услугах сексуального и репродуктивного здоровья – важнейший аспект комплексной интегрированной помощи. В 2018 году ВОЗ и ЮНФПА вновь обратились к странам с призывом сосредоточить усилия на объединении программ по сексуальному и репродуктивному здоровью и правам человека с программами и службами профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для обеспечения всеобщего охвата населения услугами здравоохранения (79).



Тюрьма «Чипинанг» (Восточная Джакарте, Индонезия), в которой содержатся люди, осужденные за преступления, связанные с наркотиками – одна из 11 пилотных тюрем, реализующих комплексную программу по ВИЧ-инфекции, в рамках которой предоставляются антиретровирусная и метадонная терапии. Фото: ЮНЭЙДС.

«ДОБИВАТЬСЯ ВНЕДРЕНИЯ УСЛУГ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА В ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКЕ И СТРАНАХ КАРИБСКОГО БАССЕЙНА ОЧЕНЬ ТРУДНО, НЕСМОТРИ НА МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ДАННЫЕ О ВЫСОКОЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУППАХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СТИМУЛЯТОРОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ СРЕДИ ТЕХ, КТО УПОТРЕБЛЯЕТ СТИМУЛЯТОРЫ И ОКАЗЫВАЕТ СЕКС-УСЛУГИ, УПОТРЕБЛЯЕТ СТИМУЛЯТОРЫ И ОДНОВРЕМЕННО ПРАКТИКУЕТ НЕЗАЩИЩЕННЫЙ АНАЛЬНЫЙ ИЛИ ВАГИНАЛЬНЫЙ СЕКС».

Маркус Дей, Директор Карибского научно-исследовательского института по проблемам наркотиков и алкоголя (88)

Молодежь

При работе с молодыми людьми, употребляющими наркотики, нужно задействовать в качестве посредников тех, кому молодежь доверяет. Молодые люди, употребляющие инъекционные наркотики, особенно подвержены риску заражения ВИЧ-инфекцией и другими передающимися через кровь заболеваниями и уязвимы для насилия и нарушений прав человека. Опубликованы рекомендации по работе с этой ключевой группой (81).

Один из новых подходов – работа с молодежью во время музыкальных фестивалей. В 2018 году Министерство здравоохранения Нового Южного Уэльса в Австралии опубликовало руководство по снижению вреда на фестивалях. К рекомендованным мероприятиям относятся: тестирование на ИППП, обеспечение водой и навесами от солнца (для предупреждения обезвоживания и перегрева), а также участие программ снижения вреда, организованных по принципу «равный-равному»,

ПРИМЕР: РАБОТА С ЖЕНЩИНАМИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИМИ НАРКОТИКИ, В ИСЛАМСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ИРАН

В Иране инъекционные наркотики употребляют 200 000 человек, из которых 9,3% живут с ВИЧ. Женщины, употребляющие наркотики, страдают от маргинализации и стигмы, от них часто отказываются семьи, многие из них живут в условиях крайней нищеты, без социальной поддержки.

Иран – одна из двух стран в регионе Ближнего Востока и Северной Африки, принявших национальную стратегию, поддерживающую снижение вреда, а также деятельность программ игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии (6). В 2016 году 207 дроп-ин центров, 331 аутрич-команда и 68 убежищ оказали услуги снижения вреда более чем 125 000 иранцам, употребляющим наркотики (95).

В Иране организовано несколько центров снижения вреда, ориентированных только для женщин. Благотворительная организация «Rebirth» (Возрождение) начала работать с женщинами, употребляющими наркотики, еще в 2002 году. У организации есть специальный жилой корпус для беременных женщин. Недавно он был расширен и теперь принимает также женщин с детьми в возрасте до шести лет. Женщины получают услуги репродуктивного здоровья и тестирования на ВИЧ-инфекцию с направлением на терапию, а также услуги лечения наркозависимости (включая опиоидную заместительную терапию), консультирования по вопросам поддержанию здоровья и правильного питания, обучения родительским навыкам и многим другим. На базе центра имеется детский сад.

Организация получает государственное финансирование; частные благотворители бесплатно передают ей продукты питания и одежду (95).

на раннем этапе, когда происходит планирование мероприятий (82).

Потребители новых психоактивных веществ

Сейчас на глобальных рынках наркотиков распространяются сотни форм новых психоактивных веществ (83, 84). Антинаркотические операции по искоренению традиционных психоактивных препаратов породили растущий спрос на синтетические вещества, не контролируемые существующими международными конвенциями (77). Помимо прочего вреда, люди, употребляющие эти вещества инъекционно, подвержены риску инфицирования заболеваниями, передающимися через кровь (85). В ответ на эти новые риски в

европейских программах снижения вреда появился компонент проверки наркотиков, распространяемых в клубах и на фестивалях, также известный как «тестирование таблеток» (pill testing) или «тестирование с помощью реагентов» (reagent testing) (86).

Лесбиянки, геи, бисексуалы, транссексуалы, интерсексуалы и работники секс-бизнеса

Нередко политика и программы снижения вреда игнорируют специфические потребности лесбиянок, геев, бисексуалов, трансгендеров и интерсексуалов (ЛГБТИ) и работников секс-бизнеса, употребляющих наркотики. Чтобы адаптировать научно обоснованные

вмешательства к конкретным потребностям ЛГБТИ, программы снижения вреда должны учитывать индивидуальные, социальные и общественные последствия употребления наркотиков, а также специфические факторы риска и уязвимости этих групп (89).

Как отмечают Международная сеть людей, употребляющих наркотики (INPUD), и Глобальная сеть проектов по секс-работе (NSWP), услуги снижения вреда особенно эффективны, когда деятельность по обучению, поддержке, распространению информации и материалов организована по принципу «равный-равному» (90). В Австралии подход на базе сообщества к снижению вреда от химсекса позволил расширить охват услугами (91). Уместным в работе с людьми, употребляющими наркотики и практикующими химсекс, может быть предоставление ДКП по запросу, в рамках комплексной программы профилактики и снижения вреда, при активном участии сообщества (92).

Психиатрическая помощь

Существует связь между многоуровневой стигмой и дискриминацией, которую испытывают люди, употребляющие наркотики, и такими явлениями, как тревожность, депрессия, пониженная самооценка и низкая приверженность антиретровирусной терапии. Программы психиатрической помощи (например, консультирование) и психосоциальной поддержки (например, группы взаимопомощи) помогают снизить уровень самостигматизации в связи с ВИЧ-статусом, употреблением психоактивных веществ и (или) психическим расстройством, а также способствуют приверженности лечению (93). В более общем плане странам следует принять меры для устранения социальной стигмы и дискриминации в контексте употребления наркотиков.

«ФИНАНСИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СНИЖЕНИЮ ВРЕДА ПЕРЕЖИВАЕТ ГЛОБАЛЬНЫЙ КРИЗИС, И ОСОБЕННО ЭТО КАСАЕТСЯ УСЛУГ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ НЕИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЕМ. ЕСЛИ БЫ ООН РАЗРАБОТАЛА ХОРОШО ОБОСНОВАННОЕ ТЕХНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО СНИЖЕНИЮ ВРЕДА ДЛЯ НЕИНЪЕКЦИОННЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ, ЭТО УСИЛИЛО БЫ ПРИЗЫВ К ГОСУДАРСТВАМ И ДОНОРАМ ВКЛАДЫВАТЬ СРЕДСТВА В КОМПЛЕКСНЫЕ МЕДИКОСОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ»

Ольга Шуберт, Международная организация снижения вреда (94)

Недостаточное финансирование

В целом уровень инвестиций в развитие услуг снижения вреда остается низким. В 2018 году Международная организация снижения вреда объявила о «кризисе» финансирования программ снижения вреда в странах с низким и средним уровнями дохода: в наличии были лишь 13% средств, необходимых ежегодно для эффективного противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (6). Сравнение потребностей в ресурсах на реализацию предложенной ЮНЭЙДС стратегии ускорения и данных о фактических расходах 17 стран с низким и средним уровнями дохода в 2017 и 2018 годах показало, что расходы на программы по ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих инъекционные наркотики, являются недостаточными во всех странах, кроме трех: Кении, Нигерии и ЮАР (96, 97). Во многих случаях фактические расходы составляли менее половины всех ресурсов, необходимых на год (Рис. 13).

Особенный дефицит – в национальном финансировании. В 31 стране, которые с 2014 года представляют в ЮНЭЙДС данные о своих расходах, международные доноры оплачивали 71% расходов⁵. Собранные ЮНЭЙДС данные о донорском финансировании показывают, что в странах с низким и средним уровнями дохода на программы по ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих инъекционные наркотики, было потрачено 31,3 млн долл. США (с января по декабрь 2016 года) и 12,5 млн долл. США (с октября 2016 года по сентябрь 2017 года) из средств Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и Чрезвычайного плана президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР) соответственно. По данным Международной организации снижения вреда, финансирование программ снижения вреда в странах с низким и средним уровнями дохода из средств Глобального фонда в 2016 году было на 18% ниже, чем в 2011 году (6).

Эти цифры включают только расходы на оказание услуг и не включают расходы на вспомогательные социальные программы, такие как адвокация и работа по

реформированию законодательства, обучению и повышению осведомленности сотрудников правоохранительных органов, программы по снижению стигмы и дискриминации, профилактике насилия, поддержке сообществ и информированию об их правах, программы противодействия устоявшимся гендерным стереотипам и развитию сетей сообществ и подходов «равный-равному». Финансирование вспомогательных социальных программ жизненно необходимо для реализации прав людей, употребляющих наркотики.

В рамках Политической декларации по ВИЧ и СПИДу 2016 года страны приняли обязательство выделять на вспомогательные социальные программы не менее 6% всех глобальных ресурсов, предназначенных для борьбы с ВИЧ-инфекцией. Но по-прежнему существующие политические и административные барьеры препятствуют финансированию вспомогательных социальных программ и ограничивают доступность финансовой поддержки для организаций гражданского общества.

5. Афганистан, Алжир, Армения, Азербайджан, Бангладеш, Беларусь, Бенин, Доминиканская Республика, Казахстан, Кения, Кыргызстан, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Латвия, Мадагаскар, Малави, Малайзия, Мексика, Мозамбик, Мьянма, Намибия, Непал, Нигерия, Республика Молдова, Румыния, Российская Федерация, Самоа, Сенегал, Сейшельские Острова, Южная Африка, Таджикистан и Украина.

Рис. 13. Расходы на программы по ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих инъекционные наркотики, в 17 странах, 2016–2017, и потребности в ресурсах на отчетный год и 2020 год.

■ Расходы ■ Потребности в ресурсах



Источники: UNAIDS HIV Financial dashboard; UNAIDS Global AIDS Response Progress Reporting and Global AIDS Monitoring reports 2015–2018; Stover J, Bollinger L, Ijazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD et al. What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the Fast-Track Approach. PLoS ONE. 2016;11(5):e0154893.

«БЕЛАРУСЬ РАСШИРЯЕТ ФИНАНСИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ. БЕЛАРУСЬ – ОДНА ИЗ СТРАН-ЛИДЕРОВ РЕГИОНА В ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕХАНИЗМОВ СОЦИАЛЬНОГО ЗАКАЗА ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА СИЛАМИ НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ».

Дмитрий Пиневиц, Первый заместитель Министра здравоохранения Республики Беларусь (98)

Всеобщий охват услугами здравоохранения и проблема дискриминации

В рамках Целей в области устойчивого развития все страны взяли на себя обязательство обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения в качестве ключевого фактора развития (99). Но одно лишь увеличение охвата медицинским страхованием не решает проблему доступности услуг здравоохранения для людей, употребляющих инъекционные наркотики. Иногда услуги по снижению вреда и лечению наркотической зависимости исключаются из программ медицинского страхования; кроме того, по данным многих количественных и качественных исследований, люди, употребляющие наркотики, подвергаются стигматизации и дискриминации в учреждениях системы здравоохранения, что препятствует их обращению за медицинскими услугами (59, 100–103).

В рамках глобальной кампании за доступность первичной медико-санитарной помощи и всеобщего медицинского страхования следует уделять особое внимание людям, употребляющим наркотики,

поскольку из-за крайней степени маргинализации их опыт может служить своего рода индикатором вероятности успеха более широких усилий. Чтобы найти практические решения существующих проблем в ходе внедрения программы универсального доступа, государства должны обеспечить реальное участие в управлении здравоохранением общественных организаций, которые выражают интересы людей, употребляющих инъекционные наркотики, в том числе – в принятии решений о распределении ресурсов, а также на всех этапах разработки, реализации и оценки политики в области здравоохранения. Государствам следует принять меры для устранения продолжающихся нарушений прав человека, которые препятствуют обращению людей, употребляющих наркотики, за медицинской помощью. Для этого нужно поддерживать деятельность сообщества по адвокации и оказанию услуг и развивать механизмы социального заказа. Эти вопросы подробно обсуждаются в следующих двух разделах.



Сино, аутрич-работник из пункта доверия в Хороге (Таджикистан), раздает на базаре стерильное инъекционное оборудование и информационные листовки.
Фото: Глобальный фонд / Джон Рей.

**ПРЕОДОЛЕНИЕ
БАРЬЕРОВ В ПРАВАХ
ЧЕЛОВЕКА НА
ЗДОРОВЬЕ, ЛИЧНОЕ
ДОСТОИНСТВО И
БЛАГОПОЛУЧИЕ**

3

ПРЕОДОЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ В ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА НА ЗДОРОВЬЕ, ЛИЧНОЕ ДОСТОИНСТВО И БЛАГОПОЛУЧИЕ

Заявленная цель международной наркополитики заключается в защите здоровья, благополучия и безопасности людей и общества. Вместе с тем доминирующим подходом к решению проблемы наркотиков по-прежнему остаются криминализация и лишение свободы. Ситуация сохраняется, несмотря на существующую договоренность стран, в том числе в рамках Комиссии по наркотическим средствам и на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН 2016 года, о том, что наркополитика должна опираться на права человека, а в решении проблемы наркотиков необходимо использовать сбалансированный подход, основанный на научных данных и уважении к правам человека (1–3).

Криминализация

Криминализация действий, связанных с личным употреблением наркотиков, усиливает стигму и дискриминацию, уменьшает количество и доступность услуг по ВИЧ-инфекции и снижению вреда и удерживает людей, употребляющих наркотики, от обращения в имеющиеся службы (4, 5).

