



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



USAID

FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Звіт щодо оцінки виконання
Загальнодержавної програми забез-
печення профілактики ВІЛ-інфекції,
лікування, догляду та підтримки
ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на
2009-2013 роки**

Тематичний напрямок:
Профілактика, догляд та лікування
ВІЛ/СНІДу у пенітенціарній системі

**Звіт щодо оцінки виконання
Загальнодержавної програми забезпечення
профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду
та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД
на 2009-2013 роки
Тематичний напрямок:
Профілактика, догляд та лікування ВІЛ/СНІДу у
пенітенціарній системі**

Звіт щодо оцінки виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки

Тематичний напрямок: Профілактика, догляд та лікування ВІЛ/СНІДу у пенітенціарній системі

Оцінка проведена професором Хайно Йоганном Штьовером у вересні-листопаді 2012 року в рамках контракту з UNODC за проектом "Підвищення ефективності заходів правоохоронних органів, пенітенціарної системи та наркологічної служби у відповідь на епідемію ВІЛ\СНІДу" (HIV-PLEDGE).

Підготовка звіту до друку: Наталія Салабай

Проведення цього дослідження стало можливим завдяки щедрій підтримці американського народу через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID). Ці матеріали відображають думку їх авторів та не обов'язково відображають думку USAID та уряду США

Електронні або друковані версії даного звіту можна замовити:

Програмний офіс Управління ООН
з наркотиків та злочинності (UNODC) в Україні
вул. Еспланадна, 20, 7й поверх, офіс 701
Київ 01061 Україна
Тел: +380 44 584 3458
Факс: +380 44 584 3459
Ел. пошта: po.ukraine@unodc.org

Цей звіт може вільно розповсюджуватися та відтворюватися за умови відповідного погодження та цитування. Рекомендуємо верифікувати інформацію, що міститься у даному звіті. Автори та упорядники не несуть відповідальності за наслідки використання чи інтерпретації даних звіту.

ЗМІСТ

1. ОБСЯГ ПРОГРАМ І ЗАХОДІВ	5
1.1. Епідемічна ситуація в установах виконання покарань	6
1.1.1. Загальна інформація про місця позбавлення волі в Україні	6
1.1.2. Епідемія ВІЛ у місцях позбавлення волі	7
1.1.3. Ризикована поведінка у місцях позбавлення волі	8
1.1.4. Рівень знань про ВІЛ серед ув'язнених	9
1.1.5. Епідеміологічні дані стосовно захворюваності ув'язнених на туберкульоз та гепатит	9
1.2. Відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу у місцях позбавлення волі	10
1.2.1. Надання послуг	10
1.2.2. Доступ до діагностики ВІЛ та ДКТ	11
1.2.3. Доступ до АРТ та догляду	12
1.3. Питання навчання	13
1.4. Фінансування	14
2. СИЛЬНІ СТОРОНИ ТА ДОСЯГНЕННЯ	16
3. СЛАБКІ СТОРОНИ ТА ВИКЛИКИ	20
3.1. Відсутність регулярного фінансування	20
3.2. Недостатнє задоволення потреб в АРТ	20
3.3. Недостатнє охоплення профілактичними послугами та відсутність заходів зменшення шкоди	20
3.4. Брак лікування від наркотичної залежності, зокрема ОЗТ	21
3.5. Відсутність міжвідомчих стратегій співпраці	22
3.5.1. ВІЛ/СНІД та туберкульоз	22
3.5.2. Гепатит/ІПСШ	22
3.5.3. Лікування наркотичної залежності	23
4. ОСНОВНІ ВУЗЬКІ МІСЦЯ ТА ШЛЯХИ ЇХ УСУНЕННЯ	23
4.1. Ізоляція пенітенціарної системи та відсутність міжвідомчої співпраці з іншими установами, які виконують Державну програму	23
4.2. Відсутність у місцях позбавлення волі системи охорони здоров'я, подібної до загальної системи	23
4.3. Відсутність всеосяжної стратегії щодо спільного подолання ВІЛ, ТБ та ко-інфекцій (гепатиту та ІПСШ)	24
4.4. Брак ДКТ	24
4.5. Обмежений доступ до АРТ та моніторингу її ефективності	25
4.6. Недостатня кількість заходів з профілактики	25
4.7. Відсутність лікування та заходів зменшення шкоди (зокрема ОЗТ) для СІН	26
4.8. Брак підготовки персоналу різного рівня	26
4.9. Відсутність лікування гепатиту	26
5. НАСКРІЗНІ ПИТАННЯ	28
5.1. Правові аспекти та аспекти прав людини	28
5.2. Гендерні питання	29
6. ВИСНОВКИ І РЕКОМЕНДАЦІЇ	31
6.1. Висновки	31
6.2. Рекомендації	31
7. ПЛАН ДІЙ	33
ДОДАТКИ	36

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АМР США	Агентство міжнародного розвитку США
АРТ	Антиретровірусна терапія
БПД	Біо-поведінкове дослідження
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВК	Виправна колонія
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГФ	Глобальний фонд ООН для боротьби зі СНІДом, малярією та туберкульозом
ДДВП	Державний департамент виконання покарань
Держпрограма	Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки
ДКТ	Добровільне консультування та тестування
ДПтС України	Державна пенітенціарна служба України
ЗПС	Заклад пенітенціарної системи
ІК	Інфекції, що передаються через кров
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КЗК	Європейський комітет з питань запобігання катуванням чи нелюдському або такому, що принижує гідність, поводженню чи покаранню
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
Мережа ЛЖВ	Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ
МіО	Моніторинг і оцінка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОН	Міністерство освіти і науки
МСМС	Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту
НУО	Неурядова організація
ОЗТ	Опіоїдна замісна терапія
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОРВС	Обласна рада з питань ВІЛ/СНІДу
ОЦС	Обласний центр СНІД
ППВМД	Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПРГШТ	Програма роздачі/обміну голок та шприців у тюрмах
СІН	Споживач ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
УІСД імені Олександра Яременка	ГО «Український інститут соціальний досліджень імені Олександра Яременка»
УНЗ ООН	Управління ООН з наркотиків і злочинності
УЦС	Український центр СНІД
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН щодо ВІЛ/СНІДу

1. ОБСЯГ ПРОГРАМ І ЗАХОДІВ

Відповідно до результатів біоповедінкового дослідження (БПД), проведеного у 2011 році, 13,6% всіх засуджених в Україні є ВІЛ-інфікованими. Ця ситуація ускладнюється тим, що засуджені є вразливими і до ризиків зараження іншими інфекціями, що передаються через кров (вірусний гепатит С – HCV, вірусний гепатит – HBV), сифілісом та іншими інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), і туберкульозом (ТБ). Втім, Державна пенітенціарна служба (ДПтС) України знає про ВІЛ-статус лише 1/3 ВІЛ-інфікованих засуджених.

Відповідно до Державної програми (Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки), наразі здійснюється галузева програма під назвою «Програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у закладах пенітенціарної системи і місцях попереднього утримання на 2009-2013 роки». Крім цього, для профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих використовуються кошти Глобального фонду. Нарешті, за підтримки ЄС, ПРООН, міжнародних фондів та допомоги окремих держав проводяться додаткові програми в рамках окремих тематичних сфер (навчання, підготовка посібників тощо).

Особливого прогресу у відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДУ за останні роки було досягнуто у наданні АРТ, профілактиці, догляді, підтримці та проведенні навчання. Втім, цих зусиль ще бракує для того, щоб відповідь на епідемію стала дієвою. Залишається значною різниця у доступі до послуг між загальним населенням та особами, що знаходяться у місцях позбавлення волі. Такі особи не мають достатнього доступу до АРТ, майже не мають доступу до лікування наркотичної залежності (опіоїдної замісної терапії) – незважаючи на те, що 60% ВІЛ-інфікованих осіб є або були споживачами наркотиків (Криворук 2012), – та доступу до послуг зменшення шкоди (програми роздачі/обміну шприців і голук у тюрмах, презервативів, лубрикантів та засобів дезінфекції).

Співробітникам, які працюють у місцях позбавлення волі, бракує специфічних навичок в сфері профілактики та лікування ВІЛ, обміну знаннями з колегами, які надають послуги загальному населенню. З огляду на міжнародні вимоги щодо еквівалентності якості послуг, які надаються загальному населенню та особам, що перебувають у місцях позбавлення волі, необхідно забезпечити, щоб ці стандарти якості дійсно приводилися у відповідність.

Необхідно покращити доступ до ДКТ і АРТ та якість цих послуг. Необхідно також запровадити інші послуги (ЗПТ, обмін шприців та голук, роздачу презервативів, лубрикантів та засобів дезінфекції). Ключовим індикатором має стати якість всіх послуг, що надаються особам, які перебувають у місцях позбавлення волі.

Необхідно більш інтенсивно проводити навчання співробітників, що працюють у місцях позбавлення волі, з огляду на високу плінність цих кадрів. НУО відігравали і мають відігравати значну роль у відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДУ. Залучення НУО є винятково важливим. Необхідно проаналізувати правові перешкоди, що заважають надавати адекватну відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДУ, та усунути їх.

Нарешті, необхідно звернути особливу увагу на ґендерні питання. Більшість з ув'язнених жінок мають дітей, тому питання материнства і передачі ВІЛ від матері до дитини мають стати основними у догляді жінок-СНІ і ув'язнених жінок взагалі. Необхідно використовувати будь-яку можливість покращити становище жінок.

1.1. Епідемічна ситуація в установах виконання покарань

1.1.1. Загальна інформація про місця позбавлення волі в Україні

Становище місць позбавлення волі в Україні має аналізуватися відповідно до інших ключових аспектів поширення ВІЛ-інфекції/СНІДУ і споживання ін'єкційних наркотиків, воно лише частково відображає стан епідемії серед загального населення. Нижче коротко представлена найважливіша інформація.

В Україні є 153 318 осіб, які перебувають у 183 закладах пенітенціарної системи, зокрема 29 закладах попереднього (досудового) утримання, 146 жіночих і чоловічих виправних закладах і 8 закладах для неповнолітніх. З усіх ув'язнених осіб 25% перебувають у закладах попереднього утримання. 5,2% – це жінки. Рівень наповненості цих закладів складає 96,7% (Міжнародний центр досліджень місць позбавлення волі 2012). Хоча умови перебування у цих закладах за останні декілька років покращилися (Рада з прав людини 2008), у багатьох установах вони досі погані (Комітет запобігання катуванням 2011а), особливо у переповнених закладах попереднього утримання (слідчих ізоляторах).

Середній термін перебування у місцях позбавлення волі складає 42 місяці.

Ув'язнені особи в основному є молодими (42,2% з них є віком від 20 до 29 років, 33,2% – від 20 до 39 років і 18% – від 40 до 45 років). За даними офіційної статистики ДПтС України, 18% засуджено за злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотиків, більше 55% з них – за володіння наркотиками для особистого вживання (21 300 осіб з 118 909 у липні 2012 року) (Звіт робочої групи із визначення основних проблем в Україні, 5 липня 2012 року).

Наркотики у місцях позбавлення волі заборонені (Європейський центр моніторингу наркотиків та наркозалежності та Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України 2011). Повідомляється про окремі випадки незаконного постачання наркотиків співробітниками ДПтС (Балакірева, Судакова та ін. 2012).

У 2010 році до місць позбавлення волі потрапило 47 тисяч осіб, а 37 500 було відпущено на волю. Реабілітація ув'язнених, що мають наркотичну або алкогольну залежність, останнім часом майже не проводилася. Ця діяльність покладається на соціальні служби установ пенітенціарної системи та НУО (Європейський центр моніторингу наркотиків та наркозалежності та Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України 2011). Іншими словами, по-перше, плінність ув'язнених осіб є високою, тому вплив послуг щодо охорони здоров'я (або їх відсутності) є суттєвим. По-друге, питання започаткування і продовження лікування (особливо таких хвороб, як ВІЛ-інфекція, ТБ та наркозалежність) є винятково важливими.

За охорону здоров'я тимчасово затриманих осіб відповідає МОЗ. Охорона здоров'я осіб, які перебувають у місцях досудового утримання, здійснюється через заклади із охорони здоров'я, що перебувають у підпорядкуванні ДПтС. Охорона здоров'я осіб, що перебувають у місцях відбування покарань, здійснюється через відомчі заклади у місцях позбавлення волі. Це означає, що необхідно забезпечити координацію між закладами різних систем з метою продовження лікування для ув'язнених або тих, хто звільняється з місць позбавлення волі (польові візити).

1.1.2. Епідемія ВІЛ у місцях позбавлення волі

У місцях позбавлення волі епідемія поширюється переважно через споживання ін'єкційних наркотиків. Відповідно до результатів візитів на місця, приблизно 40% ув'язнених осіб споживали ін'єкційні наркотики, у деяких тюрмах цей показник доходить до 60%, а в деяких жіночих тюрмах (для повторно засуджених – ред.) – навіть до 70-75% (польові візити). В Україні немає однозначних даних про поширення епідемії ВІЛ/СНІДу, дані різних досліджень відрізняються між собою (Балакірева, Судакова та інші 2012):

- Український центр СНІД: у 2011 році було виявлено 2 463 випадки інфікування ВІЛ (з 23 779 осіб, які пройшли тестування), рівень інфікування складає 10,4%;
- ДПтС України: у 2011 році було виявлено 2 819 випадків інфікування ВІЛ (з 28 182 осіб, які пройшли тестування). Кількість смертей, пов'язаних із СНІДом, склала 388 (що свідчить про постійне збільшення такої кількості починаючи з 2007 року), і це майже третина всіх смертей у місцях позбавлення волі. Це означає, що саме хвороби, пов'язані зі СНІДом, є основною причиною смертності у місцях позбавлення волі. 216 з 388 смертей були викликані туберкульозом. Хоча кількість людей з діагностованим туберкульозом та кількість смертей від туберкульозу (яка, до речі, зменшується з 2009 року) є відомою, звітування за смертністю від туберкульозу не враховує кількість смертей від туберкульозу, пов'язаних з ВІЛ;
- Біо-поведінкове дослідження, проведене у 2011 році (Балакірева та інші 2012) в рамках Національного плану моніторингу і оцінки, яке охоплювало 1 300 ув'язнених з 24 виправних та 2 виховних колоній (1 000 чоловіків, 200 жінок і 100 неповнолітніх), засвідчило, що 13,6% ув'язнених є ВІЛ-позитивними. Серед жінок частка ВІЛ-позитивних є утричі вищою, ніж серед чоловіків (33% проти 10,1%). Це тенденція спостерігається з 2009 року. Інфікування ВІЛ є вищим серед людей середнього віку: 21% у віковій групі 30-35 років і 20,5% у групі 35-39 років. Ці ж дані використовуються у звіті про прогрес України (Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні 2012);
- ДПтС України надає нижчі значення. Так, серед ув'язнених 4,8% є ВІЛ-позитивними (близько 7 тисяч зареєстрованих ЛЖВ з близько 144 тисяч ув'язнених). Відповідно до іншого БПД, проведеного серед 402 учасників з 12 колоній (4 з яких – жіночі) у 2012 році (Алтис та Дворяк 2012), 48% ув'язнених стверджують, що вони мають досвід споживання ін'єкційних наркотиків. 19% є ВІЛ-позитивними, такий рівень інфікування наближається до відповідних показників у популяції СН;
- Протягом візитів на місця повідомлялося, що у деяких закладах рівень інфікування навіть вищий рівень епідемії (вище 20%, див. Додаток 3). В залежності від закладу та регіону (чоловічий/жіночий, наявність медичного закладу, місце попереднього утримання/відбування покарання, велике або маленьке місто) спостерігаються відмінності у кількості СН та ВІЛ-позитивних осіб (у місцях попереднього утримання у Києві 70-90% є СН, ВІЛ-позитивними є 22% затриманих). З досвіту спеціалістів, частка ВІЛ-позитивних серед ув'язнених складає 15-20% (Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні 2012), частка СН (або колишніх СН) – 60%, а у жіночих колоніях – до 70-75% (наприклад, у Чернігові);
- Кількість смертей, пов'язаних зі СНІДом, в українських тюрмах є дуже високою. У 2011

році сталося 388 таких смертей. Також повідомляється, що лікарям пенітенціарної системи важко точно визначити причину смерті (СНІД/туберкульоз). Тим не менш, саме ВІЛ-інфекція була основною причиною смертей у місцях позбавлення волі у 2010-2011 роках. Великий ризик зараження іншою інфекцією, яка передається через кров, також часто призводить до смертельних випадків.

