

Глобальный отчет  
о состоянии  
снижения вреда

2020

Седьмое издание



**THE GLOBAL STATE  
OF HARM REDUCTION**



**HARM REDUCTION  
INTERNATIONAL**

**ГЛОБАЛЬНЫЙ ОТЧЕТ  
О СОСТОЯНИИ  
СНИЖЕНИЯ ВРЕДА  
2020**

**СЕДЬМОЕ  
ИЗДАНИЕ**

## Содержание

<b>Предисловие. Доктор Тлаленг Мофокенг</b>	<b>4</b>
<b>Введение</b>	<b>6</b>
<b>Краткое резюме отчета</b>	<b>7</b>
<b>1.1 COVID-19</b>	<b>25</b>
<b>1.2 Гепатит С</b>	<b>28</b>
<b>1.3 Туберкулез</b>	<b>31</b>
<b>2.2 ЕВРАЗИЯ</b>	

# Предисловие

Доктора Тлаленг Мофокенг



Хорошее здоровье лежит в основе достойной жизни. Пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19) выявила огромные диспропорции, влияющие на право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Стало также до боли ясно, что, пока мы не обеспечим каждому человеку возможность воспользоваться своим правом на здоровье, мы не будем процветающим обществом.

Стигматизация, криминализация и дискриминация являются проблемами общественного здравоохранения, так как они усиливают негативные последствия для здоровья отдельных людей и сообществ, приводя их к социальному отчуждению. Люди, употребляющие наркотики, сталкиваются со стигмой, несправедливыми по отношению к ним законами и во многих случаях криминализацией. В результате этого им не гарантирован доступ к основным медицинским товарам, услугам и учреждениям, что может привести к нарушению права на здоровье, а также других прав человека. Снижение вреда как подход уменьшает негативные последствия для здоровья и благополучия людей, употребляющих наркотики.

Снижение вреда как подход, ориентированный на человека и основанный на правах, является гораздо более эффективным и позитивным решением для общественного здравоохранения. Тем не менее мы видим усиление репрессивных мер в отношении наркотиков во многих странах, особенно в Азии,



*Каждый человек имеет право на здоровье, а также на уважительное и основанное на принципе равенства отношение — независимо от пола, сексуальной ориентации, расы, национальности, правового статуса или употребления наркотиков. Сочувствующий и инклюзивный подход, которым руководствуется снижение вреда, необходим для достижения хорошего здоровья для всех. Снижение вреда может быть моделью интегрированного предоставления услуг, сконцентрированной на человеке, которая учитывает его/ее множественные факторы уязвимости и предоставляет программы, помогающие ему/ей улучшить состояние.*

Евразии, Африке, Центральной и Латинской Америке. Эти ответные меры не только не защищают индивидуальное и общественное здоровье, но и ведут к дальнейшей стигматизации и дискриминации людей, употребляющих наркотики, а также нарушают их права человека.

Хотя мы наблюдаем прогресс в предоставлении услуг снижения вреда за последние несколько десятилетий, Глобальное состояние снижения вреда в 2020 году выявило огромные пробелы в доступе к данным услугам. Уязвимые сообщества подвергаются дальнейшей маргинализации из-за несправедливых законов и политических мер, направленных на исключение и наказание. Такие законы и политика не позволяют обеспечить предоставление услуг и удовлетворить уникальные потребности женщин, людей, живущих в сельской местности, заключенных, лиц Африканского происхождения и представителей Коренных народов во всем мире. Тем самым они ухудшают состояние здоровья вышеперечисленных сообществ. Мы также видим это в различном количестве и характере услуг снижения вреда, доступных людям в странах с высоким доходом, по сравнению со странами с низким и средним доходом, а также в средствах, выделяемых на эти услуги.

Существующие пробелы усугубляются отсутствием всеобъемлющих дезагрегированных (детализированных) данных. Если мы хотим добиться

права на здоровье для всех, нам также необходимо безотлагательно решить проблему дефицита данных. Качественные данные расскажут нам о тех, кто остался без внимания, а также помогут лучше использовать имеющиеся средства и убедиться, что предоставляемые нами услуги соответствуют потребностям людей, употребляющих наркотики.

Каждый человек имеет право на здоровье, а также на уважительное и основанное на принципе равенства отношение – независимо от пола, сексуальной ориентации, расы, национальности, правового статуса или употребления наркотиков. Сочувствующий и инклюзивный подход, которым руководствуется снижение вреда, необходим для достижения хорошего состояния здоровья для всех. Снижение вреда может быть моделью интегрированного предоставления услуг, сконцентрированной на человеке, которая учитывает его/ее множественные факторы уязвимости и предоставляет программы, помогающие ему/ей улучшить состояние здоровья.

В этом и состоит суть защиты и обеспечения права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

**Доктор Тлаленг Мофокенг,  
специальный докладчик  
Организации Объединенных Наций  
по вопросу о праве на здоровье**

## Введение

**В 2008 году Harm Reduction International (HRI) выпустила первый отчет о глобальном состоянии снижения вреда, в котором впервые были нанесены на карту меры реагирования на ВИЧ, вирусный гепатит и туберкулез (ТБ), связанные с употреблением наркотиков, во всем мире. Данные, собранные для отчета, обеспечили критическую основу, относительно которой можно было оценить прогресс в признании важности снижения вреда на международном, региональном и национальном уровне, как в политике, так и на практике.**

Начиная с 2008 года отчет выходит каждые два года. Он стал ключевой публикацией для исследователей, политиков, организаций гражданского общества, агентств ООН и правозащитников, отслеживая распространение политики снижения вреда и реализацию программ в мире. За последнее десятилетие увеличилось количество упоминаний об употреблении инъекционных наркотиков и услугах снижения вреда; программы снижения вреда в настоящее время в том или ином виде работают почти в половине из 179 стран мира, где было зарегистрировано употребление инъекционных наркотиков.

Отчет «Глобальное состояние снижения вреда» всегда в значительной степени опирался на локальные знания и опыт тех, кто работает на местах. В этом выпуске отчета мы расширили такое сотрудничество и попросили региональных экспертов возглавить работу над разделами по Азии, Евразии, Латинской Америке, Ближнему Востоку, Северной Африке и странам Африки к югу от Сахары. Хотя использованная методология была одинаковой во всех регионах, мы надеемся, что вовлечение региональных экспертов и организаций по снижению вреда будет способствовать более всестороннему и тщательному анализу глобального состояния снижения вреда в 2020 году.

Структура отчета за этот год немного отличается от предыдущих версий. Руководствуясь консультациями, проведенными после выхода отчета «Глобальное состояние снижения вреда 2018», мы объединили регионы Латинской Америки и Карибского бассейна и представили тематические разделы по гепатиту С и туберкулезу. Мы также добавили отдельную тематическую главу о коронавирусной инфекции (COVID-19), в которой описывается влияние пандемии на предоставление услуг снижения вреда.

Этот отчет о глобальном состоянии снижения вреда, а также другие ресурсы, можно найти на сайте [www.hri.global](http://www.hri.global).

Harm Reduction International учитывает и уважает местные и региональные терминологические предпочтения, а также стремится к использованию точных и не стигматизирующих формулировок. Придерживаясь этого подхода, мы используем термин «поддерживающая терапия агонистами опиоидов» (ПТАО) с целью стандартизации наших глобальных публикаций. Данное решение учитывает «Заявление о терминологии и справочное руководство»<sup>1</sup> Международной сети людей, употребляющих наркотики (INPUD) и Азиатской сети людей, употребляющих наркотики (ANPUD), в котором говорится, что слово «заместительная» потенциально вводит в заблуждение, стигматизирует и неточно описывает эффект лечения. Harm Reduction International стремится быть инклюзивной и антирасистской организацией, поэтому мы пишем с заглавной буквы слово «Черный», когда оно используется в расовом, этническом или культурном смысле; мы также пишем с заглавной буквы слово «Коренной» при использовании его в отношении исконных жителей той или иной местности.

---

<sup>1</sup> Копию анкеты по «Глобальному состоянию снижения вреда 2020» можно получить, связавшись с нами по адресу [office@hri.global](mailto:office@hri.global).

## КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

### ОТЧЕТА

#### 1. Глобальный обзор – что

#### стоит за этими цифрами

Это седьмое издание отчета «Глобальное состояние снижения вреда», подготовленное в течение года, в котором общественное здравоохранение занимало лидирующие позиции в списке основных новостей по всему миру. Коронавирусная инфекция (COVID-19) и связанные с ней меры, введенные во всем мире, продолжают нарушать привычную нам жизнь. В течение последних двух лет мы проводили мониторинг предоставления услуг снижения вреда на местах там, где это было возможно. В этом году мы добавили новую главу, посвященную влиянию COVID-19 на оказание услуг по снижению вреда и на людей, употребляющих наркотики. Мы также добавили отдельные разделы, посвященные гепатиту С и туберкулезу (ТБ), чтобы расширить фокус в рамках глобального подхода к здравоохранению.

Согласно последнему отчету Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН/ UNODC), во всем мире около 11,3 миллиона человек употребляют инъекционные наркотики, при этом среди данной группы населения распространенность ВИЧ оценивается в 12,6%, а распространенность гепатита С – в 48,5%. Тем не менее, в то время как 179 из 206 стран сообщают об употреблении инъекционных наркотиков, 110 стран и территорий во всем мире не имеют данных о распространенности этого явления. Этот пробел в данных подчеркивает необходимость получения большего количества данных более высокого качества для обоснования наших усилий по внедрению соответствующих услуг снижения вреда, которые могут решить проблемы общественного здравоохранения, включая ВИЧ и гепатит С, инфекции мягких тканей и передозировки.

Замедляясь начиная с 2014, реализация программ снижения вреда ухудшилась со времени нашего последнего отчета в 2018 году. Количество стран, в которых внедряются программы игл и шприцев (ПИШ), осталось на том же уровне и составляет 86 стран, а количество стран, где доступна поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО), уменьшилось на две страны и, таким образом, снизилось до 84 стран. Существуют также

большие различия между регионами с точки зрения реализации программ снижения вреда: хотя ПИШ и ПТАО доступны в большинстве стран Евразии, Северной Америки и Западной Европы, этих ключевых мер по снижению вреда крайне не хватает в большинстве стран других регионов. Неблагоприятная наркополитика препятствует внедрению услуг снижения вреда во многих странах Азии, Латинской Америки и Карибского бассейна, Ближнего Востока и Северной Африки (БВСА) и Африки к югу от Сахары. После выхода последнего отчета о Глобальном состоянии снижения вреда в 2018 году несколько стран, в их числе Бангладеш, Бразилия и Шри-Ланка, приняли более карательные стратегии в отношении наркотиков.

Даже там, где доступны услуги снижения вреда, часто наблюдается недостаточный охват ими или недостаточно высокое качество, а также недостаточно широкий доступ к этим услугам. Значительные географические пробелы и неравномерное распределение услуг существуют даже в странах, которые одними из первых внедрили снижение вреда, или в странах, где услуги снижения вреда доступны уже несколько десятилетий. Во многих странах и регионах недостаточно охвачено услугами прежде всего сельское население. Помимо географического разрыва в охвате, существуют подгруппы людей, употребляющих наркотики, которые сталкиваются с препятствиями в доступе к услугам, поскольку услуги по снижению вреда не приспособлены к их уникальным потребностям. В эти группы входят женщины, употребляющие наркотики, мужчины, практикующие секс с мужчинами, люди, употребляющие стимуляторы и/или употребляющие наркотики неинъекционным путем, а также люди, лишившиеся крова (бездомные).

Общие структурные проблемы также негативно влияют на доступ к услугам. Криминализация, расизм и дискриминация Коренных народов, Чернокожих и Темнокожих людей приводят к низким семейным доходам, безработице, нехватке продовольствия, плохим жилищным условиям и более низкому уровню образования. Все это, в свою очередь, приводит не только к ухудшению здоровья этих сообществ, но и к тому, что их представители

исключаются из медицинских услуг или же сами активно избегают их. Женщины, употребляющие наркотики, по-прежнему часто остаются без внимания программ помощи, несмотря на сложный характер проблем, стигматизацию и структурное насилие, с которыми они сталкиваются. Для надлежащего удовлетворения их потребностей необходимо существенное увеличение количества услуг, учитывающих гендерные аспекты.

Для людей, употребляющих наркотики, стигма и дискриминация – это проблемы общественного здравоохранения, создающие препятствия именно там, где требуется дополнительная поддержка. Услуги снижения вреда имеют все необходимое для устранения этих пробелов, поскольку непредвзятое предоставление услуг на базе сообщества является одним из основных принципов снижения вреда.

**Несмотря на тяжелую ситуацию в контексте глобальной пандемии COVID-19, этот год принес несколько примеров важных позитивных изменений, которые могут служить доказательством целесообразности менее запретительного подхода в оказании услуг. Были упрощены правила получения ПТАО, разрешены более длительные периоды выдачи препарата на руки для самостоятельного употребления на дому, а также были введены упрощенное инициирование ПТАО и ее предоставление на базе сообщества – все это без увеличения нецелевого использования препаратов или передозировок. Такие примеры, подробно рассмотренные в Разделе 1.2. о COVID-19, доказывают, что инициативы, за которые уже давно выступает сообщество снижения вреда, являются реалистичными и имеют выполнимые цели. Они не только улучшают качество жизни людей, употребляющих наркотики, но и приводят к более высоким показателям общественного здравоохранения в целом.**



## 2.

## Тенденции в реализации программ снижения вреда



## 2.1

## ПРОГРАММЫ ИГЛ И ШПРИЦЕВ (ПИШ)

Число стран, в которых внедрены ПИШ, осталось на том же уровне, что и после публикации Глобального отчета о снижении вреда в 2018 году. По состоянию на 2020 год в 86 странах мира есть хотя бы одна ПИШ; при этом на практике это могло означать закрытие и открытие ПИШ в нескольких странах начиная с 2018 года. Так, в регионе Ближнего Востока и Северной Африки в Алжире открыли ПИШ, но в Палестине и Иордании ПИШ полностью прекратили свою деятельность; в Азии ПИШ закрылись в Монголии; в странах Африки к югу от Сахары ПИШ открылись в Бенине, Нигерии и Сьерра-Леоне, а в Уганде они прекратили свою деятельность. Евразия, Северная Америка, Океания и Западная Европа остались регионами, где почти все страны, в которых сообщалось об употреблении инъекционных наркотиков, внедрили ПИШ [1].

Вместе с тем наличие ПИШ не гарантирует адекватного охвата и доступности услуг. Существует большая разница в функционировании ПИШ в мире. В то время как ПИШ в Австралии выдают почти 700 шприцев в год на человека, употребляющего инъекционные наркотики, в Бенине в Африке к югу от Сахары клиенту, посещающему программу, выдают только десять шприцев в месяц<sup>1</sup>. В Макао, Азия, количество ПИШ уменьшилось с 2018 года, и только одна ПИШ по-прежнему открыта. В то время как ПИШ доступны в большинстве стран Евразии, есть несколько стран, где охват сильно ограничен, поскольку услуги предоставляются исключительно на волонтерской основе [3,4]. По новым оценкам из Индии, на человека, употребляющего инъекционные наркотики, распределяется всего 35 шприцев (что представляет собой снижение по сравнению с 250 в предыдущем периоде), несмотря на увеличение количества сайтов ПИШ в стране. Охват также может варьироваться в пределах страны. В Западной Европе, например, охват ПИШ в городских районах достаточен и нет серьезных препятствий для доступа к услугам, но во многих странах в сельских районах охват меньше (например, в Австрии, Бельгии, Нидерландах, Германии и Португалии) [5–9]. Сельское население также недостаточно охвачено услугами как в Соединенных Штатах, так и в Канаде, а

неравномерное географическое распределение ПИШ является проблемой в Австралии и Новой Зеландии [10, 11]

Стигма и дискриминация в отношении людей, употребляющих инъекционные наркотики, по-прежнему существуют и препятствуют доступу к услугам во всех контекстах [12–15] [16], оказывая влияние на работу организаций, реализующих ПИШ. В Южной Африке, например, в 2018 году была закрыта одна ПИШ из-за опасений, связанных с недостаточным консультированием с заинтересованными сторонами и с нехваткой доступных систем утилизации отходов [17]. Хотя услуга была восстановлена в конце июня 2020 года, персоналу программы еще предстоит привлечь предыдущую группу клиентов, которые обращались к услуге до ее закрытия [18].

Помимо географических различий и стигматизации людей, употребляющих инъекционные наркотики, существуют группы потребителей инъекционных наркотиков, которые сталкиваются с препятствиями для доступа к услугам. Отсутствие соответствующих гендерно-ориентированных программ для женщин, употребляющих наркотики, является распространенной проблемой в большинстве регионов. Более того, потребности Коренных народов не удовлетворяются должным образом в Океании [10, 11], и есть сообщения о мигрантах, употребляющих инъекционные наркотики, которые сталкиваются с препятствиями при доступе к услугам снижения вреда в Западной Европе [6, 9, 19]. Предоставление услуг ПИШ для людей, употребляющих стимуляторы, недостаточно во многих регионах, несмотря на связанные с этим риски. Например, в Западной Европе инъекционное употребление стимуляторов было связано с местными вспышками ВИЧ-инфекции в пяти странах за последние пять лет [20–22].

<sup>1</sup> ВОЗ установила цель охвата ПИШ на уровне 300 шприцев на человека, употребляющего инъекционные наркотики, в год, чтобы достичь целей по ликвидации гепатита к 2030 году [2].



## 2.2

### ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ АГОНИСТАМИ ОПИОИДОВ (ПТАО)

Количество стран, в которых доступна ПТАО, уменьшилось с 2018 года с 86 до 84. Три страны (Коста-Рика, Бахрейн и Кувейт) прекратили предоставление ПТАО. В Коста-Рике опиоиды, отпускаемые по рецепту, используются только в качестве обезболивающего для людей, получающих паллиативную помощь. В Бахрейне перестала действовать пилотная программа ПТАО, особо отмеченная в отчете «Глобальное состояние снижения вреда 2018», при этом и Бахрейн, и Кувейт относятся к странам, в которых правовые и технические барьеры (связанные с импортом и хранением метадона) препятствуют оказанию услуг ПТАО. С 2018 года ПТАО была введена только в одной стране, Буркина-Фасо, где метадон теперь внесен в список основных лекарств и предоставляется в условиях стационара в одном отделении аддиктологии [23].

Наиболее часто назначаемые препараты ПТАО не изменились со времени последнего отчета. Метадон по-прежнему является наиболее часто назначаемым веществом там, где доступна ПТАО, за ним следует бупренорфин или комбинированный препарат бупренорфин/налоксон. Подкожные препараты бупренорфина длительного действия также доступны в некоторых регионах, например, они были введены в Австралии и стали доступны с апреля 2020 года [10, 24]. Терапия с помощью героина (ТПГ) с использованием препарата диаморфин (также известного как фармацевтический героин) доступна в шести странах Западной Европы (Дания, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария, Великобритания), а также в Канаде.

Предоставление ПТАО во многих регионах недостаточно. В регионе Африки к югу от Сахары в настоящее время ПТАО доступна лишь в 8 из 49 стран, в которых, согласно сообщениям, имеет место инъекционное употребление наркотиков. ПТАО по-прежнему недоступна в Зимбабве и Нигерии, несмотря на значительное количество людей, употребляющих опиоиды инъекционным путем, и высокую распространенность ВИЧ в обеих странах. В странах Латинской Америки и Карибского бассейна ПТАО доступна только в Аргентине, Колумбии, Мексике и Пуэрто-Рико, и она все чаще предоставляется в местах, придерживающихся методов лечения, основанных на абстиненции, а не снижении вреда [25–28].

Даже там, где есть ПТАО, существуют значительные препятствия в отношении доступности программы для определенных сообществ. Женщины, транс\* люди и бездомные люди сталкиваются с серьезными препятствиями, касающимися доступа к ПТАО, во всех регионах. В Канаде не хватает специализированных услуг для женщин, Коренных народов и молодежи [13, 14], при этом молодые люди, употребляющие наркотики, были отнесены к подгруппе населения, для которой ПТАО недоступна в Швейцарии [29].

Стоимость была названа серьезным препятствием для доступа к ПТАО во многих странах. Например, в Мексике ПТАО доступна только в частных клиниках по высокой для клиента цене; высокие сборы за отпуск лекарств препятствуют доступу к ПТАО в Австралии; а в Ливане клиенты ПТАО должны сами оплачивать обязательные анализы мочи, что создает для них серьезное финансовое бремя. Как и в случае реализации услуг ПИШ, неравномерное географическое распределение предоставления услуг ПТАО является проблемой почти в каждом регионе, особенно в сельских районах.



### 2.3. СТИМУЛЯТОРЫ АМФЕТАМИНОВОГО РЯДА (САР), КОКАИН И ЕГО ПРОИЗВОДНЫЕ И НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА (НПВ)

Стимуляторы, в том числе стимуляторы амфетаминового ряда (САР, такие как метамфетамин и МДМА), а также кокаин и его производные, широко используются во всем мире. После каннабиса САР являются вторыми по употреблению веществами в мире. Среди стимуляторов амфетамин и метамфетамин являются наиболее распространенными в странах Ближнего Востока и Северной Африки и странах Африки к югу от Сахары, а кокаин – наиболее часто используемый стимулятор в Северной Америке, Латинской Америке и странах Карибского бассейна, Океании и Западной Европе. Сообщается о растущей распространенности новых психоактивных веществ (НПВ) в Евразии и Азии, увеличении их употребления среди молодежи в Латинской Америке [1, 30], а также о несоразмерно высоком употреблении НПВ среди маргинализированных групп населения в Западной Европе [31–33].

В мире есть всего несколько программ снижения вреда, работающих с употреблением стимуляторов. Несмотря на то, что ПИШ и комнаты безопасного употребления наркотиков (КБУН) доступны для людей, употребляющих стимуляторы, существующие услуги не всегда могут соответствовать их потребностям [34]. Например, употребление стимуляторов связано с более частыми инъекциями, чем при употреблении опиоидов. Однако, существующие в ПИШ ограничения на количество шприцев, которые могут быть получены за один раз, представляют собой особый барьер для тех, кто употребляет стимуляторы инъекционным путем. Стимуляторы также чаще употребляются путем курения или вдыхания, чем опиоиды, но не все КБУН допускают вдыхание в помещениях, а курительные принадлежности распространяются редко. Тем не менее наборы для безопасного курения крэк-кокаина, кокаиновой пасты и САР распространяются на нескольких территориях, включая Португалию [5] и Пуэрто-Рико [35], а программы снижения вреда для людей, употребляющих неинъекционные производные кокаина, действуют в нескольких странах Латинской Америки. В Азии были многообещающие пилотные программы, ориентированные на людей, употребляющих метамфетамин, в том числе аутрич программы по распространению комплектов для безопасного

курения, пластиковых соломинок, образовательной работе по снижению вреда, а также доступу к тестированию и лечению от ВИЧ, гепатита С, ТБ и других заболеваний, передаваемых половым путем (см. стр. 75 в Разделе «Азия», глава 2.1).