Существует связь между криминализацией и полицейским произволом, который может проявляться как принуждение к даче показаний, пытки, вымогательство взяток и пр. (6, 7). Криминализация приводит к катастрофическим последствиям для семей тех, кто находится в заключении – например, дети лишаются попечения родителей (5, 7, 8).

Декриминализация предусматривает отмену уголовного наказания за употребление, хранение, а иногда и выращивание наркотиков в небольшом объеме, для личного использования. В некоторых моделях декриминализации за такие действия по-прежнему назначается наказание, но в виде штрафа или других административных санкций. В других моделях государство отменяет все штрафы за употребление и хранение наркотических средств в определенных количествах. Легализация предполагает легальное выращивание и продажу контролируемых веществ в определенных пределах. Например, в Португалии декриминализация деятельности, связанной с употреблением наркотиков, наряду с расширением деятельности программ снижения вреда и вспомогательных служб, привела к резкому снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией в связи с употреблением инъекционных наркотиков и к сокращению числа людей, находящихся в местах лишения свободы (9).

Все большее число организаций общественного здравоохранения и профессиональных объединений призывают к декриминализации (11). Договорные органы ООН по правам человека, специальные процедуры Совета ООН по правам человека, учреждения ООН, региональные органы по правам человека и Глобальная комиссия по ВИЧ и законодательству установили, что криминализация употребления

**«МЫ – СООБЩЕСТВО ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ
НАРКОТИКИ, СЧИТАЕМ, ЧТО ЕДИНСТВЕННЫЙ ПУТЬ
К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ПРАВ И ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО
ДОСТОИНСТВА – ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИЯ
УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ И ОТКАЗ ОТ
УГОЛОВНОГО ПРЕСЛЕДОВАНИЯ ЛЮДЕЙ,
УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ»**

Джуди Чанг, Международная сеть людей, употребляющих наркотики (INPUD) (26)



Деятельность Мьянманской антинаркотической ассоциации (MANA) направлена на снижение уровня распространенности ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, путем повышения осведомленности о поведенческих рисках и раздачи стерильного инъекционного инструментария. MANA также предоставляет базовую медицинскую помощь, проводит тестирование и консультирование и оказывает поддержку людям, употребляющим инъекционные наркотики, при переходе на опиоидную заместительную терапию. Фото: Глобальный фонд / Джон Рей (John Rae).

«ХОТЯ В ЦЕЛОМ ПОЛИЦИЯ БЫВАЕТ ГЛАВНЫМ БАРЬЕРОМ НА ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛИТИКИ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА, НО, ЕСЛИ ПОЛИЦИЯ РАБОТАЕТ В ТЕСНОМ КОНТАКТЕ С ГРАЖДАНСКИМ ОБЩЕСТВОМ, ЭТО ОЧЕНЬ ПОМОГАЕТ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, И РАБОТЕ СЛУЖБ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА».

Крисанпонг Путхакул, подполковник полиции, Королевская полицейская академия, Таиланд (36)

наркотиков и их хранения для личного использования равносильны нарушению прав человека, и призвали к декриминализации (12–17).

Чтобы успешно осуществить на практике декриминализацию действий, связанных с личным употреблением наркотиков, должны существовать альтернативы тюремному заключению, которые могут быть определены как приемлемые, соразмерные и добровольные. Содержание в закрытых учреждениях и принудительное лечение нельзя считать приемлемыми альтернативами. Высокие штрафы могут стать тяжелым финансовым бременем для людей, употребляющих наркотики, и их семей, что также иногда приводит к тюремным срокам (18, 19).

В 2018 году Международный консорциум по наркополитике сообщил, что в 26 странах были декриминализованы действия, связанные с личным употреблением наркотиков, и применялся альтернативный подход (20). Несколько стран, в том числе Канада и Уругвай, полностью узаконили хранение каннабиса для личного употребления (21).

Несмотря на все более широкий глобальный консенсус в отношении декриминализации деятельности, связанной с личным употреблением наркотиков, большинство стран продолжают преследовать людей в уголовном порядке либо применять иные принудительные и кара-

тельные меры. В некоторых странах в последние годы были увеличены штрафы и усилены полицейские меры. Например, в январе 2017 года Литва ввела уголовную ответственность за хранение любого количества наркотиков, что привело к сотням арестов за хранение небольших объемов (18). На Филиппинах результатом национальной кампании по борьбе с наркоторговлей стали тысячи внесудебных казней (22, 23). По данным Amnesty International, одним из результатов этой кампании стало то, что теперь на Филиппинах люди, употребляющие инъекционные наркотики, боятся проходить тестирование и обращаться за лечением ВИЧ-инфекции (24). В 2018 году 38 членов Совета ООН по правам человека опубликовали заявление, призывающее Филиппины положить конец внесудебным убийствам и разрешить проведение независимого расследования (25).

Несоразмерные приговоры, включая смертную казнь

Комитет ООН по правам человека призвал страны, в которых существует смертная казнь, ограничить ее применение случаями наиболее тяжких преступлений и применять ее лишь в исключительных обстоятельствах. Иначе она является нарушением права человека на жизнь, гарантируемого Международным пактом о гражданских и политических правах. По мнению Комитета, преступления, связанные с наркотиками, не относятся к числу таких исключительных обстоятельств (27).

Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) также призвал государства отменить смертную казнь за преступления, связанные с наркотиками (28).

По состоянию на 2018 год смертную казнь за преступления, связанные с наркотиками, сохранили 35 стран и территорий. С 2015 года наблюдается постоянное снижение числа известных приведенных в исполнение смертных приговоров в отношении лиц, осужденных за наркопреступления (29). Международной организацией снижения вреда зарегистрировано менее 100 таких казней в 2018 году, что является самым низким показателем с момента начала сбора данных в 2008 году (29)⁶. В 2018 году во всем мире более 7000 человек ожидали исполнения смертных приговоров за преступления, связанные с наркотиками (29).

Некоторые страны начали смягчать приговоры по делам, связанным с наркотиками. Например, Малайзия заявила о намерении отменить смертную казнь за наркопреступления (30). До 2017 года в Исламской Республике Иран уровень казней за преступления, связанные с наркотиками, был одним из самых высоких в мире, но в 2017 году в стране был пересмотрен правовой порог смертных приговоров по таким делам, что привело к резкому сокращению числа казней (с 221 в 2017 году до 23 в 2018 году) (29).

6. Известно, что в 2018 году казни за наркопреступления имели место в четырех странах: Китае, Исламской Республике Иран, Саудовской Аравии и Сингапуре.

«КАКИМИ БЫ НИ БЫЛИ ИХ СОБСТВЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ, ПОЛИЦЕЙСКИЕ НЕ ДОЛЖНЫ СТАВИТЬ СОБСТВЕННЫЕ НРАВСТВЕННЫЕ СУЖДЕНИЯ ВЫШЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ. ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИКИ, – ЭТО ЛЮДИ, У КОТОРЫХ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ, И ПРАВИЛЬНЫЙ ПОДХОД ДЛЯ ПОЛИЦИИ – СНИЖЕНИЕ ВРЕДА».

Джонс Блантари, помощник комиссара полиции, Гана (37)

Правоохранительная деятельность и доступ к снижению вреда

Правозащитные механизмы ООН, включая Совет по правам человека, считают доступ к услугам снижения вреда одним из прав человека (31)⁷. Однако, несмотря на неопровержимые доказательства эффективности снижения вреда, законы и практика ряда стран ограничивают эту деятельность (32). И даже там, где ограничения не установлены законом, доступности услуг порой препятствуют действия правоохранительных органов.

Конфискация инъекционного инструментария (даже когда иметь при себе иглы и шприцы не запрещено законом) приводит к тому, что люди перестают их носить с собой и использовать. Люди, которые подверглись произвольной проверке на наркотики, с большей вероятностью будут избегать обращения за медицинской помощью, и задержания людей, употребляющих инъекционные наркотики, на выходе из пунктов снижения вреда имеет предсказуемый эффект: этими услугами не будут пользоваться (6). Требование о постановке на учет в полиции или медицинском учреждении как условия для получения услуг снижения вреда тоже препятствует обращению в эти службы. В странах, где практикуется постановка на учет, нередки случаи нарушения конфиденциальности пациентов, когда полиция получает идентифицирующую информацию и пользуется ею для выявления и задержания конкретных лиц (33). Еще

одна контрпродуктивная практика – аресты людей, употребляющих инъекционные наркотики, при их обращении в экстренные службы за помощью в случае передозировки (34).

В некоторых странах сотрудники правоохранительных органов активно призывают к переменам в сфере наркополитики. Например, Центр охраны правопорядка и общественного здоровья (Center for Law Enforcement and Public Health) и Партнерство по обеспечению правопорядка (Law Enforcement Action Partnership) подготовили заявление полицейских в поддержку реформы наркополитики с призывом к декриминализации и снижению вреда (35).

Принудительное лечение

Двенадцать учреждений ООН, МККН и многочисленные правозащитные механизмы и органы ООН призывают закрыть центры принудительного содержания и лечения людей, употребляющих наркотики (38–40)⁸. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ) обязуется не финансировать программы и учреждения принудительного лечения, а Рабочая группа ООН по произвольным задержаниям и Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин (КЛЖД) выражают обеспокоенность по поводу продолжающейся в некоторых странах практики содержания под стражей беременных женщин, употребляющих наркотики, с целью

принудительного лечения либо в качестве наказания (40–42).

Тем не менее, 11 стран Юго-Восточной Азии и ряд стран Латинской Америки и Карибского бассейна продолжают помещать людей, употребляющих наркотики, в центры принудительного содержания (18). Есть сведения о том, что в таких центрах применяются пытки, принудительный труд и другие виды жестокого обращения (43). По оценкам, в Юго-Восточной Азии только в 2017 году 450 000 человек находились в 948 наркологических центрах принудительного содержания (44). По данным Международной организации снижения вреда, в некоторых странах такая практика все больше распространяется (18). В других странах практически отсутствует государственный надзор за деятельностью подобных частных центров, точно так же нарушающих права человека (20).

Стигма, дискриминация и неприкосновенность частной жизни

Стигма и дискриминация в медицинских учреждениях снижают доступность услуг для людей, употребляющих наркотики (45, 46). Стигму усугубляют уголовные законы, правоохранительная практика и другие структурные барьеры, способствующие сохранению и продолжению практики насилия и эксплуатации и поддержанию атмосферы страха. Это сводит на нет усилия по раздаче презервативов, предоставлению услуг снижения вреда и профилактики распространения ВИЧ-инфекции (4, 6).

7. См., к примеру: Комитет по экономическим, социальным и культурным правам. Заключительные замечания по сводному пятому и шестому периодическим докладам Филиппин. UN Doc. E/C.12/PHL/CO/5-6. 26 октября 2016 г.; Комитет по экономическим, социальным и культурным правам (КЭСКОП). Заключительные замечания по объединенным второму-четвертому периодическим докладам Бывшей Югославской Республики Македония, UN Doc. E/C.12/MKD/CO/2-4 (2016); Комитет по ликвидации дискриминации женщин (КЛЖД). Заключительные замечания по сводному четвертому и пятому периодическому докладу Грузии, UN Doc. CEDAW/C/GEO/CO/4-5; и Комитет по правам ребенка (КПР). Комментарий общего порядка № 21 о детях, живущих или работающих на улице, UN Doc. CR/GC/21 (2017).

8. См. подборку заявлений, сделанных с 2008 по 2014 гг.: Amon J, Pearshouse R, Cohen J, Schleifer R. Наркологические центры принудительного содержания в Восточной и Юго-Восточной Азии: как меняется реакция государств, ООН и доноров. (Compulsory drug detention in East and Southeast Asia: evolving government, UN and donor responses). Int J Drug Policy. 2014;25:13–20.

ПРИМЕР: ПРИЗЫВ К ПЕРЕМЕНАМ В ЗАПАДНОЙ АФРИКЕ

Некоторые группы людей, употребляющих наркотики, подвержены множественным и пересекающимся формам стигмы, что приводит к еще большей их уязвимости для дискриминации, насилия и эксплуатации. Например, работники секс-бизнеса, употребляющие наркотики, могут подвергаться стигматизации со стороны других работников секс-бизнеса за употребление наркотиков, а со стороны других потребителей – за то, что работают в секс-бизнесе. У них также более высокий риск ареста и жестокого обращения со стороны полиции (47).

В 2016 году государства-члены ООН обязались положить конец стигме и дискриминации в связи с ВИЧ, включая стигму и дискриминацию в отношении людей, употребляющих наркотики, и других ключевых групп (48).

Генеральная Ассамблея ООН на Специальной сессии 2016 года по мировой проблеме наркотиков призвала государства принять меры «в целях предупреждения социальной маргинализации и поощрения социальных установок, свободных от стигматизации, а также побуждения лиц, употребляющих наркотики, к обращению за медицинской помощью и уходом и принятия мер для облегчения доступа к лечению и наращивания потенциала» (3). В 2017 году 12 учреждений ООН опубликовали Совместное заявление ООН о ликвидации дискриминации при оказании услуг здравоохранения, в котором дискриминация признается «серьезным препятствием на пути к достижению целей устойчивого развития» (15). В марте 2018 года МККН приняла резолюцию, призывающую страны разработать политику по улучшению доступности, наличия и оказания медицинских и социальных услуг для людей, употребляющих наркотики.

Проблема незаконного оборота наркотиков уже давно существует в странах Западной Африки, причем в последнее время там наблюдается рост потребления наркотиков. Страны региона не успевают реагировать на эту тенденцию. Из всей Западной Африки только в Сенегале организована деятельность программ игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии (18).

В 2018 году Комиссия по борьбе с наркотиками в Западной Африке приняла меры по решению проблемы, разработав Типовой закон о наркотических средствах для стран Западной Африки. В основу этого закона положены международные обязательства, принятые на Специальной сессии ГА ООН 2016 года по мировой проблеме наркотиков, и План действий Экономического сообщества Западноафриканских государств (ЭКОВАС) по борьбе с незаконным оборотом наркотиков, организованной преступностью и злоупотреблением наркотиками в Западной Африке (2016–2020 гг.). Типовой закон подразумевает отказ от уголовного преследования за употребление наркотиков и их хранение для личного употребления и призван обеспечить надежную защиту от произвола со стороны правоохранительных органов. Типовой закон также рекомендует предоставлять услуги по снижению вреда, включая научно обоснованное лечение наркозависимости, и призывает страны обеспечить, чтобы наличие у человека шприцев не могло рассматриваться как доказательство преступления (56).

