

Влияние наркополитики

на здоровье и права человека
в Восточной Европе

10 ЛЕТ ПОСЛЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ СЕССИИ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ООН ПО НАРКОТИКАМ



www.eccsb.org

ECCSB

Рекомендуемый формат для ссылки:

Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ), 2009. Влияние наркополитики на здоровье и права человека в Восточной Европе: 10 лет после Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по наркотикам. // Под редакцией Раминты Штуйките, Давида Отиашвили, Симоны Меркинайте, Ани Саранг, Андрея Толопило. – Вильнюс: ЕССВ.

Дизайн и публикация:

«Ex Arte», Литва

Фотографии представлены Марией Субатайте, Аней Саранг, ЕССВ и «Ex Arte».

Авторы выражают благодарность всем участникам интервью, всем, кто предоставил нам информацию, поделился результатами отчетов и собственным мнением.

Данный отчет был бы невозможен без активной помощи команды исследователей, юристов, политических аналитиков из Грузии, Литвы, России и Украины.

Финансовая поддержка отчета была обеспечена Институтом «Открытое общество». Мнения и точки зрения авторов, изложенные в данной публикации, могут не совпадать с официальной позицией донора.

© Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ), 2009.

При использовании любой части данной публикации обязательна ссылка на источник. При необходимости использовать публикацию в полном объеме, пожалуйста, обратитесь в ЕССВ для получения разрешения.

Евразийская сеть снижения вреда

Почтовый адрес: Siauliai st. 5-1/21, Вильнюс, 01133, Литва
Телефон: +370 5 269 1600
Факс: +370 5 269 1601
E-mail: info@harm-reduction.org
Веб-сайт: www.harm-reduction.org

Содержание

Вступление	5
Рост употребления наркотиков и использования инъекционных наркотиков	6
Национальные приоритеты в области наркополитики	9
Законодательство в области наркотиков, уголовное право, права человека: тенденции и последствия	11
Доступ к лечению наркозависимости.....	15
Другие последствия для здоровья, связанные с употреблением наркотиков, и ответные меры.....	17
Выводы	21
Ссылки	23

Вступление

Восточная Европа приближается к совершеннолетию, завершая период постсоветского развития, с которым были связаны значительные социальные и экономические изменения в жизни людей, в системе государственного управления и социального развития. За эти годы проблема наркотиков стала очевидной и одной из наиболее приоритетных на повестке дня государств региона. Все страны Восточной Европы ратифицировали три Конвенции ООН о наркотиках и взяли на себя обязательства по активизации национальных и международных процессов, подписав Политическую декларацию 1998 года, принятую по результатам Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (UNGASS), и Декларацию о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики.

Чтобы оценить прогресс, достигнутый Восточной Европой за 10-летний период, прошедший после UNGASS 1998 года, посвященной совместной борьбе с мировой проблемой наркотиков, Евразийская сеть снижения вреда (ECCB) и ее национальные партнеры провели обзор ситуации. Обзор сосредоточен на изменениях в регионе по следующим аспектам: уровень употребления наркотиков, состояние общественного здравоохранения и медицинских услуг (особенно связанных с ВИЧ/СПИДом, гепатитом С и передозировкой), доступ к лечению наркозависимости, законодательство и политические стандарты, права человека. Все аспекты были предложены, исходя из целей, определенных Политической декларацией и Декларацией об основных принципах снижения спроса на наркотики, а также на основе заключений Международного форума НПО «После 2008» ('Beyond 2008').

Для анализа ситуации были отобраны четыре страны: Грузия, Литва, Россия и Украина. Эти страны имеют продолжительную общую историю. Около 20 лет назад, в период Советского Союза, они существовали в рамках единых законодательной, социальной, здравоохранительной и правоохранительной систем. Но в настоящее время, помимо различий в размерах и географии, они значительно отличаются политическим контекстом и экономикой. В течение прошедших десяти лет самая маленькая страна из четырех – Литва – стала частью Европейского Союза (ЕС); Россия, имеющая в 40 раз большее население, недавно присоединилась к «Группе 8»; менее экономически развитые Украина и Грузия пережили революции.

Информация, которая содержится в настоящем отчете, включает данные национальных отчетов, аналитические обзоры и статистику, а также результаты качественных полуструктурированных интервью, проводившихся с 8-10 респондентами из каждой страны: бывшими или активными потребителями наркотиков, представителями правоохранительных органов, специалистами в области общественного здравоохранения и лечения наркозависимости, исследователями и правозащитниками, представителями государственных структур, занимающихся вопросами формирования и исполнения наркополитики.

Рост употребления наркотиков и использования инъекционных наркотиков

Предоставившие интервью эксперты согласны с тем, что употребление наркотиков во всех четырех странах в конце 1990-х годов (то есть в период проведения UNGASS) резко возросло. Этот процесс относительно стабилизировался около 2005 года. По мнению экспертов, с 2000 года уменьшается количество новых потребителей наркотиков, но ни в одной из четырех стран не зарегистрирована тенденция к уменьшению уровня употребления наркотиков.

В соответствии с мнениями экспертов, доступная официальная статистика подтверждает рост употребления наркотиков в странах Восточной Европы на протяжении последних 10 лет. В Литве за этот период количество людей, страдающих зависимостью и зарегистрированных Государственным центром психического здоровья, как минимум, удвоилось [*Литовский государственный центр психического здоровья, 2008*]. По оценкам Референтной группы ООН по ВИЧ-инфекции и употреблению инъекционных наркотиков, проведенной в 2004 году, две страны исследуемого региона имеют одни из самых высоких показателей в мире по употреблению инъекционных наркотиков: Украина (1,19% взрослого населения) и Россия (1,96%). В остальных странах, где был проведен данный обзор, этот показатель значительно ниже: 0,33% в Литве и 0,37% в Грузии [*Aceijas и др., 2004*].

Согласно литовским национальным источникам, в 2007 году количество проблемных потребителей наркотиков: потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и потребителей неинъекционных наркотиков, имеющих «сильную» зависимость – составляло порядка 4600–8500 человек [*Cook и Kanaef, 2008; Nau, 2007*]. На Украине оценочное количество ПИН в 2007 году составляло 435 000 человек. В значительно превышающей по численности населения России наркологический учет (существующий во всех странах региона), по которому можно судить об «официальном» количестве потребителей наркотиков, обратившихся в государственные службы лечения наркозависимости, в 1999 году насчитывал 224 647 человек [*Российская академия медицинских наук, 2005*]. На протяжении десяти лет это число возросло более чем вдвое, и в 2008 году уже составляло 538 000, среди которых 90% – зависимые от опиатов. В то же время, по оценке Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, реальная численность потребителей наркотиков в 2008 году составляла порядка 2–2,5 миллионов человек [*Медновости, 2008*]. По мнению экспертов, в Грузии также произошел резкий скачок в употреблении наркотиков: в 2006 году в стране проживали порядка 80 000 проблемных потребителей наркотиков [*Javakhishvili, Kariauli и др., 2006*]. Усугубление проблемы употребления наркотиков признают не только эксперты, но и общество в целом. В настоящее время в Грузии она оценивается как вторая после безработицы социальная проблема [*Otiashvili, Sarosi и Somogyi, 2008*].