Відповідно до Національного центру моніторингу і оцінки, саме дані БПД (Балакірева та інші 2012), що їх ухвалила ДПтС України, є основними, які використовуються у роботі. У цьому звіті вони теж використовуються у якості основних.

1.1.3. Ризикована поведінка у місцях позбавлення волі

Використання нестерильних засобів ін'єкції наркотиків та особистих речей є основним фактором поширення епідемії ВІЛ та вірусних гепатитів і у місцях позбавлення волі, і взагалі серед населення. Респонденти БПД (Балакірева, Судакова та інші 2012) зазначили наступне:

- 40% ув'язнених вживали ін'єкційні наркотики протягом життя, 17% продовжують вживати наркотики у місцях позбавлення волі (20% чоловіків і 3,5% жінок). Такими наркотиками є марихуана (15,5%), опіати (8%), метамфетамін (5%), стимулянти та галюциногени (3%). За інформацією співробітників установ виконання покарань (далі – УВС), поширеним є змішане вживання наркотиків;
- 14% ув'язнених зазначили, що вони мали гетеросексуальні стосунки з відвідувачами протягом останніх шести – місяців (7% – незахищені), 4% мали сексуальні стосунки з іншими ув'язненими протягом останніх шести місяців (2% – незахищені);
- 20% ув'язнених протягом перебування у місцях позбавлення волі зробили татування;
- Відповідно до даних БПД, вразлива група, що потенційно ризикує інфікуватися ВІЛ, складає більше 1/3 респондентів (38,5%) (42% чоловіків і 19% жінок). У віковій групі 20-24 роки така група складає 44%. Група, що має реальний ризик інфікування, складає 16% (17% чоловіків і 9% жінок). Майже кожен п'ятий у вікових групах 25-29 років і 30-24 роки (18% і 19% відповідно) повідомив про такі форми поведінки, які можуть привести до реального ризику інфікування ВІЛ.

Спостерігається невідповідність у доступі до послуг зменшення шкоди та лікування між споживачами наркотиків, що перебувають у місцях позбавлення волі та серед загального населення (наприклад, у місцях позбавлення волі не працює програма обміну шприців і ОЗТ). Доступ затриманих осіб до охорони здоров'я обмежено через брак медичних працівників, у закладах попереднього утримання зокрема.

Під час візиту до України у 2009 році Європейський комітет запобігання катуванням (КЗК) також відзначив важливість лікування осіб з наркотичною залежністю. «КЗК переконаний, що необхідно розробити багатосторонню програму надання допомоги ув'язненим, які мають наркозалежність, що має включати в себе попередження початку вживання наркотиків і надання лікування, допомоги та інформації. Послуги для таких ув'язнених мають передбачати, зокрема, медичну детоксикацію, психологічну підтримку, навчання життєвим навичкам, реабілітацію і замісну терапію. КЗК рекомендує органам влади України розробити всеосяжну стратегію, направлену на наркозалежних ув'язнених, яка буде стосуватися в тому числі надання їм допомоги» (Комітет запобігання катуванням 2011).

1.1.4. Рівень знань про ВІЛ серед ув'язнених

Рівень знань ув'язнених про шляхи передачі ВІЛ є доволі високим і суттєво не змінюється протягом останніх років. За даними 2007 року, 82% ув'язнених знають, що повторне використання голки або шприцу підвищує ризик інфікування ВІЛ, 80% знають, що використання презервативів зменшує цей ризик. У 2011 році про це знали 82% і 74% відповідно. Втім, якщо порівняти рівень загальних знань про ВІЛ, варто відзначити, що з 2009 року він зменшився з 41% до 30,5%. Ця тенденція відповідає скороченню обсягу профілактичних заходів серед ув'язнених наприкінці гранту 6 раунду Глобального фонду. Дані підтверджують, що необхідно посилити роботу із підвищення обізнаності ув'язнених про шляхи інфікування ВІЛ та пов'язаними з ним хворобами. З тих, хто споживав ін'єкційні наркотики протягом останнього року, 46% спільно використовували голку або шприц, 88% мали статеві стосунки з іншим чоловіком, а 87% жодного разу не користувалися презервативом (дані Звіту Спеціальної сесії Генеральної асамблеї ООН, с. 72 (ЮНЕЙДС 2009). Останні дослідження свідчать, що ув'язнені, які споживали ін'єкційні наркотики протягом останнього місяця, не намагалися при цьому убезпечити себе від ризику. Необхідно звернути увагу на ці дані у зв'язку з поганим доступом ув'язнених до профілактики та послуг зменшення шкоди. Ці дані не обов'язково відображають рівень знань, оскільки навіть знаючи про способи убезпечення себе, ув'язнені вдаються до ризикованої поведінки, тому що у них немає доступу до відповідних послуг і засобів.

1.1.5. Епідеміологічні дані стосовно захворюваності ув'язнених на туберкульоз та гепатит

Україна займає друге місце в Європі за кількість хворих на туберкульоз на 100 тисяч населення (після Росії) – в Україні цей показник складає 100 хворих. Кожний п'ятий хворий на туберкульоз є резистентним до лікування. Ця ситуація викликана низкою взаємопов'язаних факторів: погане дотримання режиму лікування, високий рівень захворюваності на ТВ у місцях позбавлення волі, незадовільний рівень інфекційного контролю у місцях позбавлення волі та медичних закладах, проблеми із постачанням ліків для ТВ, брак належної підтримки ОЗТ з боку уряду (Мбуру 2011).

Точні дані про розповсюдження ТБ у місцях позбавлення волі відсутні (крім вищезазначених даних про велику кількість смертей, спричинених захворюваністю ВІЛ-позитивних ув'язнених на туберкульоз), що робить неможливим якісний огляд ситуації. Невідомо, скільки хворих на ТВ є ВІЛ-позитивними, і скільки ВІЛ-позитивних серед хворих на ТВ. Результати досліджень серед загального населення свідчать, що 70% ВІЛ-позитивних пацієнтів мають ТВ у латентній формі. Немає також даних про резистентність до лікування ТБ. Як зазначають спеціалісти Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДу в Україні, кожний п'ятий хворий на туберкульоз є резистентним до лікування. З огляду на розповсюдження ВІЛ/СНІДу та високий стан наповненості місць позбавлення волі, ризик швидкого розповсюдження ТБ є дуже високим (Мбуру 2011).

Під час візиту до закладів пенітенціарної системи у 2009 році Європейський комітет запобігання катуванням звернув увагу на питання контролю розповсюдження туберкульозу. Застосовуються рентгенівські дослідження, за потребою хворих починають лікувати у ізоляторах тимчасового перебування (ІТТ). Втім, під час переведення особи до місць досудового утримання таке лікування переривається. КЗК рекомендує наступне: *«Незважаючи на деякі зусилля, що їх було вжито протягом останніх років, допомога ув'язненим, хворим на туберкульоз, досі не надається на належному рівні, і це призводить до високого рівня захворюваності і смертності. Очевидно, що необхідно вдосконалювати систему оцінки поширеності, лікування та профілактики. КЗК рекомендує вжити таких невідкладних заходів:*

- *Забезпечити надання необхідних ліків у достатній кількості всім хворим, які перебувають у місцях позбавлення волі, в тому числі у місцях попереднього утримання;*
- *Забезпечити можливість переведення затриманих, які хворіють на ТВ, до відповідних лікувальних підрозділів або до закладів поза пенітенціарною системою для надання їм необхідного лікування;*
- *Забезпечити систематичне лікування ув'язнених осіб відповідно до методу короткострокового лікування під безпосереднім наглядом (DOTS)» (Комітет запобігання катуванням 2011).*

Даних про розповсюдження гепатиту теж бракує. Деякі з них були отримані під час БПД, проведеного у 2012 році серед 402 ув'язнених в рамках проекту PRIDE (Алтис та Дворяк 2012). 60% з них мали гепатит С, 5% мали гепатит В. З 19% осіб, які мали позитивний результат при тестуванні на ВІЛ-інфекцію 90% так само мали ко-інфекцію гепатит С. Крім того, немає тестування на гепатити, вакцинації (від гепатитів А і В) та лікування гепатитів В і С. У дуже рідкісних випадках пацієнт, хворий на гепатит, може отримувати відповідний догляд.

1.2. Відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДУ у місцях позбавлення волі

Відповідно до Державної програми, наразі здійснюється галузева програма під назвою «Програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у закладах пенітенціарної системи і місцях попереднього утримання на 2009-2013 роки».

Крім цього, для профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих використовуються кошти Глобального фонду ООН. Так, майже 80% коштів ГФ направлені на лікування (АРТ).

Нарешті, за підтримки ЄС, ПРООН, міжнародних фондів та допомоги деяких держав (наприклад, Нідерландів) проводяться додаткові програми в рамках окремих тематичних сфер (права людини) або методів (навчання, підготовка посібників тощо).

1.2.1. Надання послуг

Формально система охорона здоров'я у місцях позбавлення волі знаходиться у підпорядкуванні ДПтС України, і саме вона відповідає за лікування ув'язнених осіб. Втім, немає чіткої і всеохоплюючої стратегії профілактики, догляду і лікування ВІЛ-інфекції/СНІДУ, коінфекцій (ТБ, гепатиту, ІПСШ) та наркозалежності з відповідними принципами, стандартами та клінічними протоколами. Зокрема, немає стандартів, тестування на кількість CD4-лімфоцитів, нагляду та початку застосування АРТ, а також інформації про вплив та побічні ефекти).

АРТ призначається та надається під керівництвом лікарів обласних центрів СНІД та лікарів ДПтС відповідно до національного клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого Наказом МОЗ України № 551 від 12 липня 2010 року.

АРВ препарати розповсюджуються каскадним методом: міжнародні організації та НУО передають її Українському центру СНІД, а той розповсюджує серед обласних центрів СНІД.

Лікарі у місцях позбавлення волі та навіть інфекціоністи не мають права діагностувати,

призначати, розпочинати та моніторити застосування АРТ у своїх закладах. Це мають робити тільки лікарі спеціалізованих клінік з ВІЛ/СНІДу пенітенціарної системи або сертифіковані інфекціоністи Українського та обласних центрів СНІД. Лікарі обласних центрів СНІД не зобов'язані надавати послуги ув'язненим, і наразі вони не мають технічної можливості діагностувати, лікувати та моніторити стан приблизно 6 900 ВІЛ-позитивних ув'язнених. Під час візиту в рамках цієї оцінки представники деяких організацій запропонували, щоб лікарі у місцях позбавлення волі отримали можливість призначати АРТАРТ (після відповідного сертифікованого навчання і під наглядом лікарів обласних центрів СНІД).

Наразі обговорюється питання створення незалежної (*в сенсі не підзвітності керівництву окремих установ – ред.*) системи охорони громадського здоров'я у місцях позбавлення волі. Оскільки АРТ зараз призначаються у медичних закладах загального призначення, за ув'язнених пацієнтів формально відповідає Український центр СНІД (відповідно до міжвідомчої угоди між МОЗ і Міністерством юстиції України). Співробітники Українського центру СНІД можуть надавати консультації в областях. Якість догляду та співпраці з Українським центром СНІД сильно відрізняється залежно від регіону.

Одночасно з цим існують ще обласні ради з питань ВІЛ/СНІДу. Їхня роль полягає у координації та підтримці відповіді на ВІЛ-епідемію на обласному рівні, що в тому числі стосується і місць позбавлення волі. До обласних рад входять представники місцевих пенітенціарних закладів, НУО, представники ЛЖВ та інші ключові партнери, представники обласних управлінь охорони здоров'я, депутати, радники та представники обласних центрів СНІД. Обласні ради створені у кожній області, проте ступінь їхнього залучення до роботи з місцями позбавлення волі є різною.

Хоча під час візиту до місць позбавлення волі в рамках цієї оцінки не було проведено повноцінного огляду масштабу та якості надання послуг і якості співпраці між обласними центрами СНІД, обласними радами та закладами пенітенціарної системи, спеціалісти, з якими було проведено інтерв'ю, зазначають, що якість надання послуг і догляду за ув'язненими дуже сильно відрізняється у різних областях. Переважно це пов'язано з питаннями відстані від місць позбавлення волі до закладів лікування. НУО відіграють значну роль у сприянні та організації послуг на місцях. Якість зв'язків залежить від здатності НУО організувати процес і звести всі сторони разом. Під час візиту було визначено, що можливим вирішенням цієї проблеми є організація НУО за підтримки міжнародних фондів (ГФ) проїзду лікарів з обласних центрів СНІДу до місць позбавлення волі. Часто лікарі отримують оплату за свою роботу від НУО. Таким чином НУО значно сприяють підвищенню доступу ув'язнених до послуг догляду та лікування ВІЛ-інфекції.

Наразі є дві лікарні, в яких є відділення для лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу серед ув'язнених (одна у колонії № 10 у Херсонській області (40 ліжок, з них 5 – для жінок) та друга у колонії № 124 у Донецькій області (60 ліжок). У 2012 році планується збільшити кількість ліжок для ВІЛ-інфікованих у колонії № 73 у Житомирській області (ЮНЕЙДС, 2012).