По словам Олусегуна Обасанджо, экс-президента Нигерии и председателя Комиссии по борьбе с наркотиками Западной Африки, действующие законы предусматривают уголовное преследование за наркотики, однако лишение свободы все большего числа людей за инъекционное употребление наркотиков не решает проблему: «Напротив, это усугубляет проблемы здравоохранения и возлагает огромное бремя на уже перегруженную систему уголовного правосудия» (57).

Западноафриканская комиссия по борьбе с наркотиками – независимая группа высокого уровня по наркополитике. Разработка Типового закона о наркотических средствах была поддержана Фондом Кофи Аннана, Глобальной комиссией по вопросам наркополитики и Инициативой открытого общества для Западной Африки. За региональную реформу наркополитики выступает и Западноафриканская сеть по наркополитике, объединяющая более 600 организаций гражданского общества в 16 странах.

«Типовой закон о наркотических средствах актуален для всего мира. Хороший закон о наркотиках в Западной Африке по сути не должен отличаться от такого закона в Азии или в Восточной Европе», – считает Джейми Бридж из Международного консорциума по наркополитике. «Закон спроектирован и разработан для этого региона; он основан на оценке антинаркотических законов региона; его разработку возглавили региональные эксперты и лидеры общественного мнения. Но этот ресурс теперь существует не только для Западной Африки» (58).



Волонтер из тюрьмы № 18 в Бранешты, Республика Молдова, помогает в работе программы игл и шприцев, обменивая нестерильный инъекционный инструментариум на стерильный. Помимо стерильного инъекционного инструментария, людям в местах лишения свободы доступны дезинфицирующие средства, презервативы и информационные материалы о ВИЧ-инфекции, гепатите, туберкулезе и других инфекционных заболеваниях. Фото: ЮНЭЙДС.

В резолюции также говорится, что правительствам следует принимать меры по снижению уровня внутриведомственной стигматизации, дискриминации, социального отторжения и предрассудков, с которыми могут столкнуться эти люди (2).

В ноябре 2018 года Программа развития ООН (ПРООН), Структура ООН по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин (ООН-женщины), ЮНЭЙДС и Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ, создали Глобальное партнерство по искоренению всех форм стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, в том числе в отношении людей, употребляющих наркотики. Цель партнерства – поддержать обязательства и действия по устранению барьеров, создаваемых стигмой и дискриминацией и препятствующих охране здоровья и оказанию других услуг (49).

Ранее ЮНЭЙДС были определены семь ключевых мер по преодолению стигмы и дискриминации и расширению доступа к защите прав,

которые могут быть адаптированы к потребностям людей, употребляющих наркотики:

1. снижение уровня стигмы и дискриминации;
2. доступные и адекватные юридические услуги;
3. мониторинг и реформирование законов, нормативных положений и правил, которые касаются людей, употребляющих наркотики;
4. правовая грамотность («Знай свои права»);
5. повышение осведомленности законодателей и сотрудников правоохранительных органов;
6. обучение медицинских работников по вопросам прав человека и медицинской этики в отношении людей, употребляющих наркотики;
7. снижение дискриминации в отношении женщин в контексте проблемы наркотиков (50).

Поддержка и методическая помощь в реализации подхода к наркополитике на основе уважения прав человека

С 2016 года все громче звучат призывы со стороны учреждений ООН и международных и региональных правозащитных механизмов к внедрению подхода к наркополитике, основанного на уважении прав человека (14, 51). В принятой в 2018 году Общей позиции в отношении международной наркополитики ООН подтвердила свою «твердую приверженность делу оказания поддержки государствам в разработке и осуществлении сбалансированных, всеобъемлющих, интегрированных, научно подтвержденных, основанных на уважении прав человека, ориентированных на развитие и устойчивых мер в ответ на мировую проблему наркотиков в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» (52).

В связи с постепенным формированием единой позиции по этому вопросу назрела необходимость разработки соответствующих методических рекомендаций (53). Примеры

ПРИМЕР: ПРАВООХРАНИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ПОДДЕРЖКУ ПЕРЕМЕН

Проект с участием полиции LEAD (Law Enforcement Assisted Diversion) в г. Сиэтле (США) предусматривает альтернативу уголовному наказанию за хранение менее трех граммов наркотиков для личного употребления. Сотрудники полиции не заводят в отношении потребителей уголовные дела по обвинению в хранении запрещенных веществ, а вместо этого направляют к ним кейс-менеджеров. Кейс-менеджеры, многие из которых сами когда-то были бездомными или безработными, помогают клиентам LEAD получить помощь, связанную с поиском жилья, трудоустройством и лечением наркозависимости (66).

Снижение вреда – основной принцип программы LEAD. Признание критической важности социальных детерминант здоровья и предоставление людям, употребляющим инъекционные наркотики, услуг социальной защиты позволило LEAD достичь внушительных результатов. Исследования показывают, что, по сравнению с не участвующими в программе, у участников LEAD на 60% снижается вероятность ареста в течение шести месяцев после принятия в программу и на 58% и 39% соответственно – вероятность ареста и совершения тяжкого преступления в течение более длительного срока (67). Кроме того, обеспечение жильем и занятостью участников LEAD ассоциировались соответственно с 17%-м и 33%-м снижением числа арестов в течение последующего наблюдения (68).

Программа LEAD наладила сотрудничество с полицией, правозащитниками, общественными защитниками, политическими лидерами, специалистами в области психического здоровья и лечения наркозависимости и с программами предоставления жилья. По окончании пилотной фазы, в ходе которой было проведено рандомизированное контролируемое исследование, программа была распространена за пределы штата, и сейчас такие программы действуют в 32 городах и 19 штатах.

прогрессивной примерами прогрессивной практики, типовых законов и политики:

- *Сводное руководство ВОЗ по профилактике, диагностике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией для ключевых групп населения, обновленное в 2016 г. (54).*
- *Готовящиеся к публикации Международные руководящие принципы по правам человека и наркополитике, в которых говорится, что наркополитика должна быть основана на уважении прав человека на здоровье, на жизнь, на неприкосновенность частной жизни, на достаточный жизненный уровень, на справедливое судебное разбирательство, на свободу от пыток и на участие в культурной жизни (53).*

- Рекомендации Европейской комиссии об альтернативах принудительным санкциям за преступления, связанные с наркотиками (55).
- Типовой закон о наркотических средствах для стран Западной Африки, принятый Западноафриканской комиссией по борьбе с наркотиками. Он предусматривает защиту различных прав человека и служит примером декриминализации хранения, выращивания, транспортировки и приобретения наркотиков для личного пользования (см. врезку на стр. 37 (56)).

В Приложении 5 приводится подборка публикаций и резолюций ООН и региональных органов, формулирующих подход к наркополитике на основе уважения прав человека.

Социальная защита

У людей, употребляющих наркотики, может быть целый комплекс медицинских и социальных проблем. Они чаще становятся бездомными, безработными, живут в бедности, страдают от нарушений психического здоровья и множественных форм насилия (20, 59, 60). Нередко им отказывают в содействии службы соцзащиты, которые могли бы помочь в решении проблем с получением жилья, стипендий на образование и социальных выплат. Известно, что в некоторых странах начисление социальных пособий обусловлено результатами тестирования на наркотики, хотя такую практику осуждают правозащитные механизмы ООН (61, 62).

Субсидирование жилья для бездомных, доступность программ обеспечения продуктами питания, бесплатные проездные билеты – все это важные меры, способствующие более широкому участию и удержанию людей, употребляющих наркотики, в программах по ВИЧ-инфекции (68). Фонд поддержки пациентов с ВИЧ/СПИДом и их семей в Гонконге оказывает своим клиентам временную финансовую помощь для оплаты базовых жизненных нужд и расходов на специализированную медицинскую помощь, билетов на транспорт, чтобы добраться до места лечения, и других расходов (64). В Португалии команды по реинтеграции помогают людям после лечения наркозависимости найти работу и жилье (65).

РОЛЬ СООБЩЕСТВ

4

В контексте глобальных усилий по продвижению подходов к наркополитике, основанных на уважении прав человека и принципах охраны здоровья, особенно в странах с репрессивной наркополитикой и подходами, важнейшую роль в информировании, мобилизации, защите прав и предоставлении жизненно важных услуг играет гражданское общество.

Благодаря иницизированной сообществом мобилизации, во многих странах мира удалось добиться прогресса в наркополитике. В рамках проводимой с 2013 года международной кампании «Поддержка, а не наказание» тысячи людей более чем в 100 городах мира приняли участие в Глобальном дне действий за наркополитику, основанную на принципах охраны здоровья и уважения прав. Неравнодушные люди из разных стран мира стали участниками самых разных акций: от велопробега активистов и полицейских в Покхаре (в Непале) до гигантской настенной росписи в центре Мельбурна (в

Австралии) и политических диалогов на высоком уровне в Париже и Пномпене (в Камбодже) (1). Движущей силой реформ также стали матери людей, употребляющих наркотики: в 2018 в кампании «Послушайте матерей!» (Listen to Mom) матери из Канады, Мексики и США обратились с призывом прекратить криминализацию и развивать услуги снижения вреда (2).

Активисты на национальном уровне работают над усилением потенциала и выстраиванием диалога с государственными чиновниками. Так, в Украине представители гражданского общества приняли участие в национальных диалогах по наркополитике, а в Республике Молдова провели тренинги для членов Национальной комиссии по борьбе с наркотиками и организовали успешный визит молдавских официальных лиц в Португалию (3, 4). В Российской Федерации гражданское общество сыграло активную роль в формулировании рекомендаций договорных органов ООН российскому правительству, касающихся как наркополитики, так и все более жестких ограничений деятельности гражданского общества (5).

На региональном уровне именно благодаря усилиям гражданского общества произошли перемены в установках и риторике относительно наркополитики и подходов к охране здоровья людей, употребляющих наркотики. Ассоциация снижения вреда Ближнего Востока и Северной Африки ведет работу с правительственными чиновниками и религиозными лидерами, убеждая их в преимуществах данного подхода (7).

В странах Восточной Европы и Центральной Азии гражданское общество, добиваясь регистрации и доступа к новым противовирусным препаратам прямого действия, способствует прогрессу в лечении гепатита С (8). В рамках проекта,

«НЕВОЗМОЖНО ИЗОЛИРОВАТЬ НАРКОПОЛИТИКУ ОТ ГЛОБАЛЬНОГО ПОЛИТИЧЕСКОГО КОНТЕКСТА, В КОТОРОМ В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ ДОМИНИРУЕТ РИТОРИКА КОНТРОЛЯ, РЕПРЕССИЙ И СОЦИАЛЬНОГО ОТТОРЖЕНИЯ. ПОЛИТИЧЕСКИЙ ПОПУЛИЗМ ИМЕЕТ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА И НАРКОПОЛИТИКИ».

Петер Шароши, Форум гражданского общества по наркотикам (CSF) (23)



Участница собрания группы самопомощи людей, употребляющих инъекционные наркотики, организованной Ассоциацией «Le Foyer du Bonheur» в Кот-д'Ивуаре. Фото: Глобальный фонд / Жорж Мерийон (Georges Méryllon).

финансируемого Европейским Союзом в трех странах Балтии, гражданское общество и государственные учреждения совместно разрабатывали методику оценки воздействия наркополитики, и результаты этой оценки были впоследствии использованы для формирования национальной стратегии в области наркополитики (9).

В глобальном масштабе политика снижения вреда продвинулась вперед, отчасти благодаря постоянной адвокации и созданию новых, все более широких коалиций. Организации гражданского общества, возглавляемые людьми употребляющими наркотики, сторонниками снижения вреда, правозащитниками и их союзниками, совместно составляли альтернативные доклады в договорные органы ООН по правам человека, побуждая эти механизмы принять более решительные рекомендации для стран (10–15). Международные правозащитные и женские организации также заняли более твердую позицию и призывают к реальным действиям по реформе наркополитики (16–18).

Наряду с этим, гражданское общество играет важнейшую роль в предоставлении всем нуждающимся людям услуг снижения вреда. По мере появления новых наркотиков возникают и новые виды служб, работающих по принципу «равный–равному». К их числу относится информирование о более безопасных методах употребления наркотиков, распространение налоксона, проверка качества наркотиков, раздача витаминов и питьевой воды, а также многочисленные виды психологической поддержки. В России, в Санкт-Петербурге Ассоциация «Е.В.А.» сотрудничает с небольшими некоммерческими организациями по таким направлениям, как аутрич–работа методом «равный–равному» и мониторинг финансирования программ по ВИЧ-инфекции для ключевых групп (19, 20).

Итоговый документ специальной сессии ГА ООН 2016 года по мировой проблеме наркотиков подчеркивает важную роль гражданского общества и затронутых проблемой групп населения в разработке, осуществлении и оценке политики и программ контроля над

наркотиками. Однако во многих странах вызывает затруднение финансирование этой деятельности. Согласно обязательствам, принятым в Политической декларации по прекращению СПИДа, 30% всех предоставляемых услуг должны осуществляться с привлечением сообществ, а 6% всех глобальных ресурсов по СПИДу должны направляться на финансирование вспомогательных социальных программ, включая адвокацию и мобилизацию сообществ. Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией также установил ключевые показатели эффективности своей стратегии, приняв обязательство увеличить финансирование программ, направленных на устранение нарушений прав человека, которые являются барьером для использования услуг, особенно в странах со средним уровнем дохода (22).

Во многих странах многочисленные проблемы гражданского общества вызваны ограниченным финансированием и уменьшением пространства для деятельности. С уходом доноров из стран со средним

уровнем дохода финансирование участия гражданского общества в формировании наркополитики и предоставлении услуг снижения вреда нередко оказывается под угрозой. Например, в Болгарии финансирование, выделяемое в рамках национальных мер в ответ на ВИЧ для работы с ключевыми группами, составляет менее половины суммы, которая ранее предоставлялась Глобальным фондом (24). В качестве одного из аспектов устойчивости достигнутых результатов доноры и страны-получатели должны обеспечить непрерывность финансовой поддержки, прежде чем начнется переход с донорского на национальное финансирование. Многие организации гражданского общества работают в этом направлении в сотрудничестве с коллегами, имеющими опыт в области обеспечения устойчивого финансирования. Результатом одного такого партнерства стало изданное Евразийской ассоциацией снижения вреда (ЕАСВ) руководство «Бюджетная адвокация» (25).