Проверка веществ (услуги, которые позволяют людям добровольно проводить анализ состава своих наркотических веществ) является важной мерой по снижению вреда для людей, употребляющих стимуляторы. Эти услуги внедряются как минимум в девяти странах Западной Европы<sup>2</sup>, доступны в Соединенных Штатах, Австралии и Новой Зеландии, а также становятся все более доступными в Латинской Америке<sup>3</sup>. Восемь стран Евразии<sup>4</sup> в той или иной форме предоставляют услуги по проверке веществ путем распространения реагентных тестов на музыкальных фестивалях и в ночных клубах. Другие методы проверки веществ включают использование мобильного оборудования для тестирования, чтобы определить содержимое того, что продается, с использованием небольших образцов продукта. Это позволяет идентифицировать как наркотики, так и посторонние вещества (примеси). Хотя доступность проверки веществ во всем мире растет по сравнению с низким первоначальным уровнем, реализация этой программы во многих странах сталкивается с серьезными правовыми барьерами, поскольку она связана с обработкой контролируемых веществ. Из-за этого услуги по проверке веществ часто требуют формального освобождения от ответственности в рамках законодательства о наркотиках для работы на законных основаниях.

Не существует утвержденной заместительной терапии для потребителей САР, хотя фармакологическое лечение метилфенидатом было санкционировано правительством Чехии во время пандемии COVID-19, а в Канаде Центр по употреблению психоактивных веществ Британской Колумбии выпустил временное клиническое руководство, в котором рекомендуется назначать дексамфетамин и метилфенидат людям, употребляющим стимуляторы [36].

<sup>2</sup> Австрия, Франция, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Испания, Швейцария и Соединенное Королевство.

<sup>3</sup> В настоящее время проверка веществ доступна как минимум в трех странах: Колумбии, Перу и Уругвае.

<sup>4</sup> Словения, Венгрия, Эстония, Чехия, Литва, Украина, Грузия и Польша.



## 2.4

### ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДОЗИРОВОК И КОМНАТЫ БЕЗОПАСНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ (КБУН)

Комнаты безопасного употребления наркотиков (КБУН), также известные как безопасные помещения для инъекций или безопасные пункты для инъекций (БПИ), являются медицинскими объектами, осуществляющими деятельность под профессиональным надзором, где люди могут употреблять свои собственные наркотики в безопасной среде. КБУН являются ключевой интервенцией для предотвращения смерти от передозировки, а также для снижения количества случаев передачи ВИЧ, вирусного гепатита и инфекций мягких тканей [37]. Эти услуги привлекают группы населения, которые обычно употребляют наркотики в условиях повышенного риска, и снижают заболеваемость и смертность за счет создания безопасной среды и обучения людей более безопасным практикам употребления веществ.

Количество стран, в которых официально внедрены КБУН<sup>5</sup>, увеличилось с 2018 года. Так, Португалия открыла мобильную службу в 2019 году [5, 38]. Во всем мире насчитывается в общей сложности 12 стран в трех регионах, где действуют КБУН: Австралия, Канада, Бельгия, Дания, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Испания и Швейцария. В Канаде самое большое количество КБУН в мире – 40 (по сравнению с 24 в 2018 году). Кроме того, в стране открыто как минимум 20 пунктов профилактики передозировок, которые в основном управляются и финансируются на волонтерских началах [13]. В Австралии есть две КБУН; второй пункт открылся в 2018 году в Мельбурне, и независимая оценка первых 18 месяцев его работы показала, что услуга КБУН снижает негативные последствия для ее пользователей, а предоставление комплексных услуг способствует улучшению доступа к другим медицинским услугам, а также услугам по оказанию поддержки [39]. В Западной Европе существует как минимум 88 КБУН, в которых все чаще появляются помещения для ингаляций наряду с помещениями для инъекций. Такие КБУН адаптируются к потребностям людей, которые курят наркотики, и к сокращению количества инъекций в некоторых контекстах [40].

Распространение налоксона – еще один способ борьбы с передозировками опиоидами. Налоксон – высокоэффективный антагонист опиоидов, используемый для отмены последствий передозировки опиоидами за считанные минуты, его можно вводить различными способами (интраназальным (в нос), инъекционным (в мышцу, в вену или под кожу)). Тем не менее он может быть эффективным только в том случае, если доступен [41]. В 2014 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала сделать налоксон доступным для всех, кто может стать свидетелем передозировки опиоидами [42]. В процессе оценки профилактики передозировки опиоидами на базе сообщества исследователи обнаружили, что уровень выживаемости среди тех, кто пережил передозировку и получил налоксон составляет от 83% до 100%. Эти результаты демонстрируют, что очевидцы передозировки, не являющиеся медиками, но обученные методам профилактики передозировки опиоидами на уровне сообщества, могли эффективно применять налоксон [41].

Несмотря на международные рекомендации и научные данные, во многих странах налоксон доступен только в условиях неотложной и другой медицинской помощи или в лечебных учреждениях. Ограничительная правовая среда остается серьезным препятствием для реализации программ распространения налоксона. Однако в каждом регионе есть несколько стран, где налоксон доступен. Например, в регионе Ближнего Востока и Северной Африки налоксон доступен в Иране в рамках программ профилактики передозировки и в форме выдачи препарата на руки для самостоятельного употребления (таким образом люди, употребляющие наркотики, или те, кто может стать свидетелем передозировки опиоидами, могут получить и носить с собой налоксон). В Латинской Америке и Карибском бассейне, в северной Мексике существует сеть равных консультантов по распространению налоксона, также налоксон стал доступен в Пуэрто-Рико после длительной адвокационной кампании гражданского общества. Афганистан, Индия, Мьянма и Вьетнам – единственные четыре страны в Азии, где действует какая-либо форма выдачи налоксона. Налоксон доступен в нескольких странах Евразии, однако Украина является единственной страной в регионе, где налоксон доступен без рецепта. В странах Африки к югу от Сахары налоксон в основном недоступен или труднодоступен. Распространение налоксона по принципу «равный-равному», при котором люди могут передавать налоксон, не требуя от каждого получателя индивидуального рецепта, доступно в 16 странах<sup>6</sup> мира по сравнению с 12 в 2018 году.

<sup>5</sup> Сюда включены только КБУН, работающие с официальным разрешением государства. По всему миру существуют «подпольные» КБУН; мы решили не включать их в этот отчет, потому что упоминание таких КБУН могло бы раскрыть их местонахождения, привлечь их противников и помешать их работе.

<sup>6</sup> Афганистан, Австралия, Канада, Дания, Эстония, Франция, Италия, Индия, Мексика, Мьянма, Норвегия, Пуэрто-Рико, Украина, Великобритания, США и Вьетнам.



## 2.5

### 2.4. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ, ТУБЕРКУЛЕЗ (ТБ) И ВИЧ

В распространённость гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в мире оценивается в 48,5%, гепатита В – 8,3%, ВИЧ – 12,6% [43]. Расширение программ снижения вреда (таких как ПИШ, ПТАО, распространение налоксона, тестирование и лечение на базе сообщества) и доступа к ним включены в число ключевых мер по снижению заболеваемости ВИЧ и гепатитом в международных и региональных руководствах [44–47]. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, особенно уязвимы к вирусам ВИЧ и гепатита, но другие группы, такие как люди, курящие опиоиды или стимуляторы, также подвергаются сравнительно большему риску, чем население в целом [48, 49]. Например, совместное использование трубок и более рискованные сексуальные практики среди людей, употребляющих стимуляторы, связаны с увеличением количества случаев инфицирования гепатитом С [1, 50, 51].

Распространённость передаваемых с кровью вирусов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, значительно различается по регионам. Раннее внедрение подходов снижения вреда (таких, как ПИШ и ПТАО), а также стабильность программ способствуют поддержанию низкого уровня распространённости ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Австралии, Новой Зеландии и Швейцарии [52–54]. Семь из двенадцати стран мира, находящихся на пути к достижению целей ВОЗ по ликвидации гепатита С, находятся в Западной Европе [55]. Напротив, распространённость гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Евразии остаётся высокой [56].

Одним из наиболее часто упоминаемых препятствий к тестированию и лечению ВИЧ и гепатита С является предоставление услуг в условиях, не соответствующих потребностям ключевых групп населения, хотя существуют и примеры передовых практик. Например, услуги по противодействию гепатиту С в Канаде часто интегрированы в услуги снижения вреда, чтобы повысить их доступность для людей, употребляющих наркотики [13]. В Индии есть клиники комплексной помощи для женщин, которые предлагают консультирование, тестирование и лечение в связи с

ВИЧ в рамках услуг по снижению вреда наряду с другими программами здравоохранения и программами, учитывающими гендерные особенности [57]. По-прежнему существуют ограничения, касающиеся доступа к лечению гепатита С для тех, кто находится в активном употреблении наркотиков, несмотря на доказательства, свидетельствующие о значительной пользе такого лечения с использованием для этих пациентов современных схем лечения [58,59]. Стигма и дискриминация в отношении людей, употребляющих наркотики, а также нестабильные жилищные условия, бедность, криминализация и тюремное заключение продолжают быть основными препятствиями для доступа людей к тестированию и лечению во всех регионах.

Важная проблема, которую следует учитывать в будущем, заключается в том, что профилактика, лечение и уход в связи с ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики, сосредоточены на потребностях людей, употребляющих инъекционные наркотики, и в основном тех, кто употребляет инъекционные опиоиды. Данные показывают, что в Латинской Америке употребление стимуляторов также было связано с более высоким риском передачи ВИЧ в результате небезопасного сексуального поведения [60, 61]. Программы на базе сообществ являются эффективным способом сокращения количества препятствий для диагностики и лечения ключевых групп населения, помимо людей, употребляющих наркотики, таких как трансгендерные люди и бездомные.

Непропорционально большое количество случаев ТБ приходится на людей, употребляющих наркотики. Они также подвергаются большему риску развития более серьёзной формы данного заболевания [62]. У людей, живущих с ВИЧ и употребляющих инъекционные наркотики, вероятность развития туберкулеза в 2-6 раз выше, чем среди населения в целом [63–65]. Более того, туберкулез является основной причиной смертности в этой группе [66]. Люди, употребляющие наркотики, чрезмерно представлены в тюрьмах и местах лишения свободы, где риск заразиться туберкулезом увеличивается в 23 раза по сравнению с населением в целом [67]. В то же время данные о людях, употребляющих наркотики и больных туберкулезом, отсутствуют на глобальном, региональном и национальном уровнях. Эта ситуация приводит к тому, что программы снижения вреда не включают услуги по туберкулезу, а программам по борьбе с туберкулезом не хватает программ аутрич-работы для людей, употребляющих наркотики.

<sup>7</sup> Афганистан, Австралия, Канада, Дания, Эстония, Франция, Италия, Индия, Мексика, Мьянма, Норвегия, Пуэрто-Рико, Украина, Великобритания, США и Вьетнам.



## 2.6

### 2.5. СНИЖЕНИЕ ВРЕДА В ТЮРЬМАХ

С 2000 года численность заключенных в мире выросла на 24%, что примерно соответствует оценочному приросту общей численности населения мира [68]. Каннабис – это наркотик, из-за которого большинство людей сталкивается с системой уголовного правосудия во всем мире. На него приходится более половины всех преступлений, связанных с наркотиками [69]. Тем не менее в Латинской Америке особенно распространены правонарушения, связанные с кокаином [70]. По оценкам, 61% людей, арестованных во всем мире за преступления, связанные с наркотиками, арестованы за хранение наркотиков для личного употребления [69]. Заключение людей в тюрьму за употребление наркотиков не только предполагает большие затраты, но и является явно несоразмерным и систематически дискриминационным [71]. Более того, карательная наркополитика и демонизация людей, употребляющих наркотики, продолжают приводить к массовым заключениям и переполнению тюрем в Азии, Латинской Америке и Карибском бассейне, Северной Америке и странах Африки к югу от Сахары [72,73].

Женщины несоразмерно часто осуждаются за преступления, связанные с наркотиками, при этом после тюремного заключения они особенно уязвимы для негативных последствий, как социальных, так и в плане здоровья [69]. Системы уголовного правосудия часто плохо приспособлены для ответа на особые потребности женщин, потому что услуги и процедуры предназначены для мужчин. Женщины также сталкиваются с дискриминацией и стигматизацией в системе уголовного правосудия и со стороны своих семей из-за гендерных стереотипов [69]. Эти гендерные стереотипы предъявляют к женщинам иные стандарты, чем к мужчинам, а также приводят к большей стигматизации как в отношении употребления наркотиков, так и тюремного заключения [70].

Люди в тюрьмах являются одной из наиболее уязвимых групп, сталкивающихся с препятствиями на пути к лечению из-за дискриминации и стигмы [69], в то время как прерывание лечения из-за тюремного заключения или после освобождения также является проблемой. Обеспечение доступа к услугам тестирования и лечения в тюрьмах является имеющим обязательную юридическую силу требованием в области прав человека [74, 75]; оно также имеет важное значение для защиты общественного здоровья, поскольку люди в тюрьмах более уязвимы к таким инфекциям, как ВИЧ, гепатит С и ТБ, чем население в целом [76]. Тестирование и лечение ВИЧ и гепатита С в тюрьмах широко доступны в Западной

Европе, Северной Америке, Австралии и Новой Зеландии, хотя стигма и отсутствие конфиденциальности также могут препятствовать доступу к этим услугам в данных регионах. В Евразии тестирование на ВИЧ и лечение доступны в тюрьмах каждой страны, в то время как только пять стран предлагают такие услуги в отношении гепатита С во всех тюрьмах. Азия, Ближний Восток и Северная Африка, Латинская Америка и Карибский бассейн, а также страны Африки к югу от Сахары – это регионы, где оказание услуг по ВИЧ и гепатиту более фрагментировано, с серьезными препятствиями для доступа. Например, в странах Африки к югу от Сахары программы профилактики ВИЧ редко доступны в тюрьмах, и многие люди, живущие с ВИЧ, находясь в тюрьмах, не имеют доступа к антиретровирусной терапии (АРТ) [77, 78]. Тем не менее необходимо упомянуть достижение определенного прогресса в странах Ближнего Востока и Северной Африки, где в нескольких странах УНП ООН/UNODC в сотрудничестве с местными правительственными учреждениями реализовало проект по борьбе с ВИЧ в тюрьмах, который предоставил консультирование и тестирование на ВИЧ, гепатит С, гепатит В и ТБ, а также услуги по лечению. Проект включал женские тюрьмы, что устраняло гендерный разрыв и ограничения на получение услуг, предоставляемых женщинам в тюрьмах (см. стр. 124, раздел, посвященный странам Ближнего Востока и Северной Африки).

Употребление наркотиков присутствует в большинстве, если не во всех, пенитенциарных учреждениях, при этом, по оценкам, примерно одна треть людей, находящихся в тюрьмах, во всем мире употребляла наркотики хотя бы один раз во время тюремного заключения [79]. Об употреблении новых психоактивных веществ (НПВ) в тюрьмах сообщили 22 страны Западной Европы и Евразии. В большинстве этих стран синтетические каннабиноиды определены как основное употребляемое вещество [69, 80]. В тюрьмах также встречается употребление инъекционных наркотиков. Например, 32% недавно заключенных в тюрьму клиентов ПИШ сообщили о том, что употребляли инъекционные наркотики в тюрьмах в Австралии [81]. В Уганде данные свидетельствуют о том, что многие люди, попавшие в тюрьму за употребление неинъекционных наркотиков, переходят на инъекционные наркотики во время тюремного заключения, а затем после освобождения продолжают употреблять инъекционные наркотики [82]. В Латвии употребление новых синтетических опиоидов в тюрьмах было связано с увеличением количества инъекций, совместного использования шприцев и передозировок [83]. Без надлежащего доступа к стерильному инъекционному

инструментарии употребление инъекционных наркотиков в тюрьмах создает серьезные риски для здоровья. Согласно австралийскому исследованию (где в тюрьмах нет ПИШ), шприцы в тюрьмах используются повторно примерно 100 раз [16]. Число стран, в которых ПИШ доступны в тюрьмах, не изменилось со времени последнего отчета: в мире по-прежнему всего 10 стран, где эта услуга доступна по крайней мере в одном пенитенциарном учреждении, а охват и доступ к услугам в условиях тюрем остаются недостаточными. Например, в Германии один автомат для выдачи шприцев установлен в одной женской тюрьме страны [84], а в Канаде только 25% федеральных тюрем охвачены ПИШ. Также существуют значительные препятствия для доступа к услугам (недостаток информации о наличии услуги, ограниченная конфиденциальность, высокий уровень отказа от включения в программу), что делает их чаще всего недоступными на практике [13, 14, 85]. Тем не менее в Канаде произошел значительный прогресс в этой области: первая в мире комната безопасного употребления наркотиков (КБУН) открылась в Альберте в июне 2019 года [13]. Хотя это и положительный шаг, КБУН нельзя рассматривать как замену эффективной тюремной программы игл и шприцев.

Между регионами существует значительная разница в доступности ПТАО в тюрьмах. В Западной Европе, Северной Америке и Океании, а также в большинстве стран Евразии, Ближнего Востока и Северной Африки некоторые программы ПТАО доступны в тюрьмах. Однако ПТАО в тюрьмах в основном отсутствует в Латинской Америке, Карибском бассейне и странах Африки к югу от Сахары. В 2020 году 59 стран предоставляют услуги ПТАО по крайней мере в одной тюрьме, что на пять больше, чем в 2018 году. Наличие программ ПТАО в тюрьмах не означает их доступность. Наиболее типичным препятствием для получения этих услуг является их доступность только тем, кто принимал ПТАО до тюремного заключения. Люди, освободившиеся из тюрьмы, особенно уязвимы к передозировке опиоидами [86], поэтому важно, чтобы заключенные и освобожденные из тюрьмы имели доступ к налоксону. Оценка образовательного проекта по вопросам передозировки и распространения налоксона в Сан-Франциско показала, что большинство респондентов никогда не обучались использованию налоксона за пределами тюрьмы, а одна треть позже использовала налоксон, чтобы предотвратить передозировку [87]. И все же программы обучения профилактике передозировок и программы выдачи на руки налоксона для самостоятельного употребления реализуются в тюрьмах только в пяти странах Северной Америки и Западной Европы, однако налоксон доступен не во всех тюрьмах этих стран. Эстония является ярким примером того, как практика внедрения может препятствовать доступу к услугам. Обучение по

пользованию налоксонам доступно в стране только после освобождения из тюрьмы и по запросу, что редко происходит из-за опасения, что осужденному/осужденной будет отказано в условно-досрочном освобождении из-за намерения употребить наркотики.



## 2.7

### СНИЖЕНИЕ ВРЕДА И ПАНДЕМИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

На момент написания этого отчета пандемия COVID-19 все еще продолжается, и ее последствия для людей, употребляющих наркотики, и услуг снижения вреда еще только начинают проявляться. Тем не менее мы внимательно следили за ситуацией в 2020 году и собрали информацию из каждого региона о предоставлении услуг по снижению вреда во время пандемии.

Важно подчеркнуть, что люди, употребляющие инъекционные наркотики, уязвимы к COVID-19 [88]. У них могут быть сопутствующие заболевания, с учетом более высокой распространенности ВИЧ и гепатита С в этой группе, чем среди населения в целом [43]. Одновременное заражение туберкулезом также является серьезной проблемой, которая увеличивает риски [88]. Неадекватные условия жизни или бездомность могут также повышать уязвимость. Меры по изоляции в сочетании с криминализацией и чрезмерным надзором создали ситуацию, которая еще больше усугубила положение бездомных, употребляющих наркотики. Кроме того, люди, употребляющие наркотики, могут быть менее способны или не готовы придерживаться карантина и мер физического дистанцирования в целом, поскольку им, возможно, придется обращаться за услугами по снижению вреда, таким как программы ПИШ и ПТАО, или приобретать вещества, чтобы избежать симптомов абстиненции [88]. Риски, связанные с COVID-19, увеличиваются для людей, которые курят или вдыхают наркотики, так как эти способы употребления связаны с легочными и респираторными проблемами [89]. В США недавний обзор показал, что люди с расстройством, связанным с употреблением опиоидов, в десять раз чаще заражаются COVID-19, чем население в целом, и почти на 30% чаще умирают от COVID-19, чем другие пациенты, у которых диагностирован коронавирус [90, 128].

Сети равных были одними из первых, кто отреагировал на пандемию как с точки зрения практических рекомендаций, так и с точки зрения адвокации. В начале пандемии Международная сеть людей, употребляющих наркотики (INPUD) и Harm Reduction International (HRI) в сотрудничестве с организациями гражданского общества разработали заявление о защите здоровья и прав человека людей, употребляющих наркотики, в ситуации кризиса, связанного с пандемией COVID-19 [91]. INPUD в сотрудничестве с Европейской сетью людей, употребляющих наркотики (EuroNPUD), стали первыми, кто разработал руководящие принципы для людей, употребляющих наркотики, доступные на 20

языках, и набор советов по снижению вреда для людей, употребляющих наркотики, с целью предотвращения инфицирования COVID-19 [92, 93]. Во время пандемии равные члены сообщества людей, употребляющих наркотики, сыграли решающую роль, помимо адвокации, они способствовали предоставлению услуг и восполняли пробелы в предоставлении услуг, раздавая шприцы по принципу «равный-равному», предоставляя информацию для профессионалов, работающих в сфере снижения вреда, а также распространяя информацию среди людей, употребляющих наркотики.

Меры изоляции и правила физического дистанцирования, введенные во время пандемии, серьезно нарушили предоставление услуг по снижению вреда. Это усугубляет вред для общественного здравоохранения, поскольку прекращение оказания услуг по снижению вреда – из-за закрытия программ, сокращения численности персонала, уменьшения охвата или сокращения количества случаев инфицирования ВИЧ и гепатитом С [94]. В то время как услуги снижения вреда в Западной Европе, Северной Америке и некоторых частях Евразии, в целом, остались на относительно хорошем уровне охвата, услуги в других регионах пострадали от более серьезных сбоев. Например, региональное исследование в Азии показало, что молодые представители ключевых групп населения сталкиваются с задержками в получении доступа к услугам по ВИЧ и снижению вреда [95]. В Латинской Америке контакты с программами снижения вреда были ограничены из-за физического дистанцирования, а также из-за и без того ограниченного количества услуг, доступных в большинстве стран региона. В регионе Ближнего Востока и Северной Африки (БВСА) услугам снижения вреда пришлось сократить количество рабочих дней или полностью закрыть программы во всех странах региона. В странах Африки к югу от Сахары услуги ПТАО были приостановлены в некоторых странах во время пандемии COVID-19, поскольку выдача препарата ПТАО на руки для самостоятельного употребления дома редко доступна в регионе, а поездки в медицинские учреждения были ограничены. В Соединенных Штатах такие факторы, как прерывание предоставления услуг – от ПИШ до лечения наркозависимости – в сочетании с изоляцией и перегрузкой здравоохранения, а также услуг неотложной помощи из-за COVID-19, способствовало увеличению смертности от передозировок в стране [96, 97].



