



**Громадська організація «Центр психосоціальної реабілітації
хімічно залежної молоді «Крок за кроком»**

Київський національний університет внутрішніх справ

**Центральна санітарно-епідеміологічна станція
Міністерства внутрішніх справ України**

**Права людини.
Робота працівників міліції з особами, які живуть з
ВІЛ/СНІД та особами, які вживають наркотики**

Це видання здійснено за фінансової та експертної підтримки
Міжнародного Фонду «Відродження».

Київ-2008

Авторський колектив;

Гончарова І.О. – спеціаліст громадської організації «Центр психосоціальної реабілітації хімічно–залежної молоді «Крок за кроком»

Домбровський С.П. – завідувач проепідемічним відділенням центральної санітарно-епідеміологічної станції Міністерства внутрішніх справ України

Никифорчук Д.Й. – начальник кафедри національної безпеки та протидії злочинності Київського національного університету внутрішніх справ, кандидат юридичних наук, доцент

Пелагеша О.Г. – науковий співробітник наукової лабораторії з проблем громадської безпеки навчально-наукового інституту підготовки кадрів громадської безпеки та психологічної служби Київського національного університету внутрішніх справ

Стрільців О.М. – начальник наукової лабораторії проблем боротьби з незаконним обігом наркотиків Київського національного університету внутрішніх справ, кандидат юридичних наук

Тищенко С.П. – керівник громадської організації «Центр психосоціальної реабілітації хімічно–залежної молоді «Крок за кроком»

Рецензенти:

Западнюк Б.В. – начальник кафедри судової медицини Київського національного університету внутрішніх справ, доктор медичних наук, професор

Галай А.О. – начальник кафедри громадської безпеки навчально-наукового інституту підготовки кадрів громадської безпеки та психологічної служби Київського національного університету внутрішніх справ, кандидат юридичних наук, доцент

За загальної редакції професора **О.М. Джужи.**

Для працівників органів внутрішніх справ, які в процесі професійної діяльності контактують з особами, що належать до вразливих щодо ВІЛ/СНІДу груп. Для курсантів, слухачів і ад'юнктів закладів освіти МВС України, а також викладачів.

Глосарій

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

Антиретровірусна (АРВ) терапія – вживання специфічних фармацевтичних протівірусних препаратів з метою сповільнення розвитку вірусу імунодефіциту в організмі та попередження або лікування СНІДу

АРВ-препарати (антиретровірусні препарати) – протівірусні лікарські засоби прямої дії для системного застосування, які пригнічують розмноження ВІЛ в організмі людини і попереджають руйнування імунної системи. Відповідно до Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення” ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни мають право на безплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного у них захворювання, в тому числі АРВ-препаратами. Призначення та видача АРВ-препаратів ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД особам здійснюється винятково у спеціалізованих закладах охорони здоров'я.

АРТ (антиретровірусна терапія) – лікування АРВ-препаратами, яке уповільнює розмноження ВІЛ в організмі людини, дозволяє подовжити життя з ВІЛ-інфекцією, а також зупинити розвиток СНІДу. АРТ передбачає одночасний прийом комбінації не менше трьох АРВ-препаратів. АРТ не знищує ВІЛ в організмі людини. Ефективна АРТ сприяє пригніченню реплікації ВІЛ, відновленню функції імунної системи, продовженню та підвищенню якості життя ВІЛ-інфікованих, зменшує ризик передачі ВІЛ. Вкрай важливим є забезпечення безперервності прийому АРТ. Це означає, що особа має вживати АРВ-препарати тривалий час, практично протягом усього життя, відповідно до призначеного лікарем режиму прийому АРВ-препаратів. АРТ проводиться за призначенням лікаря амбулаторно або в умовах стаціонару.

ВІЛ– вірус імунодефіциту людини.

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

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

Гепатит В, гепатит С– вірусні захворювання печінки, а нерідко й інших органів людини, які можуть призвести до тяжких наслідків

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

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

Інкубаційний період – проміжок часу між зараженням та проявами перших симптомів захворювання.

Інфекція – стан, коли в організм потрапляє бактерія, грибок, вірус, що в подальшому призводить до захворювання.

ІПСШ (ХПСШ) – інфекції/хвороби, які передаються статевим шляхом.

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

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

Ноноксион – 9 – речовина, яка знищує сперматозоїди, ВІЛ та збудників ІПСШ.

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

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

Постконтактна профілактика (ПКП) – короткостроковий курс антиретровірусних препаратів для зменшення ймовірності інфікування

вірусом імунодефіциту людини після контакту з біологічними рідинами іншої людини.

ПОШ – пункт обміну шприців.

Психічна залежність – хворобливе непереборне прагнення (потяг) повторно приймати окремі препарати для того, щоб позбутися психічного дискомфорту (ломки).

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

СІН – споживач ін'єкційних наркотиків.

Синдром – група симптомів захворювання.

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

СНІД – синдром набутого імунодефіциту, спричинений ВІЛ, кінцева стадія ВІЛ-інфекції.

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

Толерантність – стан, що виникає від багаторазового вживання наркотичних засобів або психотропних речовин, при якому організм знижує або втрачає чутливість до окремих речовин, в результаті чого послаблюється дія попередньої дози наркотичного засобу або психотропної речовини. Для одержання такого самого ефекту необхідно поступово збільшувати дозу наркотику. В результаті необхідна доза зростає в 10–100 разів порівняно з першим введенням.

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

ХПСШ – хвороби, що передаються статтем шляхом.

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

Зміст

Розділ I. Загальні аспекти ВІЛ/СНІД	7
1.1. Поняття про ВІЛ/СНІД.	7
1.2. Законодавчі акти з ВІЛ/СНІД	11
1.3. Шляхи інфікування ВІЛ. Основні заходи профілактики інфікування ВІЛ.	14
1.4. Заходи щодо захисту працівників органів внутрішніх справ від інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків.	19
1.5. Тестування на ВІЛ. Лікування ВІЛ – інфекції	21
Розділ 2. Правоохоронна діяльність та програми зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків.....	25
2.1. Поняття та правове регулювання програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків	25
2.2. Взаємодія органів внутрішніх справ і громадських організацій щодо реалізації програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків	36
2.3. Дотримання прав осіб, які беруть участь у реалізації програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків	45
2.3.1. Порядок поводження з ВІЛ-інфікованими особами, які приймають АРВ-препарати, під час затримання їх працівниками міліції	52
Використана та рекомендована література	55

1. Загальні аспекти ВІЛ/СНІД

1.1. Поняття про ВІЛ/СНІД.

Пандемія ВІЛ-інфекції/СНІДу – це найсуттєвіша подія щодо інфекційної захворюваності людства у 20-му столітті.

СНІД – синдром набутого імунodefіциту, як війна, впав на людство і продовжує наступати, вражаючи все нові країни та континенти. На відміну від військових дій ВІЛ-інфекція у більшості країн розповсюджується непомітно, і людство вже побачило страшні наслідки хвороби та смерть мільйонів людей.

За даними ЮНЕЙДС (Об'єднана програма ООН по ВІЛ/СНІД) у 2007 році оціночна кількість осіб, які живуть з ВІЛ становила 33 (30,3 – 36,1) млн. осіб. Цього ж року зареєстровано 2,7 (2,2 – 3,2) млн. нових випадків ВІЛ-інфекції та 2 (1,8 – 2,3) млн. смертельних випадків, спричинених СНІДом.

В Україні епідемія ВІЛ-інфекції продовжує поширюватись. У більшості регіонів зростає кількість інфікованих, хворих на СНІД і тих, що померли від цієї хвороби. Протягом 2007 року в країні зареєстровано 17 670 нових випадків інфікування ВІЛ серед громадян України, а за 6 місяців 2008 року – вже 9357. У 2007 році діагноз СНІД встановлено 4 573 ВІЛ-інфікованим громадянам України, у тому числі 115 дітям віком до 14 років. І ця тенденція зберігається у першому півріччі 2008 року. Епідемія ВІЛ-інфекції у 2007 році забрала життя 2 507 хворих на СНІД, з них 23 дітей. За перше півріччя 2008 року від цієї хвороби вже вмерло 1370 осіб.

Станом на 01.01.2008 р. кількість ВІЛ-інфікованих, які перебувають під медичним наглядом в Україні, становить 81 741 особа. У 8 944 ВІЛ-інфікованих осіб хвороба досягла кінцевої стадії – СНІДу.

Найбільшого поширення ВІЛ-інфекція набула в Одеській, Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській областях, м. Севастополі та АР Крим. У цих регіонах також зареєстровано найвищий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

Структура шляхів інфікування ВІЛ за дванадцять місяців 2007 року була такою: парентеральний (в основному при введенні ін'єкційних наркотиків) – 40,1 %, статевий – 38,4 % (переважно гетеросексуальний), від матері до дитини – 19,4 %, не встановлений – 2,1 %.