Социальный заказ – это механизм, с помощью которого государственные учреждения заключают контракты с организациями гражданского общества на предоставление определенных услуг (27). К сожалению, организации гражданского общества, которые представляют интересы людей, употребляющих наркотики, или оказывают услуги этой группе, часто сталкиваются с институциональными барьерами, препятствующими их регистрации и деятельности. В некоторых странах их работу ограничивают постоянно ужесточающиеся правила (28). Например, в Российской Федерации организации гражданского общества, получавшие финансирование от международных доноров, обязаны регистрироваться в качестве иностранных агентов (29, 30). В преддверии перехода от донорского к национальному финансированию странам необходимо начать разработку систем и политики размещения социального заказа, чтобы избежать внезапного закрытия жизненно важных служб.

ПРИМЕР: ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В Российской Федерации сообщество людей, употребляющих инъекционные наркотики, является одним из самых многочисленных в мире. В стране продолжается рост эпидемии ВИЧ-инфекции: с 95 000 новых случаев (по всем возрастам) в 2015 году до 100 000 в 2017 году. В 2017 году в шести городах России распространенность ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, составила 75,2% (31). При этом опиоидная заместительная терапия запрещена федеральным законодательством, а неправительственные организации, получающие международное финансирование, могут быть включены в реестр иностранных агентов.

До 2018 года программы игл и шприцев, направленные на профилактику ВИЧ-инфекции, действовали лишь в 17 городах. Вместе с тем, в Санкт-Петербурге, втором по величине городе Российской Федерации, организациям гражданского общества удалось установить партнерские отношения с местными властями и получить государственное финансирование (32–33).

С 2001 года на базе неправительственной организации «Гуманитарное действие» работает мобильный пункт профилактики, оказывающий такие услуги, как обмен игл и шприцев, экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию, консультирование, направление к врачам для лечения ВИЧ-инфекции и туберкулеза и раздача налоксона. Предусмотрены специальные услуги для женщин, работающих в сфере секс-бизнеса, для женщин, употребляющих наркотики, и для беременных, употребляющих инъекционные наркотики. В 2018 году Фонд «Гуманитарное действие» предоставил услуги в сфере профилактики ВИЧ-инфекции более чем 30 000 клиентов, причем примерно половина из них – люди, употребляющие инъекционные наркотики (34).

В последние годы Санкт-Петербург стал одним из немногих городов Российской Федерации, в котором наблюдается постоянное снижение числа новых случаев ВИЧ-инфекции, в частности – среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.

По словам директора «Гуманитарного действия» Сергея Дугина, «в Санкт-Петербурге реализован принцип "тестируй и лечи" в отношении ВИЧ». Но, по его же словам, менее благоприятная ситуация с гепатитом С: «Только один или два наших клиента получали лечение коинфекции гепатита С в прошлом году. На это просто нет бюджета» (34).

«В ПРОЦЕССЕ ПЕРЕХОДА ОТ ДОНОРСКОГО К НАЦИОНАЛЬНОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА И ОПИОИДНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МОГУТ БЫТЬ ЗАКРЫТЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ. В КАЗАХСТАНЕ В 2018 ГОДУ НАМ УДАЛОСЬ ОТСТОЯТЬ НАЦИОНАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ ОПИОИДНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ БЛАГОДАРЯ ТОМУ, ЧТО КЛИЕНТЫ НАЧАЛИ КАМПАНИЮ ПРОТИВ ЗАКРЫТИЯ ПРОГРАММЫ ... ПРАВИТЕЛЬСТВО КАЗАХСТАНА РАССМОТРЕЛО ЭТИ АРГУМЕНТЫ, И ПОСТАНОВЛЕНИЕ О СВЕРТЫВАНИИ СЛУЖБ БЫЛО ОТМЕНЕНО. К НАЧАЛУ 2019 ГОДА НАЧАЛСЯ НАБОР НОВЫХ КЛИЕНТОВ В ПРОГРАММУ ОПИОИДНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ».

Оксана Ибрагимова, член Руководящего комитета ЕАСВ, представитель Центральной Азии, Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ (26)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Главная задача глобальной системы контроля над наркотиками – защита здоровья, благополучия и безопасности людей. Криминализация и доминирование правоохранительного подхода, как показывает опыт, не позволили достичь глобальной цели – «обеспечить ликвидацию или существенное и поддающееся оценке сокращение» спроса и предложения на запрещенные наркотики к 2019 году. Согласно данным УНП ООН, торговля наркотиками и их употребление не снизились за 10 лет, прошедших с момента включения этих целей в Политическую декларацию и План действий 2009 года по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков.

Более того, карательный подход наносит неизмеримо высокий вред людям, употребляющим наркотики, а также их семьям, и приводит к еще более значительным человеческим, экономическим и экологическим издержкам. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита и туберкулеза среди людей, употребляющих наркотики, остается высоким, а насилие и передозировки уносят бесчисленное количество жизней. Комплексные услуги по снижению вреда, включая программы игл и

шприцев, лечение наркотической зависимости, профилактику передозировки с помощью налоксона, а также обследование на ВИЧ-инфекцию, туберкулез и гепатиты В и С и последующее лечение – вот что нужно для сохранения здоровья и благополучия людей, употребляющих наркотики. Декриминализация употребления наркотиков и их хранения для личного пользования облегчает предоставление услуг снижения вреда и способствует защите прав людей, употребляющих наркотики.

Сейчас, когда открывается новая глава в борьбе с мировой проблемой наркотиков, ЮНЭЙДС призывает страны принять во внимание рекомендации, содержащиеся в настоящем докладе, и незамедлительно начать процесс их реализации в виде законов, политики, услуг и поддержки, которые позволят людям, употребляющим наркотики, жить здоровой и достойной жизнью.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Количество игл и шприцев, распространенных среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (в расчете на одного человека в год), в рамках программ игл и шприцев, 2011–2017.

■ <100 ■ 100–200 ■ >200

Страна	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Афганистан	80	119	92	80			
Албания	90			6	7	7	
Армения	28		44	54	65	72	76
Австралия	203				268	625	
Азербайджан	11	10	16	26	23	10	35
Бангладеш	264	237	287	224	243	157	125
Беларусь	48	21	37		64	41	70
Босния и Герцеговина	26	51	24	100	88	142	
Болгария	22	21	14	13	36	21	
Камбоджа	120	129	326	253	371	382	305
Китай	180	193		204		208	
Чехия	202				200	204	
Эстония	153		242	235	237	230	
Финляндия	202		196		281	361	
Грузия	22	23	45	79	80	91	73
Греция	7	56	53	69	52		
Венгрия	114	74	114	76			
Индия	387	163	193	240	259	284	424
Индонезия	7	22	26	44	13	9	3
Исламская Республика Иран	30	74	63	51	34		50
Казахстан	154	190	224	189	128	120	129
Кения			15		72	155	189
Кыргызстан	151	253	292	252	241	153	224
Народно-Демократическая Республика Лаос		17	30				3
Латвия	19		33	49	62	93	
Литва	32		58	52	65	102	
Мадагаскар	0	0	0	0	0	0	8
Малайзия	1	43		31		26	14
Мальта	302		212		475		
Маврикий	31	50	46	107	123		91
Мексика	7	12	20	4	7	6	6
Марокко	44	75	68	80	99	54	69
Мьянма	118	116	147	168	223	313	358
Непал	71	36	31	36	25		61
Северная Македония	23	28		33			62
Пакистан	42	98	131	194	194	51	49
Польша	78	47	34				
Республика Молдова	58	60	65	68	78	88	79
Румыния	49	52	194	187	198	166	
Сербия	4	5	16				
Сейшельские острова	0					6	9
Таджикистан	88	199	175	214	283	345	273
Таиланд	10	12	12	14	6	13	13
Тунис	15	9	5	15	27	17	41
Украина	75		77	66	63	71	84
Объединенная Республика Танзания			41		14	17	15
Узбекистан	54	68	68	62	62		119
Вьетнам	140	180	98		62	148	149

Источник: Глобальный мониторинг ЮНЭЙДС, 2011–2017 гг.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Количество людей, употребляющих инъекционные наркотики, получающих опиоидную заместительную терапию, 2015–2017.

Страна	2015	2016	2017	Изменение числа людей, употребляющих инъекционные наркотики и получающих опиоидную заместительную терапию
Афганистан	68	270	748	680
Албания	578	605	751	173
Армения	480	495	501	21
Азербайджан	168	113	224	56
Бангладеш	595	801	875	280
Беларусь	978	869	770	-208
Грузия	1008	4736	7905	6897
Индия	22 320	23 500	25 400	3080
Исламская Республика Иран	24 662	32 019	21 789	-2873
Казахстан	292	423	529	237
Кения	870	1620	2467	1597
Кыргызстан	1234	1203	1232	-2
Малайзия	41 152	54 776	99 481	58 329
Маврикий	4614	4328	4379	-235
Мьянма	10 290	12 474	13 441	3151
Республика Молдова	468	505	497	29
Сенегал	108	155	199	91
Сербия	4336	4995	5404	1068
Сейшельские острова	332	445	155	-177
Таджикистан	572	555	654	82
Украина	8512	9214	10189	1677
Объединенная Республика Танзания	3376	2647	1139	-2237
Вьетнам	43 720	50 358	53 000	9280

Источник: Глобальный мониторинг ЮНЭЙДС, 2011–2017 гг.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Процент людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые сообщили, что использовали презерватив при последнем сексуальном контакте, 2011–2017.

■ <35 ■ 35–70 ■ >70

Страна	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Армения	43,7	33,1		41,7		54,9	
Беларусь	53		41,4		59,5		51,5
Бенин		52,9	41,8		30,8		51,8
Босния и Герцеговина	32,4	30,8			35,2		
Болгария	40	59	58			34	
Китай	40,4	43,1		44,8	61,3		
Эстония	36,2		38,9	56,1		48,7	
Грузия	22,4	34,5			35,6		36,5
Германия	30,6		54,4	41	38		
Греция				46,5	47,7		40
Венгрия	28,6	20,4		22,1			
Япония	35,7			65,9	40		
Республика Казахстан	47,2	50,6	54	48,9	49,8	47,9	
Кыргызстан	49,4		39,9			58,8	
Латвия	55,6		55,5	66,8		62,5	60
Мадагаскар	41,3		41,4			41,8	
Малайзия	27,8	26,7		20,8			25,7
Маврикий	25		38,2				45,4
Марокко	31,4		30	31,8	28,2		44,6
Непал	46,5				52,5		48,9
Северная Македония	54,4			46,5			39,8
Филиппины	15		13,4	12,9	14,5		
Сенегал	35,8		38,5				42,7
Сербия	32	30,6	32,4				
Таджикистан	39,6	51,9		49,9			
Таиланд	46,1	49,1		47,2			
Тунис	19,3			29,3			46,7
Украина	47,8		54,1		48		43,9
Узбекистан	42,8		50,1		45,1		
Вьетнам	51,9	48,9	41,2	59	38,1	36,5	43,7

Источник: Глобальный мониторинг ЮНЭЙДС, 2011–2017 гг.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Индикатор	Доступен налоксон, распространяемый в сообществе (по сведениям органов государственной власти), 2017.	Доступен налоксон, распространяемый в сообществе (по сведениям представителей гражданского общества и других негосударственных партнеров), 2017.	Работают программы распространения налоксона, использующие подход «равный–равному», 2017.
Источники:	Инструмент национальных обязательств и политики. Женева: ЮНЭЙДС; 2018.		Stone K, Shirley-Beavan S. Global state of harm reduction, 2018. London: Harm Reduction International; 2018.
Афганистан	Нет	Да	Да
Албания		Нет	
Алжир	Нет		
Антигуа и Барбуда	Нет	Нет	
Аргентина	Нет	Нет	
Армения	Нет	Нет	
Австралия			Да
Азербайджан	Нет		
Багамские острова	Нет	Нет	
Бангладеш	Нет	Нет	
Барбадос		Нет	
Беларусь	Нет	Нет	
Бенин	Нет	Нет	
Многонациональное Государство Боливия	Нет	Нет	
Ботсвана	Нет	Нет	
Бразилия	Нет		
Бурунди	Нет	Нет	
Камбоджа	Да	Нет	
Камерун		Нет	
Канада			Да
Центральноафриканская Республика	Нет	Нет	
Чили	Нет	Нет	
Китай	Да	Да	
Колумбия	Нет	Нет	
Коморские острова	Нет	Нет	
Коста Рика	Нет	Нет	
Куба	Нет	Нет	
Кот-д'Ивуар	Нет	Нет	
Чехия	Нет	Да	
Дания			Да
Доминика	Нет	Нет	
Доминиканская Республика	Нет	Нет	
Эль Сальвадор	Нет	Нет	
Экваториальная Гвинея	Нет	Нет	
Эстония			Да
Эсватини	Нет	Нет	
Эфиопия	Нет	Нет	

Фиджи	Нет	Нет	
Габон	Нет	Нет	
Грузия	Да	Да	
Германия	Да	Да	
Гана	Нет	Нет	
Гватемала		Да	
Гвинея	Нет	Нет	
Гаити		Нет	
Гондурас	Нет	Нет	
Исландия	Да	Да	
Индия	Да		
Исламская Республика Иран	Да	Да	
Ирландия	Да	Да	
Италия			Да
Ямайка	Нет	Нет	
Республика Казахстан	Нет	Да	
Кения	Нет	Нет	
Кирибати	Нет	Нет	
Кувейт	Нет	Нет	
Кыргызстан	Да	Да	
Народно-Демократическая Республика Лаос	Нет	Нет	
Латвия	Нет	Нет	
Лесото	Нет		
Либерия	Нет	Нет	
Ливия	Нет	Нет	
Литва	Нет	Нет	
Люксембург	Нет	Нет	
Мадагаскар	Нет	Нет	
Малави	Нет	Нет	
Малайзия	Да		
Мали	Нет	Нет	
Мальта	Да		
Маршалловы Острова	Да	Нет	
Маврикий	Нет	Нет	
Мексика	Нет	Нет	Да
Федеративные Штаты Микронезии	Нет	Нет	
Черногория	Да	Нет	
Марокко	Нет	Да	
Мозамбик	Нет	Нет	
Мьянма	Нет	Нет	
Намибия	Нет	Нет	
Науру	Нет		
Непал	Нет	Да	

Новая Зеландия	Нет		
Никарагуа	Нет	Нет	
Нигер	Нет	Нет	
Нигерия	Нет	Нет	
Ниуэ	Нет	Нет	
Норвегия			Да
Оман	Да	Да	
Пакистан	Нет	Нет	
Палау	Нет		
Панама	Нет	Нет	
Папуа - Новая Гвинея	Нет	Нет	
Парагвай	Да	Нет	
Филиппины	Нет	Нет	
Республика Молдова	Да	Да	
Руанда	Нет	Нет	
Сент-Люсия	Нет	Нет	
Самоа	Нет	Нет	
Саудовская Аравия	Нет	Нет	
Сенегал	Нет	Нет	
Сербия	Нет	Нет	
Сейшельские острова	Нет	Нет	
Сьерра-Леоне	Нет	Нет	
Южная Африка	Да	Нет	
южный Судан	Нет	Нет	
Испания	Да	Нет	
Шри-Ланка	Нет	Нет	
Судан		Нет	
Суринам	Нет		
Сирийская Арабская Республика	Нет		
Таджикистан	Да	Да	
Тонга	Нет	Нет	
Тунис	Нет	Нет	
Тунис		Нет	
Тувалу	Нет	Нет	
Уганда	Нет	Нет	
Украина	Нет	Нет	Да
Соединенное Королевство			Да
Объединенная Республика Танзания	Нет	Нет	
Соединенные Штаты Америки			Да
Уругвай	Нет	Нет	
Вануату		Нет	
Боливарианская Республика Венесуэла	Нет	Нет	
Замбия	Нет	Нет	
Зимбабве	Нет	Нет	

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Документы ООН, в которых содержатся методические указания и примеры передовой практики в области прав человека и наркополитики.