Несмотря на призывы международных организаций к правительствам стран ограничить аресты, продвигать альтернативы наказанию и лишению свободы и срочно освободить людей, находящихся в тюрьмах и обвиненных или осужденных за мелкие правонарушения или правонарушения, не связанные с насилием, включая правонарушения, связанные с наркотиками [98, 99], 25% стран, внедривших схемы разгрузки тюрем, в открытой форме исключали людей, задержанных за определенные преступления, связанные с наркотиками, независимо от того, соответствовали ли они другим критериям отбора [100]. И как неизбежное следствие, многие люди, употребляющие наркотики и отбывающие срок, не смогли воспользоваться этими схемами и остались в тюрьме.

Вместе с тем во время пандемии произошли и положительные изменения в предоставлении услуг. Самое главное, правила ПТАО были смягчены во многих странах. Из 84 стран, где доступна ПТАО, HRI обнаружил свидетельства того, что 47 стран увеличили периоды выдачи препарата ПТАО на руки для самостоятельного приема на дому, а 23 страны сделали программы более доступными доставляя препараты ПТАО на дом или ввели выдачу ПТАО в рамках аутрич-услуг. Девять стран расширили ознакомительные практики, включая упрощенное или быстрое принятие на ПТАО [101]. Кризис COVID-19 также показал, что услуги снижения вреда могут быть быстро и эффективно приспособиться к обстоятельствам, а также они могут адаптировать предоставление услуг и интегрировать инновационные методы. Чтобы компенсировать снижение охвата, часто использовалась почтовая доставка принадлежностей для снижения вреда и усиление аутрич-мероприятий, включая предоставление большего количества низкопороговых услуг и услуг на базе сообщества. Телефонные или видео консультации были введены в качестве обычного инструмента в некоторых обстоятельствах, чтобы компенсировать ограниченную доступность услуг.

### 3.

## Финансирование снижения вреда

В 2018 году отчет «Глобальное состояние снижения вреда» сообщал, что финансирование снижения вреда в странах с низким и средним уровнем доходов составило 188 миллионов долларов США [102], что представляет собой всего 13% от оценки ЮНЭЙДС для адекватного оказания снижения вреда [103]. Маловероятно, что эта ситуация резко изменилась за последние два года, но за это время произошли некоторые важные события, которые повлияли на финансирование программ снижения вреда.

Глобальная пандемия COVID-19 представляет собой угрозу для и без того шаткой ситуации с финансированием снижения вреда. В мае 2020 года INPUD и HRI призвали доноров и правительства обеспечить финансирование снижения вреда, предоставить дополнительное финансирование, чтобы помочь адаптации услуг, и инвестировать в сообщество и лидерство сообщества для обеспечения устойчивого финансирования снижения вреда [104].

Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд) по-прежнему является крупнейшим донором снижения вреда. В 2019 году сторонники снижения вреда во всем мире присоединились к призывам доноров и правительств обеспечить успешное пополнение ресурсов Глобального фонда. Более 155 организаций и сторонников подписали призыв к действию «Люди важнее политики» [105]. 14 миллиардов долларов, выделенных на борьбу со СПИДом, туберкулезом и малярией до 2021-2023 гг., удовлетворили запрос Глобального фонда на инвестиции [106] и стали самой крупной суммой, когда-либо полученной многосторонней организацией сферы здравоохранения [107]. Однако, по оценкам активистов, этого не хватило для достижения глобальных целей [108]. В Призыве к действию также содержится призыв к защите каталитических инвестиций Глобального фонда, которые являются жизненно важным средством защиты интересов снижения вреда под руководством местных сообществ и гражданского общества [109].

Обнаделяет то, что страновые пакеты Глобального фонда по ВИЧ (сумма, выделяемая странам на их программы по ВИЧ, исходя из уровня доходов страны, бремени болезни и процесса «качественной корректировки», предназначенного для учета других факторов) увеличились в большинстве стран с высокой потребностью в снижении вреда, которые имеют право на поддержку Глобального фонда. Однако это не обязательно означает увеличение финансирования снижения вреда. Решения в рамках координационных комитетов каждой страны будут определять объем, в котором запрашивается финансирование снижения вреда в заявках на гранты, и именно здесь слабая

политическая поддержка снижения вреда и недостаточное представительство сообщества остаются проблемой [110]. В марте 2020 года, чтобы поддержать разработку страновых заявок на гранты [111], Глобальный фонд опубликовал обновленное руководство по снижению вреда и людям, употребляющим наркотики.

На момент написания отчета, снижение вреда, по всей видимости, потеряло крупного международного донора, поскольку Министерство иностранных дел Нидерландов не возобновило двустороннюю поддержку под эгидой смещения приоритетов финансирования с ВИЧ на сексуальное и репродуктивное здоровье. Нидерланды, мировой лидер в обеспечении здоровья и прав человека людей, употребляющих наркотики, получили признание за свою приверженность сокращающейся когорте двусторонних доноров программ снижения вреда. В июле 2020 года секторы снижения вреда и наркополитики направили министру внешней торговли и развития сотрудничества Нидерландов срочное обращение с просьбой вновь подтвердить свою приверженность смелой и давней политической и финансовой поддержке здоровья и прав людей, употребляющих наркотики [112].



**25% стран, которые внедрили схемы отмены наказаний в тюрьмах, полностью исключали людей, задержанных за определенные преступления, связанные с наркотиками, независимо от того, соответствовали ли они другим установленным критериям [100].**

## Снижение вреда и следующая глобальная стратегия по СПИДу



Разработка стратегии ЮНЭЙДС на 2021–2025 годы знаменует еще один важный момент для снижения вреда. Она послужит дорожной картой по ликвидации СПИДа к 2030 году во всем мире, как это закреплено в Целях устойчивого развития, и будет включать новые задачи и оценки потребностей в ресурсах. Мир не смог выполнить большинство целей ЮНЭЙДС на 2020 год, и большинство новых случаев инфицирования ВИЧ сейчас приходится на ключевые группы населения, включая людей, употребляющих наркотики, и их сексуальных партнеров.

Поэтому крайне важно, чтобы новая глобальная стратегия по СПИДу защищала и укрепляла права людей, употребляющих наркотики, и уделяла должное внимание снижению вреда. Это сообщение было передано Координационному совету программы (КСП) ЮНЭЙДС в сентябре 2020 года 33 организациями гражданского общества и организациями на уровне сообществ. Они призвали КСП обеспечить:

- приоритетность ключевых групп населения, включая потребителей инъекционных наркотиков, в новой глобальной стратегии по СПИДу;
- доступность, расширение и полное финансирование услуг по снижению вреда для удовлетворения потребностей в профилактике ВИЧ и охране здоровья людей, употребляющих наркотики, везде, где это необходимо;
- присутствие сообщества, в том числе услуг на уровне сообществ, и гражданского общества как в авангарде, так и в центре борьбы с ВИЧ;
- устранение препятствий для оказания услуг, включая криминализацию, стигму, дискриминацию, карательные законы и политику [113].

Это сообщение вызвало положительный отклик со стороны Исполнительного директора ЮНЭЙДС Винни Бьянимы, которая подчеркнула свою приверженность «обеспечению того, чтобы вся Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, доноры, государства-члены и другие участники несли ответственность за выполнение обязательств в рамках этой новой стратегии и за защиту прав людей, употребляющих наркотики».

Новая глобальная стратегия борьбы со СПИДом будет иметь серьезные последствия – либо усугубляя, либо уменьшая политическую невидимость людей, употребляющих наркотики. Стратегия будет напрямую влиять на разработку Политической декларации по ВИЧ и СПИДу 2021 года и приверженность государств-членов делу борьбы со СПИДом, в том числе среди людей, употребляющих наркотики. Он также будет непосредственно задавать направление следующей стратегии Глобального фонда, которая определит приоритеты доноров и правительств на последующие годы.

## 4. Международные обязательства по снижению вреда и правам человека

С 2018 года произошел ряд важных событий в области снижения вреда и прав человека на международном уровне, при этом законы и политика в отношении наркотиков стали все более тщательно изучаться через призму прав человека, а также были предприняты значительные усилия для того, чтобы обеспечить соблюдение прав человека при разработке и внедрении международного контроля над наркотиками.

Важным шагом вперед стала Декларация министров 2019 года, принятая на 62-ой сессии Комиссии Организации Объединенных Наций по наркотическим средствам. Правительства признали недостатки нынешней стратегии контроля над наркотиками, в том числе тот факт, что «услуги здравоохранения по-прежнему не удовлетворяют потребностям, а количество смертей, связанных с употреблением наркотиков, увеличилось», а также подтвердили необходимость в уважающих международные обязательства в области прав человека законах и политике в отношении наркотиков [114].

Декларация была принята всего через несколько недель после принятия «Общей позиции системы ООН по поддержке реализации международной политики по контролю над наркотиками посредством эффективного межучрежденческого сотрудничества» (Общая позиция ООН). В этом беспрецедентном документе все 31 агентство и структуры ООН согласовали общее видение контроля над наркотиками, взяв на себя обязательство «поддерживать государства-члены в разработке и реализации действительно сбалансированных, всеобъемлющих, комплексных, основанных на фактических данных и правах человека, ориентированных на развитие и устойчивых ответных мер на мировую проблему наркотиков». Среди других обязательств система ООН обязалась «способствовать увеличению инвестиций в меры, направленные на минимизацию неблагоприятных последствий злоупотребления наркотиками для общественного здравоохранения, которые некоторые упоминают как снижение вреда и которые снижают количество новых случаев инфицирования ВИЧ, улучшают состояние здоровья и приносят более широкие социальные выгоды за счет снижения давления на системы здравоохранения и уголовного правосудия» [115].

В рамках Общей позиции ООН также была создана специальная Координационная целевая группа ООН,

которой было поручено обеспечить согласованные усилия по реализации вышеупомянутых общих обязательств. В марте 2019 года Целевая группа опубликовала отражающий реальное положение вещей отчет о состоянии контроля над наркотиками, в котором также осудила нехватку доказательных медицинских услуг для людей, употребляющих инъекционные наркотики, во многих частях мира [116].

Еще одним знаменательным событием стал запуск в марте 2019 г. Международных руководящих принципов по правам человека и наркополитике, совместно разработанных Международным центром по правам человека и наркополитике при Университете Эссекса и Программой развития ООН (ПРООН) при совместной финансовой поддержке ЮНЭЙДС, Управления Верховного комиссара ООН по правам человека (УВКПЧ) и ВОЗ. В результате широкого консультативного процесса при участии агентств ООН, политиков, ученых и экспертов, эти руководящие принципы представляют собой четкий набор международных стандартов, помогающих обеспечить максимальную защиту прав человека в разработке и реализации законов и мер по контролю над наркотиками [117]. В течение первых восемнадцати месяцев с момента их принятия руководящие принципы использовались в качестве справочного документа договорными органами ООН, специальными процедурами ООН, национальными судами, в документах по адвокации, в правовых экспертных заключениях и другой деятельности по разбирательству судебных споров по всему миру.

В соответствии с растущей озабоченностью по поводу контроля над наркотиками с точки зрения прав человека, многочисленные органы по правам человека внимательно изучили усилия государств по соблюдению и продвижению прав человека людей, употребляющих наркотики, включая право на основные услуги по снижению вреда. Например, Совет по правам человека на своей 41-й сессии принял уникальную резолюцию по конкретной стране, выразив обеспокоенность нарушениями прав человека, происходящими на Филиппинах в контексте репрессивной кампании президента Дутерте по борьбе с наркотиками, и поручил Верховному комиссару ООН по правам человека подготовить доклад о ситуации [118].

Верховный комиссар также обратил внимание на влияние карательного контроля над наркотиками на права человека. Например, в отчете за 2019 год о насилии, смерти и серьезных травмах в ситуациях лишения свободы Комиссар осудил серьезные нарушения прав человека, которым подвергаются люди, употребляющие наркотики, в местах содержания под стражей, включая пытки и жестокое обращение, преднамеренное прекращение медикаментозного лечения как формы наказания, а также отсутствие надлежащей медицинской помощи в условиях лишения свободы [119].

Аналогичным образом, Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам вновь выразил озабоченность криминализацией употребления и хранения наркотиков, отметив ее негативное влияние на доступ к услугам снижения вреда [120, 121]; осудил продолжающуюся стигматизацию людей, употребляющих наркотики, и ограниченный доступ к услугам снижения вреда в тюрьмах [122]; а также осудил региональные диспропорции в наличии и доступности услуг снижения вреда [123].

И наконец, Специальный докладчик ООН по праву на здоровье продолжил разъяснять обязательства государств перед людьми, употребляющими наркотики. Например, докладчик осудил влияние ксенофобии и нетерпимости на доступ к услугам по снижению вреда [124] и предупредил о рисках сугубо биомедицинских подходов к употреблению наркотиков, пояснив, что они «могут отражать параллельные практики принуждения, задержания, стигматизации и отсутствия добровольного согласия

схожие с криминализационными подходами». Как следствие, «без гарантий соблюдения прав человека такие практики могут процветать и часто непропорционально сильно влиять на людей, сталкивающихся с социальной, экономической или расовой маргинализацией» [125].

Также внимание к правам людей, употребляющих наркотики, было вновь привлечено в апреле 2020 года, когда Специальный докладчик при поддержке семи других специальных докладчиков ООН опубликовал заявление о защите людей, употребляющих наркотики, во время пандемии COVID-19. Отметив уникальные потребности и риски, с которыми сталкиваются люди, употребляющие наркотики в этом контексте, эксперт ООН предоставил подробное руководство по обеспечению защиты основных прав во время пандемии. В частности, к государствам был обращен настоятельный призыв обеспечить доступ к услугам снижения вреда и контролируемым медицинским препаратам, гарантировать услуги снижения вреда, учитывающие гендерные аспекты, защитить людей, лишившихся крова, решить проблему переполненности тюрем, а также обеспечить здоровье заключенных [126].

Как убедительно вновь заявила Верховный комиссар по правам человека Мишель Бачелет в своей программной речи на Международной конференции по снижению вреда 2019 года в Порту (Португалия), сейчас как никогда ясно, что «люди не теряют свои права человека из-за употребления наркотиков», и «политика правительства не должна представлять большей угрозы для их благополучия, чем наркотики, которые они употребляют» [127].

## References

- UNODC. World Drug Report 2020. Booklet 2. Drug Use and Health Consequences [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 6]; Available from: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/>
- WHO. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. Geneva: World Health Organization; 2016.
- EHRA. The impact of the Global Fund's Eligibility Policy on the sustainability of the results of the last Global Fund HIV grant for Russia [Internet]. EHRA2019 [cited 2020 Sep 7]. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/hiv-situation-in-russia/>
- EHRA. Letter to GF on the emergency with sustainability of harm reduction in Albania, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria and Romania [Internet]. EHRA2019 [cited 2020 Sep 7]. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/letter-of-support-for-south-east-europe/>
- Curado A. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Schaeffer D. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Stöver H. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Woods S. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Simonitsch M. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- McDonald D. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Collis A. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Meyerson BE, Lawrence CA, Cope SD, Levin S, Thomas C, Eldridge LA, et al. I could take the judgment if you could just provide the service: non-prescription syringe purchase experience at Arizona pharmacies, 2018. *Harm Reduction Journal* 2019;16(1):57.
- Ka Hon Chu S. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Maghsoudi N. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Davis SM, Kristjansson AL, Davidov D, Zullig K, Baus A, Fisher M. Barriers to using new needles encountered by rural Appalachian people who inject drugs: implications for needle exchange. *Harm Reduction Journal* 2019;16(1):23.
- Carruthers S. Needle and Syringe Programs in Australia: Peer-led Best Practice. Canberra: Australian Injecting and Illicit Drug Users League; 2018.
- Dyk J van. Durban cuts city's only needle exchange programme [Internet]. Bhekisisa 2018 [cited 2020 Jul 3]. Available from: <https://bhekisisa.org/health-news-south-africa/2018-05-30-00-durban-cuts-citys-only-needle-exchange-programme/>
- MacDonnell J. Global State of Harm Reduction 2020 reviewer response. 2020.
- Derks L, Gassowski M, Nielsen S, An der Heiden M, Bannert N, Bock C-T, et al. Risk behaviours and viral infections among drug injecting migrants from the former Soviet Union in Germany: Results from the DRUCK-study. *Int J Drug Policy* 2018;59:54–62.
- Sypsa V. Why do HIV outbreaks re-emerge among people who inject drugs? *The Lancet HIV* 2019;6(5):e274–5.
- ECDC, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 - 2018 data. Stockholm: ECDC; 2019.
- EMCDDA. Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, 2020, Technical report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
- T Some C. Global State of Harm Reduction 2020 short survey response. 2020.
- NSW Health. Depot buprenorphine - Alcohol and other drugs [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 28]. Available from: <https://www.health.nsw.gov.au/aod/Pages/depot-buprenorphine.aspx>
- Touzé G. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Quintero J. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Said Slim Pasaran. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Cortés E. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- Schori D. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- CICAD. Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019 [Internet]. 2019; Available from: <http://cicad.oas.org/Main/ssMain/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/mobile/index.html>
- EMCDDA. High-risk drug use and new psychoactive substances, EMCDDA Rapid Communication. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
- Felvinczi K, Benschop A, Urbán R, Van Hout MC, Dąbrowska K, Hearne E, et al. Discriminative Characteristics of Marginalised Novel Psychoactive Users: a Transnational Study. *Int J Ment Health Addiction* [Internet] 2019 [cited 2020 Jun 8]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00128-8>
- Van Hout MC, Benschop A, Bujalski M, Dąbrowska K, Demetrovics Z, Felvinczi K, et al. Health and Social Problems Associated with Recent Novel Psychoactive Substance (NPS) Use Amongst Marginalised, Nightlife and Online Users in Six European Countries. *Int J Ment Health Addiction* 2018;16(2):480–95.
- Fleming T, Barker A, Ivsins A, Vakharia S, McNeil R. Stimulant safe supply: a potential opportunity to respond to the overdose epidemic. *Harm Reduction Journal* 2020;17(1):6.
- Rodriguez A. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
- BCCSU. Risk mitigation in the context of dual public health emergencies. Vancouver: British Columbia Centre on Substance Use; 2020.
- EMCDDA. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2018.
- Taylor H, Curado A, Tavares J, Oliveira M, Gautier D, Maria JS. Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm Reduction Journal* 2019;16(1):49.
- Medically Supervised Injecting Room Review Panel. Review of the Medically Supervised Injecting Room. Melbourne: Victorian Government; 2020.
- EMCDDA. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (Perspectives on drugs) [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2018. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms_en)
- EMCDDA. Health and social responses to drug problems: a European guide. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
- WHO. Community management of opioid overdose. Geneva: WHO; 2014.
- UNODC. World Drug Report 2020 - Estimates of people who inject drugs, living with HIV, HCV & HBV, downloadable spreadsheet [Internet]. Vienna: UNODC; 2020. Available from: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/maps-and-tables.html>
- WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations - 2016 update. Geneva: WHO; 2016.
- WHO. Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection. Geneva: WHO; 2018.
- WHO. Combating Hepatitis B and C to Reach Elimination by 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
- ECDC, EMCDDA. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm, Sweden: European Centre for Disease Prevention and Control : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2011.
- Guimarães R, Monteiro L, Teles S. Risk behaviors for sexually transmitted infections in noninjecting drug users: A cross-sectional study. *International Journal of STD & AIDS* 29:658–64.
- Duran A, Rossi D. High acceptability of rapid HIV test in Argentina. Experience during a seroprevalence study in vulnerable groups. 2015.
- Cortés E, Metaal P. Mercados de cocaína fumable en América Latina y el Caribe. Llamamiento a favor de una respuesta sostenible en materia de políticas [Internet]. 2019. Available from: [https://www.tni.org/files/publication-downloads/tni-smokablecocaïne\\_sp\\_web-def.pdf](https://www.tni.org/files/publication-downloads/tni-smokablecocaïne_sp_web-def.pdf)
- CICAD. Análisis de seguimiento de usuarios de cocaínas fumables en programas de atención y tratamiento a dos años del ingreso [Internet]. 2018. Available from: [http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/AnalisisdeSeguimiento%20\(1\).pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/AnalisisdeSeguimiento%20(1).pdf)
- Saxton PJW, McAllister SM, Noller GE, Newcombe DAL, Leafe KA. Injecting drug use among gay and bisexual men in New Zealand: Findings from national human immunodeficiency virus epidemiological and behavioural surveillance. *Drug and Alcohol Review* 2020;39(4):365–74.
- Iversen J, Wand H, Topp L, Kaldor J, Maher L. Extremely low and sustained HIV incidence among people who inject drugs in a setting of harm reduction. *AIDS* 2014;(28):275–83.
- Marzel A, Kusejko K, Weber R, Bruggmann P, Rauch A, Roth JA, et al. The Cumulative Impact of Harm Reduction on the Swiss HIV Epidemic: Cohort Study, Mathematical Model, and Phylogenetic Analysis. *Open Forum Infect Dis* [Internet] 2018 [cited 2018 Jul 26];5(5). Available from: <https://academic.oup.com/ofid/article/5/5/ofy078/5001718>
- Pedrana A, Howell J, Schröder S, Scott N, Wilson D, Kuschel C, et al. Eliminating Viral Hepatitis: The Investment Case [Internet]. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health; 2018. Available from: <https://www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/11/IMPJ6078-WISH-2018-Viral-Hepatitis-181026.pdf>
- Klein MB. Hepatitis C virus elimination: time for disruptive innovation. *Journal of the International AIDS Society* 2019;22(7):e25360.