Честно говоря, я не вижу никаких причин [почему уровень использования наркотиков мог бы уменьшиться за прошлые годы]. Я не вижу никаких фундаментальных изменений, произошедших за эти годы, которые могли бы повлиять на отношение молодежи. Все-таки успех доступен не для всех, и значительное количество молодежи, особенно живущей в провинции или [экономически или социально] «депрессивных» частях страны, обречены бороться за выживание. Социальная и экономическая нестабильность, демографические, политические угрозы и инфекции – все эти проблемы так же присутствуют... Кроме того, образование уже больше не является бесплатным. Сложно получить хорошую работу. Растет инфляция... Много разводов, безработица, бездомные люди. Мы говорим о сотнях тысяч, миллионах людей. Мы говорим о социальном сиротстве. Это существует внутри нашего общества и, более того, накапливается. Понимаете? И наивно полагать, что проблему можно решить, если ввести в школах курс профилактики [употребления наркотиков].

— Эксперт по социальным и юридическим аспектам употребления наркотиков, РФ

В результате развития наркорынка и продолжающейся интеграции в международную сеть торговли наркотиками произошли изменения в веществах, традиционно употребляемых в этом регионе. В течение последнего десятилетия все страны в той или иной степени «уходили» от «мягких», растительных наркотиков (гашиш, кустарные опиаты). С конца 1990-х годов стали очень популярны инъекционные опиаты, особенно героин. Во многих местах героин заменил кустарные опиаты и даже не-опиумные наркотики. В Грузии около половины ПИН употребляют нелегальный (не доступный в легальном обороте) бупренорфин [Otiashvili, Zabransky и др., 2008]. Респонденты указали на увеличение использования стимуляторов амфетаминового ряда, особенно среди молодежи.

Среди молодежи быстро растет употребление наркотиков. И быстро распространяется на более образованные части общества. Использование таких наркотиков, как стимуляторы, больше не обсуждается... Это часть клубной культуры... Нам нужно начать думать об этом.

— Потребитель наркотиков, Литва

Статистика подтверждает, что за прошедшие годы использование амфетамина и метамфетаминов (кустарных и произведенных в лаборатории) увеличилось во всех четырех странах [Cook и Kanaef, 2008; Otiashvili, Zabransky и др., 2008].

На рост употребления наркотиков и увеличение проблемного употребления наркотиков повлияли разнообразные факторы – от социальных, экономических и недоступности услуг для наркозависимых до увеличивающейся доступности наркотиков.

Несмотря на то, что во всех четырех странах существуют яркие доказательства роста употребления наркотиков, нет скорректированных, научно обоснованных данных, позволяющих сравнивать распространенность употребления наркотиков по странам региона и годам. Доступные оценки и цифры основаны на различных показателях, подходах к измерению и на несоизмеримой выборке потребителей

наркотиков. В конце 1990-х годов во всех четырех странах основой для оценки уровня употребления наркотиков служил наркологический учет, однако изменения в цифрах учета скорее отражали активность правоохранительных органов и изменения в методологии ведения данного учета, а не реальное число потребителей наркотиков.

Национальные приоритеты в области наркополитики

В течение последних 10 лет все более заметными становятся усилия, направленные на разработку национальной наркополитики. На данный момент все страны региона имеют политические документы или, как, например, в Грузии, – основополагающие принципы наркополитики. Литва и Россия разрабатывают и осуществляют долгосрочные стратегии, начиная с конца 1990-х годов [*Правительство Российской Федерации, Правительство Литовской Республики*]. Заметно, что со временем они больше сосредотачиваются на измеримых индикаторах и специальных бюджетах для их внедрения. На Украине утверждена концепция на 2002-2010 годы, задачи наркополитики определены в законодательстве. В Грузии ориентиры национальной политики были определены позже, в 2007 году [*Javakishvili, Kariauli и др., 2006*] и, подобно Украине, в настоящее время страна находится в процессе анализа наркоситуации, оценки законодательства и практики, а также дальнейшего формирования политики при наличии технической поддержки Европейского Союза.

Для сравнения, в сфере ВИЧ-инфекции все страны, кроме России, имеют национальные программы, регулирующие и координирующие структуры, а также специальные бюджетные дотации. При этом, деятельность по улучшению планирования, по внедрению и оценки эффективности стала осуществляться практически сразу после начала эпидемии ВИЧ-инфекции.

В этих странах, за исключением Литвы, национальные стратегии или стратегические документы, определяющие приоритеты наркополитики, сконцентрированы на контроле за оборотом наркотиков (сокращении предложения наркотиков), подавлении их производства, сокращении торговли и усилении законодательного аппарата. В Литве национальные стратегии охватывают вопросы предложения наркотиков, спроса на наркотики (как правило, с акцентом на профилактике первичного употребления наркотиков), снижения вреда от наркотиков, а также проведения исследований, сбора информации и координации [*Сеймас Литовской Республики, 2004*]. Национальные стратегии Литвы, Грузии и Украины включают новый подход, который раньше не был представлен в национальной политике: снижении вреда как отдельной или интегративной основополагающей части политики. Украина в 2008 году приняла специальный закон о снижении вреда. Кроме того, забота о здоровье потребителей наркотиков отражена в большинстве национальных программ по ВИЧ/СПИДу в странах региона. В России, Литве и Грузии были созданы большие специализированные государственные структуры, занимающиеся координацией мер противодействия распространению наркотиков и профилактики наркомании (комитеты по контролю за наркотиками).

Национальные стратегии по наркотикам в регионе Восточной Европы часто вызывают озабоченность в связи с отсутствием конкретных, измеримых целей и показателей эффективности, отсутствием контроля за их реализацией и непрозрачностью процессов. Ряд необходимых мероприятий не проводится, потому что нет достаточного финансирования [*Javakishvili, Kariauli и др., 2006*]. Участие гражданского общества большей частью ограничено разработкой услуг в области профилактики употребления наркотиков, лечения наркозависимости, реабилитации и снижения вреда от наркотиков, но не наркополитики [*Vienna NGO Committee on Narcotic Drugs, 2008*].

Все страны за последнее десятилетие увеличили государственное и международное финансирование, направленное на профилактику употребления и лечение наркозависимости. В то же время, эффективность распределения государственных средств часто вызывает недоумение. Например, в

Грузии 60% средств, выделенных на услуги здравоохранения для потребителей наркотиков, были использованы для проведения тестов на наркотики среди арестованных [Otiashvili, Sarosi u Somogyi, 2008]. Государственные расходы в этой стране составили 9 евро на каждого проблемного потребителя наркотиков. Иная картина наблюдается в Литве. Здесь государственные расходы значительно выше, чем в Грузии, и достигают приблизительно 500 евро на каждого проблемного потребителя наркотиков¹, но они все еще существенно ниже среднего показателя по Европейскому Союзу – 2000 евро [Postma, 2005]. Многие инвестиции в наркологические услуги проводятся в виде финансирования ответа на эпидемию ВИЧ-инфекции, что связано с соответствующими преимуществами и ограничениями. Так, например, в странах пилотирование нового метода лечения наркозависимости – заместительной поддерживающей терапии – было профинансировано из фондов по профилактике передачи ВИЧ-инфекции [Vienna NGO Committee on Narcotic Drugs, 2008; Subata u Stuikyte, 2005].