За дванадцять місяців 2007 року зареєстровано 7 084 ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків, що становить 40,1 % від загальної кількості офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України.

Протягом 2007 року проведено понад 2,8 млн. обстежень на наявність антитіл до ВІЛ серед громадян України, а кількість ВІЛ-позитивних результатів становила 32 831.

Продовжує зростати кількість ВІЛ-інфікованих осіб серед вагітних жінок та потенційних донорів. У 2007 році серед вагітних жінок було виявлено 3 633 ВІЛ-інфіковані особи, а серед донорів - 1 138.

Динаміку реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції, СНІД та смерті від СНІД за період 1987-2007 рр. серед населення України представлено в такій таблиці:

ВІЛ-інфіковані особи	Роки													
	1987-94	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції	183	1490	5400	8913	8575	5827	6212	7000	8756	10009	12491	13770	16078	17670
Кількість осіб з вперше встановленим діагнозом СНІД	32	45	143	189	398	586	647	867	1353	1915	2743	4217	4723	4573
Кількість померлих від СНІД	15	19	69	82	148	253	414	473	834	1285	1775	2188	2425	2507

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

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

Що ж таке ВІЛ/СНІД?

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

Якими ж були особливості розвитку хвороби? Запалення легенів спричинялось мікроорганізмами (пнеumoцистою), які знаходяться на слизових оболонках дихальних шляхів кожного з нас, однак не викликають захворювання. Щодо пухлин, то на першому місці у цих молодих людей були пухлини судин шкіри (так звана саркома Капоши), яка дуже рідко зустрічається у людей похилого віку і зазвичай буває доброякісною. У цих молодих людей захворювання закінчувалось смертю на фоні зниження імунних (захисних) сил організму. Коли такі та подібні захворювання набули подальшого розповсюдження, виникла підозра щодо їх інфекційного походження. У 1983р. у таких хворих було виділено вірус, який спричинює зниження імунітету, тому його назвали **ВІЛ – вірус імунодефіциту людини**, а людину, яка інфікована ВІЛ – **ВІЛ-інфікованою**. Потрібно знати, що клінічні прояви СНІДу дуже різноманітні, пнеumoцистна пнеumoнія та саркома Капоши – це лише деякі з клінічних проявів СНІДу. Взагалі, внаслідок дії ВІЛ відбувається глибоке ушкодження імунної системи, і людина стає беззахисною перед збудниками різних інфекцій.

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

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

Далі хвороба переходить у безсимптомну стадію, людина почуває себе здоровою, зберігається працездатність, ніяких клінічних проявів немає, але така людина є джерелом зараження. В організмі людини ВІЛ розмножується і продовжує руйнувати імунну систему.

Тобто особливістю ВІЛ – інфекції є те, що ВІЛ-інфіковані люди протягом тривалого часу від моменту зараження не відчують змін стану свого здоров'я, тобто існує період відносного благополуччя, коли самопочуття ВІЛ-інфікованої людини не впливає на біологічну та соціальну активність. ВІЛ-інфікований зберігає працездатність, може навіть не підозрювати про те, що він є інфікованим.

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

За останні роки у світі винайдено ряд медичних препаратів, які дозволяють затримати перехід від “безсимптомного” носійства до СНІДу та навіть знизити тяжкість протікання СНІДу у особи, однак ці фармацевтичні препарати (антиретровірусна терапія, АРТ) досить дорогі. Так, у середньому, щоб забезпечити пристойне лікування протягом року одного хворого на СНІД, потрібно близько 7-8 тисяч доларів США.

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

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

Безпосередні наслідки зараження - хвороба та смерть окремих осіб (кількість яких зростає) відіграють основну роль у долі окремих людей,

однак цим не вичерпуються наслідки розвитку епідемії. Зростання кількості хворих на СНІД та смерті від СНІДу призводить до:

- виключення із суспільного життя молоді, – основної рушійної сили суспільства, яка започатковує майбутній потенціал нації та бере активну участь у створенні національного доходу ;
- зростання витрат на надання медичної допомоги молоді. Тобто у відсутність епідемії ВІЛ/СНІДу частка медичної допомоги для молоді була незначною, оскільки молодь – здорова частина суспільства. Із зростанням кількості хворої на СНІД молоді – зменшиться частка допомоги людям похилого віку;
- зростання кількості сиріт та ВІЛ-інфікованих дітей;
- зростання частки людей похилого віку, які залишаються без догляду у зв'язку зі смертю від СНІДу своїх дітей, тобто молоді;
- зростання витрат бюджету країни на протидію пандемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

На думку фахівців, якщо такі темпи розповсюдження ВІЛ-інфекції в Україні збережуться, то прогноз на 2010 рік буде таким:

- загальна кількість смертей від СНІДу в країні, за наростаючим підсумком, становитиме 459 тисяч; до 2014 року – 479 – 820 тис. осіб;
- щорічно від СНІДу буде померати 35-65 тисяч осіб;
- для лікування хворих на СНІД у 2010 році знадобиться 533 мільйони гривень (це приблизно теперішній річний бюджет усього Міністерства охорони здоров'я).

У 2014 році СНІД скоротить середню тривалість життя на 2-4 роки.

У тому ж 2014 році в Україні через смерть обох батьків від СНІДу з'явиться 42 тис. повних сиріт.

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

1.2. Законодавчі акти з ВІЛ/СНІД

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

Вірусоносіїв тривожить можливість розголошення таємниці про їх інфікованість, агресивне ставлення з боку оточуючих. Їх пригнічує обмеження в інтимному житті, побоювання щодо створення повноцінної сім'ї, небезпека народження ВІЛ-інфікованих дітей.

Ці та інші питання хвилюють і інфікованих і суспільство, в якому вони живуть.

Тому й розроблено документи правового характеру, які визначають відповідальність ВІЛ-інфікованих перед суспільством та відповідальність суспільства перед ВІЛ-інфікованими. Такими документами є:

1. Закон України “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення”, прийнятий Верховною Радою у 1991р. та доповнення до нього від 03.03.1998р

У Законі дається визначення СНІДу як особливо небезпечної інфекційної хвороби, що викликана вірусом імунодефіциту людини і через відсутність на даний час специфічних методів профілактики та ефективних методів лікування призводить до смерті. Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі та в Україні створює загрозу для особистої, громадської та державної безпеки, спричиняє важкі соціально-економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вжити спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян та суспільства.

В Законі викладено:

- елементи стратегії і тактики профілактики ВІЛ/СНІДу;
- умови та порядок тестування на ВІЛ (на принципах добровільності);
- соціальний захист ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та членів їх сімей;
- соціальний захист медичних та інших працівників, професійна діяльність яких пов'язана з ризиком інфікування ВІЛ;
- відповідальність за порушення законодавства у сфері боротьби зі СНІДом.

У статті 4 Закону є важлива для працівників органів внутрішніх справ теза, в якій сказано, що держава гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні речовини

шляхом ін'єкції, зокрема створенням умов для заміни використаних ін'єкційних голок та шприців на стерильні.

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

- **стаття 130.** Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби.

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

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

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

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

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

Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, – карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподаткованих мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до трьохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

На сьогодні в Україні організовано профілактичні заходи відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 року № 264

“Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 роки” та Указу Президента України «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні» від 12 грудня 2007 року № 1208.

1.3. Шляхи інфікування ВІЛ. Основні заходи профілактики інфікування ВІЛ.

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) тісно зв'язаний з певними клітинами людини і насамперед з клітинами крові (лейкоцитами, лімфоцитами) та клітинами нервової системи. Поза цими клітинами вірус може знаходитись у всіх біологічних рідинах організму людини, тільки в різних концентраціях. Зрозуміло що у крові концентрація вірусу в тисячі разів більше, чим у сечі чи слині. Тобто високі концентрації вірусу у ВІЛ-інфікованої людини є в крові, спермі, секреті піхви, материнському молоці.

