

**Звіт за результатами дослідження
«Вивчення можливостей для впровадження програм обміну
шприців в установах виконання покарань та слідчих
ізоляторів»**



Зміст

Обґрунтування актуальності проведення дослідження	4
Методологічний підхід	6
Обґрунтування вибірки установ виконання покарань та слідчих ізоляторів	7
Етапи дослідження, учасники і методи збору даних.....	8
Обмеження дослідження	10
Аналіз результатів кабінетного дослідження	11
Глобальний порядок денний щодо прав ув'язнених і їх доступу до медичних послуг	11
Право ув'язнених на доступ до стерильного інструментарію і послуг зменшення шкоди	13
Аналіз програм обміну шприців у місцях позбавлення волі	16
Моделі впровадження ПОШ у слідчих ізоляторах та установах виконання покарань	24
Висновки щодо міжнародного досвіду впровадження ПОШ у МПВ	26
Висновки про наявність легальних підстав для реалізації ПОШ у МПВ в Україні.....	27
Аналіз результатів операційного дослідження	28
Поширеність ін'єкційного вживання наркотиків в УВП і СІЗО	28
Позбавлення/обмеження доступу до (стерильного) інструментарію в УВП і СІЗО	32
Особливості пенітенціарної системи, які необхідно враховувати при впровадженні будь-яких інтервенцій	36
Спроможність ДКВС до змін для впровадження ПОШ.....	40
Моделі впровадження ПОШ: загальний контекст, групові та регіональні особливості.....	43
Висновки за результатами дослідження	50
Рекомендації	54
Рекомендації для внесення змін в нормативно-правові документи.....	54
Рекомендації для посилення процесу реформування пенітенціарної системи	55
РІЧНИЙ ПЛАН	57
заходів з реалізації впровадження пілотного проекту програм обміну шприців в установах ДКВС України	57
Список використаних джерел.....	61
Додаток 1. Поширеність ВІЛ в установах виконання покарань за даними ЦОЗ ДКВС	68
Додаток 2. Розподілення засуджених по установах різних рівнів безпеки.....	69
Додаток 3. Аналіз національних законодавчих і нормативно-правових документів щодо наявності легальних підстав для реалізації ПОШ у слідчих ізоляторах та установах виконання покарань в Україні	70



Список використаних аббревіатур

ПОШ – програма обміну шприців і голок

СНІД – синдром набутого імунodefіциту

ВІЛ – вірус імунodefіциту людини

ВГС – вірусний гепатит С

АРВ/АРТ – антиретровірусна терапія

ЛВІН – люди, які вживають ін'єкційні наркотики

СЕЦА – Східна Європа та Центральна Азія

МПВ – місця позбавлення волі

ВЦ – виправні центри

УВП – установа виконання покарань

СІЗО – слідчий ізолятор

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO)

ЮНЕЙДС – Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS)

УНЗ ООН – Управління ООН з наркотиків та злочинності (UNODC)

ПРООН – Програма розвитку ООН (UNDP)

МОП – Міжнародна організація праці (ILO)

ДКВС – Державна кримінально-виконавча служба України

ЦОЗ ДКВС – Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України

ЦГЗ (МОЗ) – Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

НУО – неурядова організація

Заходи безпеки в місцях утримання під вартою неминуче впливають на якість життя і здоров'я ув'язнених. Часто охорона здоров'я ув'язнених вимагає компромісу між заходами заборони і заходами охорони здоров'я. Прикладом такого компромісу виступають вимоги охорони здоров'я ув'язнених, які з тієї чи іншої причини допускають вживання незаконних наркотиків в місцях позбавлення волі. Цей звіт спрямований на пошук найбільш збалансованого і науково обґрунтованого компромісу в сфері охорони здоров'я людей, що вживають наркотики в місцях позбавлення волі, у рамках підходу зменшення шкоди.

Обґрунтування актуальності проведення дослідження

Відповідно до Загальної характеристики Державної кримінально-виконавчої служби України (1), станом на 1 липня 2019 року у сфері управління служби України перебуває 148 установ. Крім того, 29 установ знаходяться на території Донецької та Луганської областей, що тимчасово не контролюється українською владою. У 25 установах виконання покарань засуджені не утримуються у зв'язку із здійсненням оптимізації їхньої діяльності. В установах виконання покарань (УВП) та слідчих ізоляторах (СІЗО), розташованих на території, що контролюється українською владою, утримується всього 54 186 осіб. Станом на 1.07.2019 у 17 слідчих ізоляторах та 12 установах виконання покарань з функцією СІЗО утримується 19 584 особи, у 113 кримінально-виконавчих установах утримується 34 488 осіб, з яких 1303 особи – у 11 колоніях для утримання жінок.

За даними Центру охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України (далі – ЦОЗ), поширеність ВІЛ серед ув'язнених коливається від 3 % до 35 % у різних установах виконання покарань, із середнім показником 7,4 %. При цьому показник поширеності серед чоловіків – 7,1 %, а серед жінок – 12,2 %¹. Згідно з іншими даними, поширеність ВІЛ серед ув'язнених оцінюється у 19,4 %, при цьому доступ до АРВ-терапії у в'язницях мають тільки 6,4 % від усіх, хто її потребує (2). За даними дослідження, проведеного у 2011 р. у 13 українських в'язницях (3), серед 402 ув'язнених, які готуються до звільнення протягом півроку, дизайн якого не був використаний у жодних інших дослідженнях в Україні пізніше, із виявлених у ході дослідження 78 ВІЛ-позитивних ув'язнених 48,7 % не знали про свій статус. Тестування ув'язнених «на вході» у місця позбавлення волі здійснюється в Україні з 2006 р., тоді як ситуація з «рутинним» тестуванням у процесі відбування покарання залишається незрозумілою; за нашими даними, воно відбувається несистематично і тільки завдяки роботі окремих зацікавлених НУО (2).

За даними декількох досліджень, які були проведені в Україні за останні роки (2,4,5), більш як половина людей, які вживають наркотики ін'єкційно, мають досвід ув'язнення у місця позбавлення волі. В Україні приблизно 14 % всіх ув'язнених були засуджені за злочини, пов'язані із наркотиками (статті 305–322 ККУ) (6). Понад половина людей, засуджених до позбавлення волі, засуджені за статтями 186–187 та 190 ККУ (1). Відомо, що злочинність та вживання наркотиків тісно пов'язані, а вживання наркотиків дуже поширене в установах виконання покарань (7–9). У систематичному огляді досліджень тюремного населення повідомляється про зловживання наркотиками та залежність у 10–48 % та 30–60 % засуджених чоловіків та жінок відповідно (10). Імовірно, значна частина злочинів за статтями 186–187 та 190 ККУ були скоєні для фінансування вживання наркотиків. Таким чином, фактична кількість ув'язнених із досвідом внутрішньовенного вживання наркотиків та/або поточними ін'єкційними звичками значно вища. Досвід ін'єкційного вживання

¹ Дані надані ЦОЗ ДКВС у відповідь на офіційний запит ЦГЗ і ЦПДР від 21.11.2018.

наркотиків до ув'язнення мають як мінімум 37–47 % ув'язнених, ін'єкційне вживання опіоїдів у в'язницях підтвердили 34,3 % ув'язнених – учасників одного з досліджень (3).

За даними біоповедінкового дослідження серед засуджених, проведеного у 2017 р., показник введення ін'єкційних наркотиків нестерильним інструментарієм в колоніях (користувалися спільним шприцом або голкою, саморобним інструментом впродовж останніх 12 місяців) становить 7 % (11). На нашу думку, цей показник значно применшує реальну поширеність ін'єкційного вживання наркотиків нестерильним інструментарієм у місцях позбавлення волі, оскільки ґрунтується на відповідях респондентів, які в момент опитування перебувають в ув'язненні, відповідно – під наглядом з боку охорони. Однак офіційних даних, які підтверджують наявність наркотиків у місцях позбавлення волі в Україні, не існує, як і офіційних програм зі зменшення шкоди і обміну шприців. Дослідження на цю тему вказують на існування внутрішньої в'язничної економіки (inside prison-based economy), у рамках якої можливість придбання стерильного інструментарію існує для одиниць, тоді як основна маса ув'язнених змушена користуватися вторинним або саморобним інструментарієм або використовувати один шприц на групу людей (12).

Прогностична математична модель, вироблена на даних лонгitudного дослідження, показує, що поширеність позбавлення волі як покарання для споживачів ін'єкційних наркотиків підвищує ризик інфікування ВІЛ як у МПВ, так і за їх межами (2). Причому від 28 до 55 % усіх нових випадків ВІЛ-інфекції протягом наступних 15 років, за прогнозами дослідників, можуть стати наслідком підвищеного ризику передачі ВІЛ серед людей, які вживають наркотики і перебувають у місцях позбавлення волі або були там раніше.

Таким чином, здоров'я людей, які відбувають покарання в місцях позбавлення волі, адекватні заходи профілактики та зменшення шкоди від вживання наркотиків у в'язницях, а також розвиток інтервенцій, спрямованих на підтримку безперервності лікування ВІЛ, гепатитів та туберкульозу серед (колишніх) ув'язнених, є ключовими проблемами, які потребують негайної відповіді з боку пенітенціарної системи та інститутів громадського здоров'я України.

І хоча в Україні була проведена достатня кількість доказових досліджень (3,13–15), спрямованих на вивчення бар'єрів до створення необхідних умов для профілактики і лікування ВІЛ у в'язницях, реальні зміни почали відбуватися лише на інституційному рівні, в той час як «на місцях» ситуація залишається без змін. Серед значущих змін, пов'язаних із можливістю інтеграції програм лікування і профілактики ВІЛ, вірусних гепатитів і туберкульозу у місцях позбавлення волі, можна виділити такі:

1. Скорочення кількості ув'язнених з 147 112 людей в 2013 р. до 73 431 у 2015-му і 56 638 у 2018 р. (16). При цьому треба розуміти, що з 2015 р. кількість в'язничного населення визначається без урахування ув'язнених, які перебувають на території Криму, Севастополя, Донецької та Луганської областей, що тимчасово не контролюється українською владою.
2. Зміна законодавчої бази, необхідної для інтеграції програм замісної терапії у місцях позбавлення волі та підтримування безперервності лікування у місцях позбавлення волі (17).
3. У рамках реформи пенітенціарної служби в 2017 році було створено Центр охорони здоров'я (18), якому підпорядковуються медичні працівники, що працюють в системі охорони здоров'я ДКВС, які до реформи підпорядковувалися керівництву конкретних закладів пенітенціарної служби.

4. Оголошення про запуск пілотного проекту ЗПТ у місцях позбавлення волі на грант Глобального фонду в 2018 р. (19).
5. Включення ув'язнених як групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ у «Критерії визначення груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ» і як ключової групи населення в Зведену настанову з профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування і догляду для ключових груп населення 2018 р. (20).

Однак всі ці зміни, як і проведені дослідження, не були спрямовані на вивчення бар'єрів, пов'язаних з появою програм обміну шприців у місцях позбавлення волі. У широкому сенсі, це дослідження є проектом, що складається з кількох частин, спрямованих не тільки на аналіз бар'єрів і фасилітаторів імплементації програми обміну шприців у тюрмах; воно є підготовчим етапом розробки інтервенції з наданням конкретних рекомендацій. Для досягнення поставленої мети на кожному етапі реалізації дослідницького проекту будуть сформульовані конкретні завдання.

Завдання дослідження:

- Визначити регіональний контекст впровадження та реалізації програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах, можливості та бар'єри для втілення програми в регіонах.
- Визначити та порівняти необхідні та наявні ресурси для впровадження і реалізації програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах.
- Оцінити готовність Державної кримінально-виконавчої служби до впровадження та реалізації програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах на національному та регіональному рівнях.
- Визначити стейкхолдерів програм та оцінити їх готовність сприяти впровадженню та реалізації програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах.
- Виявити та проаналізувати думки медичних працівників, працівників пенітенціарної системи і фахівців супровідних організацій з протидії ВІЛ/СНІДу щодо можливих практичних способів впровадження та реалізації програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах.
- Визначити терміни впровадження та реалізації програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах із зазначенням алгоритмів і функціонального розподілу кожного зі стейкхолдерів.
- Розробити Дорожню карту впровадження та реалізації програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах.