57. UNAIDS. Services tailored for women who inject drugs in India [Internet]. 2020. Available from: [https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/march/20200302\\_Kapurthala](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/march/20200302_Kapurthala)
58. EASL. EASL Policy Statement: Drug use and the global hepatitis C elimination goal [Internet]. EASL; 2020. Available from: <https://easl.eu/wp-content/uploads/2020/08/full-version-easl-policy-statement-on-drug-use-and-the-global-hepatitis-c-elimination-goal.pdf>
59. Grebely J, Drolet M, Nwankwo C, Torrens M, Kastelic A, Walcher S, et al. Perceptions and self-reported competency related to testing, management and treatment of hepatitis C virus infection among physicians prescribing opioid agonist treatment: The C-SCOPE study. *Int J Drug Policy* 2019;63:29–38.
60. UNODC. HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs [Internet]. 2019. Available from: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People\\_who\\_use\\_drugs/19-04568\\_HIV\\_Prevention\\_Guide\\_ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/19-04568_HIV_Prevention_Guide_ebook.pdf)
61. United Nations Office on Drugs and Crime. Risk and Transmission of HIV, HCV & HBV among stimulant drugs users. A review of the evidence (A). Part 1/5. Methodology and Summary. 2017.
62. Langer AJ, Navin TR, Winston CA, LoBue P. Epidemiology of Tuberculosis in the United States. *Clin Chest Med* 2019;40(4):693–702.
63. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and drug use: review and update. *Clin Infect Dis* [Internet] 2009;48(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110742/>
64. Friedland G. Infectious disease comorbidities adversely affecting substance users with HIV: hepatitis C and tuberculosis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;55 Suppl 1:S37–42.
65. Taarnhøj GA, Engsig FN, Ravn P, Johansen IS, Larsen CS, Røge B, et al. Incidence, risk factors and mortality of tuberculosis in Danish HIV patients 1995–2007. *BMC Pulm Med* 2011;11:26.
66. Sculier D, Häylyäyus Gétahun. World Health Organization. WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders [Internet]. 2012 [cited 2020 Aug 2]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006\\_eng\\_Annexes.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng_Annexes.pdf)
67. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis incidence in prisons: a systematic review. *PLoS Med* 2010;7(12):e1000381.
68. Walmsley R. World Prison Population List - Twelfth edition. London: World Prison Brief, International Centre for Prison Studies; 2019.
69. UNODC. World Drug Report 2020. Booklet 1. Vienna: UNODC; 2020.
70. UNODC. World Drug Report 2020. Booklet 6. Other Drug Policy Issues [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 6]. Available from: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/>
71. Alexander M. The New Jim Crow: Mass Incarceration in the Age of Colorblindness. New York: The New Press; 2010.
72. Chaparro S, Perez Correa C, Youngers C. Castigos Irracionales: Leyes de drogas y encarcelamiento en América Latina. 2017.
73. Corda A. Sistemas Desproporcionados. Desproporción y costos económicos, institucionales y humanos de la política sobre estupefacientes en Argentina [Internet]. 2017. Available from: <http://intercambios.org.ar/news-2017/CordaSistemasD.pdf>
74. Kamarulzaman A, Verster A, Altice FL. Prisons: ignore them at our peril. *Current Opinion in HIV and AIDS* 2019;14(5):415–422.
75. Stone J, Fraser H, Lim AG, Walker JG, Ward Z, MacGregor L, et al. Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases* [Internet] 2018 [cited 2018 Nov 12];0(0). Available from: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(18\)30469-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(18)30469-9/abstract)
76. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *The Lancet* 2016;388(10049):1089–102.
77. UNAIDS. Health, rights and drugs — Harm reduction, decriminalization and zero discrimination for people who use drugs. 2019.
78. UNAIDS. 'Blind Spot: Reaching out to men and boys'. 2017.
79. UNODC. World Drug Report 2019. Booklet 1. Vienna: UNODC; 2019.
80. EMCDDA. European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
81. Heard S, Iversen J, Geddes L, Maher L. Australian NSP survey: Prevalence of HIV, HCV and injecting and sexual behaviour among NSP attendees, 25-year National Data Report 1995-2019. Sydney: Kirby Institute, UNSW Sydney; 2020.
82. Baguma C. Global State of Harm Reduction 2020 survey response. 2020.
83. EMCDDA. New psychoactive substances in prison, EMCDDA Rapid Communication. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
84. EMCDDA. Germany, Country Drug Report 2019 [Internet]. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2019 [cited 2020 May 16]. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11334/germany-cdr-2019\\_0.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11334/germany-cdr-2019_0.pdf)
85. Zinger I. Office of the Correctional Investigator Annual Report 2018-2019. Ottawa: Office of the Correctional Investigator; 2019.
86. Carre Z, Ali A. Finding a Needle in a Haystack: Take-Home Naloxone in England 2017/18. London: Release; 2019.
87. Wenger LD, Showalter D, Lambdin B, Leiva D, Wheeler E, Davidson PJ, et al. Overdose Education and Naloxone Distribution in the San Francisco County Jail. *J Correct Health Care* 2019;25(4):394–404.
88. Vasylyeva TI, Smyrnov P, Strathdee S, Friedman SR. Challenges posed by COVID-19 to people who inject drugs and lessons from other outbreaks. *J Intern AIDS Soc* [Internet] 2020 [cited 2020 Sep 13];23(7). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jia2.25583>
89. Harris M. An urgent impetus for action: safe inhalation interventions to reduce COVID-19 transmission and fatality risk among people who smoke crack cocaine in the United Kingdom. *Int J Drug Policy* [Internet] 2020 [cited 2020 Jun 24]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7306748/>
90. Wolfe D. Global State of Harm Reduction 2020 - Reviewer response. HRI; 2020.
91. INPUD. In the time of COVID-19: Civil Society Statement on COVID-19 and People who use Drugs | INPUD [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10]. Available from: <https://www.inpud.net/en/time-covid-19-civil-society-statement-covid-19-and-people-who-use-drugs>
92. INPUD. COVID-19 Crisis: Harm Reduction Resources for People who Use Drugs | INPUD [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10]. Available from: <https://www.inpud.net/en/covid-19-crisis-harm-reduction-resources-people-who-use-drugs>
93. INPUD. COVID 19: Advice for People who Use Drugs leaflet | INPUD [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 10]. Available from: <https://www.inpud.net/en/covid-19-advice-people-who-use-drugs-leaflet>
94. HRI. Making the investment case: Cost-effectiveness evidence for harm reduction [Internet]. London: HRI; 2020. Available from: [https://www.hri.global/files/2020/04/21/HRI\\_Cost\\_Effectiveness\\_Briefing\\_\(APRIL\\_2020\).pdf](https://www.hri.global/files/2020/04/21/HRI_Cost_Effectiveness_Briefing_(APRIL_2020).pdf)
95. APCASO. Rapid survey on the needs of young key populations and young people living with HIV in Asia and the Pacific in the context of COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://apcaso.org/assessing-the-needs-of-young-key-populations-during-covid-19-outbreak-in-asia-and-the-pacific/>
96. Advocacy Resource Center. Issue brief: Reports of increases in opioid-related overdose and other concerns during COVID pandemic. Chicago: American Medical Association; 2020.
97. Vakharia S. Global State of Harm Reduction 2020 reviewer response. 2020.
98. OHCHR. Statement by the UN expert on the right to health\* on the protection of people who use drugs during the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 25]. Available from: <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25797&LangID=E>
99. UNODC, WHO, UNAIDS, OHCHR. UNODC, WHO, UNAIDS and OHCHR joint statement on COVID-19 in prisons and other closed settings [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/13-05-2020-unodc-who-unaid-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-settings>
100. HRI. COVID-19, Prisons and Drug Policy: Global Scan March-June 2020 [Internet]. London: HRI; 2020. Available from: <https://www.hri.global/covid-19-prison-diversion-measures>
101. Edelman McHenry A. Mapping Expanded Access to Opioid Agonist Treatments During COVID-19 - A Global Policy Scan. London: HRI; 2020.
102. Cook C, Davies C. The lost decade: Neglect for harm reduction funding and the health crisis among people who use drugs [Internet]. London: HRI; 2018. Available from: <https://www.hri.global/files/2018/09/25/lost-decade-harm-reduction-funding-2018.PDF>
103. UNAIDS. Do no harm: Health, human rights and people who use drugs [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2016. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/donoharm\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf)
104. INPUD, HRI. We can't stop now: safeguarding funding for harm reduction during COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: [https://www.hri.global/files/2020/05/12/HRI\\_INPUD\\_Statement\\_on\\_Funding\\_for\\_Harm\\_Reduction\\_-\\_COVID19.pdf](https://www.hri.global/files/2020/05/12/HRI_INPUD_Statement_on_Funding_for_Harm_Reduction_-_COVID19.pdf)



105. HRI. HR19 call to action on harm reduction funding and Global Fund replenishment [Internet]. 2019. Available from: <https://www.hri.global/hr19-call-to-action-harm-reduction-funding>
106. The Global Fund. Step up the fight: Investment case sixth replenishment. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria [Internet]. The Global Fund; 2019. Available from: [https://www.theglobalfund.org/media/8279/publication\\_sixthreplenishmentinvestmentcase\\_report\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/8279/publication_sixthreplenishmentinvestmentcase_report_en.pdf)
107. The Global Fund. US\$14 Billion to Step Up the Fight Against the Epidemics [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 24]. Available from: <https://www.theglobalfund.org/en/specials/2019-10-09-global-fund-sixth-replenishment-conference/>
108. Global Fund Advocates Network. Get back on track to end the epidemics [Internet]. Amsterdam: Global Fund Advocates Network; 2019. Available from: <https://www.globalfundadvocatesnetwork.org/wp-content/uploads/2018/07/Get-back-on-Track-Full-Report-FINAL.pdf>
109. HRI, Frontline Aids. Why catalytic investments funding is crucial to preventing HIV among people who use drugs [Internet]. 2019. Available from: [https://www.hri.global/files/2019/04/08/Catalytic\\_investments\\_briefing\\_FINAL.pdf](https://www.hri.global/files/2019/04/08/Catalytic_investments_briefing_FINAL.pdf)
110. HRI, Alliance India, EHRA, INPUD. We're not there just yet: A joint statement on harm reduction and the Global Fund Sixth Replenishment [Internet]. HRI; 2019. Available from: [https://www.hri.global/files/2019/10/16/GFRC\\_piece\\_FINAL.pdf](https://www.hri.global/files/2019/10/16/GFRC_piece_FINAL.pdf)
111. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Harm Reduction for People who Use Drugs. Geneva: The Global Fund; 2020.
112. IDPC. 330+ NGOs warn changes in Dutch funding priorities will disrupt global HIV and hepatitis response for people who use drugs [Internet]. 2020. Available from: <https://idpc.net/alerts/2020/07/330-ngos-warn-changes-in-dutch-funding-priorities-will-disrupt-global-hiv-and-hepatitis-response-for-people-who-use-drugs>
113. HRI. Letter to the Programme Coordinating Board on the rights of people who use drugs and harm reduction in the new UNAIDS Strategy [Internet]. 2020. Available from: [https://www.hri.global/files/2020/09/03/PCB\\_MS\\_letter\\_UNAIDS\\_strategy.pdf](https://www.hri.global/files/2020/09/03/PCB_MS_letter_UNAIDS_strategy.pdf)
114. UN Commission on Narcotic Drugs. Ministerial declaration on strengthening our actions at the national, regional and international levels to accelerate the implementation of our joint commitments to address and counter the world drug problem [Internet]. UNODC; 2019. Available from: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Ministerial\\_Declaration.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Ministerial_Declaration.pdf)
115. Chief Executive Board for Coordination. UN System Common Position: Supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration. UN; 2018.
116. UN system coordination Task Team on the Implementation of the UN System Common Position on drug-related matters. What we have learned over the last ten years: A summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters [Internet]. 2019. Available from: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Contributions/UN\\_Entities/What\\_we\\_have\\_learned\\_over\\_the\\_last\\_ten\\_years\\_-\\_14\\_March\\_2019\\_-\\_w\\_signature.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Contributions/UN_Entities/What_we_have_learned_over_the_last_ten_years_-_14_March_2019_-_w_signature.pdf)
117. International Centre on Human Rights and Drug Policy, UNAIDS, WHO, UNDP. International Guidelines on Human Rights and Drug Policy [Internet]. University of Essex: International Centre for Human Rights and Drug Policy; 2019. Available from: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/international-guidelines-on-human-rights-and-drug-policy.html>
118. Human Rights Council. Resolution 41/2 - Promotion and protection of human rights in the Philippines [Internet]. 2019. Available from: <https://undocs.org/A/HRC/RES/41/2>
119. Human Rights Council. Human rights in the administration of justice - Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights [Internet]. 2019. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/247/98/pdf/G1924798.pdf>
120. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the third periodic report of Benin [Internet]. 2020. Available from: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW9oVixnwFxc9xL10sr7QWlckqHT%2fVr%2bYtQLq3a18G3fqOCeNou7YpWzECObR2xF93spsUPIQRkNHvhBHv9ewR%2b5eiacCZs33L5IFOsCgFFmo>
121. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the sixth periodic report of Norway [Internet]. 2020. Available from: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuWYfGZLRp7qMd2d61J9CM%2fQe6o1SZjh9qa5Fzb1cuVDX84j1tEvGXkl9htaheknN1G9pPMrk6P SJSHNTLhDCeYjwLbhfDFWnOdWqHua9tq%2f%2fPO>
122. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the seventh periodic report of Ukraine [Internet]. 2020. Available from: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuWxT7OYZyYjGL8qwRLmzDL%2fVzGZyEn3i0uiQ8QMBJeVxr4Jaon5%2fql7IPnOTr2gopfl3irLZXaYp9bJQEOGga9vo56YHJo%2bRUVPqf%2f%2b2bJp0Gh>
123. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations on the fourth periodic report of Switzerland [Internet]. 2019. Available from: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW%2bAlQOm11btoJd4YxREVF2Ut%2bsoUD%2b2H7XZ9EkcakYwxLEFY1ajdTcBJ1H8dH6Y1dIVNqIBNQCpu8zQLBfYnfCUrmF781lvqOO5buh%2f94i8Q>
124. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health [Internet]. Human Rights Council; 2019. Available from: [https://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/HRC/41/34](https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/41/34)
125. Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health [Internet]. Human Rights Council; 2020. Available from: <https://undocs.org/A/HRC/44/48>
126. Statement by the UN expert on the right to health\* on the protection of people who use drugs during the COVID-19 pandemic [Internet]. OHCHR; 2020. Available from: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25797&LangID=E>
127. Harm Reduction International Conference 2019: Statement by UN High Commissioner for Human Rights Michelle Bachelet [Internet]. 2019. Available from: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24529&LangID=E>
128. Wang QQ, Kaelber DC, Xu R, Volkow ND. COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States. *Mol Psychiatry* [Internet] 2020 [cited 2020 Sep 30]; Available from: <http://www.nature.com/articles/s41380-020-00880-7>

---

# COVID-19

## Обзор

Как и в других регионах, кризис COVID-19 принес как положительные, так и отрицательные изменения в регионе Восточной Европы и Центральной Азии. Среди положительных изменений – предоставление онлайн-консультаций и выдача ПТАО на руки для самостоятельного употребления дома, доставка на дом принадлежностей, связанных со снижением вреда, и введение новых услуг, таких как заместительная терапия для потребителей стимуляторов амфетаминового ряда (САР) в Чехии.

Пандемия также указала на уязвимость услуг снижения вреда. Закрытие международных границ привело к перебоям в поставках препаратов ПТАО в Молдову, а отсутствие политической поддержки и перераспределение государственных ресурсов на борьбу с COVID-19, поставили программы снижения вреда в Болгарии и Черногории под угрозу закрытия. Во время пандемии COVID-19 в регионе Евразии, несмотря на международные рекомендации [22] и адвокационные усилия сообщества и гражданского общества [23], не было достигнуто прогресса в сокращении численности заключенных [24] и освобождении людей, которые находятся в тюрьмах за ненасильственные преступления.

Возможность получать ПТАО на руки для самостоятельного употребления (как бупренорфин, так и метадон) на период 5–14 дней стала доступна клиентам во многих странах региона, за исключением Беларуси и Казахстана. В Азербайджане этот период был ограничен двумя днями, а в Украине и Чехии он был увеличен до одного месяца. Эти изменения коснулись только клиентов, которые уже были в программе. В некоторых странах, таких как Литва и Латвия, новых клиентов не принимали в программу во время карантина.

В Казахстане и Украине мобильные амбулатории доставляли препараты ПТАО, часто вместе с антиретровирусной терапией (АРТ), клиентам из отдаленных районов. В России наборы для снижения вреда, включая маски, дезинфицирующие и другие гигиенические средства, доставлялись клиентам напрямую через курьерские службы. Организации также проводили онлайн-консультирование клиентов и, где это было возможно, тестирование на ВИЧ с помощью наборов для самостоятельного тестирования (например, в России и Польше).

Для многих людей, употребляющих наркотики, карантинные меры и комендантский час ограничили доступ к временному жилью и сделали невозможным зарабатывание денег. Отвечая эти базовые запросы, некоторые организации перепрограммировали бюджеты (например, в Чехии, Казахстане, Черногории и Словакии) или организовали краудфандинговые кампании, чтобы прокормить нуждающихся (например, в Болгарии). В некоторых странах были налажены партнерства, чтобы предоставить кров людям, употребляющим наркотики, и женщинам, пережившим насилие, например, в Кыргызстане. [25] В Азербайджане и Казахстане организации по снижению вреда помогли своим клиентам получить специальную помощь для безработных граждан в связи с COVID-19.

В сентябре 2020 года AFEW International запустил региональную программу солидарности по COVID-19 [26] в странах Восточного партнерства, чтобы поддержать общественные организации в реагировании на воздействие пандемии COVID-19 в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

## References

22. UNODC, World Health Organization, UNODC, WHO, UNAIDS and OHCHR joint statement on covid-19 in prisons and other closed settings [Internet]. Available from: [https://www.unodc.org/documents/Advocacy-Section/20200513\\_PS\\_covid-prisons\\_en.pdf](https://www.unodc.org/documents/Advocacy-Section/20200513_PS_covid-prisons_en.pdf)
23. Free Zone, Global Fund to Fight AIDS Tuberculosis and Malaria, Open Society Foundations. Online conference: “Prisons in COVID-19 context” [Internet]. Prison- Off [cited 2020 Sep 23]. Available from: <http://prison-off.com/online-conference-prisons-in-covid-19-context/?lang=en>
24. HRI. COVID-19, Prisons and Drug Policy: Global Scan March-June 2020 [Internet]. London: HRI; 2020. Available from: <https://www.hri.global/covid-19-prison-diversion-measures>
25. UNDP. Safe spaces to protect women and girls from violence arranged as part of the EU-UN Spotlight Initiative in Kyrgyzstan | UNDP in Kyrgyz Republic [Internet]. UNDP2020 [cited 2020 Sep 28]. Available from: <https://www.kg.undp.org/content/kyrgyzstan/en/home/presscenter/pressreleases/2020/04/safe-spaces-to-protect-women-and-girls-from-violence-arranged-as.html>
26. AFEW. The COVID-19 Solidarity Program for Key Populations in Eastern Partnership countries is launched! Please, apply! [Internet]. AFEW International2020 [cited 2020 Sep 23]. Available from: <http://afew.org/headlines/the-covid-19-solidarity-program-for-key-populations-in-eastern-partnership-countries-is-launched-please-apply/>

# ГЕПАТИТ С



## Обзор

Распространенность гепатита С среди людей, употребляющих наркотики, в Евразии очень высока и колеблется от 15% до 94%. Распространенность гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, превышает 50% в 18 странах Евразии по сравнению с 16 в 2018 году (см. Региональную таблицу на стр. 82). Россия является одним из четырех государств, вносящих основной вклад в бремя гепатита С среди людей, употребляющих наркотики, в мире [27]. Основными препятствиями на пути к достижению цели по ликвидации гепатита С к 2030 году в регионе [28] являются низкий уровень охвата услугами снижения вреда, запретительная наркополитика, криминализация употребления наркотиков, плохой доступ к экономически эффективным услугам по снижению вреда, низкий уровень тестирования на гепатит С, слабая связь с программами ухода и лечения, ограничения доступа к противовирусной терапии прямого действия, а также отсутствие национальных стратегий и государственных инвестиций, направленных на поддержку целей ликвидации гепатита С [27, 29].

За последние несколько лет Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Молдова и Украина приняли национальные программы по лечению гепатита С. Казахстан стал ярким примером сотрудничества между гражданским обществом и Министерством здравоохранения, разработав национальную дорожную карту и национальную программу лечения гепатита С, которые сейчас являются одними из самых прогрессивных в постсоветском регионе.

Хотя имеющиеся данные показывают, что бремя гепатита С среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, велико, во многих странах по-прежнему существуют значительные пробелы в данных. Например, в настоящее время не ведется систематический сбор данных о каскаде лечения гепатита С (переход от тестирования к лечению и выздоровлению). Национальные руководящие принципы лечения требуют воздержания от употребления наркотиков на срок от шести месяцев до года, чтобы быть принятым/принятой в программу лечения в Болгарии, Хорватии, Венгрии и Словакии. В Румынии для пациентов с коинфекцией ВИЧ перед началом лечения требуется отрицательный тест на наркотики. В Польше людей, находящихся в активной «зависимости» от наркотиков, исключают из программы лечения [30]. В Словении существует комплексный национальный сетевой подход к лечению гепатита С среди людей, употребляющих наркотики, который осуществляется в тесном сотрудничестве между пятью клиническими центрами лечения вирусного гепатита и 18 центрами по лечению наркозависимости [30].

Финансирование тестирования и лечения гепатита С в большинстве случаев осуществляется из национальных бюджетов. Следовательно, доступность тестирования и лечения зависит от того, является ли это приоритетом для государства (как в Беларуси, Казахстане, Молдове, Словении и Украине) или нет (как в Азербайджане, Кыргызстане и Узбекистане). В мире нет международных доноров, поддерживающих лечение гепатита С, хотя после значительных адвокационных усилий Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией начал разрешать включение вирусного гепатита в гранты на борьбу с ВИЧ (например, в Украине). В Грузии запуск программы в 2015 году финансировала компания Gilead, а правительство внесло свой вклад в инфраструктуру этой программы.

## References

27. Day E, Hellard M, Treloar C, Bruneau J, Martin NK, Øvrehus A, et al. Hepatitis C elimination among people who inject drugs: Challenges and recommendations for action within a health systems framework. *Liver Int* 2019;39(1):20–30.
28. WHO. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Geneva: World Health Organization; 2016.
29. Mabileau G, Scutelnicuic O, Tsereteli M, Konorazov I, Yelizaryeva A, Popovici S, et al. Intervention Packages to Reduce the Impact of HIV and HCV Infections Among People Who Inject Drugs in Eastern Europe and Central Asia: A Modeling and Cost-effectiveness Study. *Open Forum Infect Dis* [Internet] 2018 [cited 2020 Sep 8];5(3). Available from: <https://academic.oup.com/ofid/article/5/3/ofy040/4868640>
30. EMCDDA. HCV policies landscape in Europe. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

# ТУБЕРКУЛЕЗ

---



## Обзор

Около 83% оценочного количества случаев туберкулеза в Европейском регионе ВОЗ приходится на 18 страна, 17 из которых расположены в Евразии (Армения, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Эстония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Молдова, Румыния, Россия, Таджикистан, Туркменистан, Украина и Узбекистан). В совокупности на эти 18 стран приходилось более 87% смертности от туберкулеза в Европейском регионе ВОЗ, с самым высоким показателем в Туркменистане (10,4 смертей на 100 000), за которым следуют Азербайджан (10,1) и Украина (8,4). Кроме того, по оценкам, от 20% до 25% случаев туберкулеза в Евразии остаются невыявленными [19].

Наибольшая доля новых случаев и рецидивов (78 258 или 34,4%) приходится на Россию. Страны с абсолютным наибольшим числом случаев туберкулеза, превышающим 10 000, — это Россия (78 258), Украина (36 000), Узбекистан (23 000), Румыния (13 000) и Казахстан (12 000). По оценочным данным, в регионе насчитывалось 30 000 случаев ТБ среди людей инфицированных ВИЧ, причем наибольшее бремя коинфекции приходилось на Россию (53%) и Украину (27%). Показатель регистрации туберкулеза превышает 1 000 случаев на 100 000 заключенных в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Молдове, России и Украине. Согласно оценкам, самые высокие риски, связанные с ТБ в тюрьмах, наблюдаются в Словакии (40,7), за которой следуют Чехия (24,9), Украина (23,8), Россия (23,5) и Азербайджан (22,1). На Россию приходилась почти половина смертей в Европейском регионе ВОЗ в абсолютном выражении. Хотя немногие страны сообщают о ТБ у людей, употребляющих инъекционные наркотики, более высокие показатели регистрации (новых случаев) среди этой группы подтверждают, что она подвергается более высокому риску заболевания ТБ [20].