Звідси виходить, що шляхи передачі ВІЛ від однієї людини до іншої такі:

- при користуванні непродезінфікованими, забрудненими кров'ю, а отже, і можливо ВІЛ, спільними голками та шприцами (у споживачів ін'єкційних наркотиків), або за таких же умов - при пірсингу, татуюванні. Питання інфікування на ВІЛ та деякі інші інфекційні хвороби, які передаються через кров, особливо в середовищі споживачів ін'єкційних наркотичних речовин, більш детально викладені нижче, в розділі, що висвітлює стратегію зниження шкоди при вживанні наркотичних речовин шляхом ін'єкцій.
- при переливанні крові від зараженого ВІЛ донора або при пересадці від нього органів і тканин (зараз цей шлях передачі майже виключений, бо всі донори проходять обов'язкове тестування на ВІЛ).
- при незахищеному сексуальному контакті з інфікованим партнером; Оскільки сексуальний шлях інфікування є домінуючим серед шляхів передачі ВІЛ-інфекції, про заходи профілактики буде сказано нижче, у більш розгорнутому вигляді.
- від інфікованої матері до дитини під час вагітності, пологів або при годуванні грудним молоком. У випадку вагітності ВІЛ-інфікованої жінки ризик народження інфікованої дитини значною мірою залежить від стану здоров'я вагітної, кількості вірусу в її крові, симптомів хвороби, тривалості пологів. У середньому ймовірність народження ВІЛ-інфікованої дитини від інфікованої матері ще недавно складала 30-35%. На сьогодні, завдяки винайденню та застосуванню антиретровірусних препаратів існує доволі ефективна профілактика інфікування від матері до дитини. До вищевказаних заходів належить також відмова від використання материнського молока, тобто заміна його донорським або штучними молочними сумішами. Запорукою зниження передачі ВІЛ-інфекції до дитини є своєчасне звернення вагітної до лікарів. Тобто вагітна жінка незалежно від того, чи знає вона про свій ВІЛ-статус, повинна якомога раніше з'явитись у жіночу консультацію.

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

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

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

ВІЛ не передається:

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

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

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

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

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

Отже, виходячи з шляхів передачі інфекції, профілактичні заходи є такими:

- профілактика інфікування при використанні голок, шприців, іншого інструментарію для немедичних маніпуляцій – забезпечення якісної дезінфекції і стерилізації їх, навчання осіб, які цими інструментами користуються, відповідних правил;
- профілактика ВІЛ-інфекції в умовах лікувально-профілактичних установ та при донорстві – дотримання медичними працівниками вимог санітарно-протиепідемічного режиму, обов'язкове тестування донорів на ВІЛ;
- профілактика інфікування при сексуальному контакті – навчання “безпечній“ сексуальній поведінці, розповсюдження та обов'язкове використання презервативів;
- профілактика інфікування новонароджених дітей від ВІЛ-інфікованої матері.

Тобто, ще раз зазначаємо: інфікування ВІЛ відбувається за певної поведінки, заходи профілактики ґрунтуються не на організації якихось спеціальних медичних втручань, а залежать від підвищення освіченості населення з цих питань, зміни їхньої поведінки задля уникнення інфікування.

Треба наголосити, що серед шляхів інфікування ВІЛ-інфекцією в Україні переважає інфікування, пов'язане з вживанням наркотичних речовин шляхом ін'єкцій. Однак в останні роки зростає питома вага ВІЛ-інфікованих, зараження яких відбулось сексуальним шляхом. Так у 2000 р. ця частка становила 23,0%, а у 2006 р. – вже 35,3%.

Тому знизити ризик інфікування, або зовсім виключити його (тобто інфікування) може лише додержання принципів концепції “безпечного сексу”. Ця концепція стала альтернативою сексуальної революції, яка охопила світ у 60-ті роки. Більше того, «безпечний секс» став своєрідною міркою рівня життя суспільства, показником його якості та комфортності. Разом з тим стало очевидним, що концепція «безпечного сексу» ефективна у тих країнах, де секс, культура та виховання мають глибоке коріння.

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

Такими формами є:

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

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

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

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

Якщо ці умови вам не підходять, то є третій шлях.

III. Освоїти та невинно дотримуватись концепції “безпечного сексу”.

Для цього потрібно додержуватись таких правил:

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

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

Захист від інфікування ефективний за умови обов'язкового і правильного використання презервативів. Усі відмовки щодо незручностей і т. ін. – це не привід, щоб віддати перевагу СНІДу ніж презервативу. Щодо правильного використання презерватива то це умови, щоб презерватив не розірвався при сексуальних зносинах, тобто щоб не відбулось зараження.

Правила використання презервативів такі:

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

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

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

Щодо альтернативних форм сексуального життя, то це є:

- сексуальне самозадоволення (онанізм). Онанізм абсолютно безпечний і його можна використовувати в разі відсутності сексуального партнера. Згідно з сучасними науковими дослідженнями онанізм не призводить до негативних наслідків для організму і розглядається як одна з форм

сексуального життя в певних ситуаціях. Як варіанти самозадоволення можна розглядати: фантазії, читання книг, перегляд відеофільмів, журналів еротичного змісту, мастурбація та взаємна мастурбація.

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

- екстравагінальні статеві зносини – одержання сексуального задоволення партнерів з допомогою статевого члена, але без участі вагіни. Потрібно наголосити, що деякі способи екстравагінальних зносин не є безпечним сексом. Так, при оральному сексі існує загроза інфікування при безпосередньому контакті слизових оболонок порожнини рота з сім'ям. Тому захист у таких випадках – користуватися презервативами.

Знаючи всі можливі шляхи зараження та засоби попередження, сексуальні партнери повинні вибрати конкретну форму статевого життя. Наповнений емоціями та різноманітністю секс буде гарантом міцності шлюбу, вірності сексуального партнера. А це головний бар'єр на шляху розповсюдження ВІЛ/СНІДу та хвороб, які передаються статевим шляхом..

У зв'язку зі сказаним, до заходів з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні залучено не тільки Міністерство охорони здоров'я та його робочий орган – комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, мережа центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, а й інші міністерства та відомства - Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство освіти та науки, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство праці та соціальної політики, Міністерство оборони, Державний департамент України з питань виконання покарань, Державний комітет з телебачення та радіомовлення, обласні, міські та районні держадміністрації, які в свою чергу залучають до цієї роботи інші територіальні органи виконавчої влади та неурядові (громадські) організації, яких в Україні понад 300.

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

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

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

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

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

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

Ризиком зараження для працівників, які проводять обшук, є:

- укол голкою або іншим гострим предметом, який може містити залишки крові;
- попадання крові або інших біологічних рідин до відкритої рани чи у садно на шкірі;
- попадання крові або інших біологічних рідин на слизові оболонки очей, ротової або носової порожнин.

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

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

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

У разі виникнення ситуації, яка призвела до ризику зараження (поранення шкіри чи слизових оболонок предметами, які можуть містити залишки крові, попадання крові або інших біологічних рідин на слизові оболонки), потрібно виконати таке:

- якщо контакт з кров'ю або іншими біологічними рідинами супроводжувався порушенням цілісності шкіри (укол, поріз) – негайно видавити кров з рани; ушкоджене місце обробити одним з дезінфектантів (розчином йоду, перекису водню, спирту тощо); ретельно вимити руки з милом під проточною водою; на рану накласти пластир (пов'язку);
- у разі потрапляння крові, біологічних рідин на слизові оболонки ротової та носової порожнини, очей – ретельно промити місця забруднення проточною водою (не втирати) та по можливості продезінфікувати порожнини носа і очей – закапати розчин альбуциду, ротової порожнини – промити розчином перманганату калію;
- у всіх вказаних випадках – терміново звернутися для надання кваліфікованої медичної допомоги, в т.ч. для проведення екстреної (постконтактної) профілактики фармацевтичними засобами до центру профілактики і боротьби зі СНІДом. Для м. Києва – міський центр знаходиться за адресою: вул. Відпочинку, 11, тел.(450-82-55, 450-91-68).
Постконтактна профілактика (ПКП) - це короткостроковий курс антиретровірусних препаратів для зменшення ймовірності інфікування вірусом імунодефіциту людини після контакту з біологічними рідинами. ПКП бажано зробити якнайшвидше, але не пізніше 24-36 годин після факту „аварії”.

1.5. Тестування на ВІЛ. Лікування ВІЛ – інфекції

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

З'ясувати для себе питання, що стосуються ВІЛ/СНІДу, Ви також можете зателефонувавши на безкоштовну національну лінію довіри з питань ВІЛ/СНІДу: тел. **8 800 500 45 10**.

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

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

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

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

Існують такі методи лабораторної діагностики ВІЛ:

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

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

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

Можливі такі результати тестування: негативний, позитивний, невизначений.

Позитивний результат означає:

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

Але це не означає, що:

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

Водночас, ВІЛ-позитивні мають можливість:

- безкоштовно отримувати кваліфіковане лікування та консультації лікарів щодо стану свого здоров'я;
- безкоштовно проходити необхідні обстеження та отримувати ліки;

- безкоштовно отримувати профілактику під час вагітності і допомогу при пологах;
- отримувати консультування щодо планування сім'ї, здорового способу життя, належного харчування й т. ін.

Негативний результат означає:

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

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

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

Можливі причини невизначеного результату: ревматоїдний артрит; розсіяний склероз; системний червоний вовчак; туберкульоз, цукровий діабет першого типу; хвороба Аддісона; анкілозний спондилит; хронічний гепатит; злоякісні новоутворення; людина інфікована недавно, і її організм ще не встиг виробити достатню кількість антитіл; а також у людей, яким протягом останні 30 днів робили щеплення проти грипу або ін'єкції гаммаглобуліну, переливання крові або пересадку органів.

Чому потрібно знати свій ВІЛ-статус?