Методологічний підхід

В останні роки Participatory Action Research (далі – PAR) як методологічний підхід, розроблений з метою нарощування потенціалу та стимулювання взаємодії дослідників і досліджуваних спільнот для подолання розриву між наукою і практикою, стає дедалі популярнішим, зокрема в дослідженнях здоров'я (Participatory Health Research) (21–23). У нашому дослідженні PAR виступає як підхід до залучення членів спільноти в дослідницький процес, покликаний мотивувати зміни на рівні конкретної системи/організації. Під спільнотою в цьому випадку ми розуміємо сукупність акторів, залучених у створення конкретної системи на різних рівнях. До таких акторів ми відносимо представників експертної групи в певній сфері (протидії епідемії ВІЛ / СНІД та реформування пенітенціарної служби; працівників пенітенціарної служби від адміністративного рівня до рівня рядових працівників охорони пенітенціарних установ; медпрацівників, які надають медичну допомогу на базі пенітенціарних установ;

соцпрацівників НПО – представників громадянського суспільства, дії яких спрямовані на гуманізацію пенітенціарної служби і поліпшення доступу ув'язнених до базових медичних і соціальних послуг, і самих ув'язнених, здатних відігравати важливу роль як у відтворенні відносин, так і у створенні нових підходів до взаємодії між ув'язненими та пенітенціарною службою).

Логічна модель реалізації PAR (24,25) у процесі дослідницької практики складається з чотирьох основних вимірів: (а) контексту, (б) динаміки групи, (в) інтервенцій, (г) результатів. Контекст – це соціальні детермінанти (наприклад, культура, навколишнє середовище, політика, структурують сприйняття і розуміння будь-яких процесів дослідниками та учасниками дослідження). Динаміка групи – це індивідуальні та групові аспекти взаємодії між дослідниками та учасниками дослідження, що формуються в ході проведення дослідження. Особливості контексту і групової динаміки впливають на процес розробки і реалізації інтервенції і результатів (наприклад, зміна в практиці і побудові ієрархій).

Макінтайр зазначає (26), що PAR – це постійний циклічний процес взаємодії, за допомогою якого «колектив», що складається з аутсайдерів (дослідників) та інсайдерів (учасників дослідження), співпрацює у визначенні пріоритетів, потреб, розробці інтервенцій і інтерпретації результатів. Процеси, що застосовуються в дослідженнях PAR, керуються принципами, а не методологічними правилами і є гнучкими, пристосованими до контексту і відносин між «інсайдерами» і «аутсайдерами» за межами ідентифікованої спільноти. На думку Макінтайра, такий підхід до дослідження не є суворо поетапним процесом, проте ми намагалися максимально визначити етапи і структуру проведення дослідження.

Обґрунтування вибірки установ виконання покарань та слідчих ізоляторів

Загальна кількість установ була визначена відповідно до початкової пропозиції ЦГЗ про проведення дослідження в 20 установах виконання покарань та слідчих ізоляторів. Відбір конкретних установ виконання покарань та слідчих ізоляторів ґрунтувався на кількох критеріях:

- поширеність ВІЛ в установах виконання покарань за даними ЦОЗ ДКВС ([див. Додаток 1](#)),
- розподіл ув'язнених в певних типах установ ([див. Додаток 2](#)),
- географічна доступність установ,
- відсутність даних про поширеність ВІЛ як можливий індикатор відсутності обліку ВІЛ + ув'язнених в конкретній установі виконання покарань.

Відповідно до запропонованих критеріїв, були відібрані 20 установ виконання покарань та слідчих ізоляторів (Таблиця 1. Місця проведення дослідження):

Таблиця 1. Місця проведення дослідження

Слідчий ізолятори	1. ДУ «Київський слідчий ізолятор» 2. ДУ «Дніпровська УВП (№ 4)» 3. ДУ «Одеська УВП (№ 21)» 4. ДУ «Львівська УВП (№ 19)»
УВП для тримання чоловіків	5. ДУ «Бучанська виправна колонія (№ 85)» 6. ДУ «Білоцерківська виправна колонія» (№ 35) 7. ДУ «Бориспільська виправна колонія (№ 119)» 8. ДУ «Кагарлицька виправна колонія (№ 115)»

	9. ДУ «Одеська виправна колонія (№ 14)» 10. ДУ «Південна виправна колонія (№ 51)» 11. ДУ «Личаківська виправна колонія (№ 30)»
УВП для тримання жінок	12. ДУ «Чернігівська виправна колонія (№ 44)» 13. ДУ «Уманська виправна колонія (№ 129)» 14. ДУ «Кам'янська виправна колонія (№ 34)» 15. ДУ «Надержищинська ВК (№ 65)» 16. ДУ «Чорноморська виправна колонія (№ 74)»
Виправний центр	17. ДУ «Ірпінський виправний центр (№ 132)» 18. ДУ «Ігреньський виправний центр (№ 133)»
Лікувальний заклад	19. ЛЗ при ДУ «Бучанська ВК (№ 85)» 20. БПЛ при ДУ «Дніпровська УВП (№ 4)»

Територіально дослідження охопило такі міста і області: Київ і Київська область, Львів і Львівська область, Дніпро і Дніпропетровська область, Одеса та Одеська область, Умань, Чернігів, Полтава.

Етапи дослідження, учасники і методи збору даних

Першим етапом проведення дослідження стало створення робочої групи. До участі у робочій групі були залучені такі експерти:

1. Олег Торкунов, заступник начальника Адміністрації ДКВС з питань дотримання прав засуджених та осіб, узятих під варту.
2. Світлана Долту, членкиня Ради з питань рівності, членкиня Ради з попередження катувань, Молдова.
3. Жаннат Космухамедова, керівниця регіонального програмного офісу у Східній Європі Управління ООН з наркотиків та злочинності (UNODC).
4. Михайло Голіченко, провідний аналітик, Канадська правова мережа проти ВІЛ/СНІД (Canadian HIV/AIDS Legal Network).
5. Євген Ханюков, програмний менеджер Проектів GF та PATH «Serving life» ДУ «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України».
6. Олексій Загребельний, голова правління благодійної організації «FREE ZONE».

У рамках другого етапу було проведено кабінетне дослідження для вирішення таких завдань:

- Проаналізувати та систематизувати світовий досвід упровадження та реалізації програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах, зокрема контекст впровадження програми, основних стейкхолдерів, що сприяли або перешкоджали цьому.
- Визначити можливості для впровадження та реалізації програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах, бар'єри на цьому шляху та засоби їхньої мінімізації.
- Виокремити успішні та неефективні моделі роботи з ув'язненими у межах програми обміну шприців, зокрема алгоритми інформаційно-роз'яснювальної роботи, соціального супроводу тощо.
- З'ясувати український законодавчий та нормативно-правовий контекст щодо можливостей та бар'єрів для впровадження і реалізації програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах, зокрема визначити, які документи потребують змін для цього.

- Проаналізувати національний контекст впровадження та подальшої реалізації програм обміну шприців в Україні, зокрема напрацювання в цій сфері на території України.

У рамках третього етапу дослідження, в період з 31 січня по 12 лютого 2019 року, були проведені інформаційні вебінари для працівників установ виконання покарань, включаючи медичних працівників Центру охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України. Вебінари проходили на території Адміністрації ДКВС у Києві. Модератором вебінарів виступав Олег Торкунов, заступник начальника Адміністрації ДКВС з питань дотримання прав засуджених та осіб, узятих під варту. Як експерт, що розповідав про практику імплементації програм зменшення шкоди в молдавських в'язницях, виступила Світлана Долту, членкиня Ради з питань рівності, членкиня Ради з попередження катувань, Молдова. Питання, що стосуються підходу зменшення шкоди як частини права на здоров'я ув'язнених, були висвітлені Михайлом Голіченком, провідним аналітиком Канадської правової мережі проти ВІЛ/СНІД. Аудиторію вебінарів представляли працівники установ виконання покарань Центрального, Південного, Південно-Східного та Західного міжрегіональних управлінь з питань виконання кримінальних покарань та пробації, включаючи медичних працівників Центру охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України. Всього було проведено три вебінари, до яких доєдналися 75 працівників установ виконання, які увійшли до вибірки дослідження. Працівники установ виконання покарань в момент проведення вебінарів перебували в селекторних кімнатах свого міжрегіонального управління ДКВС.

У рамках четвертого (польового) етапу дослідження були проведені всі заплановані заходи за участю працівників затверджених установ виконання покарань та слідчих ізоляторів. Усього в дослідженні взяли участь 163 особи. Типи учасників дослідження і їх кількість відображено в таблиці 2.

Таблиця 2. Типи учасників дослідження і їх кількість

Експерти	Національні та регіональні керівники Державної кримінально-виконавчої служби	5
	Експерти в галузі протидії ВІЛ	5
Працівники установ виконання покарань та слідчих ізоляторів	Медичні працівники ЦОЗ ДКВС	24
	Працівники відділень соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими	19
	Працівники відділень оперативно-розшукової роботи	20
	Працівники служби пробації	7
Працівники організацій зменшення шкоди та ВІЛ-сервісу	Соцпрацівники з досвідом надання послуг на базі місць позбавлення волі, наприклад тестування на ВІЛ	20
	Соцпрацівники, які мали досвід роботи в проектах із супроводу тих, хто вийшов на свободу, але почав вживати АРТ в місцях позбавлення волі	20
	Робітники шелтерів для колишніх ув'язнених	3
Колишні ув'язнені	ЛВНІ, які нещодавно вийшли з місць позбавлення волі, відбували термін вперше (0–12 місяців після виходу)	20
	ЛВНІ, які відбували кілька термінів у справах, пов'язаних безпосередньо або побічно (як крадіжка або розбій) з наркотиками (0–12 місяців після виходу)	20

Основним методом збору даних був метод якісних напівструктурованих інтерв'ю, що проводилися за заздалегідь затвердженими опитувальниками (гайдами) для кожного типу інформантів. У процесі польового етапу дослідження 4 інтерв'юери вели польовий щоденник, у якому, крім рефлексії з приводу інтерв'ю, фіксувався процес збору даних, взаємодія з усіма учасниками дослідження, включаючи координаторів і рекрутерів, ситуація, в якій проводилися інтерв'ю, труднощі, які виникали у полі. Таким чином, написаний польовий щоденник обсягом понад 100 сторінок друкованого тексту слугував для нас додатковим інструментом збору даних і групової супервізії. Усі інтерв'ю з працівниками ДКВС проводилися на місцях, тобто в адміністративних будівлях і в установах виконання покарання. Інтерв'ю з ЛВІН і соціпрацівниками проводилися в регіональних відділеннях БО «100% ЖИТТЯ». У середньому інтерв'ю тривали близько однієї години. Всі інтерв'ю були записані на диктофон та транскрибувалися дослівно. Транскрипти інтерв'ю були закодовані і проаналізовані у програмі для аналізу якісних даних MAXQDA.

Інтерв'ю з усіма інформантами мали схожу логічну структуру, визначену нашим досвідом проведення досліджень у сфері ВІЛ/СНІД та споживання наркотиків в Україні, а також дослідженнями в цих сферах і конкретно з проблематики пенітенціарних установ в Україні та інших країнах. Таким чином, у кожному інтерв'ю були порушені такі теми:

- організація формально здійснюваних інтервенцій, програм і окремих послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІД у МПВ (програми індивідуального та групового консультування; тестування на ВІЛ, здійснювані спільно медиками ЦОЗ і ВІЛ-сервісними НУО; надання доступу до презервативів у пенітенціарних установах);
- існування «прихованих» інтервенцій, тобто неформально здійснюваних заходів, спрямованих на зменшення шкоди від вживання наркотиків та збереження здоров'я, як з боку самих ув'язнених, так і з боку працівників МПВ (придбання стерильних шприців та налоксону на медсанчастини);
- можливості для інституціоналізації неформальних практик зменшення шкоди та впровадження конкретних інтервенцій, спрямованих на поліпшення доступу ув'язнених до послуг профілактики ВІЛ/СНІД у МПВ.