ПТАО и наркологическая помощь, даже если они доступны в стране, в большинстве случаев недоступны в противотуберкулезных лечебных учреждениях (например, в Казахстане, России, Украине), а учреждениям часто запрещается выписывать контролируемые вещества [21]. Вследствие этого, люди, употребляющие наркотики, нередко обращаются в систему здравоохранения на поздних стадиях заболевания и вынуждены прерывать лечение, что, в свою очередь, приводит к высокой распространенности мультирезистентного туберкулеза [1]. Исследование, проведенное в Украине, показало, что только 57% людей, употребляющих наркотики, выразили готовность немедленно обратиться за медицинской помощью при обнаружении симптомов туберкулеза [22]. Существуют списки для начала лечения новыми менее опасными препаратами, однако из-за их высокой стоимости приоритет лечения отдается пациентам, не имеющим наркозависимости.

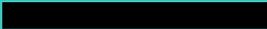
В Украине программа активного выявления людей с туберкулезом среди групп риска, таких как люди, употребляющие наркотики, реализуется с 2014 года в 27 регионах страны Альянсом общественного здравоохранения при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд). За последние пять лет в рамках программы охват групп риска с помощью скрининговых интервью увеличился в 6-7 раз, что повысило уровень выявления туберкулеза на 46% по сравнению с 2014 годом. 93% людей, у которых был выявлен туберкулез, начали лечение [23]. Тем не менее эти достижения находятся под угрозой, поскольку страны, в процессе перехода от финансирования Глобального фонда, как правило, сосредотачиваются на поддержании закупок лекарств, а не на продолжении программы.

## References

19. Chorna Y. Global State of Harm Reduction 2020 Interview. 2020.
20. Baddeley A. Measuring the TB burden and access to TB services for people who inject drugs in the WHO European Region, 2010 and 2011. Geneva: WHO Global TB Programme; nd.
21. Mabileau G, Scutelnicuic O, Tsereteli M, Konorazov I, Yelizaryeva A, Popovici S, et al. Intervention Packages to Reduce the Impact of HIV and HCV Infections Among
22. People Who Inject Drugs in Eastern Europe and Central Asia: A Modeling and Cost- effectiveness Study. Open Forum Infect Dis [Internet] 2018 [cited 2020 Sep 8];5(3). Available from:<https://academic.oup.com/ofid/article/5/3/ofy040/4868640>
23. Alliance for Public Health. Communities, Rights and Gender TB Tools Assessments in Ukraine. Kyiv: Alliance for Public Health; 2018.
24. Kashnitsky D. Active finding of missing people with TB among risk groups in Ukraine: The contribution of civil society organisations. Kyiv: 2019.

# 2.2

# ЕВРАЗИЯ



- АЛБАНИЯ
- АРМЕНИЯ
- АЗЕРБАЙДЖАН
- БЕЛАРУСЬ
- БОСНИЯ И ГЕРЦЕГОВИНА
- БОЛГАРИЯ
- ХОРВАТИЯ
- ЧЕХИЯ
- ЭСТОНИЯ
- ГРУЗИЯ
- ВЕНГРИЯ
- КОСОВО
- КАЗАХСТАН
- КЫРГЫЗСТАН
- ЛАТВИЯ
- ЛИТВА
- МОЛДОВА
- ЧЕРНОГОРИЯ
- СЕВЕРНАЯ МАКЕДОНИЯ
- ПОЛЬША
- РУМЫНИЯ
- РОССИЯ
- СЕРБИЯ
- СЛОВАКИЯ
- СЛОВЕНИЯ
- ТАДЖИКИСТАН
- ТУРКМЕНИСТАН
- УКРАИНА
- УЗБЕКИСТАН

TABLE 2.2.1:

## Epidemiology of HIV and viral hepatitis, and harm reduction response in Eurasia

Country/ territory with reported injecting drug use	People who inject drugs	HIV prevalence among people who inject drugs (%)	Hepatitis C (anti HCV) prevalence among people who inject drugs (%)	Hepatitis B (anti- HBsAg) prevalence among people who inject drugs (%)	Harm reduction response			
					NSP <sup>1</sup>	OAT <sup>2</sup>	Peer distribution of naloxone	DCRs <sup>3</sup>
Albania	5,132-6,182 <sup>[1]</sup>	0.5 <sup>[2]</sup>	28.8 <sup>[2]</sup>	11.5 <sup>[2]</sup>	✓2 <sup>[3,4]</sup>	✓6 <sup>[3,4]</sup> (M,B)	✗	✗
Armenia	9,000 <sup>[5]</sup>	1.9 <sup>[5]</sup>	66.1 <sup>[5]</sup>	nk	✓12 <sup>[3,4]</sup>	✓4 <sup>[3,4]</sup> (M)	✗	✗
Azerbaijan	60,000 <sup>[6]</sup>	6.9 <sup>[6]</sup>	43.9 <sup>[7]</sup>	7.3 <sup>[7]</sup>	✓17 <sup>[8]</sup>	✓2 <sup>[3,4]</sup> (M)	✗	✗
Belarus	66,500 <sup>[9]</sup>	30.8 <sup>[10]</sup>	58.2 <sup>[10]</sup>	2.4 <sup>[10]</sup>	✓34 <sup>[11]</sup>	✓19 <sup>[4,11]</sup> (M)	✗	✗
Bosnia and Herzegovina	12,500 <sup>[9]</sup>	0.0 <sup>[9,12]</sup>	30.8 <sup>[12]</sup>	0.2-3.1 <sup>[12]</sup>	✓5 <sup>[13]</sup>	✓12 <sup>[12]</sup> (M,O)	✗	✗
Bulgaria	18,500 <sup>[14]</sup>	6 <sup>[15]</sup>	76.8 <sup>[15]</sup>	5.0 <sup>[15]</sup>	✗ <sup>[15,16]</sup>	✓30 <sup>[15]</sup> (M,B,O)	✗	✗
Croatia	6,300 <sup>[17]</sup>	0.5 <sup>[17]</sup>	38.2 <sup>[17]</sup>	0.9 <sup>[8]</sup>	✓144 <sup>[18]</sup>	✓17 <sup>[17]</sup> (M,B,O)	✗	✗
Czechia	43,700 <sup>[19]</sup>	0.1 <sup>[19]</sup>	14.7 <sup>[19]</sup>	15.1 <sup>[8]</sup>	✓164 <sup>[18]</sup>	✓19 <sup>[19]</sup> (M,B,BN)	✗	✗
Estonia	8,600 <sup>[20]</sup>	51.4 <sup>[21]</sup>	79.7 <sup>[21]</sup>	5.7 <sup>[21]</sup>	✓41 <sup>[4,18]</sup>	✓8 <sup>[20]</sup> (M,B,BN)	✓ <sup>[20]</sup>	✗
Georgia	52,500 <sup>[22]</sup>	2.3 <sup>[23]</sup>	65-75.0 <sup>[23]</sup>	7.2 <sup>[8]</sup>	✓22 <sup>[3]</sup>	✓18 <sup>[3]</sup> (M,BN)	✗	✗
Hungary	6,707 <sup>[24]</sup>	0.2 <sup>[24]</sup>	49.7 <sup>[24]</sup>	2.2 <sup>[8]</sup>	✓40 <sup>[18]</sup>	✓15 <sup>[3]</sup> (M,B)	✗	✗
Kazakhstan	94,600 <sup>[25]</sup>	7.9 <sup>[26]</sup>	64.2 <sup>[27]</sup>	7.9 <sup>[8]</sup>	✓144 <sup>[28]</sup>	✓13 <sup>[25,26]</sup> (M)	✗	✗
Kosovo	5,819 <sup>[29]</sup>	0.0 <sup>[29]</sup>	23.8 <sup>[29]</sup>	4.1 <sup>[30]</sup>	✓ <sup>[30]</sup>	✓4 <sup>[31]</sup> (M)	✗	✗
Kyrgyzstan	26,700 <sup>[32]</sup>	14.3 <sup>[33]</sup>	60.9 <sup>[33]</sup>	nk	✓40 <sup>[34]</sup>	✓31 <sup>[35]</sup>	✗	✗
Latvia	7,100 <sup>[36]</sup>	7.7 <sup>[36]</sup>	56.8 <sup>[36]</sup>	3.6 <sup>[36]</sup>	✓28 <sup>[18]</sup>	✓10 <sup>[3]</sup> (M,B,BN)	✗	✗
Lithuania	8,900 <sup>[37]</sup>	12.5 <sup>[37]</sup>	77 <sup>[37]</sup>	10.5 <sup>[37]</sup>	✓11 <sup>[18]</sup>	✓1 <sup>[18]</sup> (M,B,BN)	✗	✗
Moldova	36,900 <sup>[9]</sup>	13.9-29.1 <sup>[40]</sup>	32.7-62.1 <sup>[41]</sup>	1.0-5.4 <sup>[41]</sup>	✓28 <sup>[42]</sup>	✓22 <sup>[43]</sup> (M)	✗	✗
Montenegro	1,300 <sup>[44]</sup>	0.5 <sup>[6]</sup>	53.0 <sup>[45]</sup>	1.4 <sup>[45]</sup>	✓13 <sup>[3]</sup>	✓5 <sup>[3]</sup>	✗	✗
North Macedonia	6,756 <sup>[38]</sup>	0.0 <sup>[38]</sup>	72 <sup>[38]</sup>	5.6 <sup>[38]</sup>	✓16 <sup>[39]</sup>	✓16 <sup>[39]</sup> (M,B)	✗	✗
Poland	14,670 <sup>[46]</sup>	14.0-21.2 <sup>[46]</sup>	57.9 <sup>[46]</sup>	4.9 <sup>[8]</sup>	✓51 <sup>[18]</sup>	✓4 <sup>[46]</sup> (M,B)	✗	✗
Romania	81,500 <sup>[8]</sup>	15.9 <sup>[47]</sup>	83.8 <sup>[4]</sup>	5.2 <sup>[4]</sup>	✓63 <sup>[18]</sup>	✓4 <sup>[47]</sup> (M)	✗	✗
Russia	1,881,000 <sup>[8]</sup>	48.1-75.2 <sup>[48]</sup>	83.4-94.4 <sup>[48]</sup>	32.7-79.9 <sup>[48]</sup>	✓20 <sup>[8]</sup>	✗	✗	✗
Serbia	20,500 <sup>[49]</sup>	0.0 <sup>[8]</sup>	25.9 <sup>[8]</sup>	3.6 <sup>[8]</sup>	✓2 <sup>[50]</sup>	✓23 <sup>[49]</sup> (M,B)	✗	✗
Slovakia	20,000 <sup>[8]</sup>	0.0 <sup>[51]</sup>	42.3 <sup>[51]</sup>	3.7 <sup>[51]</sup>	✓14 <sup>[18]</sup>	✓5 <sup>[51]</sup> (M,B,BN)	✗	✗
Slovenia	4,900 <sup>[52]</sup>	0.0 <sup>[52]</sup>	42.6 <sup>[52]</sup>	4.6 <sup>[52]</sup>	✓12 <sup>[18]</sup>	✓10 <sup>[4]</sup> (M,B,BN,O)	✗	✗
Tajikistan	22,200 <sup>[53]</sup>	12.1 <sup>[6]</sup>	61.3 <sup>[8]</sup>	nk	✓53 <sup>[54]</sup>	✓12 <sup>[54]</sup> (M)	✗	✗
Turkmenistan	nk	nk	Nk	nk	✗	✗	✗	✗
Ukraine	317,000 <sup>[55]</sup>	22.6 <sup>[56]</sup>	63.9 <sup>[57]</sup>	13.8 <sup>[57]</sup>	✓2,380 <sup>[56]</sup>	✓215 <sup>[58]</sup> (M,B)	✓	✗
Uzbekistan	48,000 <sup>[59]</sup>	5.1 <sup>[59]</sup>	15.7 <sup>[59]</sup>	nk	✓230 <sup>[60]</sup>	✗	✗	✗

nk = not known

1 All operational needle and syringe programme (NSP) sites, including fixed sites, vending machines and mobile NSPs operating from a vehicle or through outreach workers.

2 Opioid agonist therapy (OAT), including methadone (M), buprenorphine (B) and any other form (O) such as morphine and codeine.

3 Drug consumption rooms, also known as supervised injecting sites.

4 No people who inject drugs were infected with HIV based on the results of the Integrated Biological and Behavioural Survey 2016 in Bosnia and Herzegovina.

5 Naloxone can only be provided by medical personnel. In 2018, a nasal naloxone spray applicator was also made available.

6 Data from 2015; however, civil society report an increase in HIV diagnoses attributed to injecting drug use in 2019.

7 No people who inject drugs were infected with HIV based on the results of the Integrated Biological and Behavioural Survey 2011, 2014 and 2018 in Kosovo.

8 Of these services, 13 are based in prisons.

9 No people who inject drugs were infected with HIV based on the results of the Integrated Biological and Behavioural Survey 2017 in the Republic of Macedonia.

10 National estimates for the number of people who inject drugs in Romania vary widely among different international agencies. The figure cited represents the most recent from an independent study.

11 Data received based on self-report among people who inject drugs who have tested HCV and HBV positive during the last 12 months (IBBS 2017).

12 Data received based on self-report among people who inject drugs who have HBV now or have had it before (IBBS 2017).

MAP 2.2.1:

Availability of harm reduction services



- Both NSP and OAT available
- Neither available
- X Peer-distribution of naloxone
- OAT only
- Not known
- DCR available
- NSP only

## 2.2 Harm reduction in Eurasia<sup>13</sup>

### ВИЧ И АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРТ)



### СНИЖЕНИЕ ВРЕДА В ТЮРЬМАХ КОЛИЧЕСТВО ЛЮДЕЙ В ТЮРЬМАХ, ПОЛУЧАЮЩИЕ ПТАО



Тестирование наркотиков осуществляется в основном путем распространения наборов для тестирования реагентов на фестивалях и в ночных заведениях Венгрии, Грузии, Литвы, Словении, Польши, Украины, Чехии и Эстонии, но не в качестве официальных интервенций снижения вреда. В регионе до сих пор нет официальных Комнат Безопасного Употребления Наркотиков; в 2019 году в Сумах (Украина) был открыт первый пункт снижения вреда, позволяющий употреблять наркотики на его территории.



13 In this report, by Eurasia we mean 29 countries from Central and Eastern Europe and Central Asia: Albania, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Czechia, Estonia, Georgia, Hungary, Kazakhstan, Kosovo, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Moldova, Montenegro, North Macedonia, Poland, Romania, Russia, Serbia, Slovakia, Slovenia, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine, Uzbekistan.

## 1. Обзор

Автор:  
Мария Плотко  
Евразийская Ассоциация  
Снижения Вреда



В Евразии около трех миллионов человек употребляют наркотики (данные по Туркменистану отсутствуют). Все страны региона сообщают об употреблении инъекционных наркотиков, хотя, по мнению национальных экспертов,<sup>14</sup> за последние годы инъекционное употребление как основной путь введения наркотика сократилось. Каннабис, а за ним опиоиды, остаются наиболее часто употребляемыми наркотиками<sup>[61]</sup> и, согласно недавним исследованиям<sup>[62]</sup> новые психоактивные вещества (НПВ) становятся все более популярными в постсоветском регионе из-за их низкой стоимости и высокой доступности.

Снижение вреда, хотя и не всегда именно такими словами, упоминается в политике национальных правительств в 25 из 29 стран региона. Программы игл и шприцев (ПИШ) доступны в 27 из 29 стран (за исключением Туркменистана и Болгарии), а поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО) – в 26 странах (кроме России, Узбекистана и Туркменистана). Однако охват услугами в большинстве стран не достигает минимальных 20%, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) [4], а качество услуг остается низким и не ориентированным на клиента. Как следствие, в постсоветской части региона почти половина новых случаев инфицирования ВИЧ в 2019 году была связана с употреблением инъекционных наркотиков [63].

Двадцать одна страна предоставляет ПТАО в тюрьмах, и только в пяти странах есть программы игл и шприцев (ПИШ) в местах лишения свободы.

Налоксон и обучение по вопросам профилактики передозировки напрямую указаны как часть программы снижения вреда для людей, употребляющих наркотики, в Грузии, Кыргызстане, Молдове, Таджикистане и Узбекистане [9]. Выдача налоксона на руки доступна в центрах снижения вреда в Эстонии, Казахстане, Кыргызстане, Молдове и в нескольких городах России при поддержке международных доноров. В Украине налоксон отпускается в аптеках без рецепта. Назальный налоксон доступен в Эстонии, и в 2020 году планируется его введение в Литве.

Проверка веществ осуществляется в основном через распространение наборов реагентных тестов на фестивалях и в ночных клубах Словении, Венгрии, Эстонии, Чехии, Литвы, Украины, Грузии и Польши, но не в качестве официальной услуги снижения вреда. В регионе до сих пор нет официально действующих комнат для безопасного употребления наркотиков (КБУН); первый сайт снижения вреда, в помещениях которого разрешается употребление наркотиков, был открыт в Сумах, Украина, в 2019 году.

Кризис COVID-19 привел к некоторым положительным изменениям в регионе, таким как выдача ПТАО на руки для самостоятельного употребления на дому, доставка на дом принадлежностей по снижению вреда и предоставление онлайн-консультаций, но также он привел и к сокращению некоторых услуг.

С 2018 года в Грузии были внедрены торговые автоматы с наборами для снижения вреда, а в Чехии – заместительная терапия для людей, употребляющих стимуляторы амфетаминового ряда (САР). По-прежнему не хватает услуг, учитывающих гендерные аспекты, особенно тех, которые предназначены для секс-работниц и секс-работников, мужчин, практикующих секс с мужчинами, ЛГБТКИ и молодых людей, употребляющих наркотики. Доступные пакеты услуг по снижению вреда часто ограничиваются профилактикой ВИЧ и в них недостает компонента по психосоциальной поддержке, такой как помощь с жильем, трудоустройством, юридическая помощь, защита от гендерного насилия и психотерапия.

Репрессивная наркополитика и де-факто криминализация людей, употребляющих наркотики, ведут к грубым нарушениям прав человека и являются основными препятствиями для доступа к услугам. Кроме того, Россия, Украина и Казахстан недавно перешли к принятию законодательных инициатив, направленных на усиление мер по борьбе с адвокацией, связанной с наркотиками (которую местные органы власти называют «пропагандой»), особенно в Интернете, и повысили ответственность за предоставление такой информации. Это вызывает опасения относительно потенциальных рисков для социальных программ, ориентированных на работу с людьми, употребляющими наркотики, и неправительственных организаций (НПО), которые реализуют эти программы.

Согласно оценке затрат на криминализацию, проведенной Евразийской ассоциацией снижения вреда (ЕАСВ) в 2018–2019 годах, заключение в тюрьму людей, употребляющих наркотики, в Евразии обходится от двух до шести раз дороже, чем предоставление медицинских и социальных услуг, таких как ПТАО, ПИШ и социальная поддержка [64]. Тем не менее почти во всех странах региона программы снижения вреда и другие услуги здравоохранения сильно недофинансируются и зависят от международных доноров, в основном из-за криминализации людей, употребляющих наркотики. Прекращение международного финансирования в регионе оставило пробелы в предоставлении услуг, которые правительства не спешат заполнять. Гражданское общество сообщает о закрытии общественных организаций и падении качества предоставляемых услуг. Законы об «иностранцах-агентах» и другие ограничения на международную финансовую поддержку усугубляют ситуацию в России и Беларуси. Участие гражданского общества и общественных организаций в предоставлении услуг и принятии решений остается ограниченным, но они остаются важным инструментом контроля. Кроме того, национальные правозащитные организации предоставляют доклады международным органам по правам человека и другим механизмам защиты, чтобы улучшить качество жизни людей, употребляющих наркотики, в своих странах.

14 При подготовке этого отчета Евразийская ассоциация снижения вреда провела 26 интервью с национальными и региональными экспертами.



## 2. Тенденции в реализации программ снижения вреда

### 2.1 ПРОГРАММЫ ИГЛ И ШПРИЦЕВ (ПИШ)

Снижение вреда, хотя и не всегда именно такими словами, упоминается в национальной политике в 25 из 29 стран региона (кроме Туркменистана, России, Азербайджана, Армении). Охват<sup>15</sup>, с точки зрения количества шприцев, выдаваемых в год на одного человека, употребляющего инъекционные наркотики [4], и качество существующих услуг в регионе остаются низкими в странах, где имеются данные об охвате ПИШ (Армения, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Грузия, Венгрия, Латвия, Литва, Румыния, Словакия, Словения и Украина). Неравномерный географический охват также был отмечен как проблема. Так, в Словакии, например, услуги существуют только в западной части страны.

Услуги по снижению вреда в Албании, Боснии и Герцеговине, Венгрии, Румынии [67] и России [66] крайне ограничены и в основном осуществляются гражданским обществом на волонтерской основе. После доклада «Глобальное состояние снижения вреда 2018» и значительных адвокационных усилий Болгария вновь открыла один сайт ПИШ, который просуществовал год и снова закрылся после прекращения финансирования в июле 2020 года [16]. Недостаточный охват ПИШ может привести к серьезным последствиям для здоровья населения. Исследование, проведенное с участием бывших клиентов ПИШ после закрытия этих услуг в Белграде и Будапеште, показало, что среди бывших клиентов ПИШ совместное использование принадлежностей для употребления наркотиков было распространено в обоих городах, а доступ к стерильному инъекционному инструментарию значительно снизился, также уменьшился доступ к другим социальным услугам, тестированию на ВИЧ и гепатит С и консультированию по ним [68].

В ряде стран региона также есть мобильные пункты ПИШ (включая Беларусь, Эстонию, Грузию, Латвию, Россию, Словению и Украину) или аутрич программы, которые доставляют шприцы вместе с другими принадлежностями для инъекций, а также предоставляют медицинские услуги или направляют к соответствующим специалистам. В 2018 году в Эстонии начали работу два мобильных отделения ПИШ, которые объединяют тестирование на ВИЧ, гепатит С, туберкулез (ТБ) и инфекции, передающиеся половым путем, и их лечение. Шприцы доступны через торговые автоматы в Чехии, Венгрии и Грузии.

В некоторых странах сайты ПИШ есть только в фиксированных местах, некоторые полагаются исключительно на аутрич-работу, как, например, в Армении. В Кыргызстане требуется, чтобы аутрич-работники имели опыт работы не менее одного года, что

не позволяет многим равным консультантам подавать заявки на эту должность. Гражданское общество в Казахстане сообщает о низком качестве шприцев, которые распространяются в рамках финансируемых государством программ, что увеличивает вероятность небезопасных инъекций. В ряде стран на сайтах снижения вреда отсутствует тестирование на ВИЧ или гепатит С из-за отсутствия наборов для перорального тестирования и юридических ограничений для гражданского общества на проведение тестов с использованием образцов крови.