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

- сильна мотивація для того, щоб результат тесту залишався негативним;
- можливість ухвалення усвідомлених рішень про подальші сексуальні відносини;
- можливість інформування сексуальних партнерів про переваги проходження тесту і надання підтримки в ухваленні цього рішення;
- планування майбутнього з урахуванням свого ВІЛ - негативного статусу.

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

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

У зв'язку з появою специфічних фармацевтичних препаратів (антиретровірусні препарати) СНІД перестав бути смертельною хворобою, однак залишається невиліковною хронічною хворобою, яка при несвоєчасному та некваліфікованому лікуванні може призвести до смерті.

В останні роки у світі винайдено ряд медичних препаратів, які дозволяють затримати перехід від “безсимптомного” носійства до стадії СНІДу і навіть знизити тяжкість протікання СНІДу в особи (антиретровірусна терапія, АРТ).

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

АРВ – препарати не в змозі повністю знищити ВІЛ, вони лише утримують кількість вірусу на мінімальному рівні.

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

Дуже важливо приймати АРВ – препарати відповідно до порад лікаря.

Важливим є питання, коли саме потрібно починати антиретровірусну терапію?

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

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

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

Груп препаратів небагато (3). І якщо часто змінювати схему лікування, то врешті решт препарат, до якого розвинулась резистентність, буде просто нічим замінити.

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

Співробітники міліції через незнання ці препарати приймають за наркотики і не дають затриманим приймати їх вчасно, що вкрай неприпустимо.

Працівники міліції повинні мати список з назвами АРВ – препаратів і знати, як вони виглядають.

Нижче зазначено деякі назви АРВ – препаратів:

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

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

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

Серед недоліків АРТ можна виділити такі:

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

РОЗДІЛ II.

Правоохоронна діяльність та програми зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків

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

У середині ХХ століття Сполучені Штати Америки та Західну Європу, а згодом і увесь світ поглинула хвиля стрімкої наркотизації суспільства. Катастрофічних розмірів набуло незаконне поширення наркотиків, які стали серйозною загрозою здоров'ю і благополуччю людей та набули транснаціонального характеру. Зазначене торкнулося й України. Нелегальний обіг наркотиків в країні набув значних масштабів, став досить серйозним соціальним чинником, який негативно впливає на розвиток суспільства в цілому. За останні п'ять років кількість осіб, які зловживають наркотиками, зросла майже в 1,4 рази. Так, якщо на початку 2003 року органами внутрішніх справ було зареєстровано 120 тис. таких осіб, то станом на 01.01.2007 на обліку перебуває 173 тис. осіб. Спеціальні дослідження показують, що їх реальна кількість сягає понад півмільйона осіб.

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

Як свідчить статистика, одночасно із зростанням кількості осіб, які зловживають наркотиками, приблизно в такій же прогресії зростає й кількість ВІЛ-інфікованих. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом на початку 2008 року в Україні було зареєстровано майже 125 тис. ВІЛ-інфікованих. За дванадцять місяців 2007 року в країні зареєстровано 7 084 нових ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків, що становить 40,1 % від загальної кількості офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих громадян України. Таким чином, розповсюдження ВІЛ/СНІД на сьогодні в Україні безпосередньо пов'язане з розповсюдженням ін'єкційного вживання наркотиків.

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

обов'язків. Це стосується насамперед медичних працівників та співробітників правоохоронних органів.

Історія руху зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків (далі – зменшення шкоди) бере свій початок у середині 80-х років і нерозривно пов'язана з початком епохи епідемії СНІДу серед споживачів ін'єкційних наркотиків у США, Західній Європі та інших країнах. У ці роки у Великобританії, Австралії, Німеччині, Швейцарії, Нідерландах, Канаді та інших країнах почали діяти національні програми обміну шприців і допомоги споживачам наркотиків, що одержали державну підтримку і фінансування. У зв'язку із загрозою епідемії ВІЛ-інфекції в цих країнах з'явилась потреба розробити різні моделі програм, які були б привабливі для споживачів наркотиків і відповідали б їхнім реальним потребам. Створені на цій основі служби дістали загальну назву «програми зменшення шкоди». Потрібно наголосити, що вказана стратегія використовується не тільки в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків, а й серед інших, вразливих щодо інфікування верств населення, таких, як працівники секс-бізнесу, чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ).

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

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

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

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

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

По відношенню до споживачів ін'єкційних наркотиків стратегія побудована на розумінні того, що ні боротьба з поширенням наркоманії, ні

лікування та реабілітація наркозалежних осіб не є ефективними засобами профілактики ВІЛ/СНІДу.

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

Підхід «зменшення шкоди» в Україні одержав підтримку на державному рівні та був включений до законодавчих актів у сфері профілактики ВІЛ-інфекцій та СНІДу. Стаття 4 Закону України „Про запобігання захворювання на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” від 12.12.1991 року № 1972-ХІІ передбачає: „Держава гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби шляхом ін’єкцій, зокрема створення умов для заміни використаних ін’єкційних голків і шприців на стерильні”, «сприяння благодійній діяльності, спрямованій на профілактику розповсюдження ВІЛ-інфекції, боротьбу зі СНІДом та соціальний захист населення».

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

Концепцією стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 роки, затвердженою постановою Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 року № 264, визначається проведення таких заходів:

п. 22. Забезпечити доступ уразливих груп населення до цільових заходів і програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та хвороб, що передаються статевим шляхом;

п. 23. Розширити практику застосування різних методів у роботі з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед уразливих груп населення («соціальна робота на вулиці» та «рівний – рівному»);

п. 24. Сприяє розвитку мережі закладів та установ соціального спрямування для роботи із споживачами ін’єкційних наркотиків. Забезпечити функціонування постійно діючих служб роботи з ін’єкційними споживачами наркотиків з метою 60-відсоткового охоплення їх заходами стратегії зменшення шкоди;

п. 25. Створити умови для надання психологічних, соціальних, юридичних, медичних та консультаційних послуг з метою зменшення ризику уразливості до інфікування ВІЛ та недопущення дискримінації ВІЛ-інфікованих, у тому числі у сфері праці;

п. 26. Запровадити метод замісної терапії з метою зменшення ризику інфікування ВІЛ та забезпечення доступу до антиретровірусної терапії споживачів ін'єкційних наркотиків.

Відповідальними за виконання зазначених пунктів є: Міністерство у справах сім'ї, дітей та молоді, МОН, МОЗ, Мінпраці, Міноборони, МВС, СБУ, Державній департамент з питань виконання покарань, Держкомтелерадіо, Держкомрелігій, Держкомнацміграції, Адміністрація Держприкордонслужби, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації за участю Товариства Червоного Хреста України, Всеукраїнської асоціації зменшення шкоди, міжнародних донорських, громадських та благодійних організацій.

Таким чином, основні напрями програми зменшення шкоди в Україні дістали нормативне закріплення.

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

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

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

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

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

Головними завданнями програм зменшення шкоди є:

- встановлення контакту з представниками цільової групи СІН, сприяння у відновленні і підтримці контактів СІН із соціальними і медичними службами;

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

Основним інструментом зменшення шкоди є:

- інформаційно–просвітницька робота серед споживачів ін'єкційних наркотиків щодо безпечних способів їх вживання (тут та нижче під терміном «безпечний» треба розуміти такий, що попереджає інфікування та інші ускладнення здоров'я), а саме:
- вулична соціальна робота (аутрич-робота), забезпечення споживачів ін'єкційних наркотиків необхідними засобами для безпечного введення наркотиків шляхом ін'єкцій, зокрема стерильними шприцами та голками, а також дезінфекційними речовинами і презервативами;
- консультування та інформаційна освіта;
- створення груп взаємодопомоги;
- замісна підтримуюча терапія;
- зменшення або відміна кримінального покарання за порушення, пов'язані з немедичним вживанням наркотиків.

Аутрич–робота включає надання інформації, консультацій і профілактичних засобів закритим соціальним групам у місцях, звичних для них, тобто там, де вони збираються, живуть і проводять час. Оскільки цей вид соціальної роботи здійснюється поза кабінетами, дуже часто – прямо на вулиці, її назвали «вуличною».

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

Як правило, аутрич–робота супроводжується **експрес–консультуванням** з різних медичних, соціальних і правових питань, розповсюдженням брошур, профілактичних матеріалів (презервативів, спиртових серветок, стерильної води для ін'єкцій, дезінфікуючих засобів, вітамінів та ін.), видачею направлень до різних медичних і соціальних

установ. Аутрич–роботу найчастіше проводять на базі медичних або соціальних програм, забезпечуючи тісну взаємодію фахівців охорони здоров'я і споживачів наркотиків. Це сприяє постійному взаємовигідному обміну інформацією – медичні фахівці ознайомлюються з новітньою інформацією про зміни на наркосцені, про появу нових наркотиків і нових практик їх вживання, визначаючи для себе основні напрями профілактичної роботи. Споживачі наркотиків, у свою чергу, дістають оперативну медичну інформацію, яка безпосередньо відповідає їхнім запитам і потребам.