1. Программа развития ООН, Международный центр по правам человека и наркополитике. Международные руководящие принципы в отношении прав человека и наркополитики. Нью-Йорк: Программа развития ООН (ПРООН); 2019.
2. Глобальная комиссия по ВИЧ и законодательству. ВИЧ и законодательство: риски, права и здоровье. Дополнение 2018 г. Нью-Йорк: Программа развития ООН (ПРООН); 2018 (<https://hivlawcommission.org/supplement/>).
3. Верховный комиссар ООН по правам человека (УВКПЧ). Реализация общей приверженности эффективному решению мировой проблемы наркотиков и борьбе с ней в контексте прав человека. A/39/39, сентябрь 2018.
4. ЮНЭЙДС. Борьба с дискриминацией. Женева: ЮНЭЙДС; 2017 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/confronting-discrimination>).
5. ЮНЭЙДС. Ускорение и права человека. Расширение прав человека в рамках мер в ответ ВИЧ. Женева: ЮНЭЙДС; 2017.
6. Совместное заявление Организации Объединенных Наций о ликвидации дискриминации при оказании услуг здравоохранения (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/ending-discrimination-in-health-care-settings>).
7. Региональный офис Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) для Восточной Европы и Центральной Азии, Европейская сеть Международной Федерации планируемого родительства (МФПР). Здоровье, права и благополучие: практический инструмент для программ реагирования на ВИЧ и охраны сексуального и репродуктивного здоровья с молодыми людьми из ключевых групп населения в Восточной Европе и Центральной Азии. ЮНФПА ВЕЦА РО, Европейская сеть МФПР; 2017 г. (<https://eeca.unfpa.org/en/publications/health-rights-and-well-being>).
8. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Сводное руководство по профилактике, диагностике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией для ключевых групп населения. Женева: ВОЗ; 2014. (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/ru/>).
9. Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН), Международная сеть людей, употребляющих наркотики (INPUD). Реагирование на особые потребности женщин, употребляющих инъекционные наркотики: практическое руководство для поставщиков услуг в сфере ВИЧ с учетом гендерной проблематики. Вена: УНП ООН; 2016 г. (<https://www.aidsdatahub.org/addressing-specific-needs-women-who-inject-drugs-practical-guide-service-providers-gender-responsive>).
10. ЮНЭЙДС. УНП ООН. Руководство: услуги для людей, употребляющих инъекционные наркотики [Guidance note: services for people who inject drugs]. Женева: ЮНЭЙДС; 2014.
11. Международная организация труда (МОТ), ЮНЭЙДС, УНП ООН, ЮНФПА, УВКБ ООН, ЮНИСЕФ и др. Предотвращение и устранение кризисных ситуаций в области прав человека, связанных с ВИЧ: руководство для учреждений и программ ООН [Preventing and responding to HIV-related human rights crises: guidance for UN agencies and programmes] 2014 (https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Preventing_and_Responding_to_HIV_related_HR_crises_2014.pdf).
12. ЮНЭЙДС. Руководство: снижение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ [Guidance note: reduction of HIV-related stigma and discrimination]. Женева: ЮНЭЙДС; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf).
13. Глобальная комиссия по ВИЧ и законодательству. ВИЧ и законодательство: риски, права и здоровье. Нью-Йорк: ПРООН; 2012 (<https://hivlawcommission.org/report/>).
14. ЮНЭЙДС. Руководство. Основные программы по снижению стигмы и дискриминации и расширению доступа к защите прав в национальных программах по ВИЧ [Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses] Женева: UNAIDS; 2012 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012_0.pdf).
15. ЮНЭЙДС, УВКПЧ. Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Объединенная версия. Женева: ЮНЭЙДС; 2006 (<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelines.pdf>).
16. ВОЗ. Сводное руководство по охране сексуального и репродуктивного здоровья и защите прав женщин, живущих с ВИЧ. Женева: ВОЗ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254885/9789241549998-eng.pdf;jsessionid=B2CFD35CC4E4B89F2209B8E352003B6A?sequence=1>).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ

1. World drug report 2018. Vienna: UNODC; 2019 (<https://www.unodc.org/wdr2018/>, accessed 18 February 2019).
2. Elie Aaraj, Middle East and North Asia Harm Reduction Network. Personal communication. 29 January 2019.
3. Resolution S-30/1. Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. In: Thirtieth special session, New York, 4 May 2016 (A/RES/S-30/1; <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>, accessed 5 March 2019).
4. Резолюция ГА ООН 70/266. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году. 70-я сессия, Нью-Йорк, 22 июня 2017 (A/RES/70/266); (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_ru.pdf, доступно: 25.04. 2019).
5. Report 2017. Vienna: International Narcotics Control Board; 2017 (https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/E_2017_AR_ebook.pdf, accessed 18 February 2019).
6. Press release: INCB reiterates its call to States to consider the abolition of the death penalty for drug-related offences. In: INCB.org [website]. 1 August 2016. Vienna: International Narcotics Control Board; c1995–2019 (https://www.incb.org/incb/en/news/press-releases/2016/press_release010816.html, accessed 18 February 2019).
7. Larney S, Peacock A, Leung J, Colledge S, Hickman H, Vickerman P et al. Global, regional and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*. 2017;5(12):PE1208–E1220.
8. UNAIDS HIV financial dashboard.
9. UNAIDS Global AIDS Response Progress Reporting and Global AIDS Monitoring reports, 2015–2018.
10. Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD et al. What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the Fast-Track Approach. *PLoS ONE*. 2016;11(5):e0154893.
11. International Drug Policy Consortium (IDPC). Taking stock: a decade of drug policy—a civil society shadow report. London: IDPC; 2018 (<https://idpc.net/publications/2018/10/taking-stock-a-decade-of-drug-policy-a-civil-society-shadow-report>, accessed 5 March 2019).
12. United Nations Commission on Crime Prevention and Criminal Justice. World crime trends and emerging issues and responses in the field of crime prevention and criminal justice. In: Twenty-third session, Vienna, 12–16 April 2014 (E/CN.15/2014/5; https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ECN.1520145_EN.pdf, accessed 5 March 2019).
13. The death penalty for drug offences: global overview 2018. London: Harm Reduction International; 2019.
14. European Centre for Disease Prevention and Control; WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2018: 2017 data. Denmark: World Health Organization; 2018 (<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf>). Table 5.
15. Report to the General Assembly. UN Special Rapporteur on health, Anand Grover. In: Sixty-fifth session, New York, 6 August 2010 (A/65/255; <https://undocs.org/en/A/65/255>, accessed 3 March 2019). Para. 72.
16. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of the Philippines. United Nations Economic and Social Council; 26 October 2016 (E/C.12/PHL/CO/5-6). Para. 54.
17. African Commission on Human and Peoples' Rights. HIV, the law and human rights in the African human rights system: key challenges and opportunities for a rights-based system. Banjul (The Gambia): African Union; 2017.
18. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights. In: Thirtieth session of the Human Rights Council, New York, 4 September 2015 (A/HRC/30/65; <https://undocs.org/en/A/HRC/30/65>, accessed 3 March 2019).
19. Implementation of the joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem with regard to human rights. In: Thirty-ninth session of the Human Rights Council, New York, 14 September 2018 (A/HRC/39/39; <https://undocs.org/A/HRC/39/39>, accessed 3 March 2019).
20. Tackling the world drug problem: UN experts urge States to adopt human rights approach. In: ohchr.org [website]. 18 April 2016. OHCHR; c1996–2019 (<https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19833&LangID=E>, accessed 3 March 2019).

21. UNAIDS, UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA et al. Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings. 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_en.pdf, accessed 4 March 2019).
22. Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem (adopted at the high-level session of the fifty-second session, 2 March 2009, and by the General Assembly in its resolution A/RES/64/182 of 18 December 2009).

1. ЛЮДИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИЕ НАРКОТИКИ: СООБЩЕСТВО ПОД ПРИЦЕЛОМ

1. УНП ООН. Всемирный доклад о наркотиках: 2018 год. - Вена, 2019 (https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Russian.pdf, доступно: 25.04. 2019).
2. UNAIDS special analysis.
3. Estimates provided by UNODC, 2016.
4. UN DESA/Population Division. World population prospects. 2017.
5. World drug report 2013. Vienna and New York: UNODC; 2013 (https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf, accessed 18 February 2019).
6. Bruggmann P, Grebely J. Prevention, treatment and care of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *Int J Drug Policy*. 2015;26:S22–6.
7. Joint estimates by UNODC, WHO, UNAIDS and World Bank, 2017.
8. Global hepatitis report 2017. Geneva: WHO; 2017 (<https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>, accessed 18 February 2019).
9. Key populations brief: people who use drugs. Geneva: Stop TB Partnership (http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_peopleusedrugs_spreads.pdf, accessed 18 February 2019).
10. Getahun H, Gunneberg C, Sculier D, Verster A, Raviglione M. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for tuberculosis, HIV, prison and harm reduction services. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012;7(4):345–53.
11. Efsen AMW, Schultze A, Miller RF, Panteleev A, Skrahin A, Podlekareva DN et al. Management of MDR-TB in HIV co-infected patients in Eastern Europe: results from the TB:HIV study. *J Infect*. 2018;76(1):44–54.
12. Podlekareva DN, Efsen AMW, Schultze A, Post FA, Skrahina AM, Panteleev A et al. Tuberculosis-related mortality in people living with HIV in Europe and Latin America: an international cohort study. *Lancet HIV*. 2016;3(3):e120–e131.
13. Global state of harm reduction 2018. London: Harm Reduction International; 2018 (<https://www.hri.global/global-state-harm-reduction-2018>, accessed 18 February 2019).
14. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding observations on the combined eighth and ninth periodic reports of Canada. 25 November 2016 (CEDAW/C/CAN/CO/8-9; <https://undocs.org/en/CEDAW/C/CAN/CO/8-9>, accessed 3 March 2019). Para. 44.
15. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding observations: Chile. 14 March 2018 (CEDAW/C/CHL/CO/7). Para. 48.
16. Visit to Nicaragua. Report of the Working Group on Arbitrary Detention. In: Fourth session of the Human Rights Council, New York, 9 November 2006 (A/HRC/4/40/Add.3; <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Detention/Pages/Visits.aspx>).
17. Svetlana Moroz, Svitank Club. Personal communication. 18 January 2019.
18. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*. 2003;111(3):564–72.
19. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan Méndez. In: Sixty-eighth session, New York, 9 August 2013 (A/68/295; <https://undocs.org/A/68/295>). Paras. 47, 67, 68, 70.
20. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak. In: Thirtieth session of the Human Rights Council, New York, 5 February 2010 (A/HRC/13/39/Add.5; <https://undocs.org/A/HRC/13/39/Add.5>). Paras. 231, 257.
21. Background note: zero discrimination in health care settings. Geneva: UNAIDS; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20171129_UNAIDS_PCB41_Zero_discrimination-health-care-settings_17.27_EN.pdf, accessed 12 March 2019).

22. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>).
23. Kerr T, Shannon K, Ti L, Strathdee S, Hayashi K, Nguyen P et al. Sex work and HIV incidence among people who inject drugs. *AIDS*. 2016;30(4):627–34.
24. Campeau L, Blouin K, Leclerc P, Alary M, Morissette C, Blanchette C et al. Impact of sex work on risk behaviours and their association with HIV positivity among people who inject drugs in eastern central Canada: cross-sectional results from an open cohort study. *BMJ Open*. 2018;8(1):e019388.
25. Avila MM, dos Ramos Farías MS, Fazzi L, Romero M, Reynaga E, Marone R et al. High frequency of illegal drug use influences condom use among female transgender sex workers in Argentina: impact on HIV and syphilis infections. *AIDS Behav*. 2017;21(7):2059–68.
26. Sewell J, Miltz A, Lampe FC, Cambiano V, Speakman A, Phillips AN. Poly drug use, chemsex drug use and associations with sexual risk behaviour in HIV-negative men who have sex with men attending sexual health clinics. *Int J Drug Policy*. 2017;43:33–43.
27. Briefing paper: sex workers who use drugs. Experiences, perspectives, needs and rights: ensuring a joint approach. Global Network of Sex Work Projects, International Network of People Who Use Drugs; 2015 (https://www.inpud.net/sex_workers_who_use_drugs_nswp_inpud_oct_2015.pdf).
28. European Chemsex Forum. A call to action for effective responses to problematic chemsex. Position paper from organizers and participants of the 2nd European Chemsex Forum, Berlin, 22–24 March 2018 (<https://ihp.hiv/>).
29. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 2015;351:h5790.
30. Pakianathan M, Whittaker W, Lee MJ, Avery J, Green S, Nathan B et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med*. 22 May 2018. Epub ahead of print (<https://doi.org/10.1111/hiv.12629>, accessed 4 March 2019).
31. Luo W, Hong H, Wang XF, McGoogan JM. Synthetic drug use and HIV infection among men who have sex with men in China: a sixteen-city, cross-sectional survey. *PLoS ONE*. 2018;13(7):e0200816.
32. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P et al. “Chemsex” and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy*. 2015;26(12):1171–6.
33. Integrated biological & behavioral surveillance in Pakistan, 2016–17. Islamabad: National AIDS Control Program; April 2017 (<https://www.nacp.gov.pk/repository/whatwedo/surveillance/Final%20IBBS%20Report%20Round%205.pdf>, accessed 19 February 2019).
34. The drug killings: who, what, where, when, how? In: The Drug Archive. Ateneo School of Government at Ateneo de Manila University (<https://drugarchive.ph/post/26-the-drug-killings-who-what-where-when-how-master>, accessed 31 January 2019).
35. Philippines’ “War on Drugs.” In: Human Rights Watch [website]. New York: Human Rights Watch; c2019 (<https://www.hrw.org/tag/philippines-war-drugs>, accessed 4 March 2019).
36. Azim T, Bontell I, Strathdee SA. Women, drugs and HIV. *Int J Drug Policy*. 2015;26(1):s16–s21.
37. Gilbert L, Jiwatram Negron T, Nikitin D, Rychkova O, McCrimmon T, Ermolaeva I et al. Feasibility and preliminary effects of a screening, brief intervention and referral to treatment model to address gender based violence among women who use drugs in Kyrgyzstan: Project WINGS (Women Initiating New Goals of Safety). *Drug Alcohol Rev*. 2017;36(1):125–33.
38. Women speak out: understanding women who inject drugs in Indonesia. PKNI, the University of Oxford; 2016 (http://korbannapza.org/files/pdf/WomenSpeakOut_English_Web.pdf, accessed 4 March 2019).
39. Women who inject drugs and HIV: addressing specific needs. Vienna: UNODC; 2014.
40. Dwyer-Lindgren L, Bertozzi-Villa A, Stubbs RW, Morozoff C, Shirude S, Unützer J et al. Trends and patterns of geographic variation in mortality from substance use disorders and intentional injuries among US counties, 1980–2014. *JAMA*. 2018;319(10):1013–23.
41. Hedegaard H, Miniño AM, Warner M. Drug overdose deaths in the United States, 1999–2017. NCHS Data Brief No. 329. November 2018. Hyattsville (MD): US Department of Health & Human Services; 2018 (<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db329-h.pdf>, accessed 4 March 2019).
42. Overview of national data on opioid-related harms and death. In: Government of Canada—Health Canada [website]. 12 December 2018; updated 1 January 2019. Ottawa: Government of Canada (www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/problematic-prescription-drug-use/opioids/data-surveillance-research/harms-deaths.html, accessed 4 March 2019).
43. Statistical bulletin 2018—overdose deaths. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) [website]. Lisbon: EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/drd>).

2. СНИЖЕНИЕ ВРЕДА: НА СТЫКЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

1. ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. - Женева, 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90791/9789244597767_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y, доступно: 25.04.2019).
2. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. 2016 update. Geneva: WHO; 2016.
3. Potier C, Lapr evote V, Dubois-Arber F, Cottencin O, Rolland B. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend.* 2014;145:48–68.
4. Abdul-Quader AS, Feelemyer J, Modi S, Stein ES, Briceno A, Semaan S et al. Effectiveness of structural-level needle/syringe programs to reduce HCV and HIV infection among people who inject drugs: a systematic review. *AIDS Behav.* 2013;17(9):2878–92.
5. Des Jarlais DC, Feelemyer JP, Modi SN, Abdul-Quader A, Hagan H. High coverage needle/syringe programs for people who inject drugs in low and middle income countries: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013 Jan 19;13:53.
6. Global state of harm reduction 2018. London: Harm Reduction International; 2018 (<https://www.hri.global/global-state-harm-reduction-2018>, accessed 18 February 2019).
7. Vickerman P, Martin NK, Hickman M. Could low dead-space syringes really reduce HIV transmission to low levels? *Int J Drug Policy.* 2013;24:8–14.
8. Zule W, Pande PG, Otiashvili D, Bobashev GV, Friedman SR, Gyarmathy VA et al. Options for reducing HIV transmission related to the dead space in needles and syringes. *Harm Reduct J.* 2018;15(1):3.
9. Safiatou Thiam, Executive Secretary of the National Council for the Fight Against AIDS. Personal communication. 11 February 2019.
10. Pettes T, Wood E, Guillemi S, Lai C, Montaner J, Kerr T. Methadone use among HIV-positive injection drug users in a Canadian setting. *J Subst Abuse Treat.* 2010;39:174–9.
11. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2012;345:e5945.
12. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C et al. Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: findings from a Cochrane Review and meta analysis. *Addiction.* 2018;113(3):545–63.
13. Ma J, Bao YP, Wang RJ, Su MF, Liu MX, Li JQ et al. Effects of medication-assisted treatment on mortality among opioids users: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry.* 2018 Jun 22. Epub ahead of print (<https://www.nature.com/articles/s41380-018-0094-5>, accessed 4 March 2019).
14. Low AJ, Mburu G, Welton NJ, May MT, Davies CF, French C et al. Impact of Opioid Substitution Therapy on Antiretroviral Therapy Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 63, Issue 8, 15 October 2016.
15. Handanagic S, Bozicevic I, Sekerija M, Rutherford GW, Begovac J. Overdose mortality rates in Croatia and factors associated with self-reported drug overdose among persons who inject drugs in three Croatian cities. *Int J Drug Policy.* 2019;64:95–102.
16. Nielsen S, Larance B, Degenhardt L, Gowing L, Kehler C, Lintzeris N. Opioid maintenance medicines for the treatment of dependence on opioid pain medicines. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;5:CD011117.
17. Castells X, Cunill R, P erez-Ma a C, Vidal X, Capell a D. Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:CD007380.
18. UNODC, WHO. Principles of drug dependence treatment. 2009.
19. Lagarde M, Palmer N. The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;Apr 13(4):CD009094.
20. Shepherd A, Perrella B, Hattingh HL. The impact of dispensing fees on compliance with opioid substitution therapy: a mixed methods study. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2014;9:32.
21. Johns B, Chao LB, Hanh KH, Manh PD, Do HM, Duong AT et al. Association between user fees and dropout from methadone maintenance therapy: results of a cohort study in Vietnam. *Health Systems and Reform.* 2018;4(2). doi: <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1440347>.
22. OST in Georgia today [website]. GENPUD; 2019 (http://genpud.ge/home/content?content_id=164).
23. The United Nations Mandela Rules, Rule 24.

24. Resolution S-30/1. Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. In: Thirtieth special session, New York, 4 May 2016 (A/RES/S-30/1; <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>, accessed 5 March 2019).
25. Mission to Azerbaijan. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover. In: Twenty-third session of the Human Rights Council, New York, 3 May 2013 (A/HRC/23/41/Add.1; <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/135/32/PDF/G1313532.pdf?OpenElement>). Para. 60.
26. Committee on the Elimination of Racial Discrimination. Concluding observations on the combined twenty-first to twenty-third periodic reports of Canada. 13 September 2017 (CERD/C/CAN/CO/21-23). Para. 16(e).
27. UNAIDS Global AIDS Monitoring data 2017.
28. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: WHO; 2015 (<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, accessed 4 March 2019).
29. Quality testing saves lives. In: World Health Organization [website]. 12 July 2015. Geneva: WHO; c2019 (<https://www.who.int/westernpacific/news/feature-stories/detail/quality-testing-saves-lives>, accessed 4 March 2019).
30. WHO, UNAIDS statement on HIV testing services: new opportunities and ongoing challenges. Geneva: WHO, UNAIDS; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_WHO-UNAIDS_statement_HIV-testing-services_en.pdf, accessed 4 March 2019).
31. Market and technology landscape: HIV rapid diagnostic tests for self-testing. Fourth edition. Geneva: WHO, UNITAID; 2018 (<https://www.who.int/hiv/pub/self-testing/hiv-self-testing-2018-edition4/en/>, accessed 4 March 2019).
32. Dalal S, Johnson C, Fonner V, Kennedy CE, Siegfried N, Figueroa C et al. Improving HIV testing uptake and case-finding with assisted partner notification services. *AIDS*. 2017;31:1867–76.
33. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: WHO; 2016.
34. Kan M, Garfinkel DB, Samoylova O, Gray RP, Little KM. Social network methods for HIV case finding among people who inject drugs in Tajikistan. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(Suppl 5):e25139.
35. Smyrnov P, Williams LD, Korobchuk A, Sazonova Y, Nikolopoulos GK, Skaathun B et al. Risk network approaches to locating undiagnosed HIV cases in Odessa, Ukraine. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(1):e25040.
36. Action plan: global action plan on HIV drug resistance, 2017–2021. 2018 progress report. Geneva: WHO; July 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273049/WHO-CDS-HIV-18.12-eng.pdf?ua=1>, accessed 4 March 2019).
37. Low AJ, Mburu G, Welton NJ, May MT, Davies CF, French C et al. Impact of opioid substitution therapy on antiretroviral therapy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2016;63:1094–104.
38. United Nations Office on Drugs and Crime, International Network of People Who Use Drugs, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization, United States Agency for International Development. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2017.
39. Health, rights and well-being. A practical tool for HIV and sexual and reproductive health programmes with young key populations in eastern Europe and central Asia. UNFPA, IPPF; 2017 (http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/IPPF_PROGRAMMINGTOOLS_ENGLISH_FINAL.pdf).
40. Bazzi AR, Biancarelli DL, Childs E, Drainoni ML, Edeza A, Salhaney P et al. Limited knowledge and mixed interest in pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among people who inject drugs. *AIDS Patient Care STDS*. 2018;32(12):529–37.
41. Guise A, Abrams E, Strathdee SA. “PrEP is not ready for our community and we are not ready for PrEP”: pre-exposure prophylaxis for HIV for people who inject drugs and limits to the HIV prevention response. *Addiction*. 2017;112:572–8.
42. Shrestha R, Copenhaver M. Exploring the use of pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention among high-risk people who use drugs in treatment. *Front Public Health*. 2018;6:195.
43. Pre-exposure prophylaxis (PrEP). In: afao.org [website]. Newtown (Australia): Australian Federation of AIDS Organisations (<https://www.afao.org.au/our-work/policy-and-submissions/prep/#people-who-inject-drugs>, accessed 4 March 2019).
44. Guise A, Albers ER, Strathdee SA. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for people who inject drugs: reconciling community views and biomedical advances. *Addiction*. 2017;112(4):584–5.
45. Beyrer C. Commentary on Guise et al. (2017). *Addiction*. 2017;112:579–85.
46. Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States—2017 update. A clinical practice guideline. Centers for Disease Control and Prevention, US Public Health Service; 2018 (<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2017.pdf>, accessed 4 March 2019).

47. BHIVA/BASHH guidelines on the use of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) 2018. British HIV Association and BASHH; 2018 (<https://www.bhiva.org/file/5b729cd592060/2018-PrEP-Guidelines.pdf>, accessed 4 March 2019).
48. Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who use drugs. Geneva: WHO; 2016.
49. Global hepatitis report 2017. Geneva: WHO; 2017.
50. Belani H, Chorba T, Fletcher F, Hennessey K, Kroeger K, Lansky A et al. Integrated prevention services for HIV infection, viral hepatitis, sexually transmitted diseases and tuberculosis for persons who use drugs illicitly: summary guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. *Morb Mortal Wkly Rep (MMWR)*. 2012;61(RR05):1–40.
51. Bajis S, Dore GJ, Hajarizadeh B, Cunningham EB, Maher L, Grebely J. Interventions to enhance testing, linkage to care and treatment uptake for hepatitis C virus infection among people who inject drugs: a systematic review. *Int J Drug Pol*. 2017 (47) (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395917302049>, accessed 4 March 2019).
52. Progress report on access to hepatitis C treatment: focus on overcoming barriers in low- and middle-income countries. Geneva: WHO; March 2018.
53. Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Geneva: WHO; 2015.
54. Wolfe D, Luhmann N, Harris M, Momenghalibaf A, Albers E, Byrne J et al. Human rights and access to hepatitis C treatment for people who inject drugs. *Int J Drug Policy*. 2015;26(11):1072–80.
55. Marshall AD, Cunningham EB, Nielsen S, Aghemo A, Alho H, Backmund M et al. Restrictions for reimbursement of interferon-free direct-acting antiviral drugs for HCV infection in Europe. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018 Feb;3(2):125–33.
56. Global Commission on HIV and the Law. HIV and the law: risks, rights & health. 2018 supplement. New York: UNDP; 2018.
57. Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Stumo SR, Jauffret-Roustide M, Maticic M, Reic T et al. Restrictions on access to direct-acting antivirals for people who inject drugs: the European Hep-CORE study and the role of patient groups in monitoring national HCV responses. *Int J Drug Policy*. 2017;47:47–50.
58. Dillon, Lazarus JV, Razavi HA. Urgent action to fight hepatitis C in people who inject drugs in Europe. *Hepatology, Medicine and Policy*. 2016;1(2).
59. Grebely et al. 2017 Elimination of HCV as a public health concern among people who inject drugs by 2030 – what will it take to get there? *J Int AIDS Soc*. 2017 Jul 28;20(1):22146.
60. UNODC, International Network of People Who Use Drugs, UNAIDS, UNDP, UNFPA, WHO et al. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna: UNODC; 2017 (<https://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html>, accessed 4 March 2019).
61. Latent TB infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management. Geneva: WHO; 2018 (<https://www.who.int/tb/publications/2018/latent-tuberculosis-infection/en/> page 2, accessed 4 March 2019).
62. McDonald R, Strang J. Are take home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. *Addiction*. 2016;111(7):1177–87.
63. Community management of opioid overdose. Geneva: WHO; 2014 (https://www.who.int/substance_abuse/publications/management_opioid_overdose/en/, accessed 4 March 2019).
64. Alltucker K. Drug company raised price of lifesaving opioid overdose antidote more than 600 percent. In: *USA Today*.com [website]. 19 November 2018; updated 20 November 2018 (<https://eu.usatoday.com/story/news/health/2018/11/19/kaleo-opioid-overdose-antidote-naloxone-evzio-rob-portman-medicare-medicaid/2060033002/>, accessed 4 March 2019).
65. Madah-Amiri D, Gjersing L, Clausen T. Naloxone distribution and possession following a large-scale naloxone programme. *Addiction*. 2019;114(1):92–100.
66. National Services Scotland. National naloxone programme Scotland. Monitoring report 2016/2017. Revised edition. Information Services Division Scotland; May 2018 (<https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Drugs-and-Alcohol-Misuse/Publications/2017-11-07/2017-11-07-Naloxone-Report.pdf>, accessed 4 March 2019).
67. Bennett AS, Bell A, Doe-Simkins M, Elliott L, Pouget E, Davis C. *J Psychoactive Drugs*. 2018;50(3):240–246.
68. Welch E. A community of recovery. In: Center for American Progress [website]. 10 January 2019. Center for American Progress; c2019 (<https://www.americanprogress.org/issues/criminal-justice/reports/2019/01/10/464889/a-community-of-recovery/>, accessed 4 March 2019).
69. Lewis CR, Vo HT, Fishman M. Intranasal naloxone and related strategies for opioid overdose intervention by nonmedical personnel: a review. *Subst Abuse Rehabil*. 2017;2017(8):79–95.
70. Estonia. Country drug report 2018. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) [website]. Lisbon: EMCDDA (http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/estonia/harm-reduction_en, accessed 4 March 2019).