Ограниченные часы работы, некачественные принадлежности и оборудование, а также стигма остаются препятствиями для доступа к ПИШ во многих странах региона. Репрессивная наркополитика, криминализирующая даже небольшое количество вещества, оставшееся в шприце после употребления, фактически остановила сбор использованных шприцев в Украине. Схожая ситуация наблюдается в Грузии. Также в регионе остро ощущается недостаточное финансирование услуг снижения вреда.

Пакет предоставляемых инструментов и услуг постепенно адаптируется к изменяющимся моделям употребления наркотиков с точки зрения веществ и метода введения. За последние десять лет потребление инъекционных наркотиков как основного способа употребления постоянно сокращалось [69]. Чехия, Венгрия, Латвия и Словакия сообщили о стимуляторах как основных инъекционных наркотиках [69], и, согласно оценкам, в Чехии около 75% людей, употребляющих наркотики, употребляют метамфетамин [70]. В результате этого в Чехии сформировались самые прогрессивные услуги снижения вреда в регионе, предоставляющие принадлежности для снижения вреда не только для инъекций, но и для курения, нюхания и перорального приема.

Throughout the region, women who use drugs experience a high level of stigma, discrimination and violence, making it harder for them to reach NSPs and other harm reduction. Во всем регионе женщины, употребляющие наркотики, подвергаются высокому уровню стигмы, дискриминации и насилия, что затрудняет для них доступ к ПИШ и другим услугам снижения вреда [71]. Приюты для переживших домашнее насилие часто не принимают женщин, употребляющих наркотики, и/или тех, кто живет с ВИЧ. В Венгрии, например, существовала только одна ПИШ, предназначенная исключительно для женщин, которая была закрыта в 2014 году. Евразийская Женская сеть по СПИДу<sup>16</sup>, а также движение наркофеминизма<sup>17</sup> и его активистки выступают за предоставление инклюзивных и ориентированных на женщин услуг для женщин, употребляющих наркотики и/или живущих с ВИЧ.



### 2.2 ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ АГОНИСТАМИ ОПИОИДОВ (ПТАО)

С 2018 года не произошло значительных изменений в предоставлении ПТАО в регионе: 26 стран предоставляют ПТАО людям, употребляющим опиоиды. ПТАО запрещена в России, Туркменистане и Узбекистане, несмотря на рекомендации ВОЗ и неопровержимые доказательства ее эффективности. Метадон остается наиболее широко используемой формой ПТАО в регионе. Бупренорфин в большинстве случаев не субсидируется и доступен только за свой счет. Помимо метадона и бупренорфина, в Словении и Болгарии также есть морфин с замедленным высвобождением. Терапия с помощью героина (ТПГ) как форма ПТАО по-прежнему недоступна. В 2020 году в Беларуси бупренорфин был включен в список закупок фармацевтических препаратов в рамках гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд) для поддержки ПТАО для 350 клиентов.

Охват ПТАО значительно варьируется в регионе и в некоторых государствах он чрезвычайно низок: менее 5% от оценочного числа людей, употребляющих опиоиды, получают терапию в Азербайджане, Беларуси, Казахстане, Косово, Кыргызстане, Молдове, Таджикистане и Украине, и только в семи странах (Болгария, Чехия, Грузия, Венгрия, Литва, Македония и Сербия) охват ПТАО превышает 20% от числа тех, кто в ней нуждается. В Казахстане программа ПТАО имеет статус пилотной с 2008 года. В Украине функционирует крупнейшая программа ПТАО в регионе. В программе насчитывается 13 700 [72] пациентов, и она полностью финансируется государством. В ряде стран, таких как Чехия, Литва и в некоторых регионах Украины, существуют очереди на начало лечения.

Репрессивная политика и правовая среда, неравный охват сельской местности и городов, стигматизация людей, употребляющих наркотики, и требование не употреблять уличные наркотики – все это препятствует доступу и приверженности ПТАО. Параллельное употребление наркотиков может привести к исключению из программы в Азербайджане, Беларуси, Казахстане, Польше и Украине. Во многих странах (таких как Азербайджан, Беларусь, Казахстан) ограниченная возможность получить препарат на руки для самостоятельного употребления, противодействие сотрудников правоохранительных органов и отсутствие доверия между поставщиками услуг и клиентами затрудняют доступ для людей, употребляющих инъекционные наркотики. Даже в странах, где ПТАО выдается на руки, ее выдача строго ограничена, и лишь небольшому проценту клиентов удается соответствовать критериям. В Украине, например, чтобы иметь право на получение ПТАО на руки для самостоятельного употребления дома, клиент должен участвовать в программе не менее полугодом без каких-либо нарушений.

В некоторых регионах Украины людей необходимо госпитализировать на 21 день, чтобы начать ПТАО, подтвердить диагноз и назначить терапию. Это представляет собой серьезный барьер, особенно для женщин с детьми. В Азербайджане неудачные попытки лечения наркозависимости все еще включаются в критерии зачисления, потенциальные клиенты должны иметь поручителя, и приоритет отдается людям с двойным диагнозом (наркозависимость и ВИЧ, туберкулез или гепатит С). Оценка удовлетворенности клиентов программы ПТАО, проведенная в Киеве и Киевской области в 2019 году, показала, что, хотя клиентам и предоставляется официально обозначенный спектр услуг, их содержание и качество неудовлетворительны. Большинство услуг нацелено на мониторинг поведения пациента, а не на оказание ориентированной на пациента поддержки, и многие из них не улучшают качество жизни человека [73]. В последние два года программы ПТАО находились под угрозой закрытия в Казахстане и Болгарии. В Казахстане регистрация метадона заканчивается в декабре 2020 года, после чего метадон будет недоступен в стране. Многие правительства полностью финансируют предоставление ПТАО в регионе, включая Азербайджан, Болгарию, Хорватию, Чехию, Эстонию, Грузию, Венгрию, Латвию, Литву, Молдову, Польшу, Сербию, Словакию, Словению и Украину. Другие, такие как Беларусь, Таджикистан и Казахстан, покрывают только часть услуг. В большинстве этих случаев сам медицинский препарат финансируется Глобальным фондом. Оценка, проведенная [74] в 2019–2020 годах в Таджикистане [75], Беларуси [76] и Украине [77], показала, что наиболее существенными проблемами в отношении устойчивости программ ПТАО в контексте перехода от донорской поддержки к внутреннему финансированию являются доступность и охват программы, а также выделенные на них финансовые ресурсы. Многие правительства покрывают только расходы на помещение, медицинский персонал и препараты. Дополнительные услуги, такие как психосоциальная поддержка и обучение персонала, являются теми сферами, которые больше всего страдают при переходе на национальное финансирование.

<sup>15</sup> The World Health Organization's NSP indicator sets coverage levels as follows: low coverage – fewer than 100 needles per person who inject drugs per year, mid – 100 to 199, high – more than 200.<sup>[65]</sup>

<sup>16</sup> См.: <http://www.ewna.org>

<sup>17</sup> См.: <https://harmreductioneurasia.org/narcofeminism/>



### 2.3 СТИМУЛЯТОРЫ АМФЕТАМИНОВОГО РЯДА И НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

В последнее десятилетие в Евразии обозначилась растущая тенденция к употреблению стимуляторов амфетаминового ряда (САР), синтетических опиоидов и новых психоактивных веществ (НПВ). Популярность НПВ объясняется их низкой ценой и широкой доступностью в Даркнете/Darknet [62]. Репрессивная политика в регионе привела к появлению новых способов продажи наркотиков. Большинство продавцов больше не передают наркотики напрямую клиенту, а делают «закладки» с геотегами, чтобы их могли забрать онлайн-покупатели. Согласно анализу [78], опубликованному в 2019 году, российская торговая площадка в Даркнете «Гидра» имеет 2,5 миллиона зарегистрированных аккаунтов и 400 000 постоянных клиентов.

Использование НПВ может увеличить риск инфицирования ВИЧ из-за потребности в многократных инъекциях и увеличения числа сексуальных контактов; также поступают сообщения о проблемах с психическим здоровьем, связанных с употреблением некоторых НПВ [62, 79]<sup>18</sup>. По имеющимся данным, стимуляторы амфетаминового ряда (САР) являются наиболее популярными веществами для инъекций в Чехии, Латвии и Венгрии. Исследование по использованию НПВ, проведенное ЕАСВ и Школой Права Университета Суонси в 2019-2020 годах в Молдове [80], Беларуси [81], Казахстане [82], Кыргызстане [83], Сербии [84] и Грузии [85], показало недостаточный потенциал существующих услуг снижения вреда и специалистов здравоохранения, обученных реагированию на употребление НПВ. Основные проблемы – это отсутствие психологической поддержки, ограниченный доступ к консультированию по психическому здоровью и отсутствие протоколов по реагированию на передозировки НПВ. За исключением Чехии, ни одна страна в регионе не распространяет на регулярной основе комплекты снижения вреда для более безопасного курения, нюхания или перорального употребления этих веществ. В то же время количество шприцев, выделяемых на человека в год, недостаточно для людей, которые употребляют НПВ инъекционно, так как им может потребоваться до 30 инъекций в день.

В некоторых местах также увеличилось употребление новых психоактивных веществ маргинализированными и уязвимыми группами населения. Кроме того, нерегулируемые рынки наркотиков увеличивают возможность фальсификации и загрязнения новых психоактивных веществ и контролируемых наркотиков рядом потенциально опасных, а иногда и высокотоксичных, веществ-примесей. Исследования неизменно показывают, что употребление наркотиков чаще встречается в ночных заведениях, чем среди населения в целом [86]. В Евразии проверка



Услуги по снижению вреда в Албании, Боснии и Герцеговине, Венгрии, Румынии и России крайне ограничены и осуществляются в основном гражданским обществом на добровольной основе.

веществ, которая могла бы помочь как сократить количество передозировок, так и связать людей, употребляющих наркотики, с системой здравоохранения, осуществляется в основном за счет распространения реагентных тестов на музыкальных фестивалях и в ночных клубах. Эта услуга предоставляется гражданским обществом и общественными организациями в Чехии, Эстонии, Грузии, Венгрии, Литве, Украине, Польше и Словении.

Стабильные услуги проверки веществ с соответствующим оборудованием существуют только в Словении. Во многих случаях требование получения лицензии на хранение и работу с контролируемыми веществами не позволяет предоставлять услуги по проверке веществ, и многие страны не рассматривают проверку веществ в качестве веской причины для выдачи таких лицензий.

## Инновационные услуги снижения вреда в Евразии



Photos by Artem Leshko.

### СНИЖЕНИЕ ВРЕДА ОНЛАЙН В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ, РОССИЯ

В ноябре 2019 года петербургская организация «Гуманитарное действие» запустила бот по проблеме передозировки в Telegram<sup>20</sup>, где люди могут получить первую помощь в случае передозировки. С помощью этого бота можно также вызвать скорую помощь, как платную, так и бесплатную, и связаться с равным консультантом. До недавнего времени люди могли обращаться к равному консультанту по НПВ. У этого бота около 2 000 подписчиков.

Кроме того, «Гуманитарное действие» имеет одноименный канал в Telegram, где размещает информацию о снижении вреда и доступных услугах в Санкт-Петербурге и других регионах. Этот канал также включает рекомендации для людей, употребляющих наркотики, статистические данные, связанные со снижением вреда, и примеры гуманной наркополитики. Число подписчиков канала уже почти 2 300, и их число постоянно растет. Также существуют закрытые чаты для клиентов, куда их добавляют через аутрич-работников и кейс-менеджеров (специалистов по ведению конкретных случаев). Чат – это место, где человек может получить помощь, если его/ее нужно госпитализировать, может связаться со СПИД-центром или получить набор для самостоятельного тестирования на ВИЧ. Некоторые люди хотят проконсультироваться с психиатром или обсудить различные вопросы, связанные с употреблением наркотиков, поэтому они пишут в чат, и им отвечают другие клиенты или профессиональные консультанты.

«Гуманитарное действие» также предоставляет консультации на популярной торговой площадке Даркнета «Гидра». Все эти усилия увеличили количество клиентов на 90% по сравнению с предыдущим годом.

### ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ САР, В ЧЕХИИ

Почти половина людей, употребляющих САР, или около 15 000–20 000 человек в Чехии употребляют метамфетамин инъекционным путем каждый день. В 2020 году для людей, употребляющих метамфетамин, было введено фармакологическое лечение метилфенидатом. Коммерческое название препарата – «Риталин», и он используется

в основном для медикаментозного лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Эта программа какое-то время существовала неофициально. Однако кризис COVID-19 и риск того, что кристаллический метамфетамин не будет доступен, побудили гражданское общество адвокатировать публикацию официального руководства Общества по работе с зависимостями, которое было сертифицировано Министерством здравоохранения. Теперь лечение может предоставить любое учреждение, в штате которого есть психиатр, в том числе центры доверия (дроп-ин центры). Основная проблема – это возможность, поскольку программа находится только на начальной стадии и тысячи людей нуждаются в таком заместительном лечении.

### «РОЗОВЫЙ ДОМ» В СОФИИ, БОЛГАРИЯ

«Розовый дом» – последний и единственный оставшийся дроп-ин центр для людей, употребляющих наркотики, и бездомных в Болгарии – находился под угрозой закрытия в конце апреля 2019 года из-за отсутствия финансирования после ухода международных доноров. Чтобы этого не произошло, Центр гуманной политики взял на себя управление Домом и запустил онлайн-краудфандинговую кампанию, которая получила широкую поддержку. В начале кампании организации удалось собрать достаточно денег, чтобы работать еще три месяца и увеличить продолжительность рабочего времени приюта с трех часов три дня в неделю до четырех часов каждый день, включая выходные. Позже в ходе еще двух небольших кампаний многие люди подписывались на регулярные пожертвования. На момент написания отчета у «Розового дома» было 200 зарегистрированных клиентов и ежедневно приходило 30–40 человек. В постоянном штате всего два человека (социальный работник и токсиколог), остальные члены команды работают на волонтерской основе. В Доме клиенты могут принять душ, постирать одежду, получить еду, одежду, помощь с документами и юридическую поддержку. Персонал также может помочь связать людей с медицинскими услугами и больницами, чтобы они могли начать прием антиретровирусной терапии. Спустя год после краудфандинговой кампании «Розовый дом» по-прежнему работает почти исключительно за счет частных пожертвований. Единственные два гранта были предоставлены посольством Нидерландов и посольством Соединенных Штатов (грант, связанный с COVID-19).



## КАРТА 2.2.1:

Доступ к налоксону в регионе  
Восточной Европы и Центральной  
Азии  
(community based survey)



- Налоксон доступен в аптеках без рецепта,<sup>1</sup> скорая помощь/больница также имеет в наличии и есть возможность попасть на программу снижения вреда
- Налоксон не доступен в аптеках либо совсем, либо без рецепта, но скорая помощь/больница имеет в наличии и есть возможность получить в рамках программы снижения вреда
- Налоксон не доступен в аптеках либо совсем, либо без рецепта, но скорая помощь/больница имеет в наличии. Нет возможности получить в рамках программы снижения вреда
- Налоксон не доступен в аптеках, с рецептом, скорая помощь и больница не имеют в наличии ни налоксон, ни программы снижения вреда<sup>2</sup>
- Нет данных

1 Налоксон доступен в аптеках без рецепта в некоторых городах.

2 В Албании, Черногории и России некоторые НКО получают налоксон для краткосрочного распространения из частных источников.



## 2.4 ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДОЗИРОВОК И КОМНАТЫ БЕЗОПАСНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ (КБУН)

Тенденция к снижению частоты смертельных передозировок наркотиками в долгосрочной перспективе может наблюдаться во всех странах Центральной Азии, пусть даже и с признаками недавнего роста в Казахстане. В то же время количество передозировок наркотиками значительно различается между странами. В то время как в 2017 году в Казахстане было зарегистрировано 238 случаев передозировки наркотиками со смертельным исходом, в Узбекистане с 2016 года не было зарегистрировано случаев смертельной передозировки наркотиками [9]. Это отражает снижение рискованного употребления опиатов. Однако доля смертей в результате передозировки, вероятно, недооценена из-за ограниченной способности систем судебной медицины и судебной токсикологии выявлять передозировки наркотиками, отличными от опиатов. Полученные данные свидетельствуют о том, что риск смертности для людей, рискованно употребляющих психоактивные вещества<sup>21</sup>, в 3-7 раз выше по сравнению с другими потребителями того же возраста и пола в общей популяции [87]. Факторы, связанные с повышенным риском смертности, включают регулярное употребление инъекционных наркотиков в течение длительного периода времени, повышенный риск заражения

вирусными инфекциями, передаваемыми через кровь, а также другие негативные последствия, такие как тюремное заключение и отсутствие жилья.

Литва и Эстония относятся к странам Европы с самыми высокими показателями смертности от передозировок среди взрослого населения в возрасте 15–64 лет [88]. В Литве опиоиды (в основном героин, но также метадон, фентанил и карфентанил) являются причиной 9 из 10 смертей с известными токсикологическими результатами, при этом почти половина смертельных случаев произошла в столице Вильнюсе. По данным биоповеденческого исследования распространенности ВИЧ и рискованного поведения среди уязвимых групп, проведенного в 2017 году в рамках гранта Глобального фонда в семи регионах Российской Федерации, 50% людей, употребляющих наркотики, сообщили, что они хотя бы однажды испытали передозировку [89]. В 2019 году в Санкт-Петербурге, Россия, 3 916 человек были госпитализированы из-за передозировки, что на 10% больше, чем в 2018 году. В России, Узбекистане и Беларуси медицинский персонал должен уведомлять полицию о случаях передозировки.

Во многих странах региона налоксон отпускается только по рецепту врача. Хотя персонал скорой медицинской помощи имеет доступ к этому медицинскому препарату во всех странах, доступ к нему для тех, кто с наибольшей вероятностью станет свидетелем передозировки, крайне ограничен. Налоксон доступен в центрах снижения вреда в Эстонии, Казахстане, Кыргызстане, Молдове и в нескольких городах России при поддержке международных

доноров [90]. В Украине налоксон отпускается без рецепта с 2019 года. Назальный налоксон доступен в Эстонии и был введен в Литве в 2020 году, полиция в Вильнюсе имеет при себе назальный налоксон с октября 2020 года. Специальных мер профилактики передозировки для людей, употребляющих НПВ, нет, несмотря на растущую тенденцию использования НПВ и связанные с ними передозировки, особенно в постсоветских частях региона.

В регионе до сих пор нет комнат безопасного употребления наркотиков (КБУН), хотя первый сайт снижения вреда, разрешающий употребление наркотиков в своих помещениях<sup>22</sup>, был открыт в Сумах, Украина, в 2019 году при поддержке местного правительства. Организации гражданского общества продолжают выступать за КБУН в Чехии, Эстонии, Молдове, Польше и Словении.



## 2.5

### ВИЧ И АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРТ)

Согласно отчету ЮНЭЙДС за 2020 год, 48% всех новых случаев инфицирования ВИЧ в Евразии были связаны с употреблением инъекционных наркотиков, что на 9% больше, чем в 2018 году. Однако характерные особенности путей передачи варьируются в зависимости от страны [91]. Несмотря на значительные инвестиции внешних доноров, таких как Глобальный фонд, в Европейском регионе ВОЗ 79% новых случаев были диагностированы на Востоке, включая Восточную Европу и Центральную Азию, а 77% новых случаев в регионе ВЕЦА были зарегистрированы в России [92]. ВИЧ сконцентрирован среди ключевых групп населения, включая мужчин, имеющих секс с мужчинами, людей, употребляющих наркотики, работников и работниц секс-бизнеса и транс\* людей [92]. В десяти странах распространенность ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, превышает 10%: Молдова (29,1%), Польша (21,2%), Румыния (15,6%), Литва (12,5%), Кыргызстан (14,2%), Эстония (51,4%), Украина (22,6%), Россия (до 75,2%), Беларусь (30,8%), Таджикистан (12,1%)<sup>23</sup>.

В большинстве стран региона услуги снижения вреда являются частью национальной программы по ВИЧ и в основном включают услуги, связанные с профилактикой ВИЧ, доступом к тестированию на ВИЧ и направлению на антиретровирусную терапию (АРТ) для людей, употребляющих наркотики. АРТ не включена в услуги по снижению вреда, хотя каскад профилактики ВИЧ<sup>24</sup> для людей, употребляющих наркотики, далек от достижения целей ЮНЭЙДС 90-90-90 [93]. Среди препятствий для начала лечения – централизация

системы здравоохранения, криминализация передачи ВИЧ, а также дефицит услуг, отвечающих потребностям ключевых групп населения. В России, стране с наиболее быстрорастущей эпидемией ВИЧ, треть пациентов не начинают лечение [94].

В Восточной Европе и Центральной Азии в 2019 году 70% людей, живущих с ВИЧ, не знали своего статуса, 44% из тех, кто знал о своем статусе, получали лечение и только 41% имели вирусную супрессию. Помимо трудностей, связанных с документированием каскада лечения ВИЧ в любой группе населения, существует несколько проблем, специфичных для ключевых групп. Из-за страха дискриминации и стигматизации люди не раскрывают однополые отношения, употребление инъекционных наркотиков или вовлеченность в секс-бизнес в контексте услуг по ВИЧ, а медицинские работники обычно не спрашивают об этом [95]. Несколько стран, имеющих данные по тестированию на ВИЧ и осведомленности о своем статусе людей, употребляющих наркотики, показывают достаточно хороший охват: Албания 50,8%, Армения 58,8%, Азербайджан 18,6%, Беларусь 59,7%, Болгария 100%, Чехия 55,1%, Эстония 72,6%, Казахстан 77%, Латвия 88,8%, Северная Македония 37,4%, Польша 97,2%, Румыния 62%, Сербия 98,8%, Украина 43,1% [96]. Экспресс-тестирование на ВИЧ на сайтах снижения вреда, проводимое медицинским персоналом или социальными работниками, доступно в Эстонии, Латвии, Литве, Польше, России и Украине. В Украине самотестирование на ВИЧ включено в пакеты услуг по снижению вреда для всех клиентов два раза в год. В Польше действует телефонная линия помощи в связи с ВИЧ, которая помогает пройти самотестирование на дому. Она принимает двести звонков в неделю.

Охват программами профилактики ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики, варьируется в зависимости от региона: Албания 77,9%, Армения 38,1%, Беларусь 67,1%, Кыргызстан 40,4%, Молдова 39%, Северная Македония 67%, Таджикистан 67,2% [96]. Охват АРТ людей, употребляющих наркотики, также варьируется в зависимости от региона: Беларусь 40,5%, Босния 1,9%, Эстония 90,6%, Литва 21,8%, Польша 46,2%, Румыния 32%, Таджикистан 57,7%, Украина 37,9% [96].