Специальное финансирование литовским правительством стратегии борьбы с распространением наркотиков может показаться не сбалансировано, предпочтение отдавая таким вопросам, как снижение спроса на наркотики и снижение вреда, на которые выделяется в 3-4 раза больше денег, чем на правоохранные меры. Вместе с тем, столь подавляющий финансовый приоритет не отражает общих тенденций государственных затрат на решение проблем, обусловленных наркотиками: они не включают финансирование работы с наркотиками и потребителями наркотиков в полиции и тюрьмах, которое входит в их общие бюджеты. Согласно результатам экономического исследования, проведенного в Грузии для оценки государственных расходов, направленных на контроль за оборотом наркотиков (включая общественное здравоохранение, полицию, тюрьмы и т.д.) в 2003 году подавляющую часть государственного финансирования получили правоохранные меры – 89% [Shatirishvili u др., 2005].

¹ Расчетная оценка основана на часть специального бюджета по наркотикам, которая посвящена лечению наркозависимости и реабилитации на 2007 г. [Правительство Литовской Республики, 2007].

Законодательство в области наркотиков, уголовное право, права человека: тенденции и последствия

По состоянию на 1999 год во всех четырех странах региона ратифицированы три Конвенции ООН о наркотиках и сформулирована правовая база по вопросам производства, продажи, импорта, экспорта и оборота наркотических средств и психотропных веществ. Определен круг веществ, которые могут или не могут использоваться для медицинских, научных и других целей, и объем ограничений. Все страны имеют специальные законы о наркотических и психотропных веществах и специальные нормы административных и уголовных кодексов, предусматривающие наказание за несоблюдение этих законов.

После 1999 года основные изменения в литовском законодательстве были связаны с пересмотром всей законодательной системы в процессе вступления в Европейский Союз. Новый Уголовный Кодекс изменил меры пресечения за связанные с наркотиками преступления. Было ужесточены меры за наркоторговлю в крупных масштабах. Некоторые изменения коснулись перечней наркотических веществ. Например, был легализован мак с низким содержанием тетра-карабинола, а некоторые новые синтетические наркотики были добавлены в списки запрещенных препаратов.

На Украине закон о наркотических веществах пересматривался с целью улучшения доступа к наркотическим и психотропным медицинским препаратам. Изначально государство имело монопольные права, и частный сектор не мог применять и хранить наркотические вещества из-за ограничивающей системы лицензирования. Как и в Литве, на Украине также проводилась реформа, имеющая целью снижение уровня наказания за мелкие преступления, исключая преступления, связанные с наркотиками, что тут же привело к увеличению процента связанных с наркотиками правонарушений. Если в 2003 году в местах лишения свободы находились порядка 201 100 человек, из которых 29,9% были осуждены за связанные с наркотиками преступления, то в 2007 году общее число осужденных уменьшилось почти на четверть, но при этом 31% из них получили приговор за связанные с наркотиками преступления [*Верховный суд Украины, 2003 и 2007*].

Среди четырех исследованных стран Грузия – единственная страна, в которой сохраняется уголовная ответственность за употребление наркотиков как таковое. В то же время, в национальной законодательной системе существуют положения, запрещающие дискриминацию по состоянию здоровья. Наказания за употребление наркотиков за прошедшие 10 лет ужесточились. Штрафы за употребление наркотиков в этой стране являются самыми высокими, достигая за первый проступок средней двухмесячной заработной платы и, как минимум, увеличиваясь вдвое при последующих нарушениях. Для сравнения: в России и Литве штрафы соответственно составляют от 2 до 4% и от 0 до 28% средней месячной заработной платы. На Украине употребление наркотиков наказуемо как административное нарушение только в случае, если оно было совершено «в публичных местах» (в районе проведения спортивных мероприятий, недалеко от школ и т.д.) или в группе, и эта статья, как правило, не применяется, если нет других преступлений. Грузинский государственный бюджет, по сути, получает неплохие вливания за счет штрафов, связанных с употреблением наркотиков: порядка 10 миллионов евро (около 2,8 евро на каждого гражданина) только за 2007 год [*Otiashvili, Sarosi u Somogyi, 2008*].

Нет никакого смысла привлекать к уголовной ответственности в случае употребления наркотиков. Потребитель наркотиков сталкивается с психологическими проблемами и проблемами со здоровьем, поэтому его нужно рассматривать, как больного человека. Я думаю, что наказание за употребление не даст желаемых результатов, а профилактика употребления может это сделать. Тюрьма... Я не думаю, что это принесет ему пользу – вероятнее всего, наоборот.

— Работник Департамента по контролю за наркотиками, Литва

[Должно ли употребление наркотиков быть наказуемым?]

Нет. Есть пара аспектов, которые необходимо рассмотреть с точки зрения уголовной ответственности. Во-первых, непосредственно факт употребления наркотиков не признается создающим угрозу обществу. Во-вторых, нужно иметь в виду причины употребления наркотиков, а не сам факт употребления. Отрицательные последствия в стране имеют место из-за причин, а не факта употребления.

— Эксперт в области законодательства,
работник Департамента по контролю за наркотиками, Литва

Наличие небольшого количества наркотиков без намерения торговли большей частью рассматривается как административное нарушение, самые низкие штрафы за которое установлены в России, самые высокие – в Грузии. Вероятность оказаться в местах лишения свободы существует в Литве и Грузии. Понятия «небольшого», «крупного», «особо крупного» количества различаются по странам, что также влияет на серьезность наказания. На протяжении 10 лет все они стремились увеличить уровень минимально допустимого количества. Тем не менее, одно и то же количество, – иногда в виде следов от наркотиков – рассматриваемое, как минимальное в одной стране, может быть расценено как достаточно крупное – в другой. Например, в случае бупренорфина (включенного в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ) «небольшие количества» по литовскому и украинскому законодательствам соответствуют «крупным» в Грузии и «особо крупным» – в России. Подобные несоответствия также наблюдаются в случае амфетамина и морфия. Количественные определения часто носят рекомендательный характер, но оказывают существенное влияние на работу полиции и судов. Это доказывает необходимость крайней аккуратности при сравнении данных по «малым» и «крупным» преступлениям в области контроля за наркотиками в этих странах. Героин – отдельная проблема, и в большинстве стран, за исключением Литвы, для него не установлено минимальное количество (например, для личного употребления). В целом, градация количества вызывает критику ученых и правозащитников [Gruodyte, 2004].

«Чрезвычайно крупные дозы наркотиков», – это, как правило, однодневная доза для потребителя наркотиков.