Забезпечення споживачів ін'єкційних наркотиків необхідними засобами для безпечного введення наркотичних речовин шляхом ін'єкцій, зокрема стерильними шприцами та голками, дезинфекційними речовинами та презервативами.

У всіх обласних центрах, а також у м. Києві та м. Севастополі функціонують численні (польові, стаціонарні та мобільні) пункти обміну використаних шприців та голок, а також видачі дезинфекційних розчинів. Такі пункти є точкою доступу до прихованої групи споживачів наркотиків, які можуть ніколи не з'явитись у полі зору медичних і соціальних служб. Надання спиртових серветок, презервативів, спеціально розроблених буклетів з адресами медичних і соціальних служб, консультування з ряду питань (і не тільки медичних) – невід'ємна частина програм обміну шприців.

Станом на 1 січня 2008 року в рамках проектів, що підтримується Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні, сьогодні в Україні діє 720 пунктів обміну шприців (ПОШ), у т.ч. 119 стаціонарних та 76 мобільних, 525 – ПОШ на аут-річ маршрутах та пунктах вторинного обміну шприців. Завдяки цим проектам на даний час профілактичними послугами охоплено понад 140 тис. СІН. В рамках реалізації профілактичних програм у 2007 році було видано та здійснено обмін 6,8 млн. шприців.

Необхідно зазначити, що **стерильні шприци та голки, дезинфекційні речовини та презервативи можуть роздаватися і через мережу аптек.** Так, рішенням Київської міської ради XII сесії IV скликання від 9 березня 2006 року N 161/3252 «Про затвердження програми по запобіганню поширенню ВІЛ–інфекції в місті Києві, забезпеченню допомоги та лікування людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, на 2006 – 2008 роки» передбачено, що з метою забезпечення функціонування консультативних пунктів обміну шприців з обов'язковим наданням комплексу інформаційно–консультативних послуг ін'єкційним споживачам наркотиків за стратегією «зменшення шкоди» – відкрити такі пункти у кожному адміністративному районі та забезпечити їх ефективне функціонування. Як наслідок, у м. Києві вже існує 7 аптек, які беруть участь у програмі зменшення шкоди, та видають безкоштовно наркозалежним особам за пред'явленням відповідних посвідчень учасника програми зменшення шкоди необхідний інструментарій.

Відповідні дослідження, які проводились у багатьох країнах, не надали доказів того, що програми обміну шприців та голок сприяють зростанню немедичного вживання наркотиків як серед учасників програм, так і серед

суспільства взагалі. Результати численних досліджень говорять про те, що серед споживачів ін'єкційних наркотиків, що беруть участь в програмі обміну шприців, знижується повторне використання і взаємний обмін ін'єкційним інструментарієм. Це сприяє зниженню рівня поширеності ВІЛ-інфекції. Результати міжнародного дослідження у 99 містах світу, яке опубліковане у 2003 році в «Міжнародному журналі з наркополітики», свідчать, що кількість нових випадків ВІЛ-інфекції в містах, де були впроваджені програми обміну шприців, щорічно скорочується на 18,6 %. У містах, де таких програм немає, цей показник зріс на 8,1 %.

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

Основними формами здійснення інформаційно-освітньої роботи є:

- розробка і публікація інформаційних буклетів, листівок, газет;
- консультування клієнтів проекту зменшення шкоди та їх найближчого оточення з медичних, соціальних, психологічних і правових питань;
- проведення семінарів і тренінгів;
- розробка і випуск науково-методичної літератури (керівництво, збірки статей для фахівців і т.ін.);
- проведення інформаційних кампаній у засобах масової інформації, спрямованих на профілактику таких соціально небезпечних явищ, як вживання наркотиків і дискримінація окремих груп суспільства;
- проведення конференцій, лекції, доповіді, участь у конференціях.

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

Замісна терапія (ЗТ), або замісна підтримуюча терапія (ЗПТ) – це вид лікування опіоїдної залежності, за якого використовують опіатні антагоністи – речовини, які мають подібну до героїну та морфіну дію на головний мозок людини, що дозволяє запобігти розвитку синдрому відміни та блокувати потяг до нелегальних опіоїдів. Цінність ЗТ полягає в тому, що вона дає змогу залежним споживачам відмовитись від вживання нелегальних опіатів, значно зменшити ризик, пов'язаний з ін'єкціями (ВІЛ, гепатити, інфекції тощо), стабілізувати здоров'я, стати соціально активними. Замісна терапія сприяє значному зниженню кримінальної активності споживачів наркотиків, що створює передумови для подальших позитивних змін. ЗТ

суттєво сприяє налагодженню контактів різноманітних соціальних і медичних служб із цільовою групою споживачів ін'єкційних наркотиків. Такий комплексний і всебічний підхід є найбільш адекватним з огляду на комплексний медико-соціальний характер захворювання.

Програми замісної підтримуючої терапії у світі мають уже 40-річну історію. Вперше вони почали впроваджуватись у 60-х роках ХХ сторіччя, спочатку в США, а потім у Канаді та Великобританії. У світовій практиці в ролі основних препаратів програм «замісної терапії» зазвичай застосовують: метадон (оральний розчин з цукром, також є таблетована форма); повільно діючий морфін (таблетки/капсули для застосування один чи два рази на день); бупренорфін (сублінгвальні таблетки); ЛААМ (ліво-ацетил-метаділ); героїн (щоправда, здебільшого з дослідницькою метою). За даними Європейського моніторингового центру з наркотиків і наркозалежності, у багатьох країнах світу підвищується доступність програм замісної терапії, а кількість пацієнтів, які отримали замісне лікування метадоном, упродовж 5 років зросла на 34%.

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

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

Суть замісної підтримуючої терапії полягає в тому, що людину, яка вживає нелегальні наркотики опійного ряду і не може відмовитись від такого вживання, переводять на замісний медичний препарат того самого ряду. Сьогодні таким препаратом може бути метадон, бупренорфин, ЛААМ та інші. Не зважаючи на те, що опійна залежність зберігається, замісні препарати дозволяють людині повноцінно функціонувати, завдають менше шкоди здоров'ю, укріплюють соціальний і правовий статус. У світі замісне підтримуюче лікування – звичайне явище, воно охоплює фактично всі країни світу.

Ефективність замісної підтримуючої терапії значно підвищується за умови надання психологічного консультування, психотерапії та соціальної підтримки. Замісна підтримуюча терапія на сьогодні один з найефективніших методів, що дає можливість ВІЛ-позитивним наркозалежним дотримуватися режиму прийому препаратів життєво необхідної антиретровірусної терапії (АРТ) завдяки стабілізації поведінки (прихильність до АРТ). Важливим наслідком прихильності до АРТ є зменшення кількості стійких (резистентних) до АРТ штамів ВІЛ: чим менше людина порушує режим лікування, тим менша вірогідність появи таких вірусів, а відповідно й вища ефективність лікування СНІДу. Завдяки програмам зменшення шкоди та ЗПТ, які почали активно впроваджуватись в країнах Західної Європи в 90-х роках минулого століття, рівень зараження ВІЛ внаслідок вживання

ін'єкційних наркотиків становить всього 1-2%, у той же час в Україні цей показник складає 63%.

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

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

На виконання вказаної постанови Кабінету Міністрів України протягом 2005-2006 років Міністерством охорони здоров'я України було затверджено ряд наказів, які регламентують впровадження ЗПТ з використанням бупренорфіну та метадону, зокрема:

- від 13 квітня 2005 року № 161 «Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків»;

- від 20 грудня 2006 року № 846 «Про заходи щодо організації ВІЛ/СНІД профілактики та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків»;

- від 4 червня 2007 року № 295 «Про затвердження графіків розподілу препаратів "Еднок" (бупренорфіну гідрохлорид) і "Метадол" (метадону гідрохлорид)»;

- від 16 січня 2008 року №14 «Про розширення доступу до замісної підтримуючої терапії для ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків у містах Києві, Одесі та Миколаєві»;

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

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

Станом на квітень 2008 року 756 пацієнтів в 23 містах нашої країни беруть участь у програмах замісної підтримуючої терапії з метою профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Більшість пацієнтів програм мають важку форму наркозалежності (стаж вживання понад 10 років), майже дві третини з них ВІЛ-позитивні, переважна

більшість одночасно хворіє на гепатит, майже кожен п'ятий – на туберкульоз.

Про наміри збільшити кількість клієнтів замісної підтримуючої терапії в нашій державі та надання таким програмам державного статусу свідчить прийнята Верховною Радою України у першому читанні Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009—2013 роки. Цією програмою передбачено фінансування запровадження ЗПТ для більш як 20 000 осіб, з яких 12 000 – за рахунок бюджетних коштів.