71. Pardo B, Caulkins JP, Kilmer B. Assessing the evidence on supervised drug consumption sites. Santa Monica (CA): RAND Corporation; 2018 (https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/WR1200/WR1261/RAND_WR1261.pdf, accessed 4 March 2019).
72. Annual report 2017. Vienna: International Narcotics Control Board; 2017.
73. Azim T, Bontell I, Strathdee SA. Women, drugs and HIV. *Int J Drug Policy*. 2015;26(Suppl 1):S16–21.
74. Csete J. "Second on the needle": human rights of women who use drugs. *HIV/AIDS Policy Law Rev*. 2006;11:66–7.
75. Pinkham S, Malinowska-Sempruch K. Women, harm reduction and HIV. *Reprod Health Matters*. 2008;16:168–81.
76. Drug User Peace Initiative: a war on women who use drugs. London: International Network of People Who Use Drugs (INPUD); 2015 (http://www.druguserpeaceinitiative.org/dupidocuments/DUPI-A_War_on_Women_who_Use_Drugs.pdf, accessed 4 March 2019).
77. Taking stock: a decade of drug policy—a civil society shadow report. London: International Drug Policy Consortium (IDPC); 2018 (<https://idpc.net/publications/2018/10/taking-stock-a-decade-of-drug-policy-a-civil-society-shadow-report>, accessed 18 February 2019).
78. Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); 2004.
79. Call to action to attain universal health coverage through linked sexual and reproductive health and rights and HIV interventions. Geneva: WHO; 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/call-to-action-linked-srhr-hiv-interventions/en/>, accessed 4 March 2019).
80. Fischler F. Why drug policy is a feminist issue. In: AWID [website]. 14 November 2018. AWID; c2018 (<https://www.awid.org/news-and-analysis/why-drug-policy-feminist-issue>, accessed 4 March 2019).
81. A technical brief: HIV and young people who inject drugs. Geneva: WHO; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179865/WHO_HIV_2015.10_eng.pdf;jsessionid=63F1B77BDFC35F8F46C73C765BDFD832?sequence=1, accessed 4 March 2019).
82. Code of practice for running safer music festivals and events. Melbourne: Victorian Government Department of Health, Mental Health and Drugs Division (<https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7B672393DE-E7DB-4118-8C9F-7BD1D5F045DB%7D>).
83. World drug report 2018. Vienna: UNODC; 2019 (<https://www.unodc.org/wdr2018/>, accessed 18 February 2019).
84. Wiessing L, Folch C. New psychoactive substances, drug injecting and sex in recreational settings—increased risk of HIV and HCV and opportunities for prevention. *Revista Enfermedades Emergentes*. 2016;15(2):57–61.
85. Tarján A, Dudás M, Wiessing L, Horváth G, Rusvai E, Tresó B. HCV prevalence and risk behaviours among injectors of new psychoactive substances in a risk environment in Hungary—an expanding public health burden. *Int J Drug Policy*. 2017;41:1–7.
86. Brunt T. Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2017 (http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6339/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Drug-checking-harm-reduction_0.pdf, accessed 4 March 2019).
87. Marcus Day, Caribbean Drug and Alcohol Research Institute. Personal communication. 4 February 2019.
88. Eliza Kurcevic, Eurasian Harm Reduction Association. Personal communication. 10 February 2019.
89. Lim SH, Guadamuz TE, Altice FL. HIV prevention among MSM and transgender people who use drugs in Asia and the Pacific. *HIV Australia*. 2013;11(4) (<https://www.afao.org.au/article/hiv-prevention-among-msm-transgender-people-use-drugs-asia-pacific>, accessed 4 March 2019).
90. Briefing paper: sex workers who use drugs. Experiences, perspectives, needs and rights: ensuring a joint approach. Global Network of Sex Work Projects, International Network of People Who Use Drugs; 2015 (https://www.inpud.net/sex_workers_who_use_drugs_nswp_inpud_oct_2015.pdf).
91. Stardust Z, Kolstee J, Joksic S, Gray J, Hannan S. A community-led, harm-reduction approach to chemsex: case study from Australia's largest gay city. *Sex Health*. 2018;15(20):179–81.
92. Roux P, Fressard L, Suzan-Monti M, Chas J, Sagaon-Teyssier L, Capitain C et al. Is on-demand HIV pre-exposure prophylaxis a suitable tool for men who have sex with men who practice chemsex? Results from a substudy of the ANRS-IPERGAY Trial. *JAIDS*. 2018;79(2):69–75.
93. Thematic segment: mental health and HIV/AIDS – promoting human rights, an integrated and person-centred approach to improving art adherence, well-being and quality of life. Geneva: UNAIDS; 2018 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20181203_UNAIDS_PCB43_BN_thematic-segment-mental-health-and-HIV_EN.pdf, accessed 4 March 2019).
94. Olga Szubert, Harm Reduction International. Personal communication. 24 January 2019.
95. Gelareh Mostashari, UNODC. Personal communication. 25 January 2019.
96. UNAIDS HIV financial dashboard.

97. UNAIDS Global AIDS Response Progress Reporting and Global AIDS Monitoring reports, 2017–2018.
98. Dmitry Pinevich, First Deputy Minister of Health, Republic of Belarus. Personal communication. 6 February 2019.
99. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. In: Seventieth session, New York, 21 October 2015 (A/RES/70/1; <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>).
100. Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD. What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the Fast-Track approach. *PLOS ONE*. 2016;11(6):e0158253.
101. Chapter 6: health care systems and substance use disorders. In: Facing addiction in America. The Surgeon General's report on alcohol, drugs and health. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2016 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424848/>, accessed 4 March 2019).
102. Metsch L, Philbin MM, Parish C, Shiu K, Frimpong JA, Giang le M. HIV testing, care and treatment among women who use drugs from a global perspective: progress and challenges. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69 Suppl 2:S162–8.
103. van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Jul 1;131(1–2):23.

3. ПРЕОДОЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ В ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА НА ЗДОРОВЬЕ, ЛИЧНОЕ ДОСТОИНСТВО И БЛАГОПОЛУЧИЕ

1. CND Resolution 61/6. Promoting the implementation of the United Nations Guiding Principles on Alternative Development and related commitments on alternative development and regional, interregional and international cooperation on development-oriented, balanced drug control policy addressing socioeconomic issues (2018). In: Sixty-first session, Commission on Narcotic Drugs, New York, 8 December 2017 and 12–16 March 2018.
2. Resolution 61/11. Promoting non-stigmatizing attitudes to ensure the availability, access and delivery of health, care and social services for drug users. In: Sixty-first session, Commission on Narcotic Drugs, New York, 8 December 2017 and 12–16 March 2018.
3. Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem. In: Thirtieth special session, New York, 4 May 2016 (<https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>, accessed 5 March 2019).
4. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4:e357–74.
5. Global Commission on HIV and the Law. HIV and the law: risks, rights & health. 2018 supplement. New York: UNDP; 2018.
6. Strathdee SA, Beletsky B, Kerr T. HIV, drugs and the legal environment. *Int J Drug Pol*. 2015;26(1):S27–S32 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395914002631>, accessed 4 March 2019).
7. Stauffer B. Every 25 seconds: the human toll of criminalizing drug use. In: Human Rights Watch [website]. 12 October 2016. New York: Human Rights Watch; c2019 (<https://www.hrw.org/report/2016/10/12/every-25-seconds/human-toll-criminalizing-drug-use-united-states#>, accessed 8 February 2019).
8. Kontautaitė A, Matyushina-Ocheret D, Plotko M, Golichenko M, Kalvet M, Antonova L. Study of human rights violations faced by women who use drugs in Estonia. *Harm Reduct J*. 2018;15(1):54.
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Portugal: country drug report 2017. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
10. Hughes CE, Stevens A. The effects of the decriminalization of drug use in Portugal. Oxford: The Beckley Foundation; 2007 (<https://core.ac.uk/download/pdf/91904.pdf>, accessed 5 March 2019).
11. A new approach to managing illegal psychoactive substances in Canada. Ottawa; Canadian Public Health Association; 2014 (https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/policy/ips_2014-05-15_e.pdf, accessed 4 March 2019).
12. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of the Philippines. 26 October 2016 (E/C.12/PHL/CO/5-6).
13. Report to the General Assembly. UN Special Rapporteur on health, Anand Grover. In: Sixty-fifth session, New York, 6 August 2010 (A/65/255; <https://undocs.org/en/A/65/255>, accessed 3 March 2019).
14. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Implementation of the joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem with regard to human rights. 14 September 2018 (A/HRC/39/39; <https://undocs.org/A/HRC/39/39>, accessed 3 March 2019).

15. UNAIDS, UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA et al. Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings. 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_en.pdf, accessed 4 March 2019).
16. Measures to reduce pretrial detention. IACHR, OAS; 2017 (<http://www.oas.org/en/iachr/reports/pdfs/pretrialdetention.pdf>, accessed 4 March 2019).
17. African Commission on Human and Peoples' Rights. HIV, the law and human rights in the African human rights system: key challenges and opportunities for a rights-based system. Banjul (The Gambia): African Union; 2018 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/HIV_Law_AfricanHumanRightsSystem, accessed 4 March 2019).
18. Global State of harm reduction 2018. London: Harm Reduction International; 2018 (<https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf>, accessed 4 March 2019).
19. The Human Toll of Georgia's Abusive Drug Policies. In: Human Rights Watch [website]. 13 August 2018. New York: Human Rights Watch; c2019 (<https://www.hrw.org/report/2018/08/13/harsh-punishment/human-toll-georgias-abusive-drug-policies#>, accessed 5 March 2019).
20. Taking stock: a decade of drug policy—a civil society shadow report. London (UK): International Drug Policy Consortium (IDPC); 2018 (<https://idpc.net/publications/2018/10/taking-stock-a-decade-of-drug-policy-a-civil-society-shadow-report>, accessed 18 February 2019).
21. Canada becomes second country legalise Cannabis. In: The Guardian [UK]. 17 October 2018. Guardian News and Media Limited; c2019 (<https://www.theguardian.com/world/2018/oct/17/cannabis-becomes-legal-in-canada-marijuana>, accessed 4 March 2019).
22. The drug killings: who, what, where, when, how? In: The Drug Archive. Ateneo School of Government at Ateneo de Manila University (<https://drugarchive.ph/post/26-the-drug-killings-who-what-where-when-how-master>, accessed 31 January 2019).
23. Philippines' "War on Drugs." In: Human Rights Watch [website]. New York: Human Rights Watch; c2019 (<https://www.hrw.org/tag/philippines-war-drugs>, accessed 4 March 2019).
24. "If you are poor, you are killed." Extrajudicial executions in the Philippines' "War on Drugs." London: Amnesty International; 2017 (https://www.amnestyusa.org/files/philippines_ejk_report_v19_final_0.pdf, accessed 4 March 2019).
25. Joint Statement on the Human Rights Situation in the Philippines. In: Thirty-eighth session, Human Rights Council, New York, 19 June 2018 (<https://dfat.gov.au/international-relations/international-organisations/un/unhrc-2018-2020/statements/Documents/38th-hrc-joint-statement-human-rights-situation-philippines.pdf>, accessed 4 March 2019).
26. Judy Chang, International Network of People Who Use Drugs. Personal communication. 28 January 2019.
27. United Nations Human Rights Committee. General comment No. 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life. 30 October 2018 (https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf, accessed 4 March 2019).
28. Statement by Dr Lochan Naidoo, President, International Narcotics Control Board. In: Fifty-eighth session of the Commission on Narcotic Drugs. Special segment on preparations for the special session of the General Assembly on the world drug problem (UNGASS) to be held in 2016 Vienna, 9–17 March 2015 (https://www.incb.org/documents/Speeches/Speeches2015/Statement_INCB_President_CND_2015_UNGASS_06_03_15V_1_cl_INCB_logo.pdf, accessed 4 March 2019).
29. The death penalty for drug offences: global overview 2018. London: Harm Reduction International; 2019.
30. Mayberry K. Malaysia says no 'U-turn' in death penalty abolition. In: Aljazeera [website]. 16 November 2018 (<https://www.aljazeera.com/news/2018/11/malaysia-turn-death-penalty-abolition-181115061626577.html>, accessed 4 March 2019).
31. Human Rights Council Resolution 12/27. The protection of human rights in the context of immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) (A/HRC/RES/12/27). 22 October 2009.
32. Harm Reduction Coalition calls for removal of legal barriers in response to successful trial of an unsanctioned supervised injection facility in US. In: Harm Reduction Coalition [website]. 8 August 2017. New York and Oakland; Harm Reduction Coalition (<https://harmreduction.org/blog/unsanctioned-supervised-injection-facility-in-us/>, accessed 4 March 2019).
33. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights. In: Thirtieth session of the Human Rights Council, New York, 4 September 2015 (A/HRC/30/65; <https://undocs.org/en/A/HRC/30/65>, accessed 3 March 2019).
34. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding observations on the combined eighth and ninth periodic reports of Canada. 25 November 2016 (CEDAW/C/CAN/CO/8-9; <https://undocs.org/en/CEDAW/C/CAN/CO/8-9>, accessed 3 March 2019).