— Потребитель наркотиков, Грузия

В России серьезный пересмотр статей уголовного кодекса, связанных с употреблением наркотиков, проводился в 2003-2004 годах. Тогда же были внесены изменения в определения «небольшой», «крупной»

и «особо крупной» доз, заменяющих так называемые «таблицы Бабаяна» (рекомендации, которые были выпущены без юридических полномочий и использовались всей системой правосудия в России; названы именем своего автора – долголетнего члена Международного комитета по контролю над наркотиками). Изменения 2004 года повлияли на состояние уголовного судопроизводства и привели к существенному уменьшению общей численности населения, содержащегося в местах лишения свободы (на 22% в сравнении с 2001 годом) [Федеральная служба исполнения наказаний России, 2009].

Большое количество потребителей наркотиков находятся в тюрьмах. Во всех странах подавляющее большинство людей, которым вынесен приговор за преступления, связанные с наркотиками, находятся в тюрьмах за владение небольшим количеством наркотика или другого психоактивного вещества без намерения продавать их [Otiashvili, Sarosi u Somogyi, 2008]. Приблизительно четверть из тех, кому в Грузии вынесен приговор за преступления, связанные с наркотиками, отбывают срок наказания за употребление наркотиков, приблизительно 40% женщин, находящихся в местах лишения свободы, – за нарушения законов, связанных с наркотиками. Из числа анализированных стран только на Украине и в Литве законодательство предполагает альтернативы заключению, как это предусмотрено Конвенциями о наркотиках, однако эти альтернативы часто пренебрегаются судами.

Права человека защищены Конституцией страны, но не обеспечиваются государством. Поэтому часты случаи нарушений этих прав, особенно когда вопрос стоит о лицах, употребляющих наркотики или живущих с ВИЧ.

-- Работник милиции, Украина

Политика властей по отношению к потребителям инъекционных наркотиков не изменилась вообще. Повысилась жестокость по отношению к потребителям [наркотиков] и права человека нарушаются постоянно.

-- Потребитель наркотиков, Украина

На судах привыкли так, значит не церемонятся на счет доказательств. Вообще показания потребителя, они мало чего стоят, и к ним даже не прислушиваются.

-- Потребитель наркотиков, Литва

Все страны региона ратифицировали ряд Конвенций ООН и Европейских Конвенций по правам человека, в том числе, на здоровье, на правосудие, на запрет бесчеловечного и унижительного обращения и дискриминации. Основные права граждан и людей гарантированы также конституциями стран. В то же время, права человека не упомянуты ни в одной из проанализированных национальных стратегий и законодательств по наркотикам, за исключением прав детей, на которые есть ссылка в литовской национальной программе. Серьезная озабоченность соблюдением прав ребенка в литовской программе подтверждается наличием ссылки на План действий по детям UNGASS 2002 года [Организация Объединенных Наций, 2002] (для сравнения: UNGASS о наркотиках не упоминается в программе вообще). В грузинской и российской программах права человека упоминаются лишь в контексте их вынужденного ограничения в связи с употреблением наркотиков или выявленной зависимостью.

В интервью и в литературе нарушение прав, связанных с наркотиками, обычно упоминаются в контексте доступа к лечению наркозависимости, взаимодействия с правоохранительными органами и доступа к медицинским услугам после ареста, в ходе полицейского расследования, а также в тюрьмах, при тестировании на наличие наркотиков в организме, а также в контексте дискриминации при доступе к некоторым другим медицинским и социальным услугам. Один из примеров несоответствия требований соблюдения прав человека и норм уголовного законодательства – Грузия, где дискриминация по состоянию здоровья запрещена Законом о правах пациентов, но употребление наркотиков, включая людей с хронической зависимостью, наказуемо. В случае принудительных проверок происходит нарушение прав человека многих людей, которые не употребляют наркотики: в 2007 году в 62% случаев результаты тестирования на наркотики были отрицательными, но люди, при этом должны были потратить не менее четырех часов, чтобы подвергнуться этой достаточно унижительной процедуре в полицейском участке [Otiashvili, Sarosi u Somogyi, 2008].

Плохое обращение с потребителями наркотиков, в том числе пытки – как во время дознания, так и в течение заключения, а также ужасающие условия содержания подчеркиваются в случае России, Украины, а также целого ряда других стран региона. Как отмечается, с целью вымогательства денег или информации, на Украине милиция подвергает потребителей наркотиков и работников секс-бизнеса физическому и психологическому давлению путем избиений, применения электрошока, частичного удушения газовыми масками, угрозами изнасилования. «Милиция, которой нужно выполнять квоты по арестам, особенно часто использует потребителей наркотиков как легкодоступные цели для ареста и жестокого обращения. Милиция использует наркозависимость в качестве инструмента, чтобы принуждать потребителей наркотиков давать показания. Они могут уступить давлению и взять на себя лживые обвинения при появлении болезненных симптомов отмены во время заключения» [Human Rights Watch, 2006].

Законодательство в сфере наркотиков воздействует на доступность и применение наркотических веществ в медицине. Обзор уровней использования болеутоляющих средств с содержанием опиатов показывает, что в Восточной Европе эти уровни чрезвычайно низки, гораздо ниже европейских и мировых средних показателей, например, на морфин. Это особенно касается Грузии, России и Украины. Низкое потребление и низкий уровень «рационального назначения» опиатов обусловлены правилами назначения и распространения медикаментов, которые, на самом деле, сложно соотносятся с действительностью, абсолютно не практичны и устарели. Наблюдается сильная «опиатофобия», за назначение морфия врачи боятся попасть в тюрьму. В Грузии назначение лекарств для паллиативного лечения на дому доступно через очень ограниченную сеть аптек при полицейских участках [Stjernsward, 2005].

Доступ к лечению наркозависимости

Несмотря на увеличение количества учреждений для лечения зависимости, оно оказалось не сопоставимо с ростом уровней употребления наркотиков и наркозависимости в Восточной Европе. Охват лечением остается на крайне низком уровне в странах региона. Согласно статистике и оценкам, доступ к лечению в странах, где проводилось исследование, имеют только порядка 1,6–9% нуждающихся людей [Cook и Kanaef, 2008; Georgian Research Institute of Addiction u New Way, 2008].

Наверное, главная проблема – это недостаток внимания к лечению зависимости со стороны государства. Другие заболевания, такие как диабет, астма /.../, депрессия и шизофрения, – при их лечении система устроена, и пациент может обратиться в медицинские учреждения, и может получить консультацию специалиста и продолжить лечение, которое полностью или частично компенсируется [государством]. С лечением зависимости такой системы нет.

— Специалист по лечению наркозависимости, Литва

Доступное лечение часто оказывается еще и малоэффективным. Научные и гуманные подходы, по большому счету, практически не используются при лечении зависимости, за исключением, возможно, Литвы. Один из методов, широко применяемых, унаследованных еще от советской системы – детоксикация (управление симптомами отказа) с помощью нейролептиков. Страны не хотят и / или опаздывают с внедрением доказательных руководств.