Інтерв'ю з усіма типами інформантів закінчувалися блоком питань, присвячених реалізованим моделям впровадження ПОШ у МПВ, з прикладами того, як вони працюють в конкретних країнах, обговоренням того, як вони могли б працювати / не працювати в українському контексті.

Протокол дослідження був розглянутий Комісією з питань етики ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (# 00011557). Етичне схвалення на проведення дослідження було отримано 22.12.2018. Ідентифікаційний номер експертизи IRB2018-10.

Обмеження дослідження

Це дослідження має ряд обмежень. У вибірці дослідження представлені 5 із 6 міжрегіональних управлінь ДКВС, 7 найбільших регіонів із 27 регіонів України. Запропонована вибірка відповідає вимогам якісної методології, тобто відображає типологічну представленість структури УВП і СІЗО в Україні. Однак у використаній вибірці були відсутні УВП максимального режиму безпеки для чоловіків. Це говорить про потребу проведення додаткових досліджень з обов'язковим включенням до вибірки УВП максимального режиму безпеки.

Інтерв'ю, взяті у людей, що звільнилися з МПВ, можуть не повною мірою відображати нинішню реальність МПВ, але та інформація, якою вони можуть поділитися, допомагає верифікувати і повніше розкрити відповіді пересічних працівників ДКВС, які перебували в момент інтерв'ювання в процесі несення служби. Співвідношення чоловіків і жінок, які взяли участь у дослідженні, не є однаковим, особливо в частині інтерв'ю з колишніми ув'язненими, що вийшли на волю. Із 40 опитаних колишніх ув'язнених у дослідженні взяли участь тільки 6 жінок, що мали досвід позбавлення волі. Цю прогалину було частково заповнено за допомогою даних, отриманих з інтерв'ю із соцпрацівницями ($n = 10$), що мали однаковий досвід ув'язнення. Це обмеження, а скоріше – спостереження, говорить про труднощі, пов'язані з рекрутуванням жінок, що вживають ін'єкційні наркотики і мають досвід відбування покарання в МПВ. Водночас це засвідчує високу потребу проведення додаткових досліджень із включенням максимально можливої кількості жінок у вибірку, оскільки ситуація в жіночих УВП та доля жінок, що звільнилися з МПВ, залишається як поза увагою дослідників в Україні, так і за поза увагою профілактичних програм, які, можливо, потребують в цій сфері суттєвого доопрацювання.

Невелика частина інтерв'ю проводилася в досить складних умовах, що не відповідають вимогам проведення індивідуальних інтерв'ю. Зокрема, інтерв'ю з 6 медпрацівниками Києва та Київської області проводилися в одному приміщенні, у якому 3 інтерв'юери, розташувавшись на максимально можливій віддаленості один від одного, інтерв'ювали по два медпрацівники одночасно. Такий спосіб проведення інтерв'ю може позначатися на якості отриманих даних, оскільки інформанти можуть впливати один на одного в процесі інтерв'ювання, тим самим спотворюючи індивідуальну думку конкретної людини.

Аналіз результатів кабінетного дослідження

Глобальний порядок денний щодо прав ув'язнених і їх доступу до медичних послуг

Глобальний порядок денний щодо прав ув'язнених і їх доступу до медичних послуг базується на міжнародних законах і міжнародних правилах, рекомендаціях, директивах та стандартах. До перших належать універсальні закони, наприклад Білль про права людини. До других – офіційні документи, якими рекомендовано керуватися особам, що приймають рішення, як на державному рівні, так і в певній в'язниці.

Загалом, міжнародні угоди щодо прав ув'язнених у контексті епідемії ВІЛ/СНІДу базуються на Загальній декларації прав людини ООН (27). Міжнародний пакт про громадянські та політичні права (28) детально розглядає права ув'язнених. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (29) визнає право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я. На регіональному рівні права, що описуються, підтримуються Європейською Конвенцією захисту прав людини і основоположних свобод (30) і Європейською соціальною хартією (31). Держави, які ратифікували і приєдналися до будь-якої з вищезазначених угод, декларацій чи хартій, визнають, що вони юридично зобов'язані поважати, захищати та дотримуватися таких прав людини:

Міжнародні угоди, що стосуються прав ув'язнених в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу, ґрунтуються на Загальній декларації прав людини ООН і відповідно до неї гарантують:

- право на рівність і відсутність дискримінації;
- право на життя;
- право на особисту безпеку;
- право не піддаватися тортурам, жорстокому, негуманному та принизливому ставленню чи покаранню;

- право на максимально досяжний стандарт фізичного та психічного здоров'я.

Відповідно до резолюції Генеральної Асамблеї ООН 45/111 щодо Основних принципів поводження із ув'язненими (32), викладеними у статті 5, «всі ув'язнені користуються правами людини і основоположними свободами, за винятком тих обмежень, необхідність яких явно зумовлена фактом ув'язнення». І, згідно зі статтею 9, «користуються медичним обслуговуванням, яке існує у даній країні, без дискримінації у зв'язку з їхнім юридичним становищем». Принцип еквівалентності в такій самій формі був представлений у Рекомендаціях ВООЗ з питань ВІЛ/СНІДу у в'язницях (33).

До міжнародних правил, рекомендацій, стандартів, узгоджених і сформульованих найчастіше Органами Об'єднаних Націй або регіональними державними організаціями за участі країн-членів ООН, належать документи, які містять правила і рекомендації для держав щодо їхніх внутрішніх законів і правозастосувань, які покликані поважати, захищати і дотримуватися прав своїх громадян. Правила, рекомендації, принципи і стандарти стосуються детально прийнятних умов ув'язнення і лікування ув'язнених, а також можуть накладати на держави низку зобов'язань щодо умов утримання і поводження з ув'язненими. До таких міжнародних положень належить «Звід принципів захисту всіх осіб, які піддаються затриманню або ув'язненню будь-яким чином» (34), де зазначається, що «затриманому або особі, яка перебуває в ув'язненні, надається можливість пройти належне медичне обстеження у можливий найкоротший строк після його прибуття до місця затримання або ув'язнення; згодом йому надається медичне обслуговування і лікування щоразу, як у цьому виникає потреба. Обслуговування і лікування надається безкоштовно». У 2015 році була представлена оновлена редакція керівного документа ООН «Правила Нельсона Мандели: мінімальні стандартні правила поводження із ув'язненими» (35). Ці правила накладають зобов'язання забезпечити такі самі стандарти медико-санітарного обслуговування, які існують у суспільстві, безоплатний доступ до необхідних медико-санітарних послуг без будь-якої дискримінації. Таким чином, ув'язнені мають мати доступ до всіх медичних послуг, доступних у країні, без дискримінації на основі їх правового статусу. До документів, які описують стандарти надання медичного обслуговування у в'язницях, належать Рекомендація № R (98)7 Комітету міністрів країн-членів щодо етичних і організаційних аспектів надання медичної допомоги у тюрмах (36).

Кілька міжнародних рекомендацій і декларацій стосуються положення ув'язнених в контексті саме ВІЛ/СНІДу. Рекомендаціями ВООЗ з питань ВІЛ/СНІДу у тюрмах (37) «визначаються стандарти з позиції громадського здоров'я, яких має дотримуватися адміністрація виправних закладів, яка прагне запобігти поширенню ВІЛ у в'язницях і забезпечити допомогу ув'язненим, інфікованим ВІЛ/СНІДом. Очікується, що ці рекомендації будуть використовуватися адміністраціями в'язниць відповідно до їх внутрішньої ситуації». Декларація Зобов'язань, прийнята Спеціальною сесією Генеральної Асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІДу (38), стверджує, що держави вирішили вжити заходів із захисту прав людини і підвищувати ступінь захищеності від ВІЛ-інфекції. Міжнародні рекомендації з ВІЛ/СНІДу і прав людини (39) говорять і про те, що «державам слід переглянути і реформувати їх кримінальне законодавство і виправні системи, щоб вони відповідали міжнародним зобов'язанням в галузі прав людини <-> в'язнична влада має забезпечувати ув'язнених доступом до інформації про профілактику інфікування ВІЛ, просвітницькі заходи, добровільним тестуванням і консультуванням, профілактичними засобами (презервативи, дезінфікуючі засоби і чисті шприци». У зібранні зауважень загального порядку і загальних рекомендацій, прийнятих договірними органами з прав людини (40), у зауваженні загального порядку № 14 – Право на найвищий досяжний рівень здоров'я (стаття 12) вказано, що «держава несе зобов'язання поважати право на здоров'я,

зокрема утримуючись від вжиття заходів, які закривають чи обмежують рівний доступ всім, в тому числі ув'язненим або особам, які знаходяться під вартою, <-> до профілактичних, лікувальних і паліативних послуг охорони здоров'я». А до основних обов'язків держави «належить забезпечення права доступу до об'єктів, товарів і послуг у сфері охорони здоров'я на недискримінаційній основі, особливо для вразливих і соціально відчужених груп». У розділі 3 стверджується, що «порушення права на здоров'я можуть бути викликані також бездіяльністю або неприйняттям державами необхідних заходів, які впливають з юридичних обов'язків. До порушень, які викликані бездіяльністю, належать невжиття необхідних заходів для забезпечення повної реалізації права кожного на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я».

У програмах профілактики ВІЛ зацікавлені не тільки ув'язнені, а й працівники пенітенціарних закладів, які з низки причин також наражаються на підвищений ризик інфікування ВІЛ і гепатитом С. Таким чином, зокрема, у Рекомендації № 200 про ВІЛ/СНІД і сфери праці (41) Генеральної конференції Міжнародної організації праці вказується, що «профілактика всіх шляхів передачі ВІЛ-інфекції має бути одним з основоположних пріоритетів, <-> працівники мають отримувати користь від програм профілактики особливих ризиків, пов'язаних з передачею ВІЛ-інфекції і супутніх інфекційних захворювань на робочих місцях». Більше того, «Стратегії профілактики повинні бути пристосовані до національних умов і конкретних робочих місць. Програми профілактики мають забезпечувати розробку стратегій скорочення масштабів збитку, заснованих на керівних принципах, опублікованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO), Спільною програмою ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS), Управлінням ООН з боротьби з наркоманією і злочинністю (UNODC) та іншими відповідними керівними принципами».

Право ув'язнених на доступ до стерильного інструментарію і послуг зменшення шкоди

У 1987 р. в заяві ВООЗ за підсумками Консультацій з профілактики та боротьби зі СНІДом у в'язницях (42) визнано, що «доцільність надання стерильних голки в деяких виправних установах з нижчим рівнем безпеки заслуговує на увагу в майбутньому». У 1988 р. на зустрічі ВООЗ в Гаазі Європейський регіональний офіс презентував доповідь «Наркозалежні у в'язницях: рішення проблем зі здоров'ям» (43), в якому йдеться про те, що якщо шприци та голки легально доступні у суспільстві, то адміністрації в'язниць слід розглянути можливість поширення чистого інструментарію для ін'єкцій з допомогою медичного персоналу у в'язницях. У тому ж звіті наводиться приклад Швейцарії, в якій на той час вже був здійснений і далі здійснювався контрольований експеримент з роздавання стерильного інструментарію у в'язниці суворого режиму.

Рекомендації ВООЗ 1993 року, які були закріплені у Настановах з ВІЛ/СНІДу у в'язницях (33), пропонують: «У країнах, де чисті шприци та голки надаються в розпорядження споживачів ін'єкційних наркотиків у суспільстві, слід розглянути питання про надання чистого ін'єкційного інструментарію під час утримання під вартою і при звільненні ув'язнених, які просять про це».

Першою у світі в'язницею, в якій у 1993 р. за неофіційною схемою була реалізована програма обміну шприців і голки (далі – ПОШ), стала Обершонгрен (Oberschongrun) – чоловіча в'язниця суворого режиму в Швейцарії. Роком пізніше цей підхід був офіційно випробуваний і перевірений з наукової точки зору у в'язниці Хіндельбанк (Hildenbank), також в Швейцарії (44).