1.2.2. Доступ до діагностики ВІЛ та ДКТ

Заклади виконання покарань є одним із ключових місць для організації скринінгу на ВІЛ-інфекцію, адже від 1/10 до 1/6 виявлених нових випадків інфікування ВІЛ відбувається саме серед ув'язнених осіб. До 1998 року тестування при потраплянні до місць позбавлення волі було обов'язковим, а з 1998 року воно стало добровільним і конфіденційним (Криворук, 2012). Втім,

КЗК доповідає, що у 2009 році деяка частина ув'язнених, які хотіли пройти тестування, не змогли цього зробити з огляду на обмежену кількість тест-систем (Комітет запобігання катуванням, 2011).

З 1987 року до 1 січня 2009 року в установах ДПтС України було виявлено 27 017 випадків інфікування ВІЛ (ДПтС, 2009). Втім, більшість ЛЖВ (230 тисяч в Україні за оцінками 2012 року) не знають про свій ВІЛ-статус. Охоплення представників груп ризику тестуванням є дуже низьким, особливо це стосується СІН, осіб, хворих на туберкульоз та ув'язнених осіб. У той же час, дані про рівень поширення інфекції можуть бути неточними з огляду на недостатню якість епідеміологічного нагляду та систем звітування у місцях позбавлення волі. Важко точно визначити, чи були особи інфіковані до або після потрапляння у місця позбавлення волі. Були також помічені невідповідності у звітуванні про поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу у місцях позбавлення волі (ЮНЕЙДС 2009). Це перешкоджає здійсненню запитів щодо подальшої підтримки з боку НУО та міжнародних фондів, оскільки така підтримка має засновуватися на епідеміологічних даних та потребі у лікуванні, а не на досягненні цілей проєктів, що їх підтримує ГФ. Ув'язнені мають певний рівень доступу до ДКТ (заснованого на швидких тестах), але їм вже важче отримати доступ до підтверджуючих тестувань та до початку лікування (Європейський центр моніторингу наркотиків та наркозалежності та Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України 2011).

Відповідно до результатів БПД (Балакірева, Судакова та ін. 2012), 39% ув'язнених пройшли тестування на ВІЛ. Тестування здійснюється на вимогу ув'язненого, крім випадків, коли ув'язненому необхідне хірургічне втручання (у такому випадку, як свідчать результати візитів на місця, проводиться провайдер-ініційоване тестування). Крім того, 96% пацієнтів туберкульозних диспансерів теж проходять провайдер-ініційоване тестування.

Місця позбавлення волі не мають власних лабораторій. Обласні центри СНІД надають цим закладам засоби для проведення тестування на ВІЛ, але в обмеженій кількості. У деяких закладах пенітенціарної системи всім новоприбулим ув'язненим пропонують послуги з ДКТ – у таких випадках зразки крові у всіх беруться у певний день та надсилаються до обласного центру СНІД. Є дані про невідповідність кількості позитивних результатів та оцінки розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу, результати не завжди передаються ув'язненим належним чином, послуги із після-тестового консультування теж не завжди доступні (особливо якщо результат є негативним) (Балакірева, Судакова та ін. 2012). Оскільки кількість тест-систем є обмеженою, залишається незрозумілим, на основі яких критеріїв здійснюється вибір ув'язнених, яким роблять тести (ризикована поведінка, відсутність попереднього тестування, клінічні симптоми СНІДу тощо).

1.2.3. Доступ до АРТ та догляду

Протягом останніх трьох років кількість ув'язнених ЛЖВ, що знаходяться під медичним наглядом, збільшувалася і у 2012 році складає 6 900 осіб (Балакірева, Судакова та ін. 2012). Втім, відповідно до наявних досліджень, якщо припустити, що 13,6% всіх ув'язнених (із 155 тисяч) є ВІЛ-позитивними, це означає, що їх приблизно 20 тисяч. Іншими словами, наразі лише третина ВІЛ-інфікованих ув'язнених є зареєстрованою (6 910 осіб) і може отримувати відповідні послуги. І це якщо базуватися на найбільш оптимістичних даних. БПД, проведене Алтісом і Лес у 2012 році, свідчить, що 19,4% ув'язнених є ВІЛ-позитивними. Це може означати, що приблизно 30 тисяч ув'язнених є інфікованими ВІЛ.

Доступ до тестування на кількість CD4-лімфоцитів є особливо обмеженим у місцях позбавлення волі (Балакірева, Судакова та ін. 2012), їх не вистачає для того, щоб належним чином відслідковувати розвиток та клінічні стадії ВІЛ-інфекції. Такі тест-системи закуповуються переважно на гроші проектів, що їх фінансує ГФ (див. Додаток 5). Обласні центри СНІД також надають послуги з тестування на CD4, але на ув'язнених виділяється лише незначна частина тест-систем, адміністрація місць позбавлення волі не планує здійснювати широкомасштабні тестування на кількість CD4-лімфоцитів. Відповідальність за моніторинг та планування майже повністю перекладено на МОЗ та НУО (наприклад, Мережу ЛЖВ). Засоби для моніторингу застосування АРТ надаються обласними центрами СНІД, а закуповуються Мережею ЛЖВ.

Спостерігається поступове збільшення кількості пацієнтів, які отримують АРТАРТ. Станом на 1 січня 2009 року у закладах ДПтС України АРВ-терапію отримували 205 осіб (чверть з них почала АРТ ще до потрапляння до цих закладів). Планувалося розширити охоплення ув'язнених АРТ за допомогою Мережі ЛЖВ та фінансування ГФ (ДПтС України 2009). Станом на 1 січня 2012 року АРТ надаються 986 пацієнтам у 22 місцях попереднього утримання та 192 закладах пенітенціарної системи у всіх областях України (Балакірева, Судакова та ін. 2012). Станом на кінець червня 2012 року АРТ надаються вже 1 236 пацієнтам (ГФ серпень 2012) з 6 910 офіційно зареєстрованих ВІЛ-позитивних осіб. 218 пацієнтам АРТ надається обласними центрами СНІД, а 1 018 пацієнтам – Мережею ЛЖВ (за фінансування ГФ). План охоплення в рамках 10 раунду гранту ГФ передбачає, що до кінця 2012 року АРТ будуть надаватися 1 200 пацієнтів, а до кінця 2017 року (рік закінчення 10 раунду гранту) – 3 тисячам пацієнтів.

Було забезпечено безперервність АРТ тих ув'язнених, які розпочали її ще на волі (Криворук 2012). За даними досліджень, показання до отримання АРТ мають 57% з офіційно зареєстрованих 6 910 ув'язнених ЛЖВ, але реально отримують їх менше третини. Якщо допустити, що насправді кількість ЛЖВ у місцях позбавлення волі складає близько 20 тисяч осіб, це означає, що АРТ отримує лише кожний десятий з них. Необхідно порівняти цей показник із відповідним показником серед загального населення. Недостатнє надання АРТ пов'язане з недосконалим плануванням і браком фінансів на лікування та дослідження. При лікуванні опортуністичних інфекцій пацієнти та ДПтС України самостійно закуповують ліки, тому що грошей на це виділяється недостатньо (ЮНЕЙДС 2012).

1.3. Питання навчання

Медичні працівники можуть отримати користь від навчання щодо до-тестового консультування. Через високу плінність лікарів та інших медичних працівників, що спостерігається у всіх закладах, відвіданих під час оцінки, необхідно забезпечити постійне навчання, щоб мати висококваліфікованих працівників у достатній кількості.

Однією з ключових рекомендацій зовнішньої оцінки є проведення для немедичних працівників (прокурорів, суддів, міліції, соціальних працівників, співробітників пенітенціарної системи), які надають послуги представникам груп ризику, базового навчання про шляхи передачі ВІЛ/СНІДу, стигматизацію та дискримінацію (ЮНЕЙДС 2009).

В обов'язкову навчальну програму ДПтС (тоді ще Державного департаменту виконання покарань) для своїх співробітників було включено навчання з питань ВІЛ/СНІДу. У Департаменті було створено і обладнано відповідний ресурсний центр. Разом зі співробітниками закладів пенітенціарної системи було розроблено навчальний посібник «Охорона здоров'я у Державному департаменті виконання покарань». Крім цього, була створена низка постерів, компакт-

дисків та презентацій для використання під час тренінгів та збірка матеріалів, які можуть використовуватися в навчанні співробітників питанням профілактики ВІЛ/СНІДу. Ці матеріали було надано співробітникам всіх закладів пенітенціарної системи. Була підготовлена команда з 27 тренерів, які можуть проводити навчання співробітників про питання охорони здоров'я, профілактики ВІЛ, туберкульозу та ІПСШ у місцях позбавлення волі. Деякі з цих тренерів взяли участь у навчальному візиті до Амстердаму у 2008 році. Крім того, є чотири місцеві команди тренерів – у Запоріжжі, Луганську, Одесі та Тернополі. 84 тренери відвідували заняття, 68 з них мають відповідні сертифікати. 140 співробітників закладів пенітенціарної системи по всій Україні було навчено для того, що вони проводили навчання для інших колег. Всього у навчальному компоненті взяв участь 281 співробітник ДПтС/Державного департаменту виконання покарань.

НУО відіграють важливу роль у навчанні співробітників закладів пенітенціарної системи. Вони друкують матеріали з питань профілактики¹ і проводять тренінги. Втім, залишається незрозумілим, наскільки такі тренінги інтегровані у програму центрів підвищення кваліфікації пенітенціарної системи.

СНІД Фонд Схід-Захід² активно проводить тренінги і для ув'язнених, і для співробітників закладів пенітенціарної системи. Останніми роками зросла кількість тренінгів, направлених саме на навчання питанням охорони здоров'я (ВІЛ/СНІД та ТВ), але ця діяльність не ведеться регулярно. Втім, від неї вже отримало користь 220 осіб. Як було з'ясовано під час візиту в рамках цієї оцінки, Фонд розробив посібник, який був затверджений ДПтС України і надрукований.

1.4. Фінансування

Фінансування послуг, які наразі надаються, здійснюється за рахунок бюджету ДПтС, державного бюджету (лікування опортуністичних інфекцій та ІПСШ) і ГФ через Мережу ЛЖВ (АРТ та тестування їхньої ефективності), і це створює атмосферу певної невизначеності стосовно сталості цього фінансування. Більше того, його не вистачає для закупівлі тест-систем на ВІЛ та на кількість CD4-лімфоцитів, АРТ та засобів лікування опортуністичних інфекцій. З місцевих бюджетів кожної області виділяється фінансування на діагностику ВІЛ. Більше того, уряд дуже слабо фінансує заходи з профілактики ВІЛ серед СН та ув'язнених (ЮНЕЙДС 2009). Потреби у тест-системах та лікувальних засобах мають оцінюватися кожного року, і ці дані мають використовуватися під час запиту на фінансування. Це робота здійснюється МОЗ, а не ДПтС. Кошти, передбачені на виконання Державної програми, не використовуються у закладах пенітенціарної системи повною мірою, оскільки медичні працівники цих закладів очікують на допомогу з боку обласних центрів СНІД, а самі майже не залучені планування відповіді на епідемію (крім надання лікування та моніторингу).

Обсяг видатків Державної програми, передбачених для цілей пенітенціарної системи (у 2009-2013 роках) складає приблизно 154,6 млн. гривень. Втім, у 2009 році було заплановано виділити 23 млн. гривень, але ці кошти не були перераховані взагалі (відповідно до ДПтС України). Майже 85% коштів на закупівлю АРТ надається ГФ (через Мережу ЛЖВ).

Більше того, дані, які ДПтС надає Українському центру СНІД, не є надійними, що створює проблеми із прогнозування потреб, плануванням та виділенням достатніх коштів. Під час візитів до закладів пенітенціарної системи було виявлено, що її фахівці не мають кваліфікації для вирішення важливих адміністративних питань (наприклад, ДПтСУ досі не отримує суб-грант в

¹ Наприклад, «Крок за кроком. Діяльність НУО із профілактики ВІЛ у закладах пенітенціарної системи в Україні» // <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/en/library/our/stepbystep/index.htm>

² <http://www.afew.org/about-afew/our-mission/>

рамках 9 раунду ГФ стосовно лікування ВІЛ-асоційованого ТБ). Проблеми із плануванням також призводять до того, що пенітенціарна система існує ніби ізольовано і не співпрацює з органами охорони здоров'я (Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні, 2012).

2. СИЛЬНІ СТОРОНИ ТА ДОСЯГНЕННЯ

Деякі з досягнень, наведених у цій таблиці, вже були детальніше описані вище (див. розділ 1.2 Відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДУ у місцях позбавлення волі).

Таблиця 1: Основні очікувані результати, цілі та основні досягнення

Основні очікувані результати, цілі та досягнення	
А. Державна програма на 2009-2013 роки	
(Цілі зазначені у пункті В, див. нижче)	
В. План дій ДПтС	
1. Участь у заходах національної та обласних рад з питань профілактики туберкульозу та ВІЛ/СНІДУ і підготовка матеріалів для нарад	Представники ДПтС України брали участь у засіданнях відповідних рад
2. Підготовка Національного звіту про виконання Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДОМ	ДПтС України надала організаційну підтримку при проведенні БПД для збору даних про поширеність ВІЛ-інфекції у місцях позбавлення волі, ця інформація була включена до міжнародних звітів України та затверджена керівництвом Служби
3. Вдосконалення нормативно-правових актів ДПтС України щодо профілактики ВІЛ/СНІДУ, особливо стосовно профілактики серед ув'язнених	Немає інформації
4. Контроль виконання співробітниками ДПтС законодавства про протидію ВІЛ/СНІДУ у частині викорінення дискримінації ЛЖВ	Немає цілей та індикаторів
5. Участь у розробці та впровадженні механізмів залучення НУО та надання необхідних соціальних та інших послуг	Немає інформації про результати цієї діяльності (запланована на 2009 рік)
6. Розробка обласних програм профілактики, догляду та лікування ЛЖВ на 2009-2013 роки у співпраці з місцевими закладами охорони здоров'я	Проводилися заходи із профілактики, догляду та лікування ЛЖВ (хоча й за підтримки проекту ГФ, див. пункт С). Цілі стосовно догляду та лікування було досягнуто, стосовно профілактики – ні
7. Розробка процедур надання соціального супроводу, догляду та соціальної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, що знаходяться у дитячих будинках при виправних колоніях, а також ВІЛ-позитивним неповнолітнім, що перебувають у закладах пенітенціарної системи	За даними ДПтСУ, така процедура була розроблена у 2009 році. Втім, немає даних щодо її затвердження
8. Проведення діяльності із підвищення обізнаності про тестування на ВІЛ, про надання цього тестування та профілактику ВІЛ в якості складової підвищення кваліфікації співробітників та керівництва закладів пенітенціарної системи	У Департаменті виконання покарань було створено і обладнано відповідний ресурсний центр. Разом зі співробітниками закладів пенітенціарної системи було розроблено навчальний посібник «Охорона здоров'я у Державному департаменті виконання покарань». Крім цього, була створена низка постерів, компакт-дисків та презентацій для використання під час тренінгів та збірка матеріалів, які можуть використовуватися в навчанні співробітників питанням профілактики ВІЛ/СНІДУ. Ці матеріали було надано співробітникам всіх закладів пенітенціарної системи. Була підготовлена команда з 27 тренерів, які можуть проводити навчання співробітників про питання охорони здоров'я, профілактики ВІЛ, туберкульозу та ІПСШ у місцях позбавлення волі
9. Розробка процедури соціального супроводу, догляду та соціальної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, що знаходяться у закладах пенітенціарної системи, а також ВІЛ-позитивним неповнолітнім, що перебувають у закладах пенітенціарної системи або місцях попереднього утримання	Прийнято один наказ стосовно ТВ (у 2009 році)
10. Створення відділень інфекційних хвороб для лікування ЛЖВ у закладах ДПтС України	В рамках виконання Державної програми було засновано одне відділення лікування ВІЛ-інфекції/СНІДУ у Донецьку. У Херсоні вже працювало таке відділення, але воно отримало деяке фінансування з Державної програми. Втім, незрозуміло, скільки саме видатків було направлено на цей захід