За последнее десятилетие много энергии ушло на поиск доказательств, доступных свидетельств и борьбу с мифами, на изучение руководств международных организаций и опыта других стран, убеждение, что «нетрадиционные» методы не противоречат Конвенциям ООН по наркотикам и – если достигался успех в убеждении основных партнеров – проведению пилотных проектов с целью продемонстрировать применимость методов в местном контексте и оценке результатов. Распространение некоторых успешных пилотных программ иногда оказывалось политически невообразимо (как, например, в случае с заместительной терапией). Опыт стран в Восточной Европе показал, что для внедрения таких методов в практике необходимо получить одобрение со стороны широкого круга заинтересованных лиц. В дебатах по вопросам зависимости – что работает и что не работает – до сих пор активное участие принимают, помимо медицинских работников, представители правоохранительных органов, тюремных администраций, общественности, члены парламентов, политики муниципалитетов и т.д. На Украине заместительная терапия метадонном стала возможна только после открытого обращения президента и вице-премьера страны к государственному агентству по наркоконтролю и другим участникам с требованием не мешать введению программы.

В России наличие проблем с эффективностью лечения наркозависимости подчеркивается даже в национальной программе по наркоконтролю и профилактике наркомании, которая содержит специальную цель и показатели новых методов лечения и сроков ремиссии для проходящих лечение. Согласно этой программе, более 1 миллиарда российских рублей (около 22 миллионов евро) ежегодно затрачиваются правительством на лечение наркозависимости, охватывающее более 50 тысяч людей. Но 80-90%

завершивших курс лечения снова начинают употреблять наркотики [Правительство Российской Федерации, 2005]. Россия остается поразительным примером глубоко укоренившейся оппозиции всемирно признанной практике лечения наркозависимости. Несмотря на основополагающие положения об эффективности в национальной программе и на признание заместительной терапии опиатными препаратами (метадоном и бупренорфином) в качестве наиболее эффективных и научно обоснованных методов лечения опиатной зависимости и профилактики негативных последствий, связанных с наркотиками, ведущими международными организациями, такими как ВОЗ и другие агентства ООН, Россия продолжает отказываться от заместительной терапии при опиоидной зависимости и запрещать ее законодательно [ВОЗ, ЮНЭЙДС и УНП ООН, 2004]. Внедрение программ заместительной терапии продвигается довольно медленно и в других странах региона. Даже при заявлении властей о намерениях значительного расширения программы, в течение прошедших 10 лет она оставалась в большинстве случаев пилотной, с ограниченным доступом для подавляющего числа нуждающихся. В Литве охват программой так же ограничен: в 2007 году в ней участвовали 395 пациентов из нескольких тысяч нуждающихся [Литовский Департамент по контролю над наркотиками, 2007]. При том, большим исследованием ВОЗ было продемонстрировано эффективность этого лечения в Литве и в ряде других стран [Cook и Kanaef, 2008; Nau, 2007]. Необходимо отметить, что если заместительная терапия была изначально запущена как часть работы по профилактике ВИЧ-инфекции, в Литве и совсем недавно в Грузии она также была признана частью национальной системы по лечению наркозависимости и включена в соответствующие бюджеты.

Одно из основных препятствий для доступа к услугам по лечению наркозависимости – это общая практика регистрации потребителей наркотиков, так называемый «наркологический учет», унаследованный от советской «наркологии» [Субата и Усцила, 2007; Левинсон и Торбан, 2008]. Включение в «учет» влечет за собой сразу несколько проблем: ограничение гражданских прав пациентов – причем, на достаточно длительное время, даже после успешного завершения лечения наркозависимости; нарушение принципа конфиденциальности медицинской помощи; социальные проблемы, включая ограничения с трудоустройством и ограничения при получении водительских прав и т.д. Включение в «учет» в России, Литве и Украине является необходимым условием для бесплатного предоставления медицинских услуг – например, детоксикации. Для людей, которые хотят получить анонимное и конфиденциальное лечение, бесплатное лечение практически недоступно. В Грузии анонимное лечение гарантировано в законодательном порядке, но государственное финансирование лечения зависимости до недавнего времени не было доступно. Стоимость услуг в частных программах очень высока, поэтому большинство нуждающихся не могут их себе позволить.

Другие последствия для здоровья, связанные с употреблением наркотиков, и ответные меры

Прошедшие 10 лет продемонстрировали настоящую катастрофу среди постоянно растущего сообщества потребителей инъекционных наркотиков (ПИН): высокие показатели по инфекционным заболеваниям (таким, как ВИЧ-инфекция, гепатит С, туберкулез) и смертности от передозировки. Усугубляющиеся проблемы со здоровьем усложняются отсутствием доступа к первичным медицинским услугам, а также из-за стигматизации и дискриминации, распространенных в сфере здравоохранения. Эксперты и исследователи подтверждают, что перечисленные проблемы обусловлены, в первую очередь, внедрением законодательства, связанного с употреблением наркотиков, и отсутствием политической воли к решению вопросов здоровья этой социально отвергнутой группы, хотя неоднократно отмечалось, что усугубление проблем среди потребителей наркотиков негативно влияет на общую демографическую ситуацию в стране [World Bank – Europe and Central Asia Human Development Department, 2005].

10 лет назад Грузия, Литва и Россия сообщали об относительно небольшом количестве случаев ВИЧ-инфекции, гепатитов и смертельных исходов в результате передозировки. В случае ВИЧ-инфекции, где доступны наилучшие данные о медицинских проблемах, связанных с инъекционным потреблением наркотиков, тогда только на Украине увеличивались показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН. В конце 1998 года здесь были зарегистрированы порядка 20 тысяч случаев [EuroHIV, 2000]. На протяжении десятилетия распространение ВИЧ-инфекции потрясло регион. Вместе с тем, росли показатели по гепатиту С и передозировкам. Сегодня в странах Восточной Европы и Центральной Азии объявлена эпидемия ВИЧ-инфекции, которая развивается самыми быстрыми темпами в мире. Приблизительно 90% из 1,5 миллионов людей с ВИЧ (ЛЖВ) из региона живут в России и на Украине. Согласно ЮНЭЙДС, 60-80% ЛЖВ являются ПИН [UNAIDS и WHO, 2006]. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в некоторых городах России и Украины достигает 64,5% – 74%. Распространенность гепатита С во всех четырех странах еще выше – от 70 до 90% и более [ССВЦВЕ, 2006].

«... мне труднее будет вспомнить человека, с которым я когда-то употреблял или который употребляет, у кого нету или ВИЧ, или гепатита, нежели я буду думать, у кого есть. Это будет сложнее.