У той самий період право ув'язнених на доступ до адекватних способів профілактики і лікування ВІЛ/СНІДу підтверджується і ЮНЕЙДС. У спільній заяві за підсумками консультацій Управління Верховного Комісара з прав людини та ЮНЕЙДС у пункті 4 було сформульовано, що адміністрації виправних установ повинні забезпечувати ув'язнених засобами профілактики ВІЛ, в тому числі «стерильним інструментарієм для ін'єкцій» (45). Там само було зазначено, що «відмова в'язням у доступі до інформації, пов'язаної з ВІЛ, освіти та засобах профілактики (стерильному ін'єкційному інструментарію), <-> може розцінюватися як поводження, що принижує людську гідність, і як жорстоке, нелюдське покарання» (45).

Протягом наступних років міжнародні організації доповнювали і розкривали у додатку до певних контекстів право ув'язнених на здоров'я і на доступ до адекватних способів профілактики. Нам видається важливим згадати ті декларації та рекомендації, які, по-перше, пропонують комплексне бачення і простежували взаємозв'язок між різними акторами, що діють в полі, пов'язаному з правом на здоров'я ув'язнених. По-друге, перелічити ті документи, які поглибили розуміння необхідності введення програм зменшення шкоди у в'язницях.

У 2000 р. Всесвітня медична асоціація у своїй декларації підтвердила еквівалентність права на здоров'я серед ув'язнених і в суспільстві в цілому (46). У 2001 р. Європейський Регіональний офіс ВООЗ і Група Помпиду Ради Європи прийняли консенсусну заяву «В'язниці, Наркотики і Суспільство: принципи, політики і практики ВООЗ» (47), в якій вказується на успішність ПОШ у в'язницях, а також пропонується розглянути можливості підходу рівний – рівному для здійснення профілактичної роботи у в'язницях, і робиться акцент на зв'язок між відсутністю програм зменшення шкоди та зростанням захворюваності на вірусні гепатити серед ув'язнених. У 2003 р. в документі ЮНЕЙДС «Варшавська декларація: основа для ефективних дій проти ВІЛ/СНІДу та ін'єкційного споживання наркотиків» (48) йдеться про необхідність розширення доступу до стерильного ін'єкційного інструментарію. Московська Декларація ВООЗ від 2003 р. підтверджує, що «зменшення шкоди стає керівним принципом політики щодо профілактики передачі ВІЛ/СНІД та вірусних гепатитів в пенітенціарних системах» (49).

У 2004 р. Дублінська Декларація з ВІЛ/СНІД у в'язницях Європи і Азії (50) робить важливу заяву про те, що політика нульової терпимості щодо вживання наркотиків створює бар'єри для боротьби з ВІЛ/СНІДом у в'язницях, а також про те, що ефективна боротьба з ВІЛ/СНІДом і політика охорони здоров'я у в'язницях повинні ґрунтуватися на філософії зменшення шкоди, і держава несе відповідальність за надання у в'язницях стерильного ін'єкційного інструментарію та безпечного інструментарію для нанесення татуювань. У документі від 2004 року «Проблема наркоманії у в'язницях і заходи зі зменшення шкоди: доповідь про стан справ» (51), який був схвалений на міжнародній нараді проекту ВООЗ «Охорона здоров'я у в'язницях», цілий розділ присвячений реалізації ПОШ у в'язницях. Зокрема, там йде мова про те, що «завдання таких програм – забезпечити людей, які продовжують вживання наркотиків ін'єкційно, доступом до стерильного ін'єкційного приладдя, тобто до голків, шприців, фільтрів, пальників, ємностей для приготування наркотиків і води для ін'єкцій, оскільки це дозволяє зменшити ризик зараження і поширення ВІЛ і вірусних гепатитів. Ці програми можуть також виконувати функції інформаційних центрів, які допомагають деяким наркоспоживачам звернутися по медичну допомогу». Наступний абзац проводить різке розмежування між ПОШ і практиками роздавання дезінфікуючих розчинів для обробки використаного інструментарію – «зазвичай дезінфікування проводиться за допомогою хлоровмісних розчинів, причому користувачі повинні дезінфікувати ін'єкційні приладдя після їх використання і перед

повторним використанням. Слід, однак, пам'ятати про те, що програми застосування дезінфекційних розчинів у в'язницях не позбавлені серйозних недоліків. Так, наприклад, важко уявити, що ув'язнені, сховавшись в затишному місці перед тим, як вколитися, будуть по 45 хвилин струшувати заповнені дезінфікуючим розчином шприци з метою їх знезараження. Таким чином, у зв'язку з неадекватним використанням дезінфікуючих розчинів у в'язнів, які обмінюються ін'єкційним приладдям, може сформуватися помилкове відчуття безпеки».

У рекомендації 2006 р. «Європейські тюремні правила Комітету Міністрів Ради Європи» (52) підтверджуються положення про керування принципами зменшення шкоди та робиться акцент на тому, що «умови утримання у в'язницях, які порушують права людини ув'язнених, не виправдовуються браком ресурсів». У «Настановах з ВІЛ/СНІД і прав людини» (53) ЮНЕЙДС стверджує, що тюремна влада має надавати ув'язненим засоби для запобігання передаванню ВІЛ, включаючи «стерильний ін'єкційний інструментарій».

У 2007 р. ВООЗ представляє «Настанови щодо предметів першої необхідності у в'язниці в плані здоров'я» (54) з докладним аналізом переваг заходів зменшення шкоди у в'язницях, зокрема і реалізації ПОШ у в'язницях. ВООЗ наполегливо рекомендує ввести програми обміну голوک і шприців, незалежно від поточної поширеності ВІЛ-інфекції, якщо у тюремній владі є які-небудь докази того, що в тюрмі відбувається ін'єкційне вживання наркотиків. У настановах підкреслюється, що такі програми:

- не ставлять під загрозу безпеку персоналу або ув'язнених, а насправді роблять в'язниці більш безпечними для життя і роботи;
- не збільшують споживання наркотиків;
- знижують ризикову поведінку і передачу хвороб, включно з ВІЛ і гепатитом С;
- мають інші позитивні результати для здоров'я ув'язнених, в тому числі зниження кількості передозувань і збільшення кількості звернень до програм лікування;
- ефективні у різних в'язницях;
- успішно використовували різні методи поширення шприців для задоволення потреб, як персоналу, так і в'язнів;
- успішно поєднувалися з іншими програмами з профілактики та лікування наркотичної залежності у в'язницях.

У серії технічних рекомендацій ВООЗ, ЮНЕЙДС, УНЗ ООН «Ефективність інтервенцій з боротьби з ВІЛ у в'язницях – програми обміну голوک і шприців, дезінфектантів та ін.» (55) наполягають на тому, що «тюремній владі в країнах, яким загрожує епідемія ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, слід терміново ввести ПОШ і якомога швидше розширити масштаби їх реалізації. Чим вища поширеність вживання ін'єкційних наркотиків і пов'язаної з цим ризикованої поведінки у в'язниці, тим більш терміновим стає впровадження ПОШ у в'язницях:

- ув'язнені повинні мати простий, конфіденційний доступ до ПОШ.
- ув'язнені і персонал повинні отримувати інформацію про програми і брати участь в їх розробці та реалізації.
- ретельно оцінені пілотні програми ПОШ у в'язницях можуть бути важливі для дозволу впровадження цих програм, але вони не повинні затримувати впровадження ПОШ, особливо там, де вже є свідчення високого рівня ін'єкцій у в'язницях».

Там само наголошується на тому, що, на основі проведених досліджень переваг реалізації ПОШ у в'язницях, запровадження програм сприяє скороченню випадків передозувань і смертей, докорінно змінює способи, за допомогою яких медпрацівники і соцпрацівники в'язниць можуть проводити консультації з ув'язненими. Грамотно реалізовані ПОШ

допомагають у переспрямуванні бажаючих до програм лікування наркозалежності, ведуть до зменшення кількості абсцесів, зниження стресу серед ув'язнених, поліпшення відносин між ув'язненими і персоналом, підвищують обізнаність про передачу інфекцій і ризиковану поведінку.

Спільний документ ВООЗ, ЮНЕЙДС, УНЗ ООН, Програми Розвитку ООН (ПРООН) і Міжнародної Організації Праці (МОП) «Короткий огляд політики профілактики ВІЛ, лікування і догляду у в'язницях та інших закритих установах: комплексний пакет заходів», опублікований у 2013 р. (56), закріплює ПОШ серед найважливіших 15 інтервенцій у в'язницях, уточнюючи, що «ув'язнені, які вживають наркотики ін'єкційно, повинні мати простий і конфіденційний доступ до стерильного інструментарію, а також повинні отримувати інформацію про програми ПОШ». Рекомендації містять твердження про те, що «в країнах, де розвинене вживання ін'єкційних наркотиків, реалізації програм лікування наркозалежності, зокрема за допомогою опіоїдної замісної терапії, а також програм обміну шприців у в'язницях, повинні бути пріоритетним завданням».

Рекомендація ЮНЕЙДС 2015 року, яка була підготовлена до спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН «Підхід до проблеми наркотиків з точки зору охорони здоров'я та прав людини» (57), пропонує сприяти й оперативно «визнати, що тюремне ув'язнення збільшує ризик вживання наркотиків, зараження ВІЛ-інфекцією і появи інших порушень здоров'я» і пропонує «вжити заходів для проведення в місцях позбавлення волі програм зі зменшення шкоди, розширення доступності медичних послуг, паралельно здійснюючи кроки зі скороченню кількості людей, позбавлених волі за ненасильницькі злочини, пов'язані з наркотиками».

Починаючи з 2016 р. міжнародні програмні документи відносять ув'язнених до п'яти основних ключових груп (58), які є особливо вразливими до ВІЛ і часто не мають адекватного доступу до послуг профілактики та лікування. «Стислий виклад політик у сфері профілактики ВІЛ, діагностики та лікування серед ключових груп «ВООЗ (59) підкреслює, що «всі особи з ключових груп населення, які вживають ін'єкційні наркотики, повинні мати доступ до стерильного ін'єкційного інструментарію за допомогою програм обміну шприців».

У 2019 р. ПРООН, ВООЗ, ЮНЕЙДС випустили Міжнародні рекомендації з наркополітики та прав людини (60) з докладними рекомендаціями, що стосуються ув'язнених і їхніх прав на стандарт охорони здоров'я, еквівалентний тому, що надається в громадянському секторі, в тому числі про забезпечення безперервності реалізації послуг зменшення шкоди в МПВ і підготовки відповідного персоналу до впровадження таких програм.

Аналіз програм обміну шприців у місцях позбавлення волі

Тюремне ув'язнення є поширеною і повторюваною подією для більшості людей, що вживають наркотики ін'єкційно; протягом життя в місця позбавлення волі (МПВ) потрапляють від 40 до 85 % ЛВІН (61–63). Поточний або попередній досвід позбавлення волі пов'язаний із підвищеним ризиком вживання наркотиків за допомогою нестерильного інструментарію і високим ризиком інфікування ВІЛ та вірусними гепатитами серед ЛВІН (2,64–66). При цьому відомо, що тюремне населення динамічно розвивається завдяки постійному оновленню складу ув'язнених, тюремного персоналу і осіб, які відвідують ув'язнених в МПВ. Таким чином, значна частка ЛВІН в складі тюремного населення і «плинність ув'язнених» впливають на поширеність вірусних інфекцій як серед ув'язнених, так і серед широкого загалу (61,67).

Незважаючи на все це, тюремній владі в усьому світі дуже важко усвідомити факт, що «силові» і дорогі зусилля із запобігання потрапляння наркотиків до в'язниці мають дуже обмежений ефект і навпаки, сприяють тому, що ін'єкційне вживання наркотиків в МПВ стає ще більш ризикованим і небезпечним як для самих ув'язнених, так і для тих, хто їх оточує (68). У зв'язку з цим визначення заходів щодо зниження ризиків і спектр можливих медичних інтервенцій в контексті вживання наркотиків у в'язницях в рамках законодавств є вкрай складним. Однак, як показує досвід різних країн, не менш складно реалізувати будь-які з таких заходів навіть у тих випадках, коли для цього є відповідні законодавчі підстави. Незважаючи на заяву Всесвітньої організації охорони здоров'я (37), зроблену ще в 1993 р., в якій йде мова про те, що всі ув'язнені мають право на отримання медичної допомоги, включаючи профілактичні заходи, еквівалентні заходам, доступним широкому загалу, принцип еквівалентності в пенітенціарній системі реалізується дуже рідко (69).