11. Здійснення інфекційного контролю закладами охорони здоров'я ДПтС України	У 2009 році було проведено 24 099 тестів на ВІЛ (12%, або 2 902 з них виявилися позитивними). У 2010 році було проведено 24 371 тестів (11,23%, або 2 738 з них виявилися позитивними). У 2011 році було проведено 23 799 тестів (10,36%, або 2 463 з них виявилися позитивними)									
12. Утвердження толерантного ставлення до ЛЖВ	Немає цілей та індикаторів. Щодо тренінгів див. нижче (розділ 2.3)									
13. Підготовка та забезпечення застосування методик профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДУ на робочих місцях, а також подолання проявів дискримінації у сфері трудових відносин	Немає цілей та індикаторів. Щодо тренінгів див. нижче (розділ 2.3)									
14. Впровадження заходів з виявлення та профілактики ІПСШ серед груп ризику	Немає відповідної інформації									
15. Надання засудженим та ув'язненим послуг із профілактики ВІЛ (презервативи, засоби дезінфекції)	Немає інформації про доступність презервативів і засобів дезінфекції. ДПтС України надає презервативи тільки під час відвідування ув'язненого/ої іншим з подружжя. Відповідно до інформації, отриманої під час візитів в рамках цієї оцінки, рівень надання НУО (за фінансової підтримки ГФ) презервативів ув'язненим, які не мають права на відвідування іншим з подружжя, сильно відрізняється залежно від області									
16. Забезпечення доступу засуджених та ув'язнених до консультування та безкоштовного тестування на ВІЛ	<p>Для інформації про кількість тестів на ВІЛ див. пункт В.10. ДПтС України пропонує ДКТ всім новоприбулим ув'язненим, але рішення приймають самі ув'язнені. Консультування надається лікарями, які мають спеціальну підготовку, їм надають допомогу їхні більш досвідчені колеги (переважно під час після - тестового консультування). У 2009 році вдалося досягти цілей охоплення тестуванням, встановленим ДПтС, а у 2010 та 2011 роках – ні</p> <table border="1" data-bbox="647 920 1407 1037"> <thead> <tr> <th>2009</th> <th>2010</th> <th>2011</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15%</td> <td>20%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>16,28% (24 099)</td> <td>16,46% (24 371)</td> <td>16,06% (23 779)</td> </tr> </tbody> </table>	2009	2010	2011	15%	20%	30%	16,28% (24 099)	16,46% (24 371)	16,06% (23 779)
2009	2010	2011								
15%	20%	30%								
16,28% (24 099)	16,46% (24 371)	16,06% (23 779)								
17. Забезпечення осіб, які мали контакт з біологічними рідинами, пов'язаних з ризиком ВІЛ-інфікування, зокрема медичних та соціальних працівників, засобами профілактики ВІЛ-інфекції та АРТ	Необхідні засоби закуплені МОЗ та знаходяться в обласних центрах СНІД									
18. Забезпечення доступу ВІЛ-інфікованих ув'язнених до безперервної антиретровірусної терапії шляхом централізованої закупівлі препаратів для АРТ (до 80% препаратів закуповуються за кошти ГФ)	Кількість осіб, що отримують АРТ, зросла з 205 (станом на 1 січня 2009 року) до 1 026 (1 квітня 2012). До кінця 2012 року вдасться досягти цілі у 1 200 осіб. Відповідно до цілі на 2012 рік, 17% офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих ув'язнених мають отримувати АРТ, і цього вдасться досягти									
19. Забезпечення лікування опортуністичних інфекцій у ВІЛ-інфікованих	У 2010 році на ці цілі було виділено 10 млн. гривень. Цього вистачило для закупівлі необхідних препаратів і засобів. У 2011 році було виділено 5 млн. гривень. Немає даних про реальну потребу у закупівлях препаратів для лікування опортуністичних інфекцій									
20. Забезпечення безперервності до-тестового та після-тестового консультування під час проведення ДКТ	ДКТ було запроваджено у 1998 році, але незрозуміло, наскільки воно активно пропонується. ДКТ пропонується всім новоприбулим ув'язненим. Відповідно до інформації від різних ув'язнених, якість до- та після-тестового консультування дуже відрізняється в різних установах, особливо це впливає на призначення АРТ									
21. Забезпечити тестування на кількість CD4-лімфоцитів серед ув'язнених та затриманих, які отримують АРТ	Тест-системи для тестування на кількість CD4-лімфоцитів серед ув'язнених та затриманих, які отримують АРТ, закуповуються в основному за кошти гранту 6 раунду ГФ. Відповідно до звітів з різних установ, можливість проведення щоквартальних тестувань, передбачених національним клінічним протоколом, відсутня. Незрозуміло, в якому обсязі закуповуються тест-системи для тестування на кількість CD4-лімфоцитів									
22. Забезпечити тестування на вірусне навантаження серед ув'язнених та затриманих, які отримують АРТ	Тест-системи для тестування на вірусне навантаження серед ув'язнених та затриманих, які отримують АРТ, закуповуються в основному за кошти гранту 6 раунду ГФ або обласні центри СНІД. ДПтС України не закуповує тест-системи та не має лабораторій для проведення тестів									
23. Забезпечення проведення біохімічних аналізів	Обсяг проведення аналізів є незрозумілим									
24. Забезпечити діагностування опортуністичних інфекцій	Немає інформації про досягнення цілей									
25. Забезпечити діагностування гепатиту	Наскільки відомо, наразі не відбувається діагностування (тестування) гепатиту на регулярній основі, відповідну програму не започатковано									

26. Забезпечити надання медичним закладам ДПтС України необхідного медичного обладнання	Немає інформації про витрати
27. Забезпечити постійний моніторинг виконання Державної програми	Немає інформації про цілі та завдання.
28. Забезпечити своєчасне подання статистичної звітності про питання ВІЛ/СНІДУ (2 звіти про ВІЛ/СНІД, 3 – про ВІЛ/СНІД та АРТ, а також 1 звіт про використання медичних засобів)	Звітність відбувається відповідно до статистичних форм МОЗ. Відповідно до даних особистого спілкування під час візиту до ДПтС (Криворук ,2012), звітування здійснюється на щомісячній основі
В. Інші програми (крім Державної програми на 2009-2013 роки)	
а) Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією	
Профілактика	Заходи з профілактики (групове консультування, навчання, розповсюдження інформації, розповсюдження презервативів) проводяться переважно НУО. Відповідних цілей досягти не вдається (за даними особистого спілкування під час візитів, досягаються лише 15-20% цілей, див. Додаток 5). Тим не менш, НУО розповсюджують важливу інформацію у формі посібників та відеоматеріалів (наприклад, СНІД Фонд Схід-Захід або Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДУ в Україні). Розповсюдження презервативів здійснюється переважно на рівні проектів, тому заклади пенітенціарної системи, де не працюють НУО, не отримують достатньо презервативів для розповсюдження серед ув'язнених
Догляд та підтримка ув'язнених	Дані про заходи з догляду та підтримки свідчать, що цілі за звітний період були досягнуті і навіть перевиконані. Тим не менш, достеменно невідомо про специфічність та якість послуг. Під час візитів на місця не з'явилася ясності про якість послуг та методи їх надання. Необхідно отримати більш чітку інформацію від ВІЛ-сервісних організацій (див. Додаток 4)
Закупівля тестів-систем для тестування на кількість CD4-лімфоцитів для ув'язнених	Закупівля тестів на кількість CD4-лімфоцитів для ув'язнених здійснюється переважно за кошти гранту 6 раунду ГФ
б) Врядування з питань ВІЛ/СНІДУ в Україні (1 травня 2005 – 29 лютого 2012, проект впроваджувався ПРООН)	Було надруковано та розповсюджено посібник з питань ВІЛ і прав людини у закладах пенітенціарної системи України. Посібник було затверджено науково-експертною радою при Державному департаменті виконання покарань (протокол № 2/3 від 23 вересня 2011 року). Посібник призначено для співробітників Департаменту, працівників сфери охорони здоров'я, вчителів, студентів та інших спеціалістів, які залучені до надання послуг з охорони здоров'я осіб, що знаходяться у місцях виконання покарань. Посібник має на меті підвищити обізнаність з питань ВІЛ/СНІДУ, пояснити права осіб, систему соціального захисту, обов'язки та повноваження співробітників закладів пенітенціарної системи. Близько 80 таких співробітників пройшли навчання у Чернігівському юридичному коледжі ДПтС України у 2009 році ¹
в) Інституціоналізація профілактики ВІЛ/СНІДУ та пропаганди здорового способу життя на базі системи освіти, закладів Державного департаменту України з виконання покарань (1 липня 2007 – 1 серпня 2011, проект впроваджувався СНІД Фондом Схід-Захід за фінансової підтримки Міністерства закордонних справ Королівства Нідерландів в рамках програми МАТРА спільно з Фондом Мейнлайн (Нідерланди) та Державним департаментом виконання покарань)	Було розроблено навчальну програму для співробітників закладів пенітенціарної системи, її було включено до обов'язкової навчальної програми ДПтС. У Державному департаменті виконання покарань було створено і обладнано відповідний ресурсний центр. Разом зі співробітниками закладів пенітенціарної системи було розроблено навчальний посібник «Охорона здоров'я у Державному департаменті виконання покарань». Крім цього, була створена низка постерів, компакт-дисків та презентацій для використання під час тренінгів та збірка матеріалів, які можуть використовуватися в навчанні співробітників питанням профілактики ВІЛ/СНІДУ. Ці матеріали було надано співробітникам всіх закладів пенітенціарної системи. Була підготовлена команда з 27 тренерів, які можуть проводити навчання співробітників про питання охорони здоров'я, профілактики ВІЛ, туберкульозу та ІПСШ у місцях позбавлення волі. Деякі з цих тренерів взяли участь у навчальному візиті до Амстердаму у 2008 році. Крім того, є 4 місцеві команди тренерів – у Запоріжжі, Луганську, Одесі та Тернополі. 84 тренери відвідували заняття, 68 з них мають відповідні сертифікати. 140 співробітників закладів пенітенціарної системи по всій Україні було навчено для того, що вони проводили навчання для інших колег. Всього у навчальному компоненті взяв участь 281 співробітник ДПтС/Державного департаменту виконання покарань.

В пенітенціарній системі України надаються послуги стосовно профілактики, догляду, лікування та підтримки ВІЛ-інфікованих осіб, вживаються зусилля до використання професійного досвіду з питань ВІЛ/СНІДУ у пенітенціарній системі. Тим не менш, цих зусиль недостатньо для вирішення гострих проблем епідемії ВІЛ/СНІДУ в місцях позбавлення волі. Ці послуги можуть здаватися недостатніми з огляду на обсяг та динаміку епідемії (наприклад, щодо доступу до АРТ),

але все ж таки вони є першими кроками та основою для планування наступних заходів. Нарешті, вони створюють можливості для звернення уваги співробітників закладів пенітенціарної системи на ці проблеми та апробації деяких нових послуг. Зміни стосовно протидії ВІЛ/СНІДУ у пенітенціарній системі відбуваються дуже повільно, як правило, вони зіштовхуються зі значним опором будь-яким змінам взагалі. Тому наявність певних досягнень, навіть незначних, є хорошою стартовою умовою для обговорення варіантів подальших змін та більш широкого застосування цих досягнень. Такими досягненнями і сильними сторонами є наступні.

Наявність галузевої програми

Відповідно до Державної програми, наразі здійснюється галузева програма під назвою «Програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у закладах пенітенціарної системи і місцях попереднього утримання на 2009-2013 роки». Наявність цієї програми є досягненням, хоча вона є до певної міри обмеженою у концептуальному вимірі та стосовно можливостей виконання. Її основні цілі стосуються питання ВІЛ/СНІДУ і не охоплюють питання діагностики та лікування туберкульозу, ОЗТ. Але вона містить положення про розповсюдження презервативів і засобів дезінфекції.

Співпраця з НУО

Хоча рівень співпраці з НУО та їхнє залучення до спільної роботи є різним, сама по собі співпраця є другим важливим досягненням. Вона може забезпечити вищий рівень доступу до послуг, допомогти пенітенціарній системі у її роботі та надавати послуги СН та ВІЛ-позитивним ув'язненим тощо. Часто за допомогою НУО можна провести апробацію нових послуг, чого самі заклади пенітенціарної системи іноді не можуть робити. Більше того, НУО систематично залучаються до заходів із профілактики серед ув'язнених та співробітників пенітенціарної системи (надання інформації та гігієнічних матеріалів) (Балакірєва, Судакова та ін. 2012), заходів із догляду та підтримки ВІЛ-позитивних ув'язнених та ув'язнених, які отримують АРТ.

Співпраця з фахівцями обласних центрів СНІДУ

Вживаються зусилля до розповсюдження досвіду проведення комплексного лікування (наприклад, АРТ) на місцевому рівні, і це є третім досягненням. Рівень співпраці з НУО сильно відрізняється в усіх областях України. Разом з тим діюча модель розвитку співпраці, в тому числі і за сприяння НУО що дозволяє запобігти ізоляції цих закладів від загальної системи охорони здоров'я. Крім цього, діють обласні ради з питань ВІЛ/СНІДУ, їхня робота теж сприяє досягненню спільних цілей.

Покращення доступу до АРТ

За рахунок проекту ГФ було збільшено постачання АРТ, і це дозволило досягти відповідних цілей. Це означає, що система співпраці діє ефективно. Втім, кількість АРТ не відповідає реальним потребам ВІЛ-інфікованих осіб, що перебувають у місцях позбавлення волі.

3. СЛАБКІ СТОРОНИ ТА ВИКЛИКИ

У наданні відповіді на поширення епідемії ВІЛ/СНІДУ серед ув'язнених існують певні виклики і слабкі сторони, а саме: недостатнє фінансування з державного бюджету потреб ув'язнених, постійний брак кваліфікованого персоналу, недостатня або несвоєчасна закупівля ліків, брак інформаційних матеріалів та засобів індивідуального захисту, нерегулярна співпраця з партнерами, нерівність у доступі до послуг, брак лікарів та інших медичних працівників.