— Потребитель наркотиков, Россия

Передозировка стала одной из основных причин заболеваемости и смертности среди потребителей наркотиков во многих странах Восточной Европы и Центральной Азии. Имеющие у нас, но ограниченные данные подтверждают, что появление героина привело к резкому увеличению летальных передозировок. Только в России на протяжении 2006 года были зарегистрированы 9354 смерти в результате передозировки (с 2003 года этот показатель вырос в 2,5 раза, с 3943 случаев) [Кошкина, 2008]. В Санкт-Петербурге, по оценкам служб «скорой помощи», 10% передозировок имеют летальный исход. Ряд эпидемиологических исследований, проведенных в 2002–2008 годах среди российских ПИН, выявили, что в различных городах России от 8,4 до 53% опрошенных ПИН пережили передозировку в течении года, предшествующего году проведения интервью. Региональное исследование ЕССВ, проведенное в 2008 году, также подтвердило, что в исследуемом регионе передозировка является одной из главных причин смерти среди людей,

употребляющих наркотики [ECCB, 2008].

Основные причины для этой большой цены здоровью лиц и населения – рискованное поведение, отсутствие инструментов, знаний, навыков – и, таким образом, служб, которые занимались бы данными проблемами. В России работают только 65 пунктов обмена шприцев, в Литве – 7, в Грузии – 6. По оценке Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, программы, нацеленные на предотвращение ВИЧ-инфекции среди ПИН, например, по раздаче стерильного инъекционного оборудования, охватывают только 2% ПИН в Восточной Европе и Центральной Азии [IHRD, 2008]. Между тем, печально закономерным является рост рискованного инъекционного поведения среди потребителей России, Украины и Грузии [UNAIDS и WHO, 2006; Anonymous, 2008]. Этот показатель рискованных инъекционных практик является сравнительно низким в Литве, которая ранее ввела различные меры по снижению вреда, в том числе, обмен шприцев, распространение презервативов, уличную аутич-работу, заместительную терапию при опиоидной зависимости и другие эффективные методы лечения наркозависимости [Amato-Gauci, Mimica и Murauskiene, 2006].

Недавно появилась некоторая [государственная] поддержка [программ снижения вреда]. Впервые с тех пор, как в 2006 году Министерство здравоохранения начало регулировать услуги по снижению вреда. Существуют 11 программ снижения вреда, которые функционируют на данный момент, но их доступ ограничен географически. Программы снижения вреда должны финансировать муниципалитеты, но они не делают этого – за исключением Вильнюса и Клайпеды.

— Специалист по лечению наркозависимости, Литва

Доступ к лечению ВИЧ-инфекции улучшается, но все еще остается крайне проблематичным. Согласно ЮНЭЙДС и ВОЗ, по низкому уровню доступности регион занимает второе место в мире, то есть эта ситуация еще хуже, чем даже в более подверженном ВИЧ-инфекции регионе Африки, на юг от Сахары. Существенный прогресс наблюдается в течение последних лет, особенно в России, где за период с 2006 по 2007 годы количество людей, проходящих лечение, удвоилось [WHO, UNAIDS и UNICEF, 2008].

В условиях ограниченного доступа лечения при ВИЧ-инфекции ПИН, как правило, не являются первыми в очереди на лечение. В 2006 году более 70% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Восточной Европе наблюдались среди ПИН, но они составляли только 39% из получающих антиретровирусную терапию [WHO, UNAIDS и UNICEF, 2008].

Грузия в этом смысле является положительным исключением, так как здесь покрываются все потребности в лечении ВИЧ-инфекции, и ПИН составляют наиболее значимую часть пациентов, которые в данный момент проходят антиретровирусную терапию. Прогресс также наблюдается и в других странах, где, на протяжении последних лет постоянно росла доля ПИН среди пациентов с ВИЧ-инфекцией. Например, в Литве она увеличилась с 10% в 2004 году до 25% в 2006 году [WHO, UNAIDS и UNICEF, 2008; Matic и др., 2008].

Даже несмотря на существенные упущения в ответе на ВИЧ-инфекцию, успех вдохновляет, чему свидетельством зарождение общественных движений, Генеральная ассамблея ООН 2001 года, в первые за историю ООН посвященная заболеванию, последующие европейские и восточноевропейские конференции, принятие национальных стратегий по ВИЧ-инфекции, появление структур по принятию решений с вовлечением в них людей, живущих с ВИЧ, финансирование и развитие услуг, мобилизация сообществ,

непосредственно затронутых ВИЧ-инфекцией. Подобной активности пока не наблюдается в случае двух других проблем: гепатита С и передозировки.

Каждый второй наркоман инфицирован гепатитом С, и ни один из них не знает, что это за заболевание, и где и как можно лечиться.

— Потребитель наркотиков, Грузия

Несмотря на развивающуюся эпидемию гепатита С, особенно среди потребителей с большим стажем, службы тестирования и диагностики гепатита практически не взаимодействуют с существующими службами помощи для потребителей наркотиков. Более того, сотрудники служб для потребителей наркотиков в большинстве случаев не обладают необходимыми знаниями для консультации по вопросам жизни с гепатитом, заботы о печени и лечения. На Украине доступ к терапии интерфероном и рибавирином – рекомендованному на международном уровне лечению гепатита С – крайне ограничен. В России государство финансирует это дорогое лечение, но только для людей, у которых обе инфекции: ВИЧ и гепатит С. В Литве государство оплачивает определенное количество курсов лечения для лиц, находящихся за пределами и внутри тюрем [ССВЦВЕ, 2006]. В Грузии вообще не существует государственного финансирования лечения гепатита С, пациентам приходится полностью его оплачивать.

Передозировка наркотиками часто случается после курса лечения от наркозависимости или после освобождения из мест лишения свободы – эта тенденция особенно ярко проявляется в странах и регионах, где нет программ заместительной терапии при опиоидной зависимости. Инфраструктурные барьеры препятствуют доступу к услугам скорой помощи. Это характерно для сельских районов и районов с транспортными или топливными ограничениями. Даже в больших городах Восточной Европы (по меньшей мере, в прибалтийских государствах, – например, в Литве) не все машины «скорой помощи» оборудованы налоксоном, который крайне важен для предотвращения воздействия передозировки. Специалисты в сфере здравоохранения в большинстве стран региона обладают навыками оказания первой помощи при передозировке, однако ограниченный доступ к налоксону уменьшает практическое значение этих навыков. Потребители наркотиков боятся появления милиции, как результата вызова «скорой помощи», и поэтому не всегда в случае передозировки ее вызывают [ЕССВ, 2008].

Недавно в ряде стран Восточной Европы и Центральной Азии были запущены несколько инновационных программ по профилактике передозировки. Несколько организаций в России и Украине проводят обучение по профилактике и оказанию первой помощи при передозировке, а также бесплатно предоставляют налоксон.

Существенная часть людей, находящихся в местах лишения свободы, употребляли наркотики до ареста, и большинство из них продолжают их употреблять во время заключения, причем в более рискованной обстановке. Некоторые потребители впервые попробовали наркотики в местах лишения свободы [Sarang *u др.*, 2006]. Исследование, проведенное в тюрьмах Грузии, показало, что 41% осужденных употребляли наркотики, как минимум, один раз, в тюрьме; более чем половина из них отметили, что использовали совместный инструментальный (чужой шприц) [Gamkrelidze *u др.*, 2005]. Связанные с наркотиками отрицательные последствия здоровью опять же особенно серьезны в тюрьмах. Согласно различным данным из четырех проанализированных стран, распространенность ВИЧ-инфекции в 10 раз выше в местах лишения свободы, чем в целом среди населения [Cook *u Kanaef*, 2008]. Тем не менее, услуги, которые хоть как-то предоставляются «на свободе», в закрытых условиях становятся практически недоступными. Почти не работают программы лечения наркозависимости и такие меры снижения вреда, как предоставление презервативов и чистого инъекционного оборудования [Sarang *u др.*, 2006].