Історія реалізації ПОШ у МПВ відрізняється різноманітністю і нелінійністю. Хоча рекомендації ВООЗ про необхідність надання доступу до послуг обміну шприців і голок є універсальними для всіх МПВ, в яких відбувають покарання ЛВІН і має місце ін'єкційне вживання наркотиків, в'язниць, в яких є такі програми, надзвичайно мало. Крім того, про програми в деяких країнах, які рапортують про існування ПОШ в своїх МПВ, відомо зовсім мало або нічого, крім самого факту, що ПОШ там реалізуються. Зокрема, про країни регіону СЕЦА, досвід яких в рамках цього дослідження становить найбільший інтерес, у відкритих джерелах представлена вочевидь недостатня кількість інформації. Винятком є лише досвід Молдови і її найстаріших в регіоні програм ПОШ у МПВ. Нестача інформації і задокументованого досвіду реалізації ПОШ у МПВ сама по собі є бар'єром для подальшого поширення цих практик в інших країнах, що в першу чергу необхідно врахувати і нам при складанні дорожньої карти подолання бар'єрів для реалізації ПОШ в українських в'язницях.

Незважаючи на безліч досліджень (70), які доводять зв'язок між ін'єкційним вживанням наркотиків, тюремним ув'язненням і підвищеними ризиками інфікування ВІЛ, у всьому світі реалізації програм зменшення шкоди в тюрмах залишається «наріжним каменем» профілактики ВІЛ. За даними звіту про глобальний стан зменшення шкоди від 2018 р. (71), тільки 10 країн у 2018 році реалізують програми обміну голок в мінімум одній в'язниці, це: Вірменія, Канада, Німеччина, Киргизстан, Люксембург, Македонія, Молдова, Іспанія, Швейцарія та Таджикистан.

ПОШ працюють у в'язницях тільки п'яти з 29 країн в євразійському регіоні: у Вірменії (в усіх в'язницях) (72), Киргизстані (у 7 в'язницях) (73), Македонії (подробіці відсутні), Молдові (у 18 в'язницях) (74), Таджикистані (в 1 в'язниці) (75). У Румунії також діють ПОШ в 9 з 45 в'язниць (76), однак, згідно з деякими даними, цими програмами не скористався жоден в'язень (77), оскільки в'язні повинні офіційно реєструватися для участі в них (74,78). Інформація про те, що ПОШ діють і на них є запит серед ув'язнених в Македонії, Вірменії та Таджикистані, з нашої точки зору, також недостовірною, так як будь-які подробіці, крім констатації факту реалізації ПОШ у МПВ у цих країнах, відсутні. Молдова є однією з небагатьох країн у регіоні, яка розширила масштаби ПОШ в місцях позбавлення волі, з 13 в'язниць в 2016 році до 18 в 2018 р. Тільки в чотирьох країнах Західної Європи надають такі програми: Іспанія (у всіх в'язницях) (79), Швейцарія (в 15 з 117 в'язниць) (80), Люксембург (в одній з двох в'язниць) (71) і Німеччина (в одній жіночій в'язниці) (71). В Італії, в 2017 р. Міністерством охорони здоров'я була запущена пілотна програма для поширення стерильного інструментарію після звільнення ув'язнених з чотирьох в'язниць (79).

У червні 2018 року, через 20 років після початку адвокаційних заходів на користь ПОШ у в'язницях, громадянському суспільству в Канаді нарешті вдалося домогтися прориву – пілотна ПОШ почала працювати в одній чоловічій федеральній в'язниці і в одній жіночій федеральній в'язниці, де люди відбувають покарання у вигляді позбавлення волі від двох років і більше, і планується розгорнути ініціативу в усіх федеральних в'язницях в найближчі роки (81). Через рік, у червні 2019 р., в одній з в'язниць Альберти (Drumheller federal prison) була відкрита кімната для безпечного ін'єкційного вживання (82). Однак особливості реалізації пілотної програми вже показують серйозні недопрацювання, які, ймовірно, обмежать доступ ув'язнених, тому захисники громадянського суспільства продовжуватимуть наполягати на кращій моделі, яка відображатиме принцип еквівалентності охорони здоров'я як у в'язниці, так і на свободі (83).

В австралійських в'язницях немає ПОШ (71), незважаючи на те, що ув'язнені були включені як ключова групи в національний план боротьби з наркотиками. А відсутність ПОШ у в'язницях було визнано серйозною перешкодою в боротьбі з епідемією гепатиту С (84). У 2016 році в звіті про глобальний стан зменшення шкоди повідомлялося про те, що уряд Австралії затвердив появу першої в країні ПОШ у в'язниці Канберри, проте ця програма була блокована союзом працівників в'язниць (85). Попри те що австралійський уряд продовжує надавати підтримку, жодного подальшого прогресу досягнуто не було (86). Як альтернатива ПОШ в австралійських в'язницях поширюється дезінфікуючий засіб «Fincol», який можна використовувати для стерилізації ін'єкційного інструментарію (87). Використання дезінфектанту є недостатнім для боротьби з епідемією гепатиту С і не може розглядатися як заміна ПОШ. Існують обмежені дані про ефективність «Fincol» у зниженні передачі вірусів, що передаються через кров (особливо такого стійкого вірусу як гепатит С), і люди, які вживають наркотики, повідомляють, що можливість «бути спійманим» під час ін'єкційного вживання працівниками в'язниці означає, що на практиці, при спільному вживанні, шприци часто не встигають дезінфікувати (87).

Аналіз кейсів ПОШ у МПВ: Західна Європа

Швейцарія

У 1992 році Швейцарія стала першою країною, де почали здійснюватися ПОШ у МПВ. Перша програма була організована на неофіційній основі в чоловічій в'язниці Обершонгрюн лікарем, який, проігнорувавши правила в'язниці, почав поширювати стерильні шприци серед пацієнтів, які вживали наркотики ін'єкційно. У 1994 р. у жіночій в'язниці Хіндельбанк було розпочато проведення офіційного пілотного проекту обміну голком. Основи проекту Хіндельбанк були закладені в 1991 році під час обстеження ув'язнених, що проводяться тюремним лікарем. Це обстеження виявило, що ув'язнені Хіндельбанк, які вживали наркотики ін'єкційно, користувалися у в'язниці спільними шприцями. Ґрунтуючись на цих даних, лікар запропонував організувати у в'язниці пілотну ПОШ. Ця пропозиція була підтримана Швейцарським федеральним управлінням охорони здоров'я. Після успішних випробувань і оцінювання проекту в Хіндельбанк ПОШ почала реалізовуватися ще в семи швейцарських в'язницях (88).

Ключовою особливістю впровадження ПОШ в швейцарських в'язницях є те, що в 1994 р. всі співробітники в'язниці Хіндельбанк, де розгорнулася перша офіційна ПОШ, пройшли цілий рік навчальних і освітніх семінарів з ВІЛ, ВГС, вживання наркотиків і інших тем в області охорони здоров'я, щоб підвищити обізнаність персоналу про ПОШ і підвищити кваліфікацію співробітників. Коли програма була нарешті введена, співробітники виправних установ відчували деяке побоювання, але не чинили опір її здійсненню (89).

У швейцарських в'язницях використовуються дві моделі ПОШ, а також їх поєднання в рамках реалізації ПОШ на території однієї виправної установи: надання стерильного інструментарію через тюремного лікаря (90) і через автоматичну розподільчу машину (91). Нові ув'язнені зустрічаються з медсестрою, відповідальною за забезпечення послугами ПОШ. Якщо нові ув'язнені погоджуються стати учасниками ПОШ, їм надається набір з одним шприцом і п'ятьма знімними голками (90). При цьому побудова відносин довіри із медсестрою є ключовим фактором успіху програми. Окрім можливості отримання стерильного інструментарію від медсестри, наприклад, в разі її відсутності, у швейцарських в'язницях були встановлені автоматичні розподільчі машини. Такі машини розміщені в «закритих», непрохідних місцях для забезпечення анонімності ув'язненим – учасникам ПОШ. У в'язниці Хіндельбанк шість таких розподільчих машин (91).

За даними на 2016 р., програми ПОШ у МПВ Швейцарії працюють в 15 з 114 в'язниць. При цьому послугами ПОШ ув'язнені користуються тільки у 5 в'язницях (92). Такий стан справ, ймовірно, можна пояснити загальною тенденцією до зменшення кількості ЛВІН в західноєвропейських країнах. Однак на окрему увагу заслуговує те, що, незважаючи на відсутність потреби у ПОШ в частині в'язниць, це не призводить до їх закриття.

Іспанія

Перші ініціативи зі зменшення шкоди були розпочаті в каталонських в'язницях у 1980-х роках і включали підвищення обізнаності про безпечні способи ін'єкційного вживання наркотиків і поширення гігієнічних пакетів, що містять щітки, леза і хлорвмісні засоби. У 1995 році неурядова організація, що консультує ув'язнених з питань зменшення шкоди у в'язниці Більбао, в якій містилися 250 чоловіків-ув'язнених, за допомогою своїх співробітників почала реалізовувати там ПОШ (93). Перевагу було надано цій моделі, а не автоматичній розподільчій машині, тому що НУО вже працювала у в'язниці і ув'язнені довіряли її працівникам. Всі ув'язнені і персонал отримали інформацію про програму, служба була доступна п'ять годин на день. Ув'язнені отримували ін'єкційні набори (аналогічні наявним в аптеках), що містили шприц, дистильовану воду, дезінфікуючий засіб, презерватив і жорсткий контейнер для перенесення використаних голок. Оцінка показала, що ув'язнені довіряли системі, і жоден в'язень не втратив ніяких привілеїв через свою участь у програмі. Персонал в'язниці не повідомляв про які-небудь проблеми безпеки. Крім того, програма перенаправляла ув'язнених в програми лікування наркозалежності (ЗПТ). Незважаючи на те, що ця програма не проводилася за принципом обміну інструментарію один до одного, запланований показник обміну – 80 % – був досягнутий (93).

У листопаді 1998 р. Головне тюремне управління випустило рекомендацію для всіх виправних установ, яка дозволяє здійснювати заходи зі зменшення шкоди, і запропонувало вивчити можливості проведення програм обміну голок. У червні 2001 року Головне тюремне управління видало директиву, що вимагає від усіх в'язниць здійснення програм обміну голок (94).

У Каталонії перший пілотний проєкт ПОШ було розпочато у 2003 р. Однак через серйозну протидію з боку профспілки тюремних працівників ПОШ не були доступні в каталонських в'язницях до 2010 р. За даними на 2016 р., ПОШ надаються в усіх каталонських в'язницях, за винятком центру Penitenciaciari d'Hommes de Barcelona, каталонського аналога СІЗО (79). Однак більшість лікарів і медсестер вважають, що відповідно до міжнародних рекомендацій ПОШ також слід надавати і там (95). ПОШ знаходяться у медичних центрах в'язниць і керуються їх співробітниками. Ув'язнені, що зареєстровані у програмі, можуть звертатися в медичний центр за стерильним ін'єкційним інструментарієм, не надаючи пояснень тюремним охоронцям або іншим особам, а також можуть зберігати

інструментарій в своїх камерах. З міркувань безпеки ємності для приготування розчину не включені в обов'язковий пакет для ін'єкційного вживання. Це свідчить про те, що тюремна програма не така повна порівняно з тією, яка надається на свободі. Це, разом з побоюваннями з приводу конфіденційності, може частково пояснити, чому тільки 5-6 % людей, що вживають наркотики ін'єкційно у в'язницях, реєструються у ПОШ (79).

Німеччина

У 1996 р. було отримано дозвіл на реалізацію пілотної ПОШ у в'язниці Фехта і в Лінгене. Розробка німецьких програм здійснювалася на основі співпраці між усіма рівнями тюремного персоналу, включаючи адміністрацію, тюремних службовців, медпрацівників, соціальних працівників і в'язнів на всіх етапах планування (96). Загальні цілі пілотних програм полягали в тому, щоб оцінити здійсненність, ступінь прийняття, ефективність і можливість поведінкових змін ув'язнених (96). Ув'язнені, включені в програму ОЗТ, були виключені з програми ПОШ. Правила були змінені, щоб дозволити зберігання шприца в спеціальному контейнері (в чашці) у зазначеному місці (в аптечках у камерах) (97).