35. Police statement of support for drug policy reform. Centre for Law Enforcement and Public Health, Law Enforcement Action Partnership; 2019 (https://cleph.com.au/application/files/4815/4957/9983/Statement_of_Support_for_Drug_Policy_Reform_Feb_2019.pdf, accessed 4 March 2019).
36. Krisanaphong Poothakool, Royal Police Cadet Academy Thailand. Personal communication. 9 February 2019.
37. Jones Blantari, Ghana Police. Personal communication. 4 February 2019.
38. UNAIDS, ILO, OHCHR, UNDP, UNESCO, UNFPA et al. Joint statement: compulsory drug detention and rehabilitation centres. 2012 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf, accessed 26 February 2019).
39. International Narcotics Control Board report 2016. Vienna: International Narcotics Control Board; 2016.
40. Garmaise D. Global Fund to end funding for HIV services in drug treatment centers in Viet Nam. Global Fund Observer Newsletter 234. 6 January 2014 (http://www.aidspace.org/gfo_article/global-fund-end-funding-hiv-services-drug-treatment-centres-viet-nam, accessed 4 March 2019).
41. Report of the UN Working Group on Arbitrary Detention on its visit to the United States of America. In: Thirty-sixth session, Human Rights Council, 17 July 2017 (UN Doc. A/HRC/36/37/Add.2).
42. Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice. In: Thirty-second session, Human Rights Council, 8 April 2016 (UN Doc. A/HRC/32/44).
43. Csete J, Pearshouse R. Detention and punishment in the name of drug treatment. New York: Open Society Foundations; 2016 (<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/detention-and-punishment-name-drug-treatment-20160315.pdf>, accessed 4 March 2019).
44. Lunzea K, Lermetb O, Andreevac V, Harigad F. Compulsory treatment of drug use in Southeast Asian countries. *Int J Drug Pol.* 2018;59:10–5.
45. Calabrese SK, Burke SE, Dovidio JF, Levina OS, Uusküla A, Niccolai LM. Internalized HIV and drug stigmas: interacting forces threatening health status and health service utilization among people with HIV who inject drugs in St. Petersburg, Russia. *AIDS Behav.* 2016;20(1):85–97.
46. Measuring HIV-related stigma and discrimination in health care settings in Thailand. Report of a pilot: developing tools and methods to measure HIV-related stigma and discrimination in health care settings in Thailand. International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Thailand; 2014.
47. Briefing paper: sex workers who use drugs. Experiences, perspectives, needs and rights: ensuring a joint approach. Global Network of Sex Work Projects, International Network of People Who Use Drugs; 2015 (https://www.inpud.net/sex_workers_who_use_drugs_nswp_inpud_oct_2015.pdf).
48. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. New York: United Nations General Assembly; 2016.
49. Global partnership for action to eliminate all forms of HIV-related stigma and discrimination. Geneva: UNAIDS; 2018 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/global-partnership-hiv-stigma-discrimination>, accessed 4 March 2019).
50. Guidance note. Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses. Geneva: UNAIDS; 2012 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012_0.pdf, accessed 4 March 2019).
51. UN Human Rights Council Resolution 37/42. Contribution to the implementation of the joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem with regard to human rights (A/HRC/RES/37/42). 23 March 2018.
52. Supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration. In: Second regular session of 2018, Chief Executives Board for Coordination, 7–8 November 2018, Annex I (CEB/2018/2).
53. International Guidelines on Human Rights and Drug Policy. New York: United Nations Development Programme, the International Centre for Human Rights and Drug Policy; 2019.
54. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2016.
55. Council conclusions on promoting the use of alternatives to coercive sanctions for drug using offenders. Council of the European Union; 2018 (http://www.emcdda.europa.eu/document-library/council-conclusions-promoting-use-alternatives-coercive-sanctions-drug-using-offenders_en, accessed 4 March 2019).
56. Model drug law for West Africa. A tool for policy-makers. West Africa Commission for Drugs; 2018 (<https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2018/08/WADC-MDL-EN-WEB.pdf>, accessed 4 March 2019).
57. New model drug law launched in Western Africa. In: UNAIDS [website]. 12 September 2018. Geneva: UNAIDS; c2019 (<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/september/new-model-drug-law-launched-in-western-africa>, accessed 5 March 2019).

58. Jamie Bridge, International Drug Policy Consortium. Personal communication. 17 January 2019.
59. World Drug Report 2018. Vienna: UNODC; 2018.
60. Integrating collaborative TB and HIV services within a comprehensive package of care for people who inject drugs: consolidated guidelines. Geneva: WHO; 2016.
61. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the fifth periodic report of Australia (C.12/AUS/CO/5). 11 July 2017.
62. Communication from Philip Alston, UN Special Rapporteur on extreme poverty and human rights. 17 October 2017 (AUS 5/2017).
63. Social protection: a Fast-Track commitment to end AIDS. Guidance for policy-makers and people living with, at risk of or affected by AIDS. Geneva: UNAIDS; 2018 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/social-protection-fast-track-commitment-end-aids>, accessed 4 March 2019).
64. Support Fund for HIV/AIDS Patients and their Families. In: Social Welfare Department [website]. Social Welfare Department: The Government of the Hong Kong Special Administrative Region; c2005 (https://www.swd.gov.hk/en/index/site_pubsvc/page_medical/sub_supportfun/, accessed 4 March 2019).
65. Domoslawski A. Drug policy in Portugal: the benefits of decriminalizing drug use. In: Open Society Foundations [website]. August 2011. Open Society Foundations; c2019 (<https://www.opensocietyfoundations.org/reports/drug-policy-portugal-benefits-decriminalizing-drug-use>, accessed 4 March 2019).
66. LEAD: National Support Bureau [website]. Seattle; LEAD (<https://www.leadbureau.org/>, accessed 4 March 2019).
67. Collins SE, Lonczak HS, Clifasefi SL. Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD): program effects on recidivism outcomes. *Eval Program Plann.* 2017;64:49–56.
68. Clifasefi SL, Lonczak HS, Collins SE. Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD) program: within-subjects changes on housing, employment, and income/benefits outcomes and associations with recidivism. *Crime & Delinquency.* 2017;1–17.

4. РОЛЬ СООБЩЕСТВ

1. Local actions, global voice: the Support Don't Punish day of action on 26th June 2016. In: Community Action on Harm Reduction [website]. 21 June 2016 (<http://www.cahrproject.org/news/local-actions-global-voice-the-support-dont-punish-day-of-action-on-26th-june-2016/>, accessed 4 March 2019).
2. momsunited to end the war on drugs [website] (<https://www.momsunited.net/listentomom> accessed 5 March 2019).
3. Ukrainian national conference on drug policy. In: EU-ACT [website]. EU-ACT; c2017 (https://eu-act.info/en/news/ukrainian-national-conference-on-drug-policy?fbclid=IwAR3c02DJK7pqHNBS20G9kz3u5debNi62RG11_ZH-tmKjKotlzm84DHnyXao, accessed 4 March 2019).
4. Moldova is preparing for a visit to Portugal [in Russian]. In: EACB [website]. 17 May 2018 (<https://harmreductioneurasia.org/ru/moldova-gotovitsya-k-portugalii/?fbclid=IwAR0FAKUY4Rh1tdEVnENf6oAuPoOS2woMPhbYWnsGB-F3RywNmN840CesHcc>, accessed 4 March 2019).
5. See for example: Russian Public Mechanism for Monitoring of Drug Policy Reform, Shadow Report to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights in relation to the review of the 6th Periodic Report of the Russian Federation (E/C.12/RUS/6). January 2017.
6. See for example: Committee on Economic, Social and Cultural Rights Concluding Observations on the sixth periodic report of the Russian Federation 16 October 2017 (E/C.12/RUS/CO/6).
7. Aaraj E, Jreij Abou Chrouh M. Drug policy and harm reduction in the Middle East and North Africa: the role of civil society. *Int J Drug Policy.* 2016;31:168–71.
8. Maistat L, Kravchenko N, Reddy A. Hepatitis C in Eastern Europe and Central Asia: a survey of epidemiology, treatment access and civil society activity in eleven countries. *Hepatol Med Policy.* 2017;2:9.
9. Drug Policy Impact Assessment for Change in Central and Eastern Europe [website] (available at <http://galiugyventi.lt/drug-policy-impact-assessment-for-change-in-central-and-eastern-europe/> accessed 5 March 2019).
10. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of the Philippines. 26 October 2016 (E/C.12/PHL/CO/5-6).
11. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the combined second to fourth periodic reports of the former Yugoslav Republic of Macedonia. 15 July 2016 (E/C.12/MKD/CO/2-4).

12. Canadian HIV/AIDS Legal Network, International Centre on Human Rights and Drug Policy. Canada: Drug Policy And Economic, Social, And Cultural Rights — Submission To The Committee On Economic, Social and Cultural Rights. 2 February 2016.
13. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the sixth periodic report of Canada. 23 March 2016 (E/C.12/CAN/CO/6).
14. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding observations on the combined eighth and ninth periodic reports of Canada. 25 November 2016 (CEDAW/C/CAN/CO/8-9).
15. Committee on the Elimination of Racial Discrimination. Concluding observations on the combined twenty-first to twenty-third periodic reports of Canada. 13 September 2017 (CERD/C/CAN/CO/21–23).
16. Amnesty International movement adopts new policy positions on abortion and drug control. In: Amnesty International [website]. 9 July 2018. Amnesty International; c2019 (<https://www.amnesty.org/en/latest/news/2018/07/amnesty-international-adopts-abortion-and-drug-control-stance/>, accessed 4 March 2019).
17. NGO reporting guidelines on CEDAW and rights of women who use drugs. Kuala Lumpur: IWRAP Asia Pacific; 2018 (<https://www.iwraw-ap.org/resources/ngo-reporting-guidelines-on-cedaw-rights-of-women-who-use-drugs/>, accessed 4 March 2019).
18. Fischler F. Why drug policy is a feminist issue. In: AWID [website]. 14 November 2018. AWID; c2018 (<https://www.awid.org/news-and-analysis/why-drug-policy-feminist-issue>, accessed 4 March 2019).
19. Nonprofits working with vulnerable groups. In: E.V.A. [website]. E.V.A.; c2010–2017 (<https://evanetwork.ru/en/project/nonprofits-working-with-vulnerable-groups/>, accessed 4 March 2019).
20. St Petersburg administration supports social NGOs. In: The BEARR Trust [website]. London: The BEARR Trust; c2019 (<http://www.bearr.org/st-petersburg-administration-supports-social-ngos/>, accessed 4 March 2019).
21. Resolution 70/266. Political Declaration on HIV and AIDS: on the Fast-Track to Accelerating the Fight against HIV and to Ending the AIDS Epidemic by 2030. In: Seventieth session, New York, 22 June 2016 (A/RES/70/266; http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf, accessed 18 February 2019).
22. 2017–2022 strategic key performance indicator framework. GF/B35/07a - Revision1. Board decision. 26–27 April 2016, Abidjan, Côte d'Ivoire. The Global Fund; 2016 (https://www.theglobalfund.org/media/4230/bm35_07a-2017-2022keyperformanceindicatorframeworknarrative_report_en.pdf?u=636488964120000000; accessed 28 February 2019).
23. Peter Sarosi, European Union Civil Society Forum on Drugs. Personal communication. 10 January 2019.
24. Varentsov A. As funding from the Global Fund is phased out, Bulgaria struggles to find sustainable financing. In: aidspan.org [website]. 19 September 2017. Aidspan; c2002–2017 (<http://www.aidspan.org/ru/node/4344>, accessed 4 March 2019).
25. Budget advocacy: a guide for community activists. Vilnius (Lithuania): Eurasian Harm Reduction Association; 2018.
26. Oxana Ibragimova, Eurasian Harm Reduction Network. Personal communication. 1 February 2019.
27. Social contracting: working towards sustainable responses to HIV, TB and malaria through government financing of programs implemented by civil society. APMG Health; 2017 (https://apmghealth.com/sites/apmghealth.com/files/projects/docs/global_consultation_on_social_contracting_-_background_paper.pdf, accessed 4 March 2019).
28. Power L. Civil society under threat: how can HIV advocates resist the impact? In: aidsmap.com [website]. 26 July 2018. London: NAM publications; c2019 (<http://www.aidsmap.com/Civil-society-under-threat-How-can-HIV-advocates-resist-the-impact/page/3314276/>, accessed 4 March 2019).
29. Civil society under threat – experience from Russia. In: Andrey Rylkov Foundation for Health Justice [website]. 5 August 2018 (<http://en.rylkov-fond.org/blog/voices-from-russia/aids-2018/>, 4 March 2019).
30. Russian HIV prevention group closes after fine under "Foreign-Agent" law. In: Radio Free Europe/Radio Liberty [website]. 4 December 2018. Radio Free Europe/Radio Liberty; c2019 (<https://www.rferl.org/a/russian-hiv-prevention-group-closes-after-fine-under-foreign-agent-law/29636884.html>, accessed 4 March 2019).
31. Plavinskiy (Плавинский). Presentation at the EECAAC 2018 (available at <http://www.eecaac2018.org/eecaac/summary/>).
32. Information Bulletin (<http://www.hiv-spb.ru/inf-bulletin-6-2017.pdf>, accessed 5 July 2018).
33. Gusev D. Modern aspects of counteracting the spread of HIV infection in St. Petersburg (<http://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/frn/vich/17/october/prez/5-K-02.pdf>, accessed 5 July 2018).
34. Sergeg Dugin, Director, Humanitarian Action. Personal communication. 16 January 2019.

Авторское право © 2019
Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)
Все права защищены.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ. ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и правильность содержащейся в данной публикации информации и не несет ответственности за ущерб, связанный с ее использованием.

ЮНЭЙДС / JC2954R



UNAIDS
Joint United Nations
Programme on HIV/AIDS

20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org