Поданным HIV Justice Worldwide, Восточная Европа и Центральная Азия занимают второе место по количеству законов, криминализирующих инфицирование ВИЧ, неразглашение информации о своем диагнозе и передачу ВИЧ. Из 19 стран, где приняты такие законы, 18 находятся в регионе Евразии. В России и Беларуси больше всего уголовных дел, связанных с ВИЧ. В Узбекистане человек, живущий с ВИЧ, может быть привлечен к ответственности независимо от того, хочет ли его партнер возбудить уголовное дело. Кроме того, каждый человек в Узбекистане обязан пройти тест на ВИЧ до вступления в брак, а в

21 Согласно определению, используемому в когортных исследованиях смертности, в упомянутом отчете, употребление наркотиков высокого риска – это употребление инъекционных наркотиков или длительное/регулярное употребление опиоидов, кокаина и/или амфетаминов.

22 Программа работает в «серой правовой зоне», так как услуга КБУН официально не признана.

23 См. региональную таблицу.

24 Каскад лечения ВИЧ – это модель, которая описывает этапы оказания помощи людям, живущим с ВИЧ, от первоначального диагноза до подавления вирусной нагрузки (вирусная супрессия, очень низкий уровень ВИЧ-инфекции в организме), а также показывает долю людей, живущих с ВИЧ, вовлеченных на каждом этапе.

случае положительного результата об этом уведомляется его/ее будущий супруг/супруга.

В 2019 году в Таджикистане было введено наказание для тех, кто отказывается от лечения ВИЧ. А в 2018 году Таджикистан стал одной из немногих стран (и единственной в регионе), которой Комитет ООН по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин рекомендовал декриминализировать передачу ВИЧ и отменить правительственные постановления, запрещающие женщинам, живущим с ВИЧ, получение медицинского образования, усыновление ребенка или получение статуса официального опекуна.

Во время пандемии COVID-19 Евразийская женская сеть по СПИДУ при поддержке Фонда ООН в области народонаселения начала проект ARThep, чтобы обеспечить доступ к антиретровирусной терапии для людей, оставшихся в других странах во время карантина. Менее чем за два месяца через эту службу помощь получили 82 человека из 13 стран. Проект ясно указал на проблему рабочих-мигрантов, живущих с ВИЧ, в постсоветском регионе и их ограниченный доступ к медицинским услугам. Для достижения цели 90-90-90, установленной ЮНЭЙДС, в регионе необходимо безотлагательно расширить девять основных услуг по снижению вреда, как это рекомендовано ВОЗ.



## 2.6 СНИЖЕНИЕ ВРЕДА В ТЮРЬМАХ

По оценкам ЮНЭЙДС, 56–90% людей, употребляющих инъекционные наркотики во всем мире, окажутся в тюрьме на определенном этапе своей жизни [97], в то же время, согласно оценкам, в глобальном масштабе около одной трети заключенных употребляли наркотики хотя бы один раз во время тюремного заключения [61]. Охват услугами по лечению, которые предлагают заключенным в Евразии, значительно варьируется в зависимости от страны, но может включать детоксикацию, индивидуальное и групповое консультирование, лечение в терапевтических сообществах и в специальных стационарных отделениях. В Азербайджане, Узбекистане и Беларуси есть специальные тюрьмы для людей, осужденных за преступления, связанные с наркотиками.

Масштабы распространенности ПИШ в тюрьмах остаются стабильными. Как и в 2018 году, ПИШ работают в тюрьмах в 5 из 29 стран Евразийского региона: Армении, Кыргызстане, Северной Македонии, Молдове, Таджикистане.

ПТАО в тюрьмах в настоящее время доступна в 21 стране: Албании, Армении, Боснии и Герцеговине, Болгарии, Хорватии, Чехии, Эстонии, Грузии, Венгрии, Кыргызстане, Латвии, Литве, Северной Македонии, Молдове, Черногории, Польше, Румынии, Сербии, Словении, Таджикистане и Украине [98]. Несмотря на то, что ПТАО реализуется в тюрьмах, это не означает, что она широко доступна. Во многих странах качество и доступность ПТАО в тюрьмах остаются низкими. В Украине только 93 человека в тюрьмах получают ПТАО, в Молдове – 100, в Таджикистане – 16, в Албании – 93, в Боснии и Герцеговине – 50 и в Кыргызстане – 338.

В Грузии и Венгрии [99] ПТАО доступна только для краткосрочной детоксикации, но не для длительного поддерживающего лечения [100]. В 2020 году в Украине планируется расширить предоставление ПТАО с одной до пяти тюрем (одна из которых женская) [101], а также в страновом Плане действий в области наркополитики на 2019–2020 годы есть отдельный раздел о доступности ПТАО в тюрьмах и центрах содержания под стражей [102]. В Литве ПТАО доступна только в тюрьмах и только для людей, которые уже были в программе до момента попадания в места заключения. В изоляторах временного содержания ПТАО отсутствует, что приводит к прерыванию лечения [103]. В Албании, Латвии, Черногории и Сербии ПТАО не может быть начата в тюрьме, но доступна как продолжение медикаментозного лечения. Как уже сообщалось в 2018 году, ПТАО запрещена в России, Туркменистане и Узбекистане как в тюрьмах, так и на свободе. Недавний обзор Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании выявил случаи употребления новых психоактивных веществ (НПВ) в тюрьмах в девяти странах региона, при этом синтетические каннабиноиды определены как наиболее часто используемые НПВ [104]. В Латвии употребление синтетических опиоидов в тюрьмах связано с увеличением передозировок, а также с употреблением инъекционных наркотиков и совместным использованием шприцев [104]. Опрос 2018 года показал, что почти половина заключенных в Чехии употребляли запрещенные наркотики в течение 12 месяцев до тюремного заключения, причем наиболее часто употребляемым наркотиком был метамфетамин (30%), за ним следуют каннабис (28%) и МДМА/экстази (12%) [19].

Люди, употребляющие опиоиды инъекционным путем, наиболее уязвимы к передозировкам после выхода из тюрьмы, однако, как сообщается, услуга предоставления налоксона после освобождения в регионе недоступна. В Эстонии каждый заключенный за преступления, связанные с наркотиками, перед освобождением может пройти обучение по использованию налоксона, но должен подать на это запрос. Тем не менее люди обычно не пользуются этими услугами из-за опасений, что им будет отказано в условно-досрочном освобождении, если они проявят какой-либо интерес к употреблению наркотиков (что является уголовно наказуемым действием) после освобождения.

## 3. Изменения политики в отношении снижения вреда

Распространенность ВИЧ, гепатита С и активного туберкулеза непропорционально выше среди заключенных, особенно среди тех, кто употребляет инъекционные наркотики в тюрьмах. Обзор имеющихся исследований показал, что среди людей, употребляющих инъекционные наркотики в тюрьмах, распространенность ВИЧ в шесть раз больше, а гепатита С в восемь раз больше по сравнению с теми, кто не употребляет инъекционные наркотики в заключении [61]. Тестирование на ВИЧ и лечение доступны в тюрьмах всех стран Евразии. Тестирование на гепатит С, лечение и уход в тюрьмах региона – редкость, впрочем, как и за пределами пенитенциарных учреждений. Только Словакия и Словения предлагают лечение гепатита С во всех тюрьмах; в Венгрии и Украине, а также в некоторой степени в Болгарии, Грузии, Румынии и Сербии – менее половины тюрем покрыты такой услугой [105]. Гражданское общество сообщает, что в большинстве стран презервативы в тюрьмах недоступны или доступны лишь в ограниченном количестве.

В период с августа по октябрь 2019 года Европейская сеть людей, употребляющих наркотики, и Европейская «Сеть по судебной защите прав заключенных» задокументировали 107 случаев нарушения прав заключенных, употребляющих наркотики, в Украине, России, Молдове и Грузии. Среди них 33 случая были связаны с ситуациями, когда люди испытывали абстинентный синдром во время допроса, и 12 с тем, что помимо присутствия абстинентного синдрома, людям также не была оказана какая-либо юридическая поддержка [106].



Несмотря на работу услуг снижения вреда во многих странах региона, в политической среде большинства из них преобладает карательная наркополитика

25 из 29 стран Евразии имеют национальную политику в отношении ВИЧ или наркотиков, которая включает ссылки на снижение вреда. По крайней мере, четыре страны (Албания, Чехия, Эстония, Словения) рассматривают снижение вреда как один из четырех основных компонентов своей национальной Стратегии в области наркотиков. Несмотря на внедрение услуг снижения вреда во многих странах региона, в политической среде подавляющего большинства из них преобладает карательная наркополитика, направленная на сокращение предложения наркотиков и криминализацию. В этой политической среде враждебное отношение к снижению вреда является обычным явлением. Россия утвердила, а Украина и Казахстан недавно представили законодательные инициативы, направленные на усиление мер по борьбе с информацией о наркотиках и соответствующей адвокатской деятельностью, особенно в Интернете, и ужесточили ответственность за распространение подобной информации [107]. Это вызывает опасения, связанные с возможными рисками для социальных программ, ориентированных на работу с людьми, употребляющими наркотики, и НПО, которые реализуют эти программы. В Беларуси появляются новые случаи несоблюдения конфиденциальности и предоставления личных данных клиентов ПТАО, связанные с нарушениями родительских прав из-за наркозависимости/статуса клиента программы ПТАО [108].

Национальное законодательство о наркотиках в странах бывшего Советского Союза устанавливает низкие пороговые значения для преступлений, связанных с хранением наркотиков, что ведет к тюремному заключению, которое непропорционально по продолжительности совершенному правонарушению. В Кыргызстане так называемая либерализация законов о наркотиках привела к увеличению штрафов за хранение наркотиков (более 1 г героина), начиная с 2 577 долларов США<sup>25</sup> [109]. Аналогичным образом в Украине в июле 2020 года вступил в силу новый закон с минимальным штрафом в размере 2 000 долларов США. В 2018 году каждый седьмой осужденный в Украине (10 144 из 73 659 осужденных за уголовные преступления) был осужден за преступления, связанные с наркотиками. Из них 8 513 человек (84%) были осуждены за хранение для личного употребления, из них 6 482 (76%) были осуждены за хранение в незначительных количествах, варьирующихся от 0,005 г до 1 г героина. Люди, употребляющие наркотики, и особенно люди, живущие с наркозависимостью, уязвимы перед дискриминацией, произвольным арестом и жестоким обращением со стороны полиции. Когда люди с наркозависимостью привлекаются к уголовной ответственности за хранение небольших количеств веществ для личного употребления, это равносильно задержанию исключительно на основании употребления наркотиков или наркотической зависимости. В Эстонии изменения в Кодексе об административных правонарушениях и Уголовном кодексе в 2015 году создали

## 4. Изменения в финансировании снижения вреда

возможность прекращения производства по делу об административном правонарушении/проступке. Вместо этого появилась возможность назначения альтернативных санкций, если лицо, в отношении которого осуществляется судебное разбирательство, желает участвовать в программе социальной поддержки. После этих изменений была введена программа SÜTIK (сокращение от Sõltlaste ühiskonnastamine tugisikute kaasamisel<sup>26</sup> на эстонском языке). SÜTIK – это услуга социальной поддержки, разработанная для людей, употребляющих наркотики или зависимых от них, которых перенаправила полиция, а также добровольно обратившихся за этой услугой. Программа SÜTIK основана на программе Переадресации с помощью правоохранительных органов (the Law Enforcement Assisted Diversion – LEAD), первоначально инициированной в Сиэтле, США, в 2011 году. Она в первую очередь позволяет полицейским направлять людей, употребляющих наркотики и совершивших правонарушение, связанное с наркотиками, в службы поддержки (к доверенному лицу) в качестве альтернативы наказанию. Программа SÜTIK финансируется Эстонским национальным институтом развития здоровья, а услуги, как правило, предоставляются неправительственными организациями снижения вреда. Целевая группа – это люди в возрасте 18 лет и старше, употребляющие наркотики, арестованные за употребление или хранение небольшого количества наркотиков и направленные в программу полицией или же обратившиеся к этой услуге по собственному желанию. Большинство сотрудников службы поддержки – равные консультанты [110]. Другая программа в Эстонии, которая предлагает альтернативы наказанию для людей, употребляющих каннабис, называется VALIK (на эстонском языке означает «выбор»). Она заключается в пяти-шести сеансах работы с психологом, который решает, нужны ли человеку дополнительные услуги или лечение.

Регион Евразии сталкивается с постоянно растущим дефицитом финансирования качественных и основанных на правах человека услуг по снижению вреда, что усугубляется переходом от международного к внутреннему финансированию. Это особенно верно для большинства стран Евразии, которые ранее были классифицированы как страны с низким уровнем дохода, а в связи с недавним экономическим ростом были переведены в категорию стран со средним уровнем дохода (за исключением Таджикистана) [111].

В этом контексте правительства реагируют по-разному и после прекращения или отсутствия международной поддержки реализуют несколько сценариев:

- В некоторых случаях правительство активизирует свои усилия и начинает покрывать расходы программ ПИШ и ПТАО, включая закупки медицинских препаратов ПТАО, товаров/расходных материалов для программ снижения вреда и психосоциальной поддержки (например, в Украине, Грузии, Молдове).
- В других случаях государство поддерживает закупку оборудования, стоимость помещений и ключевой персонал, но не поддерживает участие в программе равных консультантов и психосоциальную помощь. Чтобы поддержать интегрированные услуги снижения вреда, включая психосоциальную поддержку, организации должны представить один и тот же проект для нескольких министерств (например, в Словакии, Словении, Чехии).
- А в некоторых других случаях государство покрывает расходы на помещение и ключевой персонал, но закупки медицинских препаратов и инструментария снижения вреда покрываются из внешних фондов (например, Казахстан, Беларусь).

В Беларуси, Кыргызстане, Молдове и Украине услуги по снижению вреда и ВИЧ постепенно переходят от донорского финансирования к государственному, в основном с использованием государственных тендеров и механизмов социального заказа. Несмотря на приверженность правительств продолжению профилактики ВИЧ среди ключевых групп, этот переход значительно ослабил системы сообществ и прервал предоставление услуг. Недостаток политической поддержки снижения вреда, не только как мер профилактики ВИЧ, но и как социальной услуги, является одним из основных препятствий на пути к устойчивому и достаточному финансированию качественных программ.

Юго-Восточная Европа – это регион, в котором прекращение деятельности Глобального фонда привело к краху системы предоставления услуг в таких странах, как Албания, Босния и Герцеговина, Болгария, Румыния и Сербия. В 2019 году ЕАСВ опубликовала практический пример (кейс-стади) по поддерживаемому финансированию в Боснии и Герцеговине,

Черногории и Сербии в качестве «страховочного механизма» для устранения пробелов в финансировании и смягчения негативных последствий прекращения донорского финансирования. В 2016 году Глобальный фонд принял Политику устойчивости, перехода и софинансирования [113], которая теперь позволяет странам планировать свои ответные меры в отношении заболеваний после прекращения донорской поддержки. Согласно этой политике, статус страны как «переходной» будет определен на раннем этапе, что даст ей время для планирования и подготовки к финансированию услуг. Глобальный фонд восполняет последствия прекращения финансирования, предоставляя инвестиции в систему здравоохранения в рамках национального гранта, чтобы помочь стране в создании и налаживании работы устойчивых программ, а также путем предоставления «переходного гранта». Некоторые доноры и заинтересованные стороны гражданского общества считают, что следует ввести специальный механизм, который можно было бы назвать Фонд поддержания устойчивости (Sustainability Bridge Fund – SBF), чтобы обеспечить странам необходимый потенциал для поддержания и расширения ответных мер по борьбе с ВИЧ, ТБ и малярией после того, как они больше не имеют права на международное финансирование. Кроме того, это также может помочь уменьшить ущерб от неудачных процессов перехода, в случае если они возникнут. В 2017 году Сеть по вопросам устойчивости гражданского общества (Civil Society Sustainability Network – CSSN) выпустила информационную записку [114], предложив области, которые может охватить SBF. Согласно CSSN, SBF должен дополнять существующие усилия доноров по переходу, а также может работать как механизм для координации и коммуникации между соответствующими донорами во время и после переходного периода.

В Эстонии все услуги по снижению вреда покрываются государством. В Польше решение правительства о выделении средств на снижение вреда из денег, собранных от налогообложения азартных игр, как сообщается, привело к расширению снижения вреда и лечения наркозависимости [115]. В Болгарии после масштабных адвокационных усилий в июле 2019 года Министерство здравоохранения подписало контракт с рядом НПО на покрытие услуг для людей, употребляющих наркотики, мужчин, практикующих секс с мужчинами, а также работников и работниц секс-бизнеса. Однако год спустя контракт не был продлен, и НПО были вынуждены закрыть все услуги, таким образом, по состоянию на сентябрь 2020 года в стране нет ни одной действующей ПИШ [16]. В Венгрии финансирование программы снижения вреда было сокращено по политическим причинам. Крупнейшие программы снижения вреда были закрыты в 2014 году, и охват по-прежнему остается очень низким [99].

Количество доступных пакетов услуг снижения вреда, а также их качество сокращаются при переходе от международного к внутреннему финансированию, даже если услуги продолжают поддерживаться. В Украине, например, удельная стоимость ПИШ снизилась с 46,40 [116] долларов США на одного клиента в год в 2012 году до менее 20 долларов США [117] на одного клиента в год в 2020 году, что покрывает только два теста на ВИЧ, два скрининга на ТБ, девять консультаций, 120 шприцев, 120 спиртовых салфеток, 20 презервативов и два лубриканта. Остальные услуги, включенные в стандарт [118], оплачиваются международными донорами или муниципальными бюджетами.

Финансирование (внутреннее и международное) ответных мер по борьбе с ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии (за исключением Российской Федерации) достигло пика в 2017 году, а затем снизилось на 14% в период с 2017 по 2019 год, оставив регион на уровне лишь 56% от целевого показателя ресурсов на 2020 год [119]. Финансирование ответных мер по борьбе с ВИЧ из внутренних источников увеличилось на 24% с 2010 по 2019 год, в то время как участие Глобального фонда и всех других международных источников снизились на 10% [119]. Хотя данные показывают увеличение государственных расходов на борьбу с ВИЧ во всех странах Евразии, заболеваемость ВИЧ продолжает расти [120] из-за отсутствия поддержки определенных услуг для ключевых групп населения. Репрессивное применение законов о наркотиках, включая жесткие уголовные наказания и наркологический учет, отталкивают людей, употребляющих наркотики от услуг общественного здравоохранения, усиливая тем самым их рискованное поведение и повышая вероятность инфицирования или передачи ВИЧ [119]. Для решения этих проблем Глобальный фонд в максимально возможной степени профинансировал многострановой трехлетний проект «Устойчивость услуг для ключевых групп населения в регионе Восточной Европы и Центральной Азии» (2019–2021) [121]: 13 миллионов долларов США с акцентом на 14 стран и 25 городов региона. Кроме того, Фонд Элтона Джона по борьбе со СПИДом и Gilead Sciences объединились в рамках инициативы RADIAN [122]. В 2019 году они представили фонды «Образцовые города» и «Неудовлетворенные потребности».<sup>27</sup>

Чтобы помочь обеспечить устойчивое развитие организаций гражданского общества, которые предоставляют услуги по снижению вреда и другие услуги для ключевых групп населения, ЕАСВ собрала в 2019 году 20 моделей-кейсов по альтернативам донорскому или государственному финансированию [123].

26 Sõltlaste ühiskonnastamine tugisikute kaasamisel – рус. Социализация наркозависимых с привлечением поддерживающих лиц.

27 Фонд «Образцовые города» предоставит финансирование некоммерческим, академическим и исследовательским организациям в период с 2020 по 2025 год для оказания подпадающего оценке воздействия в борьбе с ВИЧ/СПИДом в ключевых городах и регионах ВЕЦА (Челябинская область, Иркутская область, Кемеровская область, Красноярский край, Ленинградская область – кроме города Санкт-Петербург, Новосибирская область, Оренбургская область, Пермский край, Самарская область, Свердловская область, Томская область, Тюменская область). Фонд «Неудовлетворенные потребности» поддерживает проекты в Восточной Европе и Центральной Азии, уделяя особое внимание профилактике и уходу в связи с ВИЧ/СПИДом, образованию, расширению прав и возможностей сообществ, а также налаживанию новаторских партнерских отношений [122].