Кожна в'язниця вибрала різні проекти для своїх програм (96). У жіночій в'язниці Фехта п'ять автоматичних розподільювачів були встановлені в доступних, але анонімних місцях в'язниці. У чоловічій в'язниці Лінген шприци поширювалися через консультантів у «контактному кафе». Ув'язнені могли приєднатися до програми, заявивши про своє бажання тюремному лікарю або консультанту.

Хоча спочатку серед співробітників в'язниць був високий рівень прийняття ПОШ (96), між двома в'язницями була деяка різниця. Персонал чоловічих в'язниць був більш стриманим щодо очікувань від програм. Кількість ув'язнених була високою, але інтерв'ю показало, що споживачі, які не вживають наркотики, розуміють, що ЛВІН отримують особливі привілеї. Ув'язнені підкреслювали, що навіть після початку реалізації ПОШ, стерильний інструментарій все ще залишався товаром для торгівлі у в'язниці, оскільки деякі ув'язнені не були залучені до програми. Тим не менш, вони також відзначили, що завдяки програмі відбулося зниження стресу і поліпшення відносин з охоронцями. У чоловічій в'язниці Лінген частина зацікавлених ув'язнених відмовилися від участі в програмі через відсутність анонімності і страху, що інформація про те, що вони є учасниками ПОШ, може вплинути на можливість умовно дострокового звільнення. Проте успіх пілотів привів до впровадження чотирьох додаткових ПОШ у Гамбурзі (дві програми) і Берліні (дві програми). Пілотні програми також продовжили свою роботу (98).

З 2001 року програми обміну голок в Німеччині піддаються політичним нападкам. У 2002 році були припинені програми обміну голок в жіночій в'язниці Ганноверсанд, чоловічій в'язниці Ам Хасенберге і відкритій в'язниці Вірландію (для чоловіків і жінок) в Гамбурзі. Рішення про припинення програм було прийнято правоцентристською коаліцією уряду, сформованою у вересні 2001 року, за відсутності будь-яких повідомлень або свідчень про проблеми, пов'язані з подібними програмами. Рішення про припинення існування програм було зроблено з політичних та ідеологічних мотивів. Проігнорувавши докази, що свідчили про успіх програм обміну голок у Німеччині протягом шести років, правляча коаліція скасувала всі заходи зі зменшення шкоди та висунула своєю головною метою в'язниці без наркотиків (99). У результаті на цей момент Німеччина скоротила ПОШ у МПВ до однієї програми, яка працює в одній жіночій в'язниці у Берліні (100).

Люксембург

Проект СІМТЕР (Consultation infirmière de maladies transmissibles aux établissements pénitentiaires – Консультація по догляді за хворими на інфекційні захворювання у в'язницях) був запущений в 2009 році в двох в'язницях у Люксембурзі (101). Метою проекту було надання спеціалізованих медичних послуг з ВІЛ, вірусних гепатитів, ПСШ та туберкульозу в місцях позбавлення волі. Проект включав низку заходів: освітні заняття щодо заходів первинної профілактики ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів для працівників охорони здоров'я, які працюють у в'язницях, і осіб, які перебувають під вартою, а також ПОШ у МПВ. У Люксембурзькій моделі ПОШ управляється медсестрами пенітенціарної установи. ЛВІН, що перебувають в ув'язненні і бажають увійти до програми, повинні запитати консультації в однієї з медсестер. Після реєстрації у програмі (вся інформація є конфіденційною), учасник отримує жорсткий пластиковий контейнер для зберігання і до двох стерильних шприців. Шприци обмінюються в розрахунок один до одного під час індивідуальних консультацій із однією з медсестер. Ув'язнені можуть подати запит на спеціальну консультацію з медсестрою протягом усього дня. Моніторинг послуги здійснюється постачальниками послуг при повному дотриманні анонімності учасників. Жодних несприятливих подій (наприклад, випадків насильства або травм) зареєстровано не було. Персонал пенітенціарних установ і, зокрема, охоронці виправних установ спочатку були проти цієї програми. Проведення спеціальних інформаційних сесій та участь в плануванні та оцінюванні програми зумовили терпиміше ставлення.

Аналіз кейсів ПОШ у МПВ: регіон СЄЦА

Молдова

Впровадження ПОШ у в'язницях Молдови було спільною ініціативою тюремного персоналу і громадянського суспільства (102). У 1997 році Департамент пенітенціарних установ у співпраці з НУО «Медична реформа у в'язницях» розробили проектну заявку щодо профілактики поширення ВІЛ/СНІДу/ПСШ в пенітенціарних установах. Співробітники НУО звернулися до керівництва Департаменту пенітенціарних установ з пропозицією організувати пілотний проект зі зменшення шкоди в одній із колоній Молдови. Основним аргументом необхідності пілотного проекту стало опитування ув'язнених, результати якого показали, що ув'язнені вживають наркотики ін'єкційно, і одним шприцом одночасно користуються більш ніж 10 осіб. Крім того, аргументом також стали програми зменшення шкоди, які довели свою ефективність серед ЛВІН на волі.

Пілотний проект в колонії у Бренешть впроваджувався повільно – за перші чотири-п'ять місяців з моменту початку реалізації вдалося обміняти лише 40-50 шприців, а послугами ПОШ на базі тюремної медсанчастини скористалися менше третини тих в'язнів, про яких було відомо, що вони вживають наркотики. Співробітники НУО та медсанчастини провели опитування ув'язнених щодо причин низької затребуваності ПОШ. З'ясувалося, що ув'язнені не наважуються скористатися послугами програми, оскільки не вірять в її анонімність та конфіденційність. Ще однією перешкодою було те, що медпрацівники не завжди опинялися на місці в потрібний момент. Пункт обміну був зазвичай відкритий в години роботи медперсоналу – близько восьми годин на день з понеділка по п'ятницю. Це означало, що вечорами і у вихідні можливість скористатися послугами проекту була обмежена або відсутня.

Співробітники НУО та адміністрація колонії розробили план зміни проекту. Вони вирішили, що обмін буде здійснюватися силами самих ув'язнених – спеціально навчених роботі волонтерів-аутричів. На другій стадії реалізації проекту вісім волонтерів з ув'язнених були навчені роботі зі зменшення шкоди на чотирьох об'єктах в житлових

блоках колонії (приміщення барачного типу з одночасним проживанням від 70 і більше осіб). Для роботи на кожному об'єкті були призначені по два волонтери-аутричі, які видавали необхідні матеріали із запасів, що зберігалися в окремій шафі або тумбочці неподалік від їх житлової зони. Послуги проекту стали доступними 24 години на добу, сім днів на тиждень, оскільки клієнти і постачальники послуг жили в одному приміщенні або по сусідству. Волонтери були ретельно відібрані з-поміж ув'язнених і, згідно з негласним тюремним кодексом поведінки, ніколи і нікому не повідомляли про те, хто до них звертався. Волонтерами ведеться облік тільки кількості виданих шприців, презервативів, але не імен та прізвищ. Відомості про кількість виданих матеріалів передаються начальнику медсанчастини. Вся робота ведеться у співпраці з тюремним лікарем. Лікар виступає у ролі супервізора проекту і як з'єднувальна ланка між волонтерами, персоналом колонії та співробітниками НУО.

У своєму зміненому вигляді проект завершив пілотну фазу і був реалізований у другій виправній установі – колонії № 4 м. Крікова – у 2002 році. До кінця 2007 р. НУО вже були організовані служби зменшення шкоди у шести виправних установах, а в 2008 р. до них додалася ще одна колонія. На даний момент ПОШ працюють у 18 виправних установах Молдови, тобто у всіх, крім однієї. Таким чином, проект реалізації ПОШ у МПВ в Молдові на сьогодні є наймасштабнішим у світі.

Один із найважливіших уроків, який можна винести із досвіду Молдови, полягає в тому, що успіху ініціатив зі зменшення шкоди дуже сприяє активна участь і сприяння з боку керівництва найвищого рівня. Як генеральний директор, так і керівник медичного відділу Департаменту пенітенціарних установ Молдови вже на ранніх етапах активно підтримали ідею реалізації ПОШ у МПВ. Вони не побоялися скористатися своїм авторитетом, щоб допомогти програмам перебороти потенційні і реальні перешкоди. Вони віддавали розпорядження організувати ПОШ адміністраціям в'язниць на місцевому рівні і в повній мірі співпрацювати з організаціями громадянського суспільства. Навіть у випадку початкового неприйняття проекту їхні підлеглі зобов'язані були виконувати наказ. Досвід показав, що ставлення до проекту на місцях змінилося на краще, як тільки з персоналом була проведена роз'яснювальна робота і стали помітні позитивні результати програми.

Киргизстан

Профілактичні програми у в'язницях почали реалізовувати ще в 1998 році, навіть раніше, ніж був виявлений перший випадок зараження ВІЛ (103). Спочатку ці заходи включали інформаційні програми для ув'язнених і персоналу в'язниць. У лютому 2001 року Головне управління з кримінальних покарань і відділ виправних установ випустили наказ «Про профілактику ВІЛ/СНІД у виправних установах Киргизстану», який закликав в'язниці вжити невідкладних заходів для попередження поширення ВІЛ-інфекції серед ув'язнених. На підставі цього наказу почалася реалізація різних програм з профілактики ВІЛ-інфекції та ініціатив зі зменшення шкоди. Ці програми включали заходи щодо: забезпечення презервативами і дезінфікуючими засобами, інформування ув'язнених і персоналу про профілактику ВІЛ-інфекції, навчання за принципом «рівний – рівному» та добровільне тестування на ВІЛ.

У жовтні 2002 року у в'язниці ІК-47, виправному закладі суворого режиму, почав здійснюватися пілотний проект ПОШ (103). Проект надавав послуги приблизно 50 ув'язненим, в середньому за день обмінювали близько 50 шприців. Було вирішено, що обмін голок буде відбуватися у приміщенні, де охоронці не зможуть побачити ув'язнених. Обмін шприців став здійснюватися в наркологічному відділенні Центральної тюремної лікарні. Пілотний проект також використовував модель Молдови – серед ув'язнених були

рекрутовані волонтери для обміну шприців і консультування. Координатори проекту виявили, що необхідно використовувати обидві моделі.

На початку 2003 року вийшов наказ, що схвалює забезпечення стерильними голками усіх ув'язнених Киргизстану (94). До вересня 2003 року програми обміну голок здійснювалися в шести з 11 в'язниць Киргизстану (в п'яти чоловічих в'язницях і в одній жіночій). У лютому 2004 року було отримано фінансування для реалізації ПОШ у всіх 11 в'язницях, і до квітня 2004 року стерильний інструментарій став доступний всім ув'язненим (94).

У всіх 11 виправних установах ПОШ реалізується за підтримки волонтерів серед ув'язнених, які пройшли тренінг з аутрич-роботи за принципом «рівний – рівному», що проводився тюремним медичним персоналом. Така модель була прийнята у зв'язку із занепокоєнням з приводу того, що медпункт був єдиним місцем, де ув'язнені могли обмінювати шприци. Оскільки голки могли бути отримані тільки в медпункті протягом денних годин його роботи, а більшість заходів, пов'язаних із вживанням наркотиків, відбувалися ввечері, деякі ув'язнені, які не споживали наркотики, брали стерильні голки вдень і продавали їх вночі тим, хто вживав. Цю проблему усунули завдяки повсюдному прийняттю моделі «рівний – рівному». Через те, що волонтери ПОШ жили у тих самих тюремних камерах, вони могли роздавати стерильні голки 24 години на добу, і продаж стерильних шприців повністю припинився. На даний момент ПОШ діють у 7 в'язницях Киргизстану (71).