Діяльність, пов'язана із замісною підтримуючою терапією, повинна здійснюватись відповідно до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, пересилання, ввезення, вивезення, відпуску, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затверджених наказом Держпідприємництва і МОЗ від 20 лютого 2001 року № 39/66.

Необхідно підкреслити, що замісна терапія, як і інша терапія фармацевтичними препаратами, повинна призначатись зважено, за показаннями, а не всім бажаним. Лише тоді, як показує досвід інших країн, будуть належні успіхи у профілактиці ВІЛ/СНІДу та злочинності серед споживачів наркотиків.

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

Світовий досвід впровадження стратегії зменшення шкоди свідчить про відповідні позитивні здобутки щодо профілактики ВІЛ/СНІДу: зменшення кількості осіб з високоризикованою поведінкою (тобто збільшення кількості осіб, які використовують стерильні або продезинфіковані шприци та голки для ін'єкцій наркотичних речовин) і відповідно зменшення рівнів інфікованості ВІЛ та вірусними гепатитами серед СІН. Наразі в Україні діє понад 50 проектів, де пріоритетним є забезпечення СІН стерильним ін'єкційним інструментарієм.

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

Постанова Верховної Ради України „Про інформацію Кабінету Міністрів України про посилення боротьби з наркоманією в Україні”

рекомендує Кабінету Міністрів України: забезпечити всебічну підтримку центрів ресоціалізації наркозалежної молоді „Твоя перемога”, консультативних пунктів для ін’єкційних споживачів наркотиків та організацій, що надають допомогу наркозалежній молоді.

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

п. 3. Метою створення та діяльності Служби є запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед ін’єкційних споживачів наркотиків.

п. 5. Основні завдання Служби:

– формування у клієнтів навичок безпечної поведінки та усвідомлення ризику зараження ВІЛ-інфекцією при ін’єкційному вживанні наркотиків;

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

– охоплення ін’єкційних споживачів наркотиків профілактичними програмами;

– створення соціально-психологічних умов для відмови клієнтів від вживання ін’єкційних наркотиків.

п. 6. Основні функції Служби:

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

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

– проведення серед споживачів психоактивних речовин, в тому числі ін’єкційних споживачів наркотиків, мотиваційного консультування щодо зміни моделі поведінки з подальшим направленням до лікувальних та реабілітаційних закладів;

– залучення до роботи громадських організацій.

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

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

Не зважаючи на позитивний досвід взаємодії громадських організацій та правоохоронних органів у світі та в більшості регіонів нашої країни щодо реалізації програм зменшення шкоди, все ж залишаються невирішеними деякі питання ефективного впровадження таких програм в окремих регіонах. Основними з таких причин є несприйняття цих програм з боку окремих працівників правоохоронних органів, і це при тому, що цілі громадських організацій та правоохоронних органів збігаються – зменшення рівня наркотизації населення та наркозлочинності, недопущення розповсюдження ВІЛ/СНІДу.

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

Здебільшого це такі порушення:

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

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

Проте міжнародне право визнає право людини на одержання медичних послуг, мета яких - рятувати життя, без страху покарання або дискримінації. Міжнародна конвенція з економічних, соціальних та культурних прав гарантує право на найвищі можливі стандарти охорони здоров'я без дискримінації з визначених заборонених причин. Стаття 12 (с) цієї Конвенції, зокрема, зобов'язує держави зробити всі необхідні кроки до «попередження, лікування та контролю епідемічних захворювань», що включає «запровадження програм з попередження та освіти з таких загроз для здоров'я, як інфекції, що передаються статевим шляхом, зокрема ВІЛ». Реалізація найвищих з можливих стандартів охорони здоров'я вимагає забезпечення рівного доступу до системи охорони здоров'я, надання медичної інформації та послуг без дискримінації та захисту конфіденційної інформації з боку держави. Відповідно до положень Конвенції держава має вжити рішучих заходів для підтримки охорони здоров'я та утримання від поведінки, що обмежує можливості людей піклуватися про своє здоров'я.

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

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

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

Необхідно акцентувати увагу на Загальній декларації прав людини, стаття 25 якої передбачає, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і соціальне обслуговування, який необхідний для підтримання здоров'я і добробуту її самої і її сім'ї, і право на забезпечення на випадок безробіття, хвороби,

¹ Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2008, ЮНЭЙДС
http://www.unaids.org/ru/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

інвалідності, вдівства, настання старості або іншого випадку втрати коштів для існування за незалежними від людини обставинами.

Конституція України передбачає, що міжнародні конвенції та угоди, які ратифікувала Україна, стають частиною національного законодавства. Україна підписала міжнародні та регіональні угоди, що вимагають захисту права людини на здоров'я без страху покарання та дискримінації. Як учасниця зазначених вище міжнародних конвенцій Україна взяла на себе зобов'язання вжити позитивних заходів для забезпечення рівного доступу до інформації та послуг з попередження ВІЛ/СНІДу для всіх людей, які живуть з цим захворюванням або в умовах ризику інфікування.

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

- людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю (стаття 3);
- усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права і свободи людини є невідчужуваними та непорушними (стаття 21);
- кожна людина має невід'ємне право на життя (стаття 27);
- кожен має право на повагу до його гідності. Ніхто не може бути підданий катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує його гідність, поводженню чи покаранню (стаття 28);
- кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування:

- Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

- Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

- Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя (стаття 49);

- кожному гарантується право знати свої права і обов'язки (стаття 57);

- кожен має право на правову допомогу. У випадках, передбачених законом, ця допомога надається безоплатно. Кожен є вільним у виборі захисника своїх прав (стаття 59).

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

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

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

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

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

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

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

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

- надання спеціалізованих інформаційних матеріалів про методи профілактики ВІЛ–інфекції для розповсюдження серед особового складу органів внутрішніх справ і, відповідно, розповсюдження їх працівниками

органів внутрішніх справ під час проведення профілактичної роботи серед наркозалежних;

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

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

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

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

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

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

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

- забезпечення функціонування в населеному пункті (районі) польових, мобільних та стаціонарних консультативних пунктів для споживачів ін'єкційних наркотиків.

- надання консультативної та профілактичної інформації особам, які допускають немедичне вживання наркотиків, а також іншим уразливим групам населення;

- збирання та обмін шприців, надання інформації про установи, які здійснюють тестування на ВІЛ/СНІД та інші інфекції;

- видання та розповсюдження інформаційно-освітньої літератури з питань профілактики наркоманії, а також щодо інфікування та розповсюдження ВІЛ/СНІДу та інших інфекцій;

- відповідно до основних принципів та завдань Стратегії зменшення шкоди здійснювати діяльність щодо створення довірливих форм спілкування з СІН для формування в них більш безпечних форм поведінки стосовно ризику ВІЛ-інфікування та інших інфекцій, включаючи інфекції, що передаються статевим шляхом, а також їх мотивації щодо лікування від наркотичної залежності;

- сприяти захисту прав і законних інтересів осіб з підвищеним ризиком інфікування, надання їм юридичної та консультаційної допомоги;

- запрошення на навчальні семінари з питань профілактики ВІЛ/СНІДу та стратегії зменшення шкоди представників органів внутрішніх справ;

- забезпечити постійну співпрацю із працівниками органів внутрішніх справ, громадськістю, засобами масової інформації з метою роз'яснення цілей і завдань Стратегії зменшення шкоди та результатів її здійснення.

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

- приймати участь у втіленні в населеному пункті (районі) стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків та програми профілактики ВІЛ/СНІДу;

- забезпечити доступність інформаційно адаптованих матеріалів профілактичного спрямування для осіб підвищеного ризику інфікування ВІЛ;

- направляти співробітників підрозділів БНОН, ДІМ, КМСН, КР на круглі столи, навчальні тренінги та семінари з питань впровадження стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків та профілактики ВІЛ/СНІДу;

- сприяти роботі консультативних пунктів для споживачів ін'єкційних наркотиків, створювати умови для безпечного відвідування пунктів СІН, якщо під час цих відвідувань вони не порушують Кримінальний кодекс України та законодавство у сфері боротьби з незаконним обігом наркотиків;

- сприяти реалізації прав і законних інтересів осіб з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ;

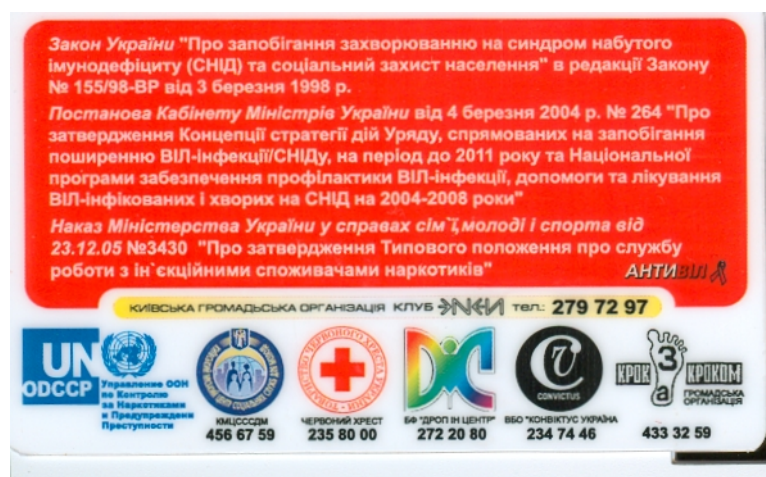
- у разі виникнення конфліктних ситуацій між працівниками консультаційних пунктів для СІН та правоохоронними органами, зумовлених роботою працівників проекту зі споживачами ін'єкційних

наркотиків у межах стратегії зменшення шкоди (в тому числі на вулицях міста), відповідним чином реагувати на звернення сторін про допомогу.