Возможность получать лечение при ВИЧ-инфекции гарантирована для всех только в Грузии и, в определенной мере – в Литве. Добровольное консультирование и тестирование доступны во всех тюрьмах Литвы [Cook и Kapaeff, 2008] и России, где тестирование хоть и не является обязательным, но, тем не менее, его проходит большинство заключенных.

[Тебе предоставляли медицинскую помощь по лечению ВИЧ в тюрьме?]

Нет. Боже упаси. Ну, какая медицинская помощь. Это потом я в лагере сидел, нам полагалось то ли по две витаминки в неделю... такие желтенькие, кругленькие... И соевое молоко еще, но я его ни разу не пил. Потому что я слышал, что вот вам должно, и его вроде привезли, но вот почему-то вкусить мне его так и не удалось.

— ВИЧ-положительный потребитель наркотиков, Россия

Больные туберкулезом попадают в СИЗО, где нет специализированной медсанчасти для диагностики и лечения. Известный факт, что заключенных, больных ТБ, отправляют в охраняемый корпус, но там нет условий для содержания таких больных; из-за риска инфицирования медперсонала и служащих, которые их охраняют, к больным никто не заходит, еду передают на палках, чтобы избежать какого-либо контакта. Соответственно, контроль за процессом лечения, не проводится. Многие люди живут там годами, а многие умирают.

— Политик, Украина

Выводы

Регион Восточной Европы и Центральной Азии на протяжении прошедших 10 лет пережил значительный рост употребления наркотиков, в том числе, – инъекционных наркотиков. Помимо опиатов, проблема распространилась на некоторые новые наркотики, например, стимуляторы амфетаминового ряда. Согласно оценкам, инъекционные наркотики употребляют 1–2% населения России и Украины.

Актуализация проблемы употребления наркотиков не сопровождалась адекватной реакцией со стороны стран региона. Ни одна из проанализированных национальных систем лечения наркозависимости (Грузии, Литвы, России и Украины) не в состоянии удовлетворить больше 9% спроса на лечение. Но их недостаточная эффективность обусловлена не только низким уровнем охвата, но и обращением к сомнительным методам советской медицины в области наркозависимости. Они основаны на управлении симптомами отказа, а не на собственно полном спектре вариантов лечения, контроле за людьми, употребляющими наркотики, путем ведения учета, который связывает лечение с правоохранением. Однако достигнут и некоторый прогресс: эти страны сумели ввести ряд новых подходов к наркозависимости, рекомендованных международными научными и медицинскими сообществами, а также группами наркоконтроля. Но такие введения не адекватны ни по своим масштабам, ни по уровню институциональной поддержки. Система контроля и управления за наркотической зависимостью не столь целеустремленно развивает принципы лечения зависимости, как это происходит в других сферах здравоохранения. Большинство стратегий, в частности, обмен шприцев, уличная аутрич-работа, консультирование по поводу более безопасного инъекционного поведения, распространение презервативов, связь со службами лечения наркозависимости, заместительная терапия при опиоидной зависимости, были введены не благодаря обязательствам по развитию мер противодействия употреблению наркотиков и проблемному употреблению наркотиков как таковым, а из-за разрушительной эпидемии ВИЧ-инфекции. Упомянутая «опиатофобия», которая существует даже среди медицинских специалистов, ограничивает не только возможности лечения наркозависимости, но и медицинское использование наркотических препаратов (например, для снятия болевого синдрома у онкологических пациентов).

Национальные приоритеты стратегий в области наркотиков в значительной степени сконцентрированы на сокращении предложения наркотиков, что отражено в национальных документах и финансировании. В то же время, больше внимания уделяется вопросам спроса на наркотики и снижения вреда, включенным в национальные стратегии большинства стран, однако наркополитика в регионе остается несбалансированной.

Среди четырех исследованных стран в Литве наблюдается самый низкий уровень употребления наркотиков, а реформы в области наркополитики, направленные на баланс между системой здравоохранения, контроля над наркотиками, уголовным правом и его применением, имеют меньше негативных медицинских и социально-экономических последствий. Грузия и Украина, по всей видимости, за последние годы достигли большего политического и программного развития в области наркотиков, но зачастую после долгих задержек. Россия, с одной стороны, инвестирует в профилактику наркомании и наркоконтроль, заявляет о своей приверженности этим действиям и продвигает свои подходы на международной арене, с другой стороны, распространенность употребления наркотиков, уровень связанных с наркотиками преступлений и отрицательных последствий (например, в виде ВИЧ-инфекции) по-прежнему остаются самыми высокими, а открытость новым подходам к проблеме спроса на наркотики и снижения вреда, связанного с наркотиками – самой низкой среди исследованных стран.

Конвенции ООН о наркотиках и 10 лет, прошедших с момента принятия соглашений UNGASS, не оказали значительного влияния на рост употребления наркотиков, спрос и снижение вреда, а также формирование обязательств по внедрению рациональных и доказательных подходов к тому, чтобы оказать помощь потребителям инъекционных наркотиков. В некоторых странах (например, в России) конвенции и международные дебаты чаще используются как оппозиция (некоторым) принятым в данной стране научным подходам. Опыт Европейского Союза и юридически не обязывающие декларации по ВИЧ-инфекции имели значительное положительное влияние на увеличение сбалансированных обязательств по спросу на наркотики, снижение вреда и уменьшение поставок. Так как задачей национальных правительств и обществ является эффективное служение нуждам собственного народа, без дискриминации по состоянию здоровья, социальному и экономическому статусу, международное соглашение должно поддерживать, а не ограничивать эти стремления. Правительства должны совершенствовать и расширять международные правовые рамки. Первый шаг в этом направлении – открытое, объективное обсуждение и оценка действий с использованием всех необходимых данных, храбрость в отстаивании действительно эффективных стратегий наркополитики, которые смогут уменьшить страдания и будут экономически выгодными и прозрачными.

Ссылки

Верховный суд Украины (2003, 2007). *Годичная статистика за 2003 и 2007 гг.* (<http://www.scourt.gov.ua>, проверено 1 марта 2009 г.).

ВОЗ (2007). Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств: 15-ый перечень, март 2007. Женева: ВОЗ (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>, проверено 1 марта 2009 г.).

ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН (2004). *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа* [совместное заявление о позиции].

ЕССВ (Евразийская сеть снижения вреда) (2008). Передозировка. Ведущая причина смертности среди ПИН и ЛЖВ в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии. Рекомендации и обзор ситуации в Латвии, Кыргызстане, Румынии, России и Таджикистане. Вильнюс, ЕССВ, 2008.