Таджикистан

За даними ВООЗ на 2014 р., в пенітенціарній системі Таджикистану були впроваджені послуги з тестування на ВІЛ, розповсюдження презервативів та дезінфікуючих засобів (75). Пілотний проект ПОШ був реалізований тільки в одній в'язниці у 2010 р. в Душанбе і прийняв в цілому 38 клієнтів. Реалізація програм ЗПТ у в'язницях перебуває на стадії розгляду, хоча керівні принципи ЗПТ у в'язницях були розроблені і затверджені. Неурядовим організаціям дозволено здійснювати освітні проекти по ВІЛ у в'язницях, але дефіцит фінансування зупинив цю діяльність. Будь-які дані про ефективність цих програм відсутні. У 2014 р. Фонд СНІД Схід-Захід (AFEW) передбачав реалізацію проекту у в'язницях, і кілька НУО брали участь в роботі з колишніми ув'язненими, але будь-яких даних про долю цих або інших програм нами не було знайдено. За даними Звіту про глобальний стан зменшення шкоди від 2018 р., ПОШ діє в одній таджицькій в'язниці. Ми припускаємо, що дані можуть бути застарілими.

Пілотні проекти ПОШ у МПВ, які були узгоджені, але не були запущені або затребовані серед ув'язнених

Португалія

У 2008–2009 роках у Лісабоні і Пасос-де-Феррейра був затверджений пілотний проект ПОШ (93). Це рішення було частиною ширшої стратегії щодо зниження захворюваності на ВІЛ та вірусні гепатити в МПВ за рахунок зниження ризикованої поведінки, пов'язаної з ін'єкційним вживанням наркотиків, практиками небезпечного сексу, пірсингом і татуваннями, а також ін'єкційним вживанням стероїдів. Учасник програми міг отримати набір з двома шприцями, фільтрами, дезінфікуючими серветками, чистою чашкою, лимонною кислотою, дистильованою водою і презервативом. Правила полягали у тому, що комплект повинен зберігатися всередині спеціальної коробки; якщо камеру оглядали, в'язень повинен був заявити, що у нього є комплект; щоб оновити склад комплекту, учасник програми мав передати його за межами камери.

Оцінка результатів пілотної програми показала, що причини відмови від участі були пов'язані з тим, що більшість ув'язнених побоювалися дискримінації, збільшення терміну ув'язнення, відсутності конфіденційності і не хотіли повідомляти про те, що вживають наркотики. Протягом 12 місяців реалізації пілотної ПОШ шприци не обмінюються у жодній в'язниці (47).

Білорусь

У квітні 2003 року пілотна програма ПОШ була ініційована в Мінську, у в'язниці з населенням 2000 осіб (103). Це місце обрали на підставі наявності наукових і медичних фахівців, а також у зв'язку з тим, що там розміщена Національна лікарня, яка забезпечує первинну допомогу всім відомим ВІЛ-інфікованим білоруським ув'язненим. Пілотний проект використовував молдовську модель – 20 волонтерів з-поміж ув'язнених роздавали стерильний інструментарій ув'язненим, ґрунтуючись на принципі «рівний – рівному». Міністерство внутрішніх справ заявляло, що готове розширити ПОШ по всій країні, хоча забезпечення фінансування такої ініціативи було серйозною перешкодою для досягнення цієї мети. Жодних документів, які свідчать про те, що програми дійсно працювали і як це відбувалося, не було знайдено. Відомо, що зараз ПОШ у МПВ Білорусі не реалізуються.

Україна

У 2005 році ДКВСУ прийняла рішення почати проведення пілотних ПОШ у двох в'язницях в 2006 році (104). Пілотними були обрані дві колонії – № 48 у Львові і колонія № 53 у Миколаєві. У рамках підготовки до запуску цих проектів на початку 2006 року була організована конференція і три тренінги щодо здійснення програм в листопаді і грудні 2005 року. У двох тренінгах брали участь співробітники двох в'язниць, у яких було заплановано розпочати пілотні проекти. У зв'язку з подальшими політичними подіями пілотні ПОШ так і не були реалізовані.

Моделі впровадження ПОШ у слідчих ізоляторах та установах виконання покарань

Таким чином, якщо узагальнити світовий досвід реалізації програм обміну шприців місцях позбавлення волі, можна виділити чотири основні моделі, у кожній з яких є свої переваги і недоліки.

Автоматичні розподільчі машини з обміну шприців (шприцемат): ці пристрої можуть бути встановлені у різних місцях у в'язниці. Як правило, ув'язнений поміщає використаний шприц у паз, тягне важіль, і машина видає стерильний шприц. Також можуть бути доступні інші приладдя для ін'єкцій зверху (на машині) або поруч з машинами. Такі машини забезпечують високий ступінь доступності та анонімності за умови, що вони знаходяться не в публічному (прохідному) місці чи під наглядом. Однак вони не передбачають можливості для консультування чи підтримки з боку персоналу. Крім того, запаси інструментарію мають поповнюватися, відповідно, має існувати персонал, який буде за цим стежити.

Підхід «рівний – рівному»: у цій моделі ув'язнені отримують інструментарій безпосередньо від ув'язнених, які пройшли спеціальну підготовку. Такий підхід забезпечує анонімність користувачів послуг щодо медичного обслуговування або іншого персоналу в'язниці. Рівні волонтери також надають інформацію та інші послуги зменшення шкоди (наприклад, презервативи). Ця модель дозволяє отримати високий рівень доступу до стерильного ін'єкційного обладнання, оскільки рівні волонтери знаходяться на місці і доступні ввечері та у вихідні дні. Можливі недоліки цієї моделі включають труднощі в отриманні більш точної інформації про здоров'я (порівняно з медичними працівниками).

Соціальні працівники НУО: в цій моделі стерильний інструментарій поширюється соціальними працівниками, які не працюють у пенітенціарній системі. Це може забезпечити ширшу участь у програмі, оскільки страхи ув'язнених з приводу конфіденційності можуть бути подолані, позаяк про участь ув'язненого в обміні шприців може бути відомо тільки співробітникам НУО. Ця модель також може сприяти створенню тісніших зв'язків з локальними НУО, які надають медичні та соціальні послуги та можуть сприяти безперервності догляду, а також можуть бути корисні ув'язненим після звільнення. Однак доступ до інструментарію в цьому випадку напряму залежить від того, як часто соціальні працівники НУО можуть «заходити» до в'язниць.

Медсанчастина/медпрацівники: ув'язнені отримують інструментарій від в'язничних медсестер, лікарів або інших працівників медсанчастини. Цей підхід включає особистий контакт і консультування з боку медичних працівників. Однак в деяких в'язничних контекстах ця модель може призвести до відсутності конфіденційності, що може значним чином обмежити участь ув'язнених у програмі, і деякі ув'язнені можуть відчувати дискомфорт при зверненні до медпрацівників. Крім того, доступ до інструментарію в такому випадку залежить від годин роботи і присутності медичного персоналу на робочому місці.

У "Посібнику із запуску та керуванню програмами обміну голок і шприців у тюрмах та інших закритих установах" (93), реалізація ПОШ в МПВ описується як недорогий та економічно ефективний проект, якщо його добре розробити та реалізувати. Бюджет буде залежати від моделі забезпечення стерильними шприцами та голками і повинен включати прямі та непрямі витрати.

Прямі витрати:

Шприци, голки та інший інструментарій

Прямі витрати обчислити порівняно просто. Шприци та голки, як правило, недорогі, і їх можна отримати досить дешево оптом через медичну частину в'язниці. Це стосується також додаткових пристосувань для ін'єкцій, футлярів і безпечних ящиків для утилізації використаних голок.

Шприцемати

Якщо обмін здійснюватиметься за допомогою шприцематів, бюджет повинен включати вартість цих машин. Наприклад, орієнтовна вартість одиниці кожної з обмінних машин, що використовується в Швейцарії, становить 6500 доларів США, плюс витрати на обслуговування.

Витрати на персонал

Попит на персонал залежатиме від розробки програми, чисельності цільової сукупності та від того, чи буде програма частково або повністю реалізована зовнішнім агентством або рівними волонтерами з числа ув'язнених. Діяльність, яку слід враховувати:

- навчання персоналу установ та засуджених;
- консультування ув'язнених;
- управління запасами інструментарію;
- контроль, координація та моніторинг програми.

Деякі **непрямі витрати** стосуватимуться персоналу в'язниці. Ці витрати будуть вище на початковій фазі і можуть включати робочий час:

- лікарів / медсестер / іншого медичного персоналу;

- адвокація (проведення візитів політиків, ЗМІ, суддів, інших фахівців);
- моніторинг та оцінка.

Висновки щодо міжнародного досвіду впровадження ПОШ у МПВ

1. Протягом останніх тридцяти років змінювався тон глобальних рекомендацій – від м'яких формулювань доцільності введення ПОШ у в'язницях до суворих, наполегливих, обов'язкових до виконання приписів реалізації ПОШ у місцях позбавлення волі. До декларацій приєднувалися все більше міжнародних, міжурядових організацій, які консолідували пропозиції і розробляли спільні заяви щодо пріоритетності завдань, пов'язаних із важливістю роботи ПОШ у МПВ. У дорожніх картах, розроблених для впровадження ПОШ у в'язничній практиці, зростала доказова база, заснована на дослідженнях роботи ПОШ у різних в'язницях і в різних пенітенціарних системах. Розвінчувались міфи, які циркулювали у суспільстві та серед людей, які приймають рішення, демонструвалися переваги, що приносить робота ПОШ у в'язницях, які виходять далеко за рамки охорони здоров'я. Нарешті, віднесення ув'язнених до п'яти основних ключових груп у 2016 р. і відповідне посилення уваги до ув'язнених у контексті протидії ВІЛ/СНІДу передбачає прийняття всеохопних міждержавних угод і зобов'язань, в тому числі спрямованих на законодавче закріплення реалізації програм обміну шприців у в'язницях на рівні країн.

2. Аналіз реалізованих програм ПОШ у МПВ дозволяє говорити про те, що навіть попри успішний досвід реалізації подібних проектів у окремих випадках (Швеція, Іспанія, Молдова, Киргизстан), ймовірність їх неочікуваного завершення залишається великою (Німеччина). До того ж, підставою, як для початку, так і для завершення програм може бути одна і та сама причина – так звана «політична воля», яка добре проглядається у кейсах Німеччини і Молдови. У випадку Німеччини, прихід до влади правоцентристської партії означав повернення консервативної ідеологічної домінанти, відповідно – згортання таких ідеологічно «суперечливих» ініціатив, як ПОШ у в'язницях. У випадку Молдови підтримка на найвищих рівнях влади гарантувала не лише продовження існування програми, а і її постійне розширення.

3. Одним з ключових принципів успішної реалізації ПОШ у МПВ є можливість налагодження довірливих стосунків із ув'язненими, відсутність яких призводить до незатребуваності навіть пілотних ПОШ і їх швидкого завершення. Відповідний розділ цього звіту пропонує на розгляд декілька моделей реалізації ПОШ у МПВ, які можуть бути використані як самостійно, так і у поєднанні одна з одною. Для розуміння того, яким чином можуть бути вибудовані довірливі стосунки із ув'язненими, хто може бути посередником у комунікації і яка модель ПОШ має бути задіяна, необхідно розуміти контекст тих країн і в'язниць, у яких реалізується описувана ініціатива.

4. Відсутність задокументованого досвіду реалізації ПОШ у МПВ у Вірменії, Македонії, Румунії та Таджикистані дозволяє припустити, що програми можуть не працювати там насправді, хоча вказані країни продовжують звітувати про їх поточну реалізацію. Вірогідно, схожа ситуація склалася в Білорусі, однак ніякої інформації з цього приводу не збереглося. Досвід Португалії, де програми були запущені, але не були затребувані, задокументований та описаний. Варто підкреслити, що незатребуваність ПОШ у МПВ – реакція ув'язнених, яка трапляється не так і поодинокі. З одного боку, це говорить про те, що контекст ув'язнення у різних країнах пов'язаний зі схожими характеристиками – відсутністю довіри до адміністрації, охорони і медпрацівників, страхом збільшення строку ув'язнення/втрати права на дострокове звільнення, відсутністю конфіденційності як правила тощо. З іншого боку, така реакція передбачувана і не має призводити до завершення пілотних програм, навпаки – це може слугувати стимулом до використання інших можливостей для надання послуг ПОШ у МПВ, заснованих на вивченні потреб як ув'язнених, так і в'язничних працівників (як це було зроблено у Молдові).