В угоді необхідно також передбачити умови конфіденційності працівників громадських організацій під час роботи зі споживачами наркотиків. Зокрема, сторонам забороняється використовувати як під час дії угоди, так і після припинення її дії, незалежно від підстав такого припинення, у власних інтересах або в інтересах інших осіб, будь-яку інформацію, що визнана конфіденційною за письмовим зверненням однієї із сторін. Не потребує такого звернення і вважається конфіденційною інформація, що стосується осіб, робіт, методів, знань, ідей, матеріалів, пов'язаних з діяльністю сторін, і не використовується публічно, в тому числі інформація щодо фінансового стану сторін та їх взаємовідносин з іншими фізичними та юридичними особами.

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

Щоб працівники міліції не втручались у діяльність програм зменшення шкоди, зазначена угода доводиться до відома всіх працівників територіального підрозділу органу внутрішніх справ. У свою чергу для розпізнавання учасників програм зменшення шкоди соціальні служби і громадські організації можуть видавати учасникам цих програм спеціалізовані посвідчення (див. зразок).



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

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

Враховуючи, що в багатьох проектах зменшення шкоди аутричерами працюють самі споживачі наркотиків або колишні споживачі наркотиків, через їх статус вони можуть стати об'єктом уваги працівників міліції. Тому, щоб уникнути непорозумінь з працівниками міліції, аутрич-працівник під час роботи повинен мати при собі :

1. Посвідчення співробітника програми зниження шкоди від вживання наркотиків.

2. Доручення, підписане керівником організації (координатором проекту).

3. Особисті документи (паспорт).

4. Копію угоди про співпрацю громадських організацій та соціальних служб з територіальним органом внутрішніх справ.

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

- можливість ефективного здійснення програм зменшення шкоди в конкретному регіоні, районі, місті;

- безпечність соціальних та аутрич-працівників проектів зменшення шкоди, а також клієнтів цих програм;

- довіру клієнтів до програм зменшення шкоди, що збільшить кількість її клієнтів і, відповідно, сприятиме ефективності таких програм;

- постійний обмін інформацією між правоохоронними органами та недержавними громадськими організаціями і соціальними службами;

- недопущення оглядів з підкиданням наркотиків та незаконних затримань працівників і клієнтів програм зменшення шкоди, а також провокацій з боку міліції.

Працівники правоохоронних органів повинні з розумінням ставитись до необхідності вказаних заходів, які реалізуються через програми зменшення шкоди і сприяти їх реалізації. Тому не слід затримувати тих осіб, які приносять інструменти для обміну, або вилучати чисті шприци у тих, хто йде з пункту обміну шприців чи з аптеки. Необхідно пам'ятати, що кожен використаний і зданий на пункт обміну шприц — це потенційне джерело інфекції, вилучене з обігу, а, отже, — збережене здоров'я та життя. Працівники правоохоронних органів не повинні забирати стерильні голки та шприци або перешкоджати споживачам звертатись до пунктів обміну. Якщо СІН відчують небезпеку під час відвідування служб обміну інструментарію,

вони, найімовірніше, знову почнуть обмінюватись шприцами між собою, що прискорить поширення ВІЛ–інфекції.

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

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

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

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

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

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

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

Повторимо, що працівник міліції завжди повинен пам'ятати, що перед ним громадянин, який наділений всіма передбаченими Конституцією України правами. Навіть встановлення факту вчинення злочину наркозалежною особою, не дають підстав для застосування фізичної сили та спеціальних засобів, крім випадків, передбачених чинним законодавством.

Безпідставне їх застосування, а також нанесення побоїв чи вчинення іншого насильства передбачають кримінальну відповідальність.

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

Як зазначалося в попередньому розділі, основними порушеннями, що їх допускають працівники правоохоронних органів стосовно учасників програм зменшення шкоди, є:

- незаконне затримання учасників програм зменшення шкоди за підозрою у вчиненні правопорушень, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків;

- нанесення затриманим особам тілесних ушкоджень (побоїв);

- порушення кримінально–процесуального та адміністративного законодавства під час затримання;

- постійне чергування нарядів міліції поряд з пунктами обміну шприців (польовими, мобільними та стаціонарними), що призводить до зменшення кількості учасників програм зменшення шкоди;

- систематичні і безпідставні огляди учасників програм (як наркозалежних осіб, так і соціальних працівників, а також тих, хто працює зі споживачами наркотиків за принципом „рівний-рівному”) в місцях реалізації проектів;

- конфіскація чистого обладнання для ін'єкцій під час проведення правоохоронцями обшуку споживачів наркотиків;

- нероз'яснення прав відповідно до процесуального законодавства;

- відмова в наданні адвокатських послуг, неповідомлення про право мати захисника або повідомлення про це із запізненням;

- незаконне застосування фізичної сили й спецзасобів до затриманого під час дізнання або слідства.

Як свідчить аналіз правозахисної практики, найчастіше працівники міліції незаконно затримують соціальних працівників громадських організацій під час виконання аутрич-роботи, в тому числі під час обміну використаних шприців. Це пов'язано з тим, що в багатьох проектах аутричерами працюють самі споживачі наркотиків або споживачі наркотиків у минулому. Через свій статус вони можуть стати об'єктом уваги працівників міліції. Це також стосується працівників соціальних служб та громадських організацій, які надають послуги за іншими напрямками своєї діяльності.

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

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

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

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

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

Стаття 173. Дрібне хуліганство (нецензурна лайка в громадських місцях, образливе чіпляння до громадян та інші подібні дії, що порушують громадський порядок і спокій громадян).

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

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

У разі вчинення адміністративного правопорушення особу можна затримати на строк:

- до трьох годин для складання протоколу або розгляду справи по суті, якщо ці питання не можна вирішити на місці;

- до розгляду справи в суді, але не більш як на 24 години, якщо особа вчинила опір законній вимозі працівника міліції;

- до трьох діб з повідомленням про це письмово прокуророві протягом 24 годин з моменту затримання у разі порушень особою правил обігу наркотичних засобів та психотропних речовин. Таке затримання здійснюється для встановлення особи, проведення медичного огляду, з'ясування обставин придбання вилучених наркотичних засобів і психотропних речовин та їх дослідження;

- до трьох діб, якщо особа ухиляється від виконання ухвали суду про направлення на примусове лікування від хронічного алкоголізму або наркоманії.

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

- проводити огляд таких осіб, речей, які знаходяться у них, транспортних засобів і вилучати документи і предмети, які можуть бути речовими доказами або заподіяти шкоду їхньому здоров'ю. Особистий огляд проводить уповноважена на це особа однієї статі з оглядом в присутності двох понятих тієї ж статі.

- складати протоколи про адміністративні правопорушення, особистий огляд та огляд речей, вилучати речі і документи, застосовувати інші заходи для забезпечення адміністративного виробництва. Огляд речей, ручної поклажі, багажу, транспортних засобів та інших предметів здійснюється, як правило, в присутності особи, якій вони належать. Тільки у невідкладних випадках зазначені речі, предмети можуть бути піддані оглядові в присутності двох понятих без їх власника.

- вилучати у громадян і службових осіб предмети і речі, заборонені або обмежені в обороті, а також документи з ознаками підробки, знищувати ці предмети, речі і документи або передавати їх за призначенням в установленому порядку. Про вилучення речей і документів складається протокол або робиться відповідний запис у протоколі про адміністративне правопорушення, про огляд речей або адміністративне затримання.

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

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

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

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

- людину застануть при скоєнні злочину або безпосередньо після його здійснення;

- очевидці, в т.ч. й потерпілі, прямо вкажуть на дану особу і на злочин, який вона вчинила;

- на підозрюваному або на його одязі, при ньому або в його житлі будуть знайдені явні сліди злочину.

За наявності інших даних, що дають підставу підозрювати людину в скоєнні злочину, її можна затримати лише в тому випадку, якщо вона:

- намагалася сховатись;
- не має постійного місця проживання (реєстрації);
- не встановлено особу підозрюваного.