3.1. Відсутність регулярного фінансування

Відповідь на поширення епідемії ВІЛ/СНІДУ серед ув'язнених здійснюється переважно на рівні проектів. Більшість з профілактичних заходів, ДКТ, надання АРТ, тест-систем для тестування на кількість CD4-лімфоцитів, програм догляду та підтримки здійснюються за кошти гранту 6 раунду ГФ (2007-2012) і буде продовжуватися за кошти гранту 10 раунду ГФ (2012-2016). Із закінченням гранту ГФ у 2017 році сталість фінансування може бути забезпечена лише за рахунок включення коштів ГФ до державного бюджету.

3.2. Недостатнє задоволення потреб в АРТ

ДПтС України бракує системи управління постачанням АРТ на основі епідеміологічних даних та клінічного моніторингу, і це не дозволяє здійснювати реалістичне планування на найближчі роки. В Україні є 183 заклади пенітенціарної системи, деякі знаходяться у дуже віддалених місцях. Забезпечення надання лікування, підготовки якісного персоналу та рівності доступу до послуг є складним комплексним завданням. Суттєвим недоліком є відсутність належної системи звітування та оцінки потреб, тому важко розраховувати, які фінансові ресурси необхідні для цієї діяльності.

3.3. Недостатнє охоплення профілактичними послугами та відсутність заходів зменшення шкоди

Профілактичні заходи серед ув'язнених в основному здійснюються зусиллями НУО і полягають в основному у груповому консультуванні, проведенні лекцій та розповсюдженні інформації (див. Додаток 7). Після того, які подібні заходи декілька років впроваджувалися у закладах пенітенціарної системи, з'явилися волонтери, які можуть проводити тренінги, створюються групи самопомоги. ДПтС України погодилася на залучення НУО до проведення тренінгів для ув'язнених. Підготовлені посібники з цих питань³. НУО розповсюджують важливу інформацію у формі посібників та відеороликів (наприклад, СНІД Фонд Схід-Захід та Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДУ в Україні). За оцінками, профілактичних заходів наразі недостатньо (ЮНЕЙДС 2012), оскільки їхній обсяг є обмеженим з огляду на обмежені кошти гранту 6 раунду ГФ. Цілей стосовно профілактики досягнуто не було (за даними особистого спілкування під час візитів, досягаються лише 15-20% цілей).

Адміністрація закладів пенітенціарної не визнає наявності статевих стосунків між ув'язненими чоловіками (ЮНЕЙДС 2009). Це було підтверджено і під час візитів у 2012 році. Розповсюдження презервативів здійснюється на нерегулярній основі (ЮНЕЙДС 2009). Вони доступні тільки під час відвідування ув'язненого/ув'язненої іншим з подружжя. Такі відвідування дозволяються 3-4 рази на рік, але вони доступні дуже невеликій частині ув'язнених (14%). У жіночих тюрмах, до яких були здійснено візити під час оцінки, подружні побачення мають лише 10% ув'язнених. Отже, хоча під час таких відвідувань необхідно надавати презервативи, рівень ефективності

³ Наприклад <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2011/module.pdf>

заходів із профілактики ВІЛ та інших інфекцій, що передаються статевим шляхом, є невисоким.

Якщо НУО допущені до роботи у закладах пенітенціарної системи, доступ ув'язнених до презервативів підвищується, і обізнаність з питаннями ВІЛ стає вище (Європейський центр моніторингу наркотиків та наркозалежності та Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України 2011).

Заходи зменшення шкоди в українських тюрмах практично не впроваджуються. Адміністрація тюрем досі виступає проти них (ЮНЕЙДС 2009; ЮНЕЙДС 2012). У 2005 році було заплановано розпочати програму обміну шприців, вона була готова до впровадження, було підписано Меморандум про взаєморозуміння, було обрано 3 пілотні заклади, проведені відповідні навчання, повністю розроблено алгоритм, підготовлено наказ про цю програму, але в останній момент від цієї програми відмовились, і всі заходи були зупинені.

3.4. Брак лікування від наркотичної залежності, зокрема ОЗТ

Наркотична залежність вважається не хворобою, а злочином. Це є основною перешкодою лікування наркозалежних ув'язнених. Експерти вважають, що до певної міри спостерігаються факти відмови лікувати наркозалежних ув'язнених тому, що «цих проблем не існує». Лікування наркотичної залежності (наприклад, ОЗТ) майже відсутнє, і це очевидним чином загострює ситуацію у тюрмах. Основним припущенням є те, що під час перебування у місцях позбавлення волі ув'язнені не споживають наркотики (але є свідчення про численні спроби незаконно пронести їх до місць позбавлення волі). Відповідно до результатів візитів на місця, система контролю вважається дуже надійною. Але той факт, що наркотики потрапляють до тюрем різними способами, свідчить, що цей контроль є неефективним. У тюрмах щорічно змінюється велика кількість ув'язнених, значна частина з яких є СН. Відсутність відповідних заходів є дуже важливою проблемою для ув'язнених та для охорони громадського здоров'я взагалі.

Хоча з 2004 року надання бупренорфіну, а з 2008 року – метадону відбувається у загальній мережі охорони здоров'я, ОЗТ є недоступною для ув'язнених, що є неетичним з точки зору громадського здоров'я (ЮНЕЙДС 2009; Балакірева, Судакова та ін. 2012). Повідомляється, що в окремих випадках особи, які знаходяться у СІЗО, продовжують отримувати ОЗТ, якщо вони отримували її на волі, як правило, за ініціативою і за кошти самого затриманого.

В цілому затримки із доступу СН до лікування пов'язані зі страхом стигматизації (Уолф, Кар'єрі та ін. 2010). Адміністрація тюрем не сприяє отриманню доступу до лікування, і навпаки, ув'язнені страждають від жорстокої нерівності. У закладах пенітенціарної системи бракує підготовленого персоналу, який міг би діагностувати та лікувати ув'язнених (ЮНЕЙДС 2009, с. 108). Саме СН і ув'язнені є тими групами, яким важче отримати доступ до догляду, підтримки та лікування ВІЛ (ЮНЕЙДС 2012, с. 139).

Якщо особа, яка отримує ОЗТ, потрапляє до місць позбавлення волі, ОЗТ припиняється. Відсутність безперервності ОЗТ призводить до переривання процесів детоксикації, що є додатковим навантаженням на здоров'я СН, які страждають від інфекцій, які передаються через кров (Європейський центр моніторингу наркотиків та наркозалежності та Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України 2011). Для вирішення питання надання ОЗТ було створено робочу групу з представників МВС, Державної служби з контролю за наркотиками, МОЗ, Міністерства юстиції та ДПТС України. У травні 2011 року представниками всіх чотирьох міністерств було підготовлено проект наказу, який передбачає продовження

ОЗТ у місцях попереднього утримання (наразі це відбувається дуже рідко). Проект наказу було передано Мін'юсту, у листопаді 2011 року воно повернуло його МОЗ на доопрацювання. Але у жовтні 2012 року, через півтора роки після розробки, проект наказу все ще знаходиться на розгляді. (Наказ № 821/937/1549/5/156 видано (22 жовтня 2012 року) та затверджено Мінюстом (7 листопада 2012 року) після фіналізації звіту– НС)

Крім того, інші форми лікування наркозалежності теж відсутні. Була проведена підготовча робота для апробації у тюрмах моделі «Атлантик» (12-крокова модель Міннесота), але і вона була зупинена. Втім, цей метод ще не довів свою абсолютну ефективність.

Так чи інакше, СІН, які перебувають у місцях позбавлення волі, не можуть отримати користь від нових розробок і прогресу у лікуванні наркозалежності, що відбувається серед загального населення.

3.5. Відсутність міжвідомчих стратегій співпраці

3.5.1. ВІЛ/СНІД та туберкульоз

Рівень поширення ВІЛ-інфекції та туберкульозу у місцях позбавлення волі є високим. Обидві хвороби призводять до смерті ув'язнених. Програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у закладах пенітенціарної системи і місцях попереднього утримання на 2009-2013 роки стосується лише питань ВІЛ/СНІДу. Вона не створює належних умов для поєднання зусиль в рамках інших державних програм, що стосуються питань наркозалежності, туберкульозу та ІПСШ. Це призводить до відсутності інтегрованих послуг, яких потребують ув'язнені (послуги для наркозалежних, послуги зменшення шкоди, послуги з питань ВІЛ/СНІДу, гепатиту і ТВ) та інших послуг для груп ризику (наприклад, ЧСЧ) (ЮНЕЙДС 2009).

3.5.2. Гепатит/ІПСШ

Хоча більшість ВІЛ-інфікованих ув'язнених є ко-інфікованими гепатитом, на питання профілактики і лікування гепатиту у закладах пенітенціарної системи уваги не звертають (Алтіс і Дворяк 2012). Це створює додаткове навантаження на здоров'я ув'язнених, які є інфікованими ВІЛ, хворіють на СНІД або туберкульоз.

Високий рівень захворюваності на ІПСШ вимагає інтенсифікувати зусилля із підвищення обізнаності щодо ризикованих форм поведінки. Застосування швидких тестів на ІПСШ із наступним направленням інфікованих до закладів охорони здоров'я, проведення безкоштовної діагностики та лікування призведе до зменшення епідемії серед ув'язнених.

3.5.3. Лікування наркотичної залежності

Моделювання послуг для протидії епідемії ВІЛ в Україні засвідчило, що найбільш ефективним методом є забезпечення широкого охоплення пацієнтів ОЗТ та АРТ (ЮНЕЙДС 2012, с. 84). Але наразі застосувати цей метод у місцях позбавлення волі неможливо.

4. ОСНОВНІ ВУЗЬКІ МІСЦЯ ТА ШЛЯХИ ЇХ УСУНЕННЯ

У цьому розділі розглядаються 15 всеохоплюючих рекомендацій із подолання ВІЛ (УНЗ ООН та МОП 2012) та основні вузькі місця щодо профілактики, діагностування і лікування ВІЛ, а також шляхи їх вирішення.

4.1. Ізоляція пенітенціарної системи та відсутність міжвідомчої співпраці з іншими установами, які виконують Державну програму

Заклади пенітенціарної системи є середовищем, де зусилля із виконання Державної програми нівелюються низькою якістю послуг із профілактики, діагностики та лікування ВІЛ, відсутністю лікування наркозалежності та послуг зменшення шкоди. З огляду на те, що щорічно через заклади пенітенціарної системи проходить велика кількість ув'язнених, не можна не зважати на серйозність наслідків цієї проблеми для системи охорони здоров'я, в тому числі здоров'я осіб, які звільняються з місць позбавлення волі. Адміністрація та співробітники закладів пенітенціарної системи є ізольованими від закладів охорони здоров'я, їм бракує навичок та досвіду, який накопичили установи загальної мережі, що надають послуги щодо ВІЛ/СНІДУ.

Для **вирішення** цієї проблеми необхідно посилити зв'язки між співробітниками закладів пенітенціарної системи та організаціями, що працюють у сфері відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДУ на різних рівнях, зокрема:

- Поновити діяльність міжвідомчої робочої групи (МРГ) з питань протидії ВІЛ/СНІДУ у місцях позбавлення волі (яка працювала протягом 2007-2009), вона включала представників керівництва ДПтС, УНЗ ООН, СНІД Фонду Схід-Захід, АМР США, МОЗ, Державної служби з ВІЛ/СНІДУ та Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДУ в Україні;
- Пов'язати бюджети МОЗ та ДПтС для того, щоб виділяти відповідне фінансування.

4.2. Відсутність у місцях позбавлення волі системи охорони здоров'я, подібної до загальної системи

Принцип відповідності системи охорони здоров'я у місцях позбавлення волі та серед загального населення є міжнародним стандартом, який визнала й Україна. Рівень захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДУ у місцях позбавлення волі є показником якості надання послуг, які мають надаватися відповідно до стандартів, рекомендацій та клінічних протоколів, що діють в рамках загальної системи охорони здоров'я.

Керівництво закладів пенітенціарної системи має забезпечити, щоб ув'язнені отримують догляд, підтримку (в тому числі належне харчування та – за необхідністю – харчові добавки) та лікування такої якості, на яку можуть розраховувати ВІЛ-позитивні серед загального населення, в тому числі АРТ.

Для **вирішення** цієї проблеми необхідно узгодити методики лікування ВІЛ-інфекції (та інших інфекцій, що передаються через кров) і профілактики ТВ у місцях позбавлення волі із тими, які застосовуються серед загального населення. З огляду на те, що така відповідність є міжнародно-визнаним стандартом, необхідно забезпечити, щоб рівень охоплення, обсяг та якість послуг, які надаються ув'язненим та загальному населенню, були взаємо доповнюваними та розвивалися в однаковому напрямку.

4.3. Відсутність всеосяжної стратегії щодо спільного подолання ВІЛ, ТБ та ко-інфекцій (гепатиту та ІПСШ)

Гепатит, ВІЛ, ТБ та ІПСШ є дуже тісно пов'язаними (особливо у місцях позбавлення волі) через велику кількість спільних факторів ризику: високий рівень поширення ТБ у тюрмах, недотримання режиму лікування ТБ, незадовільний інфекційний контроль у тюрмах та закладах охорони здоров'я, недостатнє постачання і призначення ліків від ТБ, брак належної підтримки ОЗТ з боку уряду тощо. Раннє виявлення та лікування ІПСШ є важливим, оскільки ці інфекції підвищують ризик передачі та інфікування ВІЛ. Інфекції, що порушують цілісність шкіри або слизової оболонки, можуть викликати кровотечу, підвищуючи ризик інфікування ВІЛ. Відповідно, потрібно здійснювати моніторинг, діагностику та лікування для того, щоб протидіяти всім цим інфекціям одночасно.

Для **вирішення** цієї проблеми необхідно сприяти співпраці між установами, які виконують програми щодо ТБ та ВІЛ, щоб забезпечити надання належних послуг у місцях позбавлення волі: *«Місця позбавлення волі мають забезпечити надання інтегрованих послуг, дієвої профілактики, в тому числі заходів з інфекційного контролю ТБ, діагностування та лікування ВІЛ, ТБ і гепатиту, а також надання послуг зменшення шкоди»* (ВООЗ/ТБ 2012). Потрібно підготувати детальну стратегію протидії ВІЛ/СНІДу та ко-інфекціям (ТБ, гепатиту та ІПСШ), в її рамках спільно розробити показники, цілі, стандарти, рекомендації та клінічні протоколи. Необхідно впровадити інтегрований підхід до одночасного вирішення проблем ВІЛ/СНІДу і ТБ (на організаційному та професійному рівні). Органи, що відповідають за виконання програм у сфері протидії ВІЛ/СНІДу та ТБ, можуть використовувати посібник «Політика ВООЗ щодо співпраці у протидії ВІЛ і ТБ». Це дозволить застосувати найкращі практики роботи і призведе до зменшення захворюваності і смертності від ТБ, пов'язаної з ВІЛ.