## References

- EHRA. The Challenges of Global Fund Transition in Albania: Harm Reduction Services on the Brink of Collapse. [Internet]. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Association; 2019. Available from: [https://eecaplatform.org/wp-content/uploads/2019/12/ehra\\_albania\\_rev\\_1-2.pdf](https://eecaplatform.org/wp-content/uploads/2019/12/ehra_albania_rev_1-2.pdf)
- EMCDDA. Albania Drug Report 2017 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2017. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4700/National%20drug%20report\\_Albania.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4700/National%20drug%20report_Albania.pdf)
- Otiashvili D. Global State of Harm Reduction 2018 survey response. HRI; 2018.
- Larney S, Peacock A, Leung J, Colledge S, Hickman M, Vickerman P, et al. Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health* 2017;5(12):e1208–20.
- NCAP. Integrated Biological-Behavioral Surveillance Survey among People who Inject Drugs, Female Sex Workers, Men who Have Sex With Men and Transgender Persons [Internet]. Yerevan: National Center for AIDS Prevention of Ministry of Health, Republic of Armenia; 2018. Available from: [http://www.arm aids.am/images/IBBS\\_ARMENIA\\_2018\\_eng\\_FINAL.pdf](http://www.arm aids.am/images/IBBS_ARMENIA_2018_eng_FINAL.pdf)
- UNAIDS. UNAIDS Data 2019 [Internet]. Geneva, Switzerland: 2019. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2019-UNAIDS-data\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf)
- UNAIDS. Azerbaijan Country Factsheets [Internet]. 2018. Available from: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/azerbaijan>
- Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health* 2017;5(12):e1192–207.
- Parsons D, Burrows D, Falkenberg H, McCallum L. Regional Analysis: Assessment of HIV Service Packages for Key Populations in Selected Countries in Eastern Europe and Central Asia [Internet]. Washington DC: APMG Health; 2019. Available from: [https://apmghealth.com/sites/apmghealth.com/files/projects/docs/apmg\\_health\\_key\\_populations\\_package\\_assessment\\_eastern\\_europe\\_and\\_central\\_asia\\_regional\\_report\\_final\\_april\\_2\\_2019\\_0.pdf](https://apmghealth.com/sites/apmghealth.com/files/projects/docs/apmg_health_key_populations_package_assessment_eastern_europe_and_central_asia_regional_report_final_april_2_2019_0.pdf)
- Кечина Е. Результаты дозорного эпидемиологического надзора по оценке ситуации по ВИЧ-инфекции среди групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ [Internet]. Минск: 2018. Available from: <https://www.belaid.net/otchyot-den/>
- UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Belarus [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2019. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BLR\\_2019\\_countryreport.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BLR_2019_countryreport.pdf)
- EMCDDA. Bosnia and Herzegovina Drug Report 2017 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2017. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9424/National\\_drug\\_situation\\_report\\_Bosnia\\_and\\_Herzegovina.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/9424/National_drug_situation_report_Bosnia_and_Herzegovina.pdf)
- Ibisevich S. Personal communication. 2018.
- Hines LA, Trickey A, Leung J, Larney S, Peacock A, Degenhardt L, et al. Associations between national development indicators and the age profile of people who inject drugs: results from a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2020;8(1):e76–91.
- EMCDDA. Bulgaria Country Drug Report 2019 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11344/bulgaria-cdr-2019\\_0.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11344/bulgaria-cdr-2019_0.pdf)
- Georgieva Y. The Oldest Harm Reduction Organisation in Bulgaria Shut Down – Drugreporter [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 28]; Available from: <https://drogriporter.hu/en/the-oldest-harm-reduction-organisation-in-bulgaria-shut-down/>
- EMCDDA. Croatia Country Drug Report 2019 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11343/croatia-cdr-2019\\_0.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11343/croatia-cdr-2019_0.pdf)
- EMCDDA. Statistical Bulletin 2019 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019_en)
- EMCDDA. Czechia Country Drug Report 2019. [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11339/czechia-cdr-2019\\_0.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11339/czechia-cdr-2019_0.pdf)
- EMCDDA. Estonia Country Drug Report 2019 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11337/estonia-cdr-2019\\_0.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11337/estonia-cdr-2019_0.pdf)
- Rüütel K, Epstein J, Kaur E. HIV-nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2010–2018 [Internet]. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, Terviseamet; 2019. Available from: [https://www.terviseamet.ee/sites/default/files/Nakkushaigused/155730158275\\_hiv\\_nakkuse\\_ja\\_kasuvate\\_infektsioonide\\_epidemioloogiline\\_olukord\\_eestis\\_2010\\_2018.pdf](https://www.terviseamet.ee/sites/default/files/Nakkushaigused/155730158275_hiv_nakkuse_ja_kasuvate_infektsioonide_epidemioloogiline_olukord_eestis_2010_2018.pdf)
- Sirbiladze T, Tavzarashvili I, Chikovani I. Population Size Estimation of People who Inject Drugs in Georgia 2016 [Internet]. Tbilisi: Curatio International Foundation; 2017. Available from: <http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/02/PWID-PSE-Report-2017-ENG.pdf>
- Chikovani I, Shengelia N, Sulaberidze L. HIV Risk and Prevention Behaviors Among People who Inject Drugs in Seven Cities of Georgia [Internet]. Tbilisi: Curatio International Foundation; 2017. Available from: <http://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2018/02/PWID-IBBS-Report-2017-ENG.pdf>
- EMCDDA. Hungary Country Drug Report 2019 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11332/hungary-cdr-2019\\_0.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11332/hungary-cdr-2019_0.pdf)
- UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Kazakhstan [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2020. Available from: <http://www.kncdiz.kz/files/00007836.pdf>
- UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Kazakhstan [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2019. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KAZ\\_2019\\_countryreport.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KAZ_2019_countryreport.pdf)
- UNAIDS. Kazakhstan Country Factsheets [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/kazakhstan>
- UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Kazakhstan [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2016. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KAZ\\_final\\_report\\_2016.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KAZ_final_report_2016.pdf)
- Gashi L, Deva E, Gexha Bunjaku D. Integrated Biological and Behavioral Surveillance among Key Populations in Kosovo 2017–2018 [Internet]. National Institute of Public Health of Kosovo; 2019. Available from: <http://kcdf.org/wp-content/uploads/2019/05/IBBS-report-Kosovo-2018-anglisht-FINAL.pdf>
- UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Kosovo. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2015. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KOSOVO\\_narrative\\_report\\_2015.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KOSOVO_narrative_report_2015.pdf)
- Schardt S. Methadone Maintenance Treatment in Kosovo: Assessment Report [Internet]. Kosovo: Realitäten Bureau; 2016. Available from: <http://kcdf.org/wp-content/uploads/2019/04/MMT-Kosovo-Report-2016.pdf>
- Scutelnicu O. Methods and results of 2016 Size Estimation Exercise in Kyrgyzstan: Service Multipliers to Estimate the Size of People Who Inject Drugs, Female Sex Workers and Men having Sex with Men [Internet]. 2018. Available from: [http://www.afew.kg/upload/files/Narrative\\_methods\\_results\\_KG\\_SE\\_03\\_01\\_2018.pdf](http://www.afew.kg/upload/files/Narrative_methods_results_KG_SE_03_01_2018.pdf)
- Кадырбеков У. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике 2016 [Internet]. 2017. Available from: [http://www.afew.kg/upload/userfiles/IBBS\\_report\\_21\\_12\\_2017\\_final.pdf](http://www.afew.kg/upload/userfiles/IBBS_report_21_12_2017_final.pdf)
- UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Kyrgyzstan [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2015. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KGZ\\_narrative\\_report\\_2015.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/KGZ_narrative_report_2015.pdf)
- Michels I, Keizer B, Trautmann F, Stover H, Robelló E. Improvement of Treatment of Drug use Disorders in Central Asia. EU Central Asia Drug Action Programme (CADAP) [Internet]. 2017. Available from: [http://cadap-eu.org/upload/file/publications/prevention\\_and\\_treatment/improvement.pdf](http://cadap-eu.org/upload/file/publications/prevention_and_treatment/improvement.pdf)
- Latvia Country Drug Report 2019 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11338/latvia-cdr-2019.pdf>
- EMCDDA. Lithuania Country Drug Report 2019 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11341/lithuania-cdr-2019\\_0.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11341/lithuania-cdr-2019_0.pdf)
- Mikikij V, Kuzmanovska G, Kochinski D. Report on the Bio-Behavioural Study and Population Size Estimates of People who Inject Drugs in Skopje, Republic of Macedonia, 2017 [Internet]. Skopje: Institute of Public Health of the Republic of Macedonia; 2018. Available from: <http://iph.mk/wp-content/uploads/2019/03/RDS-LID-2018.pdf>
- Цековски И. Квалитетот на програмите за Лекување на зависности во Македонија [Internet]. Скопје: Здружение ХОПС; 2019. Available from: <https://hops.org.mk/wp-content/uploads/2019/06/KVALITETOT-NA-PROGRAMITE-ZA-LEKUVANE-NA-ZAVISNOSTI-VO-MAKEDONIJA-1.pdf>
- UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Moldova [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2019. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MDA\\_2019\\_countryreport.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MDA_2019_countryreport.pdf)
- Кепуладзе К. Оценка потребностей в укреплении потенциала НПО, работающих с ключевыми группами населения и поставщиками медицинских услуг в Республике Молдове [Internet]. Центр Политики и Исследований в Области Здравоохранения; 2018. Available from: <http://pas.md/ru/PAS/Studies/Details/120>
- UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Moldova [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2016. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MDA\\_narrative\\_report\\_2016.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/MDA_narrative_report_2016.pdf)
- Владическу Н. Мнения и восприятия потребителей наркотиков относительно заместительной терапии опиоидной зависимости (ОЗТ) в Республике Молдова [Internet]. Кишинэу: 2017. Available from: <http://www.afew.org/wp-content/uploads/2018/10/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%E2%84%963-RU-%D0%9E%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82-%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F-min.pdf>
- UNAIDS. UNAIDS Data 2018 [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2018. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/unaids-data-2018\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf)
- Lausevic D, Begic S, Mugosa B, Terzic N, Vratnica Z, Labovic J, et al. Prevalence of HIV and other infections and correlates of needle and syringe sharing among people who inject drugs in Podgorica, Montenegro: a respondent-driven sampling survey. *Harm Reduct J* 2015;12(1):11.
- EMCDDA. Poland Country Drug Report 2019 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11349/poland-cdr-2019\\_0.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11349/poland-cdr-2019_0.pdf)
- EMCDDA. Romania Country Drug Report 2019 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11350/romania-cdr-2019\\_0.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11350/romania-cdr-2019_0.pdf)
- Плавинский С, Ладная Н, Баранова А. Эпидемиологический надзор II поколения за ВИЧ-инфекцией. Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованного поведения среди уязвимых групп населения в 7 регионах Российской Федерации, результаты био-поведенческого исследования, 2017 г [Internet]. Москва: Открытый Институт Здравоохранения; 2018. Available from: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2019/05/Biopovedencheskoe-issledovanie-v-7-gorodah-2017.pdf>
- EMCDDA. Serbia National Drug Report 2017 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2017. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4701/National%20drug%20report\\_Serbia.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4701/National%20drug%20report_Serbia.pdf)
- EHRA. The Impact of Transition from Global Fund Support to Governmental Funding on the Sustainability of Harm Reduction Programs: A Case Study from Serbia [Internet]. Vilnius: EHRA; 2015. Available from: <https://eecaplatform.org/wp-content/uploads/2017/12/Serbia-global-fund-case-study-2015-ENG.pdf>
- EMCDDA. Slovakia Country Drug Report 2019 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11351/slovakia-cdr-2019.pdf>
- EMCDDA. Slovenia Country Drug Report 2019 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2019. Available from: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11352/slovenia-cdr-2019.pdf>
- UNAIDS. Tajikistan Country Factsheets [Internet]. UNAIDS; 2018. Available from: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/tajikistan>
- UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Tajikistan [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2018. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TJK\\_2018\\_countryreport.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/TJK_2018_countryreport.pdf)
- Сазонова Я, Дученко Г, Ковтун О. Оцінка чисельності ключових груп в Україні [Internet]. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я»; 2019. Available from: [http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/Otsinka-chiselnosti\\_32200.pdf](http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/Otsinka-chiselnosti_32200.pdf)
- UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting: Ukraine [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2019. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR\\_2019\\_countryreport.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/UKR_2019_countryreport.pdf)
- Сазонова Я, Салюк Т. Основні результати біоповедінкових досліджень серед ключових груп [Internet]. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я»; 2019. Available from: [http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2018/07/OSNOVNI-REZULTATI\\_A4\\_03.02.2020\\_Cajt.pdf](http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2018/07/OSNOVNI-REZULTATI_A4_03.02.2020_Cajt.pdf)
- Звіт про аналіз діяльності проекту ГФ [Internet]. Київ: МБФ «Альянс громадського здоров'я»; 2020. Available from: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2020/03/Karta-monitoringu-vikonannya-programi-za-2019-rik.pdf>
- UNAIDS. Uzbekistan Country Factsheets [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2018. Available from: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/uzbekistan>
- ННО «Ишонч ва хает». Анализ ситуации в контексте профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в Республике Узбекистан для повышения адресности целевых программ, качества их планирования и реализации совместными усилиями затронутых сообществ ЛЖВ/ОЗГН и заинтересованных организаций [Internet]. ННО «Ишонч ва хает»; 2018. Available from: <http://www.afew.org/wp-content/uploads/2018/10/%D0%9E%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82-%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BD%D1%8F-%D0%B2%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%B8%D1%8F-%D0%98%D0%A2%D0%90-%D0%A4%D0%90%D0%9A%D0%A2-min.pdf>
- UNODC. World Drug Report 2019. Booklet 1. Vienna: UNODC; 2019.
- EHRA. New Psychoactive Substances [Internet]. EHRA 2020 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/harm-reduction/new-psychoactive-substances/>
- UNAIDS. UNAIDS Data 2020 [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2020. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_aids-data-book\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf)
- EHRA. Criminalization costs [Internet]. EHRA2020 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/drug-policy/criminalization-costs-2/>
- WHO, UNODC, UNAIDS. WHO, UNODC, UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision [Internet]. 2012. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77969/9789241504379\\_eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77969/9789241504379_eng.pdf?ua=1)
- Varentsov I. The impact of the Global Fund's Eligibility Policy on the sustainability of the results of the last Global Fund HIV grant for Russia [Internet]. EHRA2019 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/hiv-situation-in-russia/>
- EHRA. Letter to GF on the emergency with sustainability of harm reduction in Albania, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria and Romania [Internet]. EHRA 2019 [cited 2020 Sep 7]. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/letter-of-support-for-south-east-europe/>
- Robert Csák, Irena Molnar, Péter Sárosi, Jovana Arsenijević, Bojan Arsenijević. Different environments, different risk behaviours: Consequences of decreased coverage of needle exchange programs in Budapest and Belgrade [Internet]. Rights Reporter Foundation; 2019. Available from: <https://drogriporter.hu/wp-content/uploads/2019/08/2019-nsp-study-rrf.pdf>
- EMCDDA. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
- EMCDDA. Czechia, Country Drug Report 2018 [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2018. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/czech-republic\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2018/czech-republic_en)
- Kontautaitė A, Matyushina-Ocheret D, Plotko M, Golichenko M, Kalvet M, Antonova L. Study of human rights violations faced by women who use drugs in Estonia. *Harm Reduct J* 2018;15(1):54.
- Ціфр. Статистика ЗПТ | Центр громадського здоров'я [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>
- EHRA. Survey of client satisfaction with opioid maintenance therapy (OMT) services among patients of OMT programmes in Kyiv and the Kyiv Oblast region - Pilot study report [Internet]. Vilnius: EHRA; 2020. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2020/06/Report-Eng06.03-1.pdf>
- EHRA. Measuring the sustainability of opioid agonist therapy (OAT) - a guide for assessment in the context of donor transition [Internet]. EHRA2019 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/harm-reduction/ost/ost-assessment-methodologies/oat-sustain-method/>
- Latypov A. Republic of Tajikistan: Assessment of the sustainability of the opioid agonist therapy programme in the context of transition from donor support to domestic funding. Vilnius: EHRA; 2020.
- Kralko. Republic of Belarus: Assessment of the sustainability of the opioid agonist therapy programme in the context of transition from donor support to domestic funding. Vilnius: EHRA; 2020.
- Дворяк С, Зезюлин А. Украина: Анализ устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию. Киев: Украина: Международный фонд «Відродження»; 2020.
- Дорожний А, Артур Хацатурянц. Вся эта дурь [Internet]. Проект. 2019 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://www.proekt.media/research/narkotiki-v-darknete/>
- Prilutskaya MV. Clinical and epidemiological assessment of mental and behavioral disorders caused by the use of new psychoactive substances in the Republic of Kazakhstan [Internet]. 2018. Available from: <https://bit.ly/3bP9r2>
- Iatco A. New Psychoactive Substance Use in Moldova and Belarus: Research Results from the Republic of Moldova [Internet]. Vilnius: School of Law, Swansea University, EHRA; 2019. Available from: [https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2019/12/Moldova-NPS-Research\\_ENG.pdf](https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2019/12/Moldova-NPS-Research_ENG.pdf)

81. Kurcevič E. New Psychoactive Substance Use in Moldova and Belarus: Research Results from the Republic of Belarus [Internet]. Vilnius: School of Law, Swansea University, EHRA; 2019. Available from: [https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2019/12/Belarus-NPS-Research\\_ENG\\_to-publish.pdf](https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2019/12/Belarus-NPS-Research_ENG_to-publish.pdf)
82. Kurcevič E. New psychoactive substance use in the Republic of Kazakhstan - Research results [Internet]. Vilnius: School of Law, Swansea University, EHRA; 2020. Available from: [https://harmreductioneurasia.org/harm-reduction/new-psychoactive-substances/nps\\_kazakhstan/](https://harmreductioneurasia.org/harm-reduction/new-psychoactive-substances/nps_kazakhstan/)
83. Kurcevič E. New psychoactive substance use in the Kyrgyz Republic - Research results [Internet]. Vilnius: School of Law, Swansea University, EHRA; 2020. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/harm-reduction/new-psychoactive-substances/nps-kyrgyzstan/>
84. Molnar I. New psychoactive substance use in the Republic of Serbia - Research results [Internet]. Vilnius: School of Law, Swansea University, EHRA; 2020. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/harm-reduction/new-psychoactive-substances/nps-serbia/>
85. Beselia A. New psychoactive substance use in the Republic of Georgia - Research results [Internet]. Vilnius: School of Law, Swansea University, EHRA; 2020. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/harm-reduction/new-psychoactive-substances/nps-georgia/>
86. EMCDDA. European Drug Report 2019: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
87. EMCDDA. Drug-related deaths and mortality in Europe: update from the EMCDDA expert network. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
88. UNODC. Drug-related deaths and mortality rates in Europe | data UNODC [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://dataunodc.un.org/drugs/mortality/europe-2017>
89. Federal AIDS Center (Russia). Information Note. HIV in Russia in 2017 [Internet]. Federal AIDS Center (Russia); 2017. Available from: [http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv\\_in\\_russia/hiv\\_in\\_rf\\_31.12.2017.pdf](http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv_in_russia/hiv_in_rf_31.12.2017.pdf)
90. Gilbert L, Hunt T, Primbetova S, Terlikbayeva A, Chang M, Wu E, et al. Reducing opioid overdose in Kazakhstan: A randomized controlled trial of a couple-based integrated HIV/HCV and overdose prevention intervention "Renaissance". *Int J Drug Policy* 2018;54:105–13.
91. UNAIDS. Global AIDS Update | 2020 [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2020. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020-global-aids-report\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020-global-aids-report_en.pdf)
92. ECDC, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 - 2018 data. Stockholm: ECDC; 2019.
93. Dumchev K, Sazonova Y, Smyrnov P, Cheshun O, Pashchuk O, Saliuk T, et al. Operationalizing the HIV prevention cascade for PWID using the integrated bio-behavioural survey data from Ukraine. *J Int AIDS Soc* [Internet] 2020 [cited 2020 Sep 27];23(S3). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jia2.25509>
94. Anonymus. Global State of Harm Reduction 2020 - Interview response (national expert, Russia). HRI; 2020.
95. Risher K, Mayer KH, Beyrer C. HIV treatment cascade in MSM, people who inject drugs, and sex workers: *Curr Opin HIV AIDS* 2015;10(6):420–9.
96. UNAIDS. UNAIDS - Key Populations Atlas [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://kpatlas.unaids.org/dashboard#/home>
97. UNAIDS. The Gap Report [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2014. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/05\\_Peoplewhoinjectdrugs.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/05_Peoplewhoinjectdrugs.pdf)
98. WHO Regional Office for Europe. Health in prisons: fact sheets for 38 European countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
99. Sarosi P. Global State of Harm Reduction - Reviewer response. HRI; 2020.
100. Beselia A., Gegenava V., Kirtadze I., Mgebrishvili T., Otiaishvili D., Razmadze M., Sturua L., Kutelia L., Javakishvili J. The Drug Situation in Georgia 2018 [Internet]. Tbilisi: EMCDDA; 2018. Available from: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/12307/drug-situation-in-georgia-2018-summary.pdf>
101. Anonymus. Global State of Harm Reduction 2020 - Interview response (national expert, Ukraine). HRI; 2020.
102. Дворяк С, Зезюлин А. Assessment of the sustainability of the opioid agonist therapy programme in the context of transition from donor support to domestic funding in Ukraine [Internet]. EHRA; 2020. Available from: [https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2020/08/ost\\_Ukraine.pdf](https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2020/08/ost_Ukraine.pdf)
103. Anonymus. Global State of Harm Reduction 2020 - Interview response (national expert from Drug Addiction Center, Lithuania). HRI; 2020.
104. EMCDDA. New psychoactive substances in prison, EMCDDA Rapid Communication. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
105. Bielen R, Stumo SR, Halford R, Werling K, Reic T, Stöver H, et al. Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: a cross-sectional survey of 25 countries. *Harm Reduct J* 2018;15(1):25.
106. ENPUD. Prison Health & Rights: results of the first year of work [Internet]. ENPUD; 2020. Available from: <http://enpud.net/index.php/sobytiya-eslun/enpud-news/974-здоровье-и-права-человека-итоги-первого-года-работы.html>
107. EHRA. A review of legislative initiatives on the liability of drug-related advocacy (propaganda) in Russia, Ukraine, and Kazakhstan during the second half of 2019 and early 2020 and possible risks for social programmes aimed at working with people who use drugs - EHRA % [Internet]. EHRA2020 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/a-review-of-propaganda/>
108. EHRA. "...Natasha believed till the very end that everything was going to be resolved. Her tears and crying when the ruling was read, when Artur was taken... It was horrible." - EHRA % [Internet]. EHRA2020 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/natasha-case-belarus/>
109. EHRA. АНАЛИТИЧЕСКАЯ ЗАПИСКА о соразмерности введенных штрафов за хранение наркотических средств в Кыргызской Республике [Internet]. Vilnius: EHRA; 2019. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2020/04/Analysis-drug-possession-fines-proportionality-Kyrgyzstan-RUS.pdf>
110. Kurbatova A, Vaher M. The "SÜTIK" Program: Supporting and Empowering People Who Use Drugs in Estonia [Internet]. WOLA, IDPC, Dejusticia; 2020. Available from: [https://www.wola.org/wp-content/uploads/2020/01/16-SUTIK-Estonia\\_EN.pdf](https://www.wola.org/wp-content/uploads/2020/01/16-SUTIK-Estonia_EN.pdf)
111. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
112. EHRA. Sustainability Bridge Funding: Case Study From Bosnia and Herzegovina, Montenegro and Serbia [Internet]. Vilnius: EHRA; 2019. Available from: [https://eecaplatform.org/wp-content/uploads/2019/10/ehra\\_sbf\\_rev\\_1-6.pdf](https://eecaplatform.org/wp-content/uploads/2019/10/ehra_sbf_rev_1-6.pdf)
113. The Global Fund. 35th Board Meeting The Global Fund Sustainability, Transition and Co-financing Policy. GF/B35/04 – Revision 1 Board Decision. Abidjan, Côte d'Ivoire: The Global Fund; 2016.
114. ICSS. Advocacy Alert: Ensuring Better Sustainability, Transition and Co-Financing Component in the Global Fund 2017-2019 Allocation Cycle. ICSS; 2017.
115. Stola J. Global State of Harm Reduction - Interview response (national expert). HRI; 2020.
116. WHO Regional Office for Europe. Good practices in Europe: HIV prevention for People Who Inject Drugs implemented by the International HIV/AIDS Alliance in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
117. Prozorro. Профілактика ВІЛ серед групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (ЛВНІ) у Миколаївській області (State procurement database) [Internet]. prozorro.gov.ua2020 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <http://prozorro.gov.ua/tender/UA-2019-05-21-000754-c>
118. Ministry of Health (Ukraine). Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ [Internet]. Офіційний Вебпортал Парламенту України2019 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0855-19>
119. UNAIDS. Global AIDS Update 2020 - Seizing the moment. Geneva: UNAIDS; 2020.
120. Micah AE, Su Y, Bachmeier SD, Chapin A, Cogswell IE, Crosby SW, et al. Health sector spending and spending on HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria, and development assistance for health: progress towards Sustainable Development Goal 3. *The Lancet* 2020;396(10252):693–724.
121. Klepikov A. #SoS\_project - Alliance for Public Health [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <http://aph.org.ua/en/our-works/eastern-europe-and-central-asia/resservices/>
122. Elton John AIDS Foundation. Radian [Internet]. Elton John AIDS Found. 2020 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://www.eltonjohnaidsfoundation.org/what-we-do/what-we-fund/radian/>
123. EHRA. Alternative Financing: Models of sustainable development for non-profit organisations - EHRA [Internet]. EHRA2020 [cited 2020 Sep 27]. Available from: <https://harmreductioneurasia.org/alternative-financing/>