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

- забезпечити такій особі захисника з моменту затримання або арешту (взяття під варту), право захищати себе особисто та користуватися правовою допомогою захисника, реалізацію інших прав затриманих і заарештованих (узятих під варту) осіб;
- негайно, але не пізніше як через дві години після затримання або арешту (взяття під варту) особи повідомити про її місцезнаходження родичів та в разі усної або письмової вимоги - захисника, а також адміністрацію за місцем роботи чи навчання;
- забезпечити триразове харчування за єдиними нормами, встановленими Кабінетом Міністрів України;
- негайно надати медичну та іншу допомогу;
- повідомити підстави та мотиви затримання або арешту (взяття під варту), роз'яснити право оскаржувати їх у суді;
- усно роз'яснити ч.1 статті 63 Конституції України, право відмовитись від надання будь-яких пояснень або свідчень до прибуття захисника та одночасно в друкованому вигляді - роз'яснити статті 28, 29, 55, 56, 59, 62 і 63 Конституції України та прав осіб, затриманих або заарештованих (взятих під варту), встановлених законом, у тому числі право захищати свої права та інтереси особисто або за допомогою захисника з моменту затримання або арешту (взяття під варту) особи, право відмовитись від надання будь-яких пояснень або свідчень до прибуття захисника;
- забезпечити можливість з моменту затримання або арешту (взяття під варту) захищати себе особисто та користуватися правовою допомогою захисника.

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

Заява з вимогою про залучення захисника або про відмову про його залучення робиться відповідний запис в протоколі затримання або ухвалі про арешт робиться, яка скріплюється підписом затриманого або арештованого.

При невиконанні працівником міліції вимог, встановлених цими статтями, особа, чиї права були порушені, або її представники (родичі, захисник) можуть звернутися до суду із заявою про відшкодування завданої шкоди у встановленому законом порядку. Такі особи звільняються від оплати державного мита.

По кожному випадку затримання особи за підозрою в скоєнні злочину співробітник міліції зобов'язаний скласти протокол, в якому вказуються підстави, мотиви, день, час, рік, місяць, місце затримання, пояснення

затриманого, час складання протоколу. У протоколі має бути зазначено, що підозрюваному роз'яснено його право мати захисника з моменту затримання. Протокол підписується особою, яка його склала, і затриманим.

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

Впродовж 72 годин після затримання особа повинна бути:

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

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

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

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

За результатами огляду співробітник міліції складає протокол.

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

Без ухвали судді огляд житла проводиться:

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

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

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

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

За результатами огляду слідчий складає протокол.

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

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

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

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

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

Про віднесення препаратів до вказаної категорії можуть свідчити:

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

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

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

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

Працівники міліції повинні проконтролювати доставку АРВ-препаратів медичними працівниками спеціалізованого ЗОЗ до особи, яка утримується під вартою. При передачі АРВ-препаратів медичний працівник зобов'язаний зробити запис у журналі первинного обстеження і реєстрації медичної допомоги особам, яких тримають у спецстановах, про режим прийому препаратів затриманим. Призначення лікаря є обов'язковим до виконання працівниками органів внутрішніх справ. Медичні працівники

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

спеціалізованого ЗОЗ без документів, що посвідчують їх особу та місце роботи, до спеціальних установ міліції не допускаються. Медичним працівникам спеціалізованого ЗОЗ роз'яснюються правила поведінки у спеціальних установах міліції, що їх вони повинні дотримуватись з метою забезпечення особистої безпеки та спеціального режиму. Під час медичного огляду забороняється передавати один одному будь-які інші сторонні предмети, речі та документи. До і після проведення медичного огляду медичні працівники та їх речі можуть бути оглянуті працівником міліції.

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

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

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

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

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

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

При переведенні особи, яка приймає АРТ у слідчий ізолятор або інший ізолятор тимчасового утримування, у затриманого можуть закінчитися АРВ-препарати. Черговий органу внутрішніх справ (спеціальної установи міліції) заздалегідь повідомляє медичного працівника територіального ЗОЗ для

подальшого оповіщення медичного працівника спеціалізованого ЗОЗ, який здійснює видачу АРВ-препаратів, про необхідність забезпечення затриманого препаратом для продовження лікування. В разі необхідності затриманий забезпечуються відповідною нормою препарату з розрахунку на середню тривалість етапування з урахуванням необхідної їх кількості для продовження лікування в ізоляторі тимчасового утримування протягом 20 днів. Про одержання препаратів робиться відповідна помітка у протоколі.

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

Використана та рекомендована література:

- Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. – К.: Просвіта, 1996. – 80 с.
- Кодекс України про адміністративні правопорушення, Відомості Верховної Ради УРСР, 1984, додаток до № 51, ст. 1122.
- Кримінально-процесуальний кодекс України: Відомості Верховної Ради УРСР, 1961, № 2, ст. 15.
- Кримінальний кодекс України 2001 року // Відомості Верховної Ради України. – 2001. - №25, 26.
- Про міліцію: Закон України від 20 грудня 1990 року // Відомості Верховної Ради УРСР, 1991, № 4 (22.01.91), ст. 20.
- Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України від 12 грудня 1991 р. // Відомості Верховної Ради України, 1992, № 11 (17.03.92), ст. 152.
- Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори: Закон України від 15 лютого 1995 р. // Відомості Верховної Ради України, 1995, № 10 (07.03.95), ст. 60.
- Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ–інфекції/СНІДу, на період до 2011 р. та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ–інфекції, допомоги та лікування ВІЛ–інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 рр.: Постанова Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р. № 264 // Офіційний вісник України, 2004, № 10 (26.03.2004), ст. 594.
- Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, пересилання, ввезення, вивезення, відпуску, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів: Наказ Державного комітету з питань регуляторної політики та підприємництва і Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2001 р. № 39/66 // Офіційний вісник України, 2001, № 11 (30.03.2001), ст. 480.
- Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 квітня 2005 р. № 161.
- Про заходи щодо організації ВІЛ/СНІД профілактики та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 грудня 2006 р. № 846.
- Про затвердження графіків розподілу препаратів "Еднок" (бупренорфіну гідрохлорид) і "Метадол" (метадону гідрохлорид): Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 4 червня 2007 р. № 295.
- Про затвердження графіків розподілу препарату "Метадол" (метадону гідрохлорид): Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 липня 2008 р. № 407.

- Про розширення доступу до замісної підтримуючої терапії для ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків у містах Києві, Одесі та Миколаєві. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 січня 2008 р. №14.
- Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 серпня 2008 р. № 476.
- Про затвердження програми по запобіганню поширенню ВІЛ-інфекції в місті Києві, забезпеченню допомоги та лікування людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, на 2006 – 2008 рр.: рішення Київської міської ради XII сесії IV скликання від 9 березня 2006 р. № 161/3252.
- Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2008, ЮНЭЙДС, http://www.unaids.org/ru/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
- «Люди и ВИЧ», изд. 4, 2006 г. МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине».
- «Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні», Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу, 2005 р.
- Аналітичний огляд: Замісна терапія. МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», К., 2007 р.
- ВІЛ-інфекція та СНІД в Україні. Збірник матеріалів з актуальних проблем протидії епідемії. К., Медінфоцентр, 2001 р.
- Загальносоціальна та спеціальна профілактика наркоманії та ВІЛ/СНІДу: Навчально-методичний посібник // МВС України. НАВСУ; О.М.Джужа, О.Ф.Гіда, Г.І.Піщенко, С.М.Корецький. – К.: 2004 р. - 79с.
- Замісна терапія (аналітичний огляд). Друге видання // МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005 р. – 18 с.
- Інформаційний бюлетень МОЗ України «ВІЛ-інфекція в Україні», № 27, 2007 р.
- Мониторинг и оценка программ и проектов. Практическое пособие / О.С. Морозова, О.В. Варецкая, Д. Джонс, П. Чикуква, Т.А. Салюк. – К.: Оранта, 2007 г. – 140 с.
- Новини ВІЛ/СНІД (політика та адвокація). Випуск 7-9, січень-липень 2006 // МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2006 р. – 36 с.
- Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД, // К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2007 р.
- Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні / Балакірева О.М. (гол. ред.), Гусак Л.М., Довбах Г.В., Лавренов О.О., Паніотто В.І., Петренко Т.В., Погоріла Н.Б., Н.Б., Салюк Т.О., Сидяк С.В., Хуткий Д.О., Шамота Т.С. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». – 2006 р. – 28 с.
- Сергей Дворяк, Павел Скала «Заместительная поддерживающая терапия в Украине: сможет ли общество эффективно противостоять

эпидемии ВИЧ/СПИД?» / МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». – К., 2008 г. – 16 с.

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

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

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

- Шаг за шагом: проблемы сообщества потребителей инъекционных наркотиков и пути их решения (методические рекомендации) // МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине». - К.: 2004 г. – 195 с.