4.4. Брак ДКТ

Заклади пенітенціарної системи мають бути важливим місцем для проведення діагностики та ДКТ, оскільки 10-17% нових випадків інфікування ВІЛ трапляється саме там. Тим не менш, повідомляється, що не всі ув'язнені мають доступ до ДКТ та діагностики через обмежену кількість тест-систем.

ДКТ дозволяє краще зрозуміти масштаби епідемії, планувати та проводити тестування і приймати рішення про початок лікування. Необхідно уникати всіх форм примусу, тестування на ВІЛ має проводитися лише за умови інформованої згоди, належного до-тестового консультування, після-тестового консультування, дотримання конфіденційності та направлення на отримання інших послуг.

Для **вирішення** цієї проблеми необхідно найближчим часом покращити охоплення, доступ та якість ДКТ, це дозволить виявляти та починати лікування ВІЛ-позитивних ув'язнених та профілактику серед неінфікованих осіб. У тому, що стосується якості до-тестового та після-тестового консультування, необхідно звернути увагу на наступні питання: 1) знання про ризиковану поведінку та заходи з профілактики, 2) життя з ВІЛ, 3) можливості діагностування та лікування, особливо АРТ. Отже, якість ДКТ має бути суттєво покращено. Значне зростання охоплення можливе лише за рахунок використання швидких тестів.

4.5. Обмежений доступ до АРТ та моніторингу її ефективності

Обсяг надання АРТ зовсім не відповідає потребі у лікуванні. Відсутня практика планування потреби в АРТ. Крім браку власне АРТ, не вистачає також засобів, які застосовуються перед та у процесі лікування (зокрема тест-систем на кількість CD4-лімфоцитів та на вірусне навантаження).

Для **вирішення** цієї проблеми необхідно суттєво покращити доступ до АРТ. Рівень доступу ув'язнених до АРТ має бути відповідним рівню доступу серед загального населення. На основі даних про кількості ВІЛ-позитивних ув'язнених, строків їхнього ув'язнення та показань щодо призначення АРТ (приблизно 57%) можна вирахувати потреби у тест-системах та лікуванні. Необхідно провести навчання співробітників ДПтС щодо адміністрування з метою напрацювання навичок планування, запиту на кошти та проведення закупівель АРТ, обсяг яких відповідав би реальним потребам.

Необхідно розглянути питання надання АРТ у контексті лабораторного дослідження її ефективності (відповідно до оцінки клінічного стану пацієнтів). Це сприятиме налагодженню кращого доступу до АРТ. Втім, це питання має вирішуватися одночасно із його вирішенням на рівні загального населення, що дозволить застосовувати один клінічний протокол для різних ситуацій (детальніше див. у ВООЗ 2010).

Слід також розглянути дві такі ініціативи:

- Вивчити можливість передачі діагностики, консультування та надання АРТ обласним центрам СНІД за умов відповідного навчання; Використання «успішних історій» щодо застосування тих чи інших методів серед загального населення у роботі з ув'язненими (наприклад, це можуть бути послуги, що надаються громадою чи кампанія за зменшення вартості АРТ – обидві ідеї запропоновані ЮНЕЙДС 2012, с. 60 і с. 91).

4.6. Недостатня кількість заходів з профілактики

Профілактичні заходи серед ув'язнених в основному здійснюються зусиллями НУО і полягають в основному у груповому консультуванні, проведенні лекцій та розповсюдженні інформації, частково у розповсюдженні презервативів. Цілей стосовно профілактики досягнуто не було (за даними особистого спілкування під час візитів, досягаються лише 15-20% цілей, див. Додаток 5). НУО розповсюджують важливу інформацію у формі посібників та відеороликів (наприклад, СНІД Фонд Схід-Захід та Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні).

Розповсюдження презервативів відбувається у різних типах пенітенціарних установ, в тому числі у країнах, де одностатевий секс переслідується законом. Розповсюдження презервативів особливо не накладає додаткової роботи на співробітників ДПтС і не створює загроз. Більшість ув'язнених та співробітників тюрем, в яких запроваджується ця ініціатива, ставляться до неї позитивно. Розповсюдження презервативів наразі відбувається за рахунок зусиль проєктів, тому ті заклади пенітенціарної системи, які не співпрацюють з НУО, відчувають брак презервативів.

Для **вирішення** цієї проблеми необхідно покращити обсяг і якість профілактичних заходів. Необхідно використовувати наявні стратегії та матеріали, застосовувати підхід «рівний-рівному» та залучати послуги, що надаються на громадській основі. Необхідно розробити та впроваджувати програми інформування ув'язнених та співробітників ДПтС про питання ВІЛ та інших інфекційних хвороб у тюрмах та пов'язаних установах. Слід розробити та розповсюджувати інформаційні матеріали, мова та зміст яких будуть зрозумілими ув'язненим. Презервативи,

лубриканти та засоби дезінфекції мають стати доступними всім ув'язненим на регулярній основі. Ці рекомендації враховують результати попередніх оцінок, досліджень та міжнародні стандарти (наприклад, Комплексний пакет послуг УНЗ ООН 2012), а також особистий досвід.

4.7. Відсутність лікування та заходів зменшення шкоди (зокрема ОЗТ) для СН

З огляду на значну кількість СН (приблизно 310 тисяч) в Україні та загальну кількість ув'язнених (більше 150 тисяч), а також те, що 40-60% ув'язнених є або були СН, у закладах пенітенціарної системи має здійснюватися широкомасштабне лікування наркозалежності.

Для **вирішення** цієї проблеми необхідно комплексно застосовувати ОЗТ у тюрмах та місцях попереднього утримання, а також застосовувати немедикаментозні форми лікування (наприклад, 12-крокова програма Міннесота, групи взаємодопомоги тощо), які навіть можуть бути частково пов'язаними між собою. Почати слід з ухвалення проекту наказу про застосування ОЗТ у місцях попереднього утримання.

Необхідно терміново розробити та впровадити заходи зменшення шкоди. Необхідно переглянути плани щодо апробації програми роздачі голоч/шприців у трьох пілотних тюрмах. Необхідно провести навчальні візити до країн зі схожою пенітенціарною системою, де вже були запроваджені ПРГШТ (наприклад, Молдови або Киргизстану).

4.8. Брак підготовки персоналу різного рівня

Хоча було збільшено кількість заходів із підвищення кваліфікації співробітників ДПтС, досі спостерігається брак специфічних навчальних заходів, зокрема щодо профілактики, ДКТ, клінічного моніторингу, надання АРТ тощо. Частково це пов'язано з високим рівнем плинності кадрів у пенітенціарній системі. Тобто, навчені та досвідчені спеціалісти йдуть з роботи, а нових необхідно знову навчати.

Для **вирішення** цієї проблеми необхідно:

- Проводити тренінги для медичних працівників та співробітників пенітенціарних установ (особливо з питань охорони здоров'я у тюрмах, лікування наркозалежності та інфекційних хвороб);
- У співпраці з НУО посилити програми навчання за принципом «рівний-рівному» між співробітниками ДПтС;
- Посилити співпрацю з НУО та Українським центром СНІД для залучення висококваліфікованих лікарів з питань ВІЛ/СНІДу для надання послуг в пенітенціарній системі; ;
- Створити мобільну групу експертів з питань ВІЛ у місцях позбавлення волі.

4.9. Відсутність лікування гепатиту

Гепатит В розповсюджується у тюрмах дуже швидко. Гепатит С розповсюджується навіть легше, ніж ВІЛ, в тому числі через спільне використання бритв і зубних щіток, татуювання та пірсінг. На відміну від ВІЛ, ризик інфікування можна знизити за рахунок вакцинації. Всі ув'язнені та співробітники тюрем мають мати доступ до безкоштовної вакцинації від гепатиту В. Крім того, необхідно розглянути можливість вакцинації тих ув'язнених, які знаходяться у групі ризику.

Хоча дані про рівень розповсюдження в Україні є недостатніми, високий рівень ко-інфекції ВІЛ та HBV/HCV є тривожним сигналом, який вимагає покращити систему тестування на гепатит, вакцинації (від HAV і HBV) та лікування від гепатиту В і С.

Для **вирішення** цієї проблеми необхідно надавати всім ув'язненим та співробітникам ДПтС інформацію про ризики передачі гепатиту В і С у місцях позбавлення волі та навчати їх знижувати ці ризики. Крім того, необхідно надавати всім ув'язненим особисті бритви та зубні щітки, щоб їм не довелося використовувати їх спільно з іншими. Необхідно активно пропонувати тестування на гепатит і проводити до-тестове і після-тестове консультування та повідомляти ув'язненим про ризики та ризиковану поведінку.

5. НАСКРІЗНІ ПИТАННЯ

5.1. Правові аспекти та аспекти прав людини

Як і всі інші громадяни, відповідно до українського та міжнародного законодавства, ув'язнені мають право на отримання медичних послуг найвищої якості. У ключових міжнародних документах передбачено, що стандарти надання медичних послуг ув'язненим мають відповідати стандартам, за якими послуги надаються загальному населенню. Принцип 9 Основних принципів поводження з в'язнями, прийнятих резолюцією Генеральної Асамблеї ООН у 1990 році, стверджує: *«ув'язнені мають мати доступ до медичних послуг, що надаються у державі, проти них не має застосовуватися дискримінація за ознакою їхнього правового статусу»*.

Принцип відповідності має відігравати ключову роль в організації системи охорони здоров'я у тюрмах. Загальне населення України має доступ до ОЗТ, ПОШ та до презервативів і лубрикантів, але ув'язнені не мають доступу до цих послуг зменшення шкоди (крім доступу до презервативів у місцях попереднього утримання і під час подружніх відвідувань).

Спостерігається недостатня увага та надання недостатніх засобів ув'язненим, які часто є представниками груп ризику одразу за декількома ознаками. Через це неможливо повністю досягти цілей щодо протидії ВІЛ у закладах пенітенціарної системи.

Рівень надання паспортів та реєстрації за місцем проживання після звільнення з місць позбавлення волі сильно відрізняється залежно від уваги закладів пенітенціарної системи до цих питань. Під час візитів стало очевидно, що деякі заклади звертають особливу увагу на надання допомоги у цьому питанні. Паспорт і реєстрація за місцем проживання необхідні для доступу до медичних послуг після звільнення.

Міліція може утримувати СІН під арештом протягом 72 годин. Повідомляється про випадки, коли для отримання свідчень співробітники міліції не давали доступу до наркотичних речовин або погрожували цим. За володіння дозою для одного вживання СІН можуть бути засудженими на період до трьох років. Таке суворе законодавство посилює проблему стосовно лікування СІН (Уолф, Кар'єрі та ін. 2010). У 2010 році було знижено допустиму кількість заборонених наркотичних речовин, якою може володіти особа, і це ще сильніше загострює негативні наслідки криміналізації (відповідно до резолюції 634 – робоча група із визначення основних проблем в Україні 2012). Погані умови утримання в місцях позбавлення волі та зловживання з боку правоохоронних органів знижують ефективність заходів профілактики та зменшення шкоди (ЮНЕЙДС 2009).

Наркологічний облік не є анонімним та передбачає періоди спостереження (від 1 до 5 років в залежності від способу лікування). Може виникнути питання, чи не перешкоджає це СІН отримувати доступ до лікування, чи не сприяє побоюванням бути зареєстрованим, особливо з огляду на те, що, як повідомляється, міліція використовує дані з цього реєстру для виконання свого плану арештів (наприклад, у Нікополі (Інститут відкритого суспільства 2010, с. 24). Міліція має доступ до даних диспансерного обліку (Уолф, Кар'єрі та ін. 2010). Затримання, в тому числі незаконне утримання у СІЗО та зловживання з боку міліції, у 55,7% випадків має зворотній ефект для СІН (переривання ОЗТ або АРТ, конфіскація стерильного ін'єкційного інструментарію). Отримання ОЗТ ставало причиною затримання органами міліції (Ізенберг, Бакіредді та ін. 2012).

Відповідно до Статті 408 Кримінального кодексу України, ЛЖВ можуть бути звільнені з місць

позбавлення волі у зв'язку зі станом здоров'я (у 2011 році було звільнено 354 ув'язнених, що складає 5% від всіх ВІЛ-позитивних ув'язнених) (Криворук 2012). Може виникнути питання, чи пов'язане звільнення зі станом здоров'я, близьким до смерті, та що буде далі із звільненими ЛЖВ. Під час візитів до тюрем було виявлено, що така процедура має негативні ефекти, оскільки такі ЛЖВ після звільнення не завжди звертаються за лікуванням та супроводом, і це призводить до погіршення стану їхнього здоров'я. Звільнення або ув'язнення ЛЖВ може мати вплив на кількість смертей від СНІДу в тюрмах. Як правило, у випадку, якщо рівень такої смертності є високим, тюрма має низьку оцінку.

Те саме стосується туберкульозу. Відповідний наказ передбачає, що хворим на туберкульоз має надаватися посилене харчування. Хоча необхідність таких заходів не викликає сумнівів, потрібно усвідомлювати, що іноді харчування може надаватися не у повному обсязі або недостатньої якості, отже, це може мати і негативні наслідки. З іншого боку, деякі пацієнти можуть порушувати режим лікування, або навіть бути зацікавленими у тому, щоб залишитися хворими та продовжувати отримувати харчування.

Під час візиту до українських тюрем Європейський комітет запобігання катуванням неодноразово підкреслював важливість конфіденційності медичної допомоги. Часто цей принцип порушується, наприклад коли при медичному обстеженні у місцях попереднього утримання присутні міліціонери. Необхідно викоринити таку практику (Комітет запобігання катуванням 2012). Втім, це питання не піднімалося під час візитів в рамках цієї оцінки. Як свідчать результати візиту на місця, на рівні побутового життя ув'язнених можна легко визначити, чи є особа ВІЛ-позитивною (наприклад, у жіночих тюрмах це можна визначити, якщо ув'язнена щодня отримує ліки).

Медичні працівники підпорядковуються керівництву пенітенціарних установ, а не керівництву системи органів охорони здоров'я. Необхідно докорінним чином реформувати цю структуру для того, щоб забезпечити незалежність системи охорони здоров'я.

5.2. Гендерні питання

Профілактика, догляд та лікування ВІЛ серед ув'язнених жінок є особливим питанням. Так, відповідно до спільного наказу МОЗ, Міністерства освіти і науки, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту виконання покарань та Міністерства праці та соціальної політики № 740/1030/4154/321/614а від 23 листопада 2007 року, вагітним жінкам пропонуються послуги щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Як вдалося з'ясувати під час особистого спілкування, алгоритм послуг включає в себе відвідування гінеколога, надання АРТ матері і дитині та прийняття рішення про направлення дитини до інтернату або усиновлення. Останнє вже давно вважається проблемою, особливо стосовно дітей, народжених жінками, що споживають наркотики. 70-100% жінок-СІН мають дітей (Інститут відкритого суспільства 2010). Тому тема батьківських прав є основною у наданні догляду СІН, які перебувають у місцях позбавлення волі. Необхідно використовувати всі можливості для покращення життя таких жінок. АРТ призначаються і надаються інфекціоністом у обласному центрі СНІД. Ув'язнені жінки переправляються до місцевих пологових будинків, новонароджених тестують на ВІЛ в обласних центрах СНІД (методом ІФА та ПЛР).