Кошкина Е.А. (2008). Смертность, связанная с употреблением наркотиков, по данным медицинской статистики, доклад в Петрозаводске. Петрозаводск.

Левинсон Л., Торбан М. (2008). Наркологический учет: по закону или по инструкции? Регулирование регистрации потребителей наркотиков в Российской Федерации. Москва.

Литовский государственный центр психического здоровья (2008). *Ligotumo narkomanijomis dinamika: Lietuvos Respublikoje 1998–2007 M. (100 000 gyv.)* [Динамика заболевания наркоманиями: В Литовской Республике на 1998–2007 г. (случаев на 100 000 населения)]. [на литовском языке.] Вильнюс (http://www.vpsc.lt/IMAGES/prikl_statistika/ligotprikl3.gif, проверено 24 февраля 2009 г.).

Литовский Департамент по контролю над наркотиками (2007). *Metinis pranešimas* [Годичный доклад]. [на литовском языке.] Вильнюс.

Медновости (2008). *ФСКН предложила наказывать наркоманов лечением.* (<http://www.medportal.ru/mednovosti/news/2008/09/16/fskn>, проверено 18 сентября 2008 г.).

Организация Объединенных Наций (2002). Официальные отчеты Генеральной Ассамблеи: 27-ая специальная сессия; дополнение №3 (документ A/S-27/19/Rev.1).

Правительство Литовской Республики (2007). *Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004–2008 metų programos įgyvendinimo 2008 metų priemonių patvirtinimo* [По поводу мер на 2008 г. по выполнению Национальной программы по контролю над наркотиками и профилактике наркомании в 2004–2008 гг.]. [на литовском языке.] Постановление № 1404 от 19 декабря 2007 г. Вильнюс.

Правительство Российской Федерации (2005). *О федеральной целевой программе «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005–2009 годы.* Постановление № 561 от 13 сентября 2005 г. Москва.

Российская академия медицинских наук (2005). Состояние наркологической помощи в России в динамике с 1999 по 2003 гг. Российская академия медицинских наук, «Наркология», № 1, 2005. (http://www.narkotiki.ru/ecolumn_5911.html проверено 18 сентября 2008 г.).

Сеймас Литовской Республики (2004). *National Programme for Control of Drugs and Prevention of Drug Addiction 2004–2008* [резолюция]. [неофициальный перевод из литовского языка, осуществлен Литовским Департаментом по контролю над наркотиками.] (Žin., 2004, Nr. 58-2041). Вильнюс.

ССВЦВЕ (Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы) (2006). *Гепатит С среди потребителей инъекционных наркотиков в новых странах-членах Европейского Союза и соседних государствах: ситуация, руководства и рекомендации*. Вильнюс: ССВЦВЕ.

Субата Э., Усцила Р. (2007). *Narkologinių ligonių įskaitos analizė* [Анализ учета наркологических пациентов]. [на литовском языке.] Вильнюс: Коалиция «Могу жить».

Федеральная служба РФ исполнения наказаний (2009). Краткая характеристика уголовно-исполнительной системы Российской Федерации. Москва (<http://www.fsin.su/main.phtml?cid=6>, проверено 20 января 2009г.).

Aceijas C, Stimson G, Hickman M, Rhodes T (2004). Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 18:2295–2303.

Amato-Gauci AJ, Mimica J, Murauskiene L (2006). *Mid-term review of the Lithuanian National HIV/AIDS Prevention and Control Programme 2003–2008*. Vilnius: United Nations Development Programme – Lithuania.

Anonymous (2008). *United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Georgia: country report: reporting period: January 1–December 31, 2006*.

Cook C, Kanaef N (2008). *The global state of harm reduction 2008: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*. London: International Harm Reduction Association.

EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS) (2000). *HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 1999*. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire (No. 62e).

Gamkrelidze A, Javakhishvili J, Kariauli D, Lejava G, Stvilia K, et al. (2005). *Drug situation in Georgia: 2004*. Tbilisi: Southern Caucasus Anti-Drug Programme.

Georgian Research Institute of Addiction, New Way (2008). *Evaluation of drug treatment in Georgia*. Tbilisi.

Gruodyte E (2004). *Narkotikai ir baudžiamoji atsakomybė* [Наркотики и уголовная ответственность]. [на литовском языке.] Вильнюс: Литовский университет права и Центр правовой информации.

Hay G (2007). *Report to United Nations Office on Drugs and Crime project “HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users and in prison settings in Estonia, Latvia and Lithuania.”* Glasgow: Centre for Drug Misuse Research.

Human Rights Watch (2006). *Rhetoric and risk: human rights abuses impeding Ukraine’s fight against HIV/AIDS*. New York.

IHRD (International Harm Reduction Development Program) (2008). *Harm reduction developments 2008*. New York: Open Society Institute.

Javakhishvili J, Kariauli D, Lejava G, Stvilia K, Todadze K, et al. (2006). *Drug situation in Georgia: 2005*. Tbilisi: Southern Caucasus Anti-Drug Programme (SCAD).

Matic S, Lazarus JV, Nielsen S, Laukamm-Josten U, eds. (2008). *Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Otiashvili D, Sárosi P, Somogyi G (2008). *Drug control in Georgia: drug testing and the reduction of drug use?* Witley: Beckley Foundation Drug Policy Programme. Briefing Paper 15.

Otiashvili D, Zabransky T, Kirtadze I, Piralishvili G, Chavchanidze M, et al. (2008). Non-medical use of buprenorphine (Subutex®) in the Republic of Georgia: pilot study. *NIDA International Forum, San Juan, PR, 13–14 June*.

Postma MJ (2005). *Public expenditure on drugs in the European Union 2000–2004*. Lisbon: EMCDDA Strategies and Impact Programme.

Sarang A, Rhodes T, Platt L, Kirzhanova V, Shelkovnikova O, et al. (2006). Drug injecting and syringe use in the HIV risk environment of Russian penitentiary institutions: qualitative study. *Addiction*, 101:1787.

Shatirishvili J, Gamsakhurdia T, Otiashvili D, Khurcia L (2005). Financial and economic aspects of drug abuse. In: *Financial and economic problems of the transitional period: vol. 8*. Tbilisi: Georgian Research Institute of Finance:361–86.

Stjernswärd J (2005). National Palliative Care Programme [sic]. (http://www.parliament.ge/files/619_8111_336972_Paliativi-Eng.pdf, проверено 3 марта 2009 г.).

Subata E, Stuikyte R (2005). *Opioid substitution therapy in Eastern Europe and Central Asia*. Vilnius: EHRN.

UNAIDS, WHO (2006). *AIDS epidemic update: December 2006*. Geneva.

Vienna NGO Committee on Narcotic Drugs (2008). *Beyond 2008: report of Eastern European and Central Asian Consultation*. Vienna.

WHO, UNAIDS, UNICEF (2008). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2008*. Geneva: WHO.

World Bank – Europe and Central Asia Human Development Department (2005). *Dying too young: addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation*. Washington, DC: World Bank.