Навіть зважаючи на те, що ув'язнених жінок набагато менше, ніж чоловіків, поширеність ВІЛ-інфекції та наркозалежності серед них є значною вищою. Залишається незрозумілим, чи застосовуються якісь інші специфічні підходи, крім профілактики передачі ВІЛ від матері до

дитини (наприклад, полегшений доступ до лікування).

В цілому експерти відзначають, що на потреби ув'язнених жінок щодо лікування наркозалежності і ВІЛ-інфекції, щодо вагітності та на потреби жінок з дітьми необхідно звертати більше уваги. Необхідно, щоб психологи та психотерапевти активніше працювали з жінками під час підготовки до звільнення, тому є потреба у співпраці з НУО. Необхідно надавати підтримку таким жінкам щодо інформування і звернення до медичних закладів, оскільки 85% жінок, які потрапляють до тюрм, походять з вразливих груп населення.

6. ВИСНОВКИ І РЕКОМЕНДАЦІЇ

6.1. Висновки

З огляду на велику кількість ризиків для ув'язнених (висока вірогідність інфікування хворобами, що передаються через кров, захворювання на ТВ, погані умови життя, відсутність дієвих профілактичних заходів та обмеження доступу до лікування), у Державній програмі необхідно звертати увагу на проблеми ув'язнених на рівні з проблемами інших груп ризику. У вимірі системи охорони здоров'я, якщо послуги щодо ВІЛ/СНІДУ, інших інфекцій, які передаються через кров, та ТВ ув'язненим не надаються або надаються не в повному обсязі, це означає, що успішність цих програм і послуг для загального населення теж є нижчою (див. Спеціальний звіт «СН – профілактика, лікування, підтримка та догляд»). Необхідними способами забезпечення безперервності лікування (в тому числі для ув'язнених, які декілька разів потрапляють у місця позбавлення волі) є налагодження тісної співпраці щодо ВІЛ/СНІДУ, ТВ та ІПСШ між медичними підрозділами пенітенціарної системи та медичними закладами для загального населення, а також надання ув'язненим послуг, що за обсягом та якістю відповідають послугам для загального населення. Це сприятиме більш ефективній відповіді на епідемію в Україні взагалі.

6.2. Рекомендації

Рекомендації розподілені на основі даних, отриманих під час цієї та попередніх оцінок, міжнародних стандартів (наприклад, всеосяжних стандартів УНЗ ООН 2012), та особистого досвіду.

Ці рекомендації не можуть бути впровадженими лише за рахунок зусиль пенітенціарної системи. Окремі аспекти також стосуються системи охорони здоров'я загального населення (сталість фінансування, міжвідомча співпраця та співпраця з НУО).

Таблиця 2: Основні вузькі місця, рекомендації та очікувані результати

Основні вузькі місця	Основні рекомендації	Очікувані результати
1. Ізоляція пенітенціарної системи та відсутність міжвідомчої співпраці з іншими установами, які виконують Державну програму	Налагоджувати зв'язки, співпрацю та схеми координації між ДПтС, закладами та співробітниками пенітенціарної системи та цивільними закладами і персоналом Поновити діяльність міжвідомчої робочої групи (МРГ) з питань протидії ВІЛ/СНІДУ у місцях позбавлення волі (яка працювала протягом 2007-2009)	Якість медичних послуг та доступ ув'язнених до них буде покращено Буде зменшено кількість випадків переривання лікування та догляду при потрапленні чи звільненні з місць позбавлення волі Заходи Державної програми, які застосовуються для загального населення, будуть виконуватися у місцях позбавлення волі
2. Відсутність у місцях позбавлення волі системи охорони здоров'я, подібної до загальної системи	Використовувати у місцях позбавлення волі всі стратегії подолання ВІЛ (та інших інфекцій, що передаються через кров), що застосовуються серед загального населення	Здоров'я ув'язнених покращиться Захворюваність та смертність від ВІЛ/СНІДУ зменшаться Політика у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ буде приведена до міжнародних стандартів (щодо принципу відповідності)

<p>3. Відсутність всеосяжної стратегії щодо спільного подолання ВІЛ, ТБ та ко-інфекцій (гепатиту та ІПСШ)</p>	<p>Підготувати детальну стратегію протидії ВІЛ/СНІДУ та ко-інфекціям (ТВ, гепатиту та ІПСШ), в її рамках спільно розробити показники, цілі, стандарти, рекомендації та клінічні протоколи. Впровадити інтегрований підхід до одночасного вирішення проблем ВІЛ/СНІДУ і ТВ (на організаційному та професійному рівні)</p> <p>Використовувати посібник «Політика ВООЗ щодо співпраці у протидії ВІЛ і ТВ» для використання кращих практик зменшення кількості захворюваності та смертності від ТВ у зв'язку з ВІЛ (ВООЗ/ТВ 2012) відповідно до епідеміологічних даних в Україні</p>	<p>Здоров'я ув'язнених покращиться</p> <p>Захворюваність та смертність від ВІЛ/СНІДУ зменшаться</p> <p>Захворюваність та смертність від ко-інфекцій зменшаться</p>
<p>4. Брак ДКТ</p>	<p>Покращити якість та доступ до ДКТ</p> <p>Розширити обсяги ДКТ за рахунок використання швидких тестів</p>	<p>Покращиться профілактика передачі ВІЛ</p> <p>Покращиться діагностування ВІЛ</p> <p>Покращиться доступ до АРТ</p> <p>Покращаться знання про епідемічну ситуацію у тюрмах та знання про стан здоров'я ув'язнених, що стане основою для планування АРТ</p>
<p>5. Обмежений доступ до АРТ та моніторингу їхньої ефективності</p>	<p>Покращити доступ до АРТ, вдосконалити клінічний моніторинг, кваліфікацію персоналу та процедуру розрахунку потреб в АРТ</p> <p>Покращити забезпечення безперервності АРТ при потраплянні та звільненні з місць позбавлення волі</p>	<p>Покращиться моніторинг та підготовка до АРТ, стан здоров'я ув'язнених стабілізується, зменшиться захворюваність та смертність від ВІЛ/СНІДУ</p>
<p>6. Недостатня кількість заходів з профілактики</p>	<p>Покращити якість і обсяг профілактичних заходів</p> <p>Використовувати наявні стратегії та матеріали, інтерактивні способи, інформування за принципом «рівний-рівному» тощо із залученням громадського сектору</p> <p>Забезпечити доступність презервативів, лубрикантів та засобів дезінфекції для всіх ув'язнених на регулярній основі</p>	<p>Покращаться знання ув'язнених про ВІЛ/СНІД та інші інфекції, що передаються через кров</p> <p>Зменшиться кількість передачі ВІЛ</p>
<p>7. Відсутність лікування та заходів зменшення шкоди (зокрема ОЗТ) для СН</p>	<p>Підвищити обізнаність керівництва та лікарів пенітенціарної системи з надійними способами лікування СН, зокрема ОЗТ (у тісній співпраці з закладами загальної системи, які надають ОЗТ)</p> <p>Провести обговорення щодо застосування заходів зменшення шкоди. Продовжити роботу з законопроектом щодо ПРГШТ та збільшити обсяги розповсюдження презервативів у тюрмах</p> <p>Запровадити ПРГШТ як мінімум у двох пілотних тюрмах (жіночій і чоловічій)</p>	<p>Покращиться розуміння взаємозв'язку між ризикованою поведінкою, наркозалежністю та профілактикою передачі ВІЛ/СНІДУ</p> <p>Знизиться ризикована поведінка та покращиться безперервність лікування</p> <p>Зменшиться кількість передачі ВІЛ</p>
<p>8. Брак тренінгів для персоналу різного рівня</p>	<p>Проводити тренінги для персоналу щодо одночасного лікування наркозалежності та інфекційних хвороб</p> <p>Пристосувати навчальні матеріали до потреб різних цільових аудиторій (керівництво, медичні працівники, охоронці)</p>	<p>Рівень знань співробітників тюрм покращиться, і це призведе до більш ефективної відповіді на виклики ІПСШ та інфекцій, що передаються через кров, і ТВ, а також до зменшення дискримінації інфікованих та СН</p>
<p>9. Відсутність лікування гепатиту</p>	<p>Надавати інформацію про ризики передачі гепатиту В та С у місцях позбавлення волі та про шляхи їх подолання.</p> <p>Надавати особисті бритви та зубні щітки</p> <p>Організувати діагностування гепатиту з до-тестовим та після-тестовим консультуванням</p> <p>Проводити вакцинацію</p>	<p>Ув'язнені будуть краще знати про гепатит та зможуть себе захищати. Зменшиться кількість передачі гепатиту</p> <p>Розуміння сучасної епідеміологічної ситуації покращиться, ці дані будуть використовуватися для планування діяльності з охорони здоров'я</p>

7. ПЛАН ДІЙ

План дій розроблено відповідно до 15 компонентів Комплексного пакету послуг щодо ВІЛ, рекомендованого УНЗ ООН, адаптованих до українського контексту.

Таблиця 3: План дій щодо профілактики, догляду та лікування ВІЛ/СНІДУ у пенітенціарній системі

Основна рекомендація	Дії відповідальної установи		
	Найближча перспектива (3-6 місяців)	Короткострокова перспектива (6-12 місяців)	Середньострокова перспектива (12-24 місяців)
1. Налаштувати зв'язки, співпрацю та схеми координації між ДПТС, закладами та співробітниками пенітенціарної системи та цивільними закладами і персоналом	<p>Поновити діяльність міжвідомчої робочої групи (МРГ) з питань протидії ВІЛ/СНІДУ у місцях позбавлення волі (яка працювала протягом 2007-2009) та призначити її основною відповідальною установою</p> <p><i>Відповідальна установа: УНЗ ООН², ДПТС України та інші</i></p>	<p>Проводити щоквартальні зустрічі для обговорення досягнень та потреб</p> <p>Створити робочі підгрупи, відповідальні за технічні питання</p> <p>Розробити стратегію на найближчі 2 роки для гармонізації політики і підходів до протидії ВІЛ/СНІДУ у місцях позбавлення волі та серед загального населення</p> <p><i>Відповідальна установа: УНЗ ООН</i></p>	<p>Організувати навчальний візит до країн з подібними проблемами у сфері ВІЛ/СНІДУ та споживання наркотиків, які мають кращі практики подолання цих проблем (наприклад, Молдова, Естонія, Киргизстан – щодо ПРГШТ і ОЗТ)</p> <p>Підготувати звіт про досягнення у 2014 році</p> <p><i>Відповідальна установа: УНЗ ООН, ДПТС України</i></p>
2. Використовувати у місцях позбавлення волі всі стратегії подолання ВІЛ та інших ІПСШ, що застосовуються серед загального населення	<p>Міжвідомча робоча група має оцінити різницю у доступі різних категорій населення до діяльності із профілактики ВІЛ</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПТС України з технічною допомогою УНЗ ООН</i></p>	<p>Робочі підгрупи мають підготувати та обговорити стандарти, рекомендації та клінічні протоколи щодо профілактики, діагностування та догляду за ВІЛ-інфікованими ув'язненими</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПТС України з технічною допомогою УНЗ ООН</i></p>	<p>Надрукувати стандарти, рекомендації та клінічні протоколи</p> <p>Провести тренінги для персоналу різних рівнів</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПТС України з технічною допомогою УНЗ ООН</i></p>
3. Підготувати детальну стратегію протидії ВІЛ/СНІДУ та коінфекціям (ТВ, гепатиту та ІПСШ), в її рамках спільно розробити показники, цілі, стандарти, рекомендації та клінічні протоколи	<p>Створити міжвідомчу робочу групу з представників установ, які виконують програми протидії ВІЛ та ТВ, а також представників ДПТС. Завданням групи має стати оцінка ситуації та розробка детальної стратегії налагодження співпраці у найближчому майбутньому</p> <p>Використовувати посібник «Політика ВООЗ щодо співпраці у протидії ВІЛ і ТВ» для запровадження кращих практик щодо зменшення смертності від ВІЛ-асоційованого ТВ (ВООЗ/ТВ 2012) відповідно до епідеміологічних даних в Україні</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПТС України, ВООЗ, установа, відповідальна за програму протидії туберкульозу</i></p>	<p>Підготувати проміжний звіт через 6 місяців після початку роботи МРГ</p> <p>Підготувати стандарти лікування ко-інфекції ВІЛ /ТВ у тюрмах</p> <p>Запланувати заходи із встановлення співпраці для забезпечення супроводу пацієнтів з ко-інфекцією після їх звільнення з місць позбавлення волі</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПТС України, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ та інших соціально небезпечних захворювань</i></p>	<p>Підготувати детальну стратегію, проінформувати та провести тренінги для всіх залучених сторін</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПТС України</i></p>

2 У цій діяльності УНЗ ООН виступає від імені всієї ООН, тобто, ВООЗ, ФН ООН тощо. Інші установи системи ООН теж мають бути частково залучені до співпраці у цій сфері.

<p>4. Покращити якість та доступ до ДКТ</p>	<p>Посилити зв'язки з НУО, які надають ДКТ</p> <p>Застосовувати дійсні протоколи</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України, Мережа ЛЖВ, УНЗ ООН, ВООЗ, Український центр СНІД</i></p>	<p>Сприяти НУО у наданні ДКТ у тюрмах</p> <p>Провести тренінги для співробітників закладів пенітенціарної системи щодо надання ДКТ</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України, Мережа ЛЖВ, Український центр СНІД</i></p>	<p>Запровадити систему поширення інформації між ув'язненими та між співробітниками закладів пенітенціарної системи (у партнерстві з НУО)</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України, Мережа ЛЖВ</i></p>
<p>5. Покращити доступ до АРТ, вдосконалити клінічний моніторинг, кваліфікацію персоналу та процедуру розрахунку потреб в АРТ. Покращити забезпечення безперервності АРТ при потраплянні та звільненні з місць позбавлення волі</p>	<p>Збільшити видатки на закупівлю АРТ у бюджеті наприкінці 2012 року (до 44 тисяч препаратів до кінця року). Забезпечити функціонування системи централізованих закупівель. Створити систему заохочення спеціалістів центрів СНІД лікувати ув'язнених ЛЖВ</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, УНЗ ООН та/або АМР США</i></p>	<p>Налагодити співпрацю з обласними центрами СНІД для забезпечення безперервності АРТ у місцях позбавлення волі та після звільнення з них</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України, Український центр СНІД</i></p>	<p>Збільшити кількість інфекціоністів у тюрмах, які можуть призначати АРТ або проводити лікування під наглядом спеціалістів центрів СНІД</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань</i></p>
<p>6. Покращити якість і обсяг профілактичних заходів</p>	<p>Налагодити співпрацю з НУО щодо освітніх програм</p> <p>Використовувати наявні стратегії та матеріали, інтерактивні способи, закликати до поширення інформації між ув'язненими та залучати послуги, що надаються на громадській основі</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України, УНЗ ООН</i></p>	<p>Розробити інтерактивні способи, закликати до поширення інформації між ув'язненими та залучати послуги, що надаються на громадській основі</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України, Мережа ЛЖВ</i></p>	
<p>7. Проводити програми зменшення шкоди</p>	<p>Обговорити проект наказу про ПОШ та збільшення обсягів розповсюдження презервативів у тюрмах (а саме, як та де їх можна отримати)</p> <p>Затвердити наказ щодо застосування ОЗТ у місцях попереднього утримання</p> <p>Забезпечити спільне навчання фахівців (як із загальної мережі, так із пенітенціарних установ)</p> <p>Використовувати немедикаментозні засоби лікування (групи самопомоги, 12-крокову програму Міннесота)</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України з технічною допомогою УНЗ ООН</i></p>	<p>Забезпечити доступ до презервативів не тільки під час відвідувань ув'язненого/ув'язненої іншим з подружжя, але також для одностатевих сексуальних стосунків</p> <p>Розробити план запровадження ОЗТ у тюрмах (на рівні однорічних пілотних проектів у одній великій чоловічій і одній великій жіночій колонії)</p> <p>Розробити стандарти діагностування та лікування наркозалежності у тюрмах</p> <p>Ініціювати створення груп самопомоги та груп колишніх ув'язнених</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України</i></p>	<p>Запровадити ОЗТ у тюрмах</p> <p>Включити презервативи до жіночого гігієнічного набору</p> <p>Провести пілотні проекти ПРГШТ</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України</i></p>

<p>8. Проводити навчання для відповідних фахівців пенітенціарних закладів щодо питань ВІЛ та наркозалежності</p>	<p>Оцінити стан справ щодо тренінгів для співробітників пенітенціарної системи стосовно питань ВІЛ</p> <p>Налагодити партнерство з НУО та навчальними центрами</p> <p>Оцінити стан справ щодо тренінгів для співробітників пенітенціарної системи стосовно наркозалежності</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України з технічною допомогою УНЗ ООН</i></p>	<p>Провести тренінги для медичного персоналу з питань ВІЛ/СНІДУ</p> <p>Провести тренінги для медичного персоналу з питань ОЗТ</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України з технічною допомогою УНЗ ООН</i></p>	<p>Організувати всеукраїнську конференцію з питань охорони здоров'я ув'язнених з метою налагодження співпраці між співробітниками пенітенціарної системи та закладів охорони громадського здоров'я. Представити та обговорити на ній стандарти, рекомендації та клінічні протоколи</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ та інших соціально небезпечних захворювань, Мережа ЛЖВ</i></p>
<p>9. Організувати діагностику гепатитів з до- та після-тестовим консультуванням</p>		<p>Розробити модель протидії гепатитам</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ та інших соціально небезпечних захворювань</i></p>	<p>Провести вакцинацію від гепатиту В всіх ВІЛ-позитивних ув'язнених</p> <p>На основі співпраці із установами, залученими до протидії ВІЛ-інфекції, проводити тестування на гепатити</p> <p><i>Відповідальна установа: ДПтС України, Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ та інших соціально небезпечних захворювань</i></p>

ДОДАТКИ

Додаток 1: Ув'язнені, які отримують АРТ за рахунок коштів ГФ

Звітний період	Очікуваний показник	Фактична кількість
Грант 6 раунду ГФ		
січень-березень 2009	250	234
квітень-липень 2009	300	301
серпень-вересень 2009	300	322
жовтень-грудень 2009	300	347
січень-березень 2010	350	376
квітень-червень 2010	350	534
липень-вересень 2010	400	533
жовтень-грудень 2010	400	681
січень-березень 2011	500	750
квітень-червень 2011	500	797
липень-вересень 2011	800	728
жовтень-грудень 2011	800	822
січень-березень 2012	900	861
квітень-липень 2012	1 000	1 029
Грант 10 раунду ГФ		
серпень-грудень 2012	1 200	1 103

Тестування на кількість CD4-лімфоцитів за рахунок коштів ГФ

Дані надано Мережею ЛЖВ

Рік проекту	Кількість тестів
серпень 2009 - червень 2010	4 378
липень 2010 - червень 2011	8 229
липень 2011 - липень 2012	8 371
Всього	20 978

Додаток 2: Поширення ВІЛ і ТВ у чоловічій колонії у Бучі (за результатами візиту)

На момент здійснення візиту у колонії знаходилося 1 тисяча чоловіків (колонія розрахована на 1 200 осіб), у колонії є лікарня на 120 ліжок (для ув'язнених з чотирьох областей). Лікарня спеціалізується на операціях в урології для всіх ув'язнених України.

Ув'язнені живуть у приміщеннях, розрахованих на 30 осіб. У лікарняних палатах перебуває по 6-8 пацієнтів. Поширення ВІЛ/СНІДУ та ТВ є головними проблемами цієї тюрми.

Кількість інфікування протягом останніх років є наступною:

Інфекційна хвороба	2009**	2010**	2011**	2012**
ЛЖВ з колонії	76 тестів/16 позитивних	122/12	70/18	50/2
ЛЖВ з інших колоній*	364/73 позитивних	569/136	535/116 (22%)	
ТВ	14/0 позитивних	19/3	9/3	7/0

* ув'язнені ЛЖВ з усіх колоній України, яким роблять операції в урології, спостереження тощо

** за перші 8 місяців

Додаток 3: Охоплення ув'язнених послугами догляду та підтримки
серпень 2009 - 1 серпня 2012, за звітами НУО

Звітний період	Очікуваний показник	Фактична кількість
2009-2010		
серпень-вересень 2009	750	1 182
жовтень-грудень 2009	1 600	2 345
січень-березень 2010	2 500	3 259
квітень-червень 2010	3 200	4 030
2010-2011		
липень-вересень 2010	1 100	1 884
жовтень-грудень 2010	2 250	3 089
січень-березень 2011	3 400	4 022
квітень-червень 2011	4 400	4 851
2011-2012		
липень-вересень 2011	1 300	1 744
жовтень-грудень 2011	2 250	2 689
січень-березень 2012	3 500	4 481
квітень-липень 2012	4 400	5 921

**Додаток 4: Частка ув'язнених, охоплених профілактичними заходами
(приблизно 15-20%)***Дані з БПД 2011*

	2009	2010	2011
Охоплення ув'язнених профілактичними заходами в рамках гранту 6 раунду ГФ (за даними звіту Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні)	27 372	32 341	25 497
Чоловіки	26 028	28 588	22 866
Жінки	1 344	3 783	2 631

**Додаток 5: Список осіб, з якими було проведено зустрічі під час візитів на місця
(23-29 вересня 2012 року)**

Ім'я і прізвище	Посада	Установа	e-mail
Зураб Малазонія	Заступник начальника департаменту охорони здоров'я та медико-санітарного забезпечення	Державна пенітенціарна служба України	a.krivoruk@ukr.net
Наталія Кожан	Голова відділу лікування	Фонд розвитку України	nkozhan@fdu.org.ua
Людмила Сторожук	Начальник відділу організації медико-соціальної допомоги управління протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ	Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ та інших соціально небезпечних захворювань	lyudmilas@bigmir.net
Анатолій Криворук	Начальник відділу організації лікувально-профілактичної роботи департаменту охорони здоров'я та медико-санітарного забезпечення	Державна пенітенціарна служба України	a.krivoruk@ukr.net
Ксенія Воронова	Координатор з розвитку послуг лікування	Український центр СНІД	
Інна Товкач	Заступник директора з питань організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим	Український центр СНІД	
Людмила Шурпач	Старший програмний спеціаліст	Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДУ в Україні	
проф. Наталія Нізова	Директор	Український центр СНІД	
Євген Поляков	Начальник департаменту охорони здоров'я та медико-санітарного забезпечення	Державна пенітенціарна служба України	
Олена Кучерук	Менеджер програми "Зменшення шкоди"	Фонд «Відродження»	kucheruk@irf.kiev.ua
Ольга Гвоздецька	Програмний директор	Всеукраїнська мережа ЛЖВ	sova@network.org.ua
Анжела Скопенко	Керівник відділу супроводу лікувальних програм		
Петро Кочеган	Керівник відділу взаємодії з ДПтС України		
Візит до колонії у Бучі Віктор Наконечний та інші медичні працівники, соціально-психологічна служба	Провідний спеціаліст-лікар відділу охорони здоров'я (колишній голова медичної служби колонії № 85)	Управління Державної пенітенціарної служби України в м. Києві та Київській області	
Сергій Іванов		Об'єднання колишніх ув'язнених	
Денис Куделя	Директор	ГО «Вертикаль»	

Анжела Моїсеєнко	Голова	Чернігівське відділення Мережі ЛЖВ	
Світлана Валько	Менеджер програм	СНІД Фонд Схід-Захід	
Олена Герман	Директор	ГО «Молодіжний рух – пенітенціарна ініціатива»	
Леонід Березнецький	В.о. начальника	Чернігівська колонія № 44	
Світлана Волкова	Голова відділу охорони здоров'я	Управління Державної пенітенціарної служби України в Чернігівській області	
Олександр Гужва	Голова соціально- виправного відділу	Управління Державної пенітенціарної служби України в Чернігівській області	

Додаток 6: Посилання та література

- Абдул-Квадер А., Круглов Ю. та ін. (2012) *Проект збору даних про ВІЛ в Україні*. Заключний звіт. 31 травня 2012
- Балакірева О., Судакова А. та ін. (2012) *Потреба пенітенціарної системи щодо посилення політики протидії ВІЛ-інфекції*. Заклучний звіт за результатами дослідження
- ВООЗ (2010) *Антиретровірусна терапія для лікування ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. Рекомендації для охорони громадського здоров'я*. Переглянута версія 2010 року, Женева // http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf - Перевірено 28 жовтня 2012
- ВООЗ (2012) *Політика ВООЗ щодо співпраці у протидії ВІЛ і ТВ: рекомендації для національних програм та інших сторін* // http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/index.html - Перевірено 25 вересня 2012
- ДПтС України (2009) *Програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у закладах пенітенціарної системи і місцях попереднього утримання на 2007-2013 роки*, затверджена на нараді Державного департаменту виконання покарань 24 квітня 2009
- Європейський центр моніторингу наркотиків та наркозалежності та Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України (2011) *Національний звіт про стан справ з наркотиками* (дані за 2010 рік) // [http://www.damonitoring.net.ua/file/NATIONAL%20DRUG%20REPORT\(eng-FIN\).pdf](http://www.damonitoring.net.ua/file/NATIONAL%20DRUG%20REPORT(eng-FIN).pdf) - Перевірено 27 вересня 2012
- Ізенберг Д., Бакіредді С. та ін (2012) *Частота випадків та вплив зловживань з боку міліції і незаконне затримання ВІЛ-позитивних осіб, які щойно звільнилися з місць позбавлення волі в Україні*. Доповідь, представлена на 19-тій Міжнародній конференції з питань СНІДу 22-27 липня у Вашингтоні, США
- Інститут відкритого суспільства (2010) *Заходи зменшення шкоди для жінок: досвід України. Оцінка заходів* // http://www.soros.org/sites/default/files/harm-reduction-women-ukraine_20100429.pdf - Перевірено 25 вересня 2012
- КЗК (2011) *Звіт Уряду України про результату візиту делегації Європейського комітету запобігання катуванням 9-21 вересня 2009* // <http://www.cpt.coe.int/documents/ukr/2011-29-inf-eng.pdf> - Перевірено 26 вересня 2012
- КЗК (2011а) *Звіт Уряду України про результату візиту делегації Європейського комітету запобігання катуванням 29 листопада – 6 грудня 2011* // <http://www.cpt.coe.int/documents/ukr/2012-30-inf-eng.htm>
- КЗК (2012) *Попередні висновки делегації Європейського комітету запобігання катуванням 29 листопада – 6 грудня 2011 та відповідь Уряду України на три питання, поставлені делегацією* // <http://www.cpt.coe.int/documents/ukr/2012-08-inf-eng.pdf> - Перевірено 26 вересня 2012
- Криворук А. (2012) *Огляд стану надання медичних послуг ув'язненим ЛЖВ у місцях позбавлення волі та попереднього утримання Державної пенітенціарної служби України*. Презентація, Херсон, квітень 2012
- Мбуру Г. (2011) *ТВ та ВІЛ в Україні: час прокидатися* // <http://blog.aidsalliance.org/2011/04/tb-and-hiv-in-ukraine-a-wake-up-call/> - Перевірено 1 жовтня 2012
- Міжнародний центр досліджень місць позбавлення волі (2012) *Короткий огляд пенітенціарних систем світу. Україна* // http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb_

country_print.php?country=168 - Перевірено 24 вересня 2012

Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДУ в Україні (2012) *Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДУ* (звітний період: січень 2010 - грудень 2011) // http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/me/garp_en_2011.pdf - Перевірено 28 вересня 2012 року

Алтис Ф. та Дворяк І. (2012) *Результати дослідження PУНLSE*. Презентація. Лютий 2012

Рада з прав людини (2008) *Восьма сесія, пункт 6 порядку денного, Універсальний періодичний огляд, Звіт робочої групи про Україну, А/НRC/8/45*, 3 червня 2008

Робоча групи із визначення основних проблем в Україні (2012) *Звіти Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІДУ в Україні, Канадської правової мережі з питань ВІЛ/СНІДУ та Євразійської мережі зменшення шкоди*

Уолф Д., Кар'єрі М. та ін. (2010) *Догляд та лікування ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків: огляд перешкод та планів на майбутнє* // *Lancet* – № 376 (9738). – с.355-366.

ЮНЕЙДС (2009) *Комплексна зовнішня оцінка національної відповіді на епідемію СНІДУ в Україні: зведений звіт* // <http://www.unaids.org.ua/hiv/response/programm/evaluation> - Перевірено 26 вересня 2012

ЮНЕЙДС (2009а) *Комплексна зовнішня оцінка національної відповіді на епідемію СНІДУ в Україні: коротке резюме та ключові рекомендації* // <http://www.unaids.org.ua/hiv/response/programm/evaluation> - Перевірено 26 вересня 2012

ЮНЕЙДС (2011) *Нові рамки фінансування глобальної відповіді на епідемію ВІЛ* // http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2244_InvestmentFramework_en.pdf - Перевірено 23 листопада 2012

ЮНЕЙДС (2012) *Звіти про прогрес, надані країнами у 2012 році: Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДУ* //

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/> - Перевірено 27 вересня 2012

ЮНЕЙДС (2012а) *Разом ми подолаємо СНІД* // http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718_togetherwewillendaids_en.pdf - Перевірено 27 вересня 2012

Програмний офіс UNODC в Україні

вул. Еспланадна, 20,

7 поверх, оф. 701

Київ, Україна, 01601

Тел.: +38 (044) 58 434 58

Факс: +38 (044) 58 434 59

E-mail: po.ukraine@unodc.org

www.unodc.org