5. Реалізація ПОШ в МПВ - недорогий та економічно ефективний проект, якщо його добре розробити та реалізувати. Бюджет буде залежати від моделі забезпечення стерильними шприцями та голками і повинен включати прямі та непрямі витрати.

Висновки про наявність легальних підстав для реалізації ПОШ у МПВ в Україні

Повний аналіз національних законодавчих і нормативно-правових документів про наявність легальних підстав для реалізації ПОШ в слідчих ізоляторах та установах виконання покарань в Україні подано в [Додатку 3](#).

1. Законом України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (105) встановлено, що держава гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним шляхом, зокрема за допомогою створення умов для заміни використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією.

2. Правилами внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України, затверджених наказом Міністерства юстиції України від 14 червня 2019 № 1769/5, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 18 червня 2019 р. за № 633/33604 (106), особам, узятим під варту, не заборонено використання і зберігання при собі стерильних шприців і голок, однак не визначений механізм їх отримання (крім випадків необхідності цілодобового невідкладного прийому препаратів і підтримки життєдіяльності організму).

3. Правилами внутрішнього розпорядку установ виконання покарань, затверджених наказом Міністерства юстиції України від 28.08.2018 № 2823/5, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 5 вересня 2018 р. за № 1010/32462 (107), засудженим дозволяється користуватися і зберігати при собі медичні вироби, необхідні для підтримки життєдіяльності організму, за наявності відповідного медичного висновку. Аналіз нормативно-правових та організаційно розпорядчих актів у цій сфері дає підстави вважати, що ув'язнені можуть користуватися і зберігати при собі медичні вироби (шприци та голки), зокрема, за наявності в ув'язненого захворювання на цукровий діабет і призначення йому інсулінотерапії.

Разом з тим відповідно до Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі, затвердженого наказом Міністерства юстиції України, Міністерства охорони здоров'я України від 15 серпня 2014 № 1348/5/572, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 20 серпня 2014 р. за № 990/25767 (108), отримані від родичів засуджених або інших осіб лікарські засоби (їх аналоги) і вироби медичного призначення зберігаються в установах охорони здоров'я ДКВС в окремих шафах.

У зв'язку з цим зазначаємо, що відповідно до роз'яснення Міністерства юстиції України (109) в разі існування неузгодженості між нормами, виданими одним і тим самим нормотворчим органом, застосовується акт, виданий пізніше, навіть якщо прийнятий раніше акт не втратив своєї актуальності. Така неузгодженість може виникнути внаслідок того, що ухвалення нової норми не завжди супроводжується скасуванням «застарілих» норм з того самого питання.

Аналіз результатів операційного дослідження

Далі в обговоренні результатів дослідження будуть використані анонімізовані фрагменти інтерв'ю, підписані індивідуальним кодом інформанта. Розшифрування перших літер використаних при кодуванні інформантів: Е – експерти, АО – працівники відділень оперативно-розшукової роботи, АС – працівники відділень соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими, М – медичні працівники ЦОЗ ДКВС, ЗР – ув'язнені-повторно засуджені до позбавлення волі, ЗП – ув'язнені-вперше засуджені до позбавлення волі, СР – соцпрацівники НУО, І (І) – інтерв'юєр, Р1 і Р2 – респондент.

Поширеність ін'єкційного вживання наркотиків в УВП і СІЗО

Оціночна кількість ЛВІН, що опиняються в МПВ, не може ґрунтуватися на кількості людей, які відбувають покарання тільки за статтями, пов'язаними з наркотиками (ст. 305–322 ККУ), і має брати до уваги значну частину людей, засуджених за іншими статтями. Зокрема, серед 40 опитаних ЛВІН з нещодавнім досвідом ув'язнення (до одного року після звільнення) тільки 14 були засуджені виключно за статтею за наркотики (307, 309), решта 26 були засуджені як за зберігання і розповсюдження наркотиків, так і за злочини, вчинені з метою подальшого придбання наркотиків, тобто за статтями 185–187 (крадіжка, грабіж, розбій). Оціночна кількість ув'язнених, які вживають, перебуваючи в ув'язненні, може бути досить точно визначена як медпрацівниками, які не спеціалізуються на наркології, так і працівниками оперслужби і соціально-психологічного відділу, які не тільки працюють спільно з метою виявлення і попередження порушень правил внутрішнього розпорядку, а й дублюють обов'язки один одного (*«Щодня проводити обхід відділення з метою огляду технічного стану приміщення, виявлення предметів, виробів і речовин, зберігання яких засудженим заборонено»* – з *«Обов'язків начальника відділення соціально-психологічної служби»*). Однак варто розуміти, що ці цифри можуть бути занижені для демонстрації ефективної роботи з попередження потрапляння наркотиків в МПВ.

Для розуміння масштабів поширеності ін'єкційного вживання наркотиків в тому чи іншому закладі або регіоні інформантам ставили три послідовних запитання: (1) На вашу думку, як багато людей серед засуджених вживали наркотики ін'єкційно до того, як потрапили в ув'язнення? (2) Як ви вважаєте, скільки з них і далі вживають наркотики ін'єкційно, перебуваючи в ув'язненні? (3) Чи є серед засуджених ті, хто не вживав наркотики до початку відбування покарання, але почав вживати в ув'язненні? Залежно від типу інформантів питання конкретизувалося. Наприклад, у працівників колоній запитували про

колонію, в якій вони працюють; у засуджених, які вийшли на волю, – про ті колонії, в яких вони відбували покарання тощо. Показово, що відповіді на перше питання здебільшого були приблизно однаковими серед усіх типів інформантів з розподілом кількості тих, які вживали наркотики, залежно від типу установи – від 30 до 90 %. Хоча в окремі спеціалізовані колонії споживачі наркотиків можуть не потрапляти або потрапляти в поодиноких випадках (наприклад, колонія для засуджених, які вчинили злочини з необережності (ДТП)). На друге питання про засуджених, які продовжують вживати в МПВ, відповіді різнилися від тих самих 90 % в чоловічих колоніях середнього режиму безпеки (як з точки зору працівників МПВ, так і колишніх засуджених) до 40 % у виправних центрах з обмеженням волі і мінімуму або повної відсутності вживання наркотиків в жіночих колоніях, де, за словами працівників, адміністрація повністю контролює поведінку ув'язнених в УВП. На третє питання про тих, хто почав вживати наркотики в МПВ, відповіді розподілялися відповідно до попередніх – від 0 до 10 %.

«Який режим в СІЗО, такий і на колонії»

Як зауважив один із наших інформантів:

Який режим в СІЗО, такий і на колонії. Якщо людина тут знаходиться під жорстким пресом, в СІЗО, то, потрапляючи в колонію, вона не буде почуватися спокійно», АОЛКРОбч. В інших інтерв'ю немає суттєвих протиріч цій тезі. У чотирьох СІЗО медпрацівники ЦОЗ, співробітники відділень оперативно-розшукової і соціально-виховної та психологічної роботи визначали кількість тих, хто вживав наркотики до ув'язнення, як 50–90 %, а кількість людей, які продовжують вживати в СІЗО, від 20 до 70 %.

У таких відповідях немає нічого неочікуваного, бо людина, яка потрапляє в СІЗО після тривалого вживання наркотиків, якій, як правило, не надають адекватної медичної допомоги саме у зв'язку з вживанням наркотиків, буде шукати і знаходити доступ до наркотику будь-яким способом. Звичайно, є люди, які з різних причин відмовляються від вживання, але, згідно з визначенням Міжнародної класифікації хвороб, наркозалежність є хронічною рецидивуючою хворобою (110), а ненадання адекватної медичної допомоги, хоча б з детоксикацією, розглядається як порушення права на свободу від катувань і доступу до лікування у МПВ (111).

Чоловічі колонії

Після винесення вироку частина засуджених залишається відбувати покарання у СІЗО, а велика частина перерозподіляється в різні типи УВП. Співробітники колоній Центрального міжрегіонального управління (до якого належать Київ і Київська область, зокрема), говорячи про людей, що вживають наркотики в колоніях, називають цифри від 30 до 90 %, звертаючи увагу, що в колоніях, де утримуються «рецидивісти», кількість тих, хто вживає, може зростати.

Зрозумілі і логічні роздуми співробітників колоній, якими вони аргументують ці цифри: *«Думаю, за бажання, за можливості, хто вживає, хто залежний, той і продовжує. Скільки це відсотків у співвідношенні? Думаю, кожен, хто цим займається (на волі), буде продовжувати і шукати шляхи його досягнення (тут)», АСКЕМ20ч.*

На відміну від Центрального управління ДКВС співробітники колоній інших міжрегіональних управлінь більш обережно говорять про вживання наркотиків у тих УВП, в яких вони працюють, посиляючись не на свій досвід, а на слова ув'язнених, яким не можна

довіряти, на їхню думку: «Ну, половина... Ну, відсотків 20. Ну, не 20. Візьмемо, 10. Кажуть, що я коловся і буду колотися», АООКС15ч+.

В цьому випадку можна використовувати думку соцпрацівника регіонального НУО, який працює у тюремному проєкті з профілактики ВІЛ в тих самих УПВ:

«80 %. Напевно, 50 % – це системник. Тобто це системно вживають, які вже двіжуху влаштовують. 30 % – це раз на тиждень, коли грошики є. Є 10–15, які ні за що, ніколи, краще горілку, краще спирт», СРЛОА7ч.

Водночас, співробітники УВП, не називаючи прямо цифри, були готові поділитися своїми міркуваннями, чому так відбувається. Працівник відділення оперативно-розшукової роботи однієї з колоній Західного міжрегіонального управління пояснює, як йому бачиться ідеальний варіант і той, який існує:

«І навіть вже в нашій установі це само собою, я маю на увазі в середньому це само собою, а для цих осіб, які вже є наркоманами, це, в першу чергу, треба звертати увагу на установи, куди вони вперше потрапляють. Взагалі, засуджена людина, яка має якийсь порушення закону, вона, в першу чергу, куди потрапляє? В слідчий ізолятор. І вже від цього моменту потрібно з нею працювати, я не знаю, чи медичній службі, чи відповідним організаціям. Якщо вона перебуває як наркоман чи має схильність до вживання. Тому що, коли вже був у слідчому ізоляторі, потім був в установі для вперше засуджених, потім ще має проблеми із законом і потрапляє до нас, то це вже такий, знаєте, завзятий наркоман. АОЛКА07ч-

Виправні центри

За словами опитаних працівників двох виправних центрів (ВЦ), кількість людей, які вживають наркотики в стінах цих центрів, коливається між 10 і 40 %.

При цьому у виправних центрах, в яких діє режим обмеження волі, перетинаються два потоки засуджених: одні потрапляють туди за рішенням суду за незначні правопорушення, інші – в результаті полегшення вироку. Можна припустити, що люди, які відбувають покарання у МПВ вперше, отримують «кримінальну освіту» при взаємодії з людьми, котрі скоїли тяжкі злочини (або не тяжкі, але не один раз), але відбувають частину терміну в полегшених умовах. Це, зокрема, може призводити до того, що такі «новачки» можуть навіть вперше долучатися до вживання наркотиків у виправних центрах:

«За хорошу поведінку, за сумлінну працю, вони по суду були переведені сюди. І, природно, що сидять в СІЗО, вони по етапу приїхали до нас для подальшого перебування. Тобто тут у нас різношерста публіка. Починаючи банально від «аліментників», раніше не судимих, і закінчуючи рецидивістами, які все своє свідоме життя провели в тюрмах. Така «збірна солянка», як їх називають. Я вважаю, з точки закону, це вже неправильно. Ну як це – людина раніше не судима, яка раніше не відбувала покарання в колоніях, стикається з людьми, які все своє життя тут провели», АОДКА23ч-

Жіночі колонії

Значна увага в цьому дослідженні була приділена жіночим колоніям, в яких, за даними ЦОЗ ДКВС, зафіксовано високий відсоток поширеності ВІЛ (до 30 %). В ході дослідження було опитано 15 співробітників п'яти жіночих колоній, включно з медпрацівниками (всього в

Україні 11 жіночих УВП). На питання про те, скільки жінок вживали наркотики до ув'язнення, співробітники жіночих УВП назвали від понад 50% до 100%.

При цьому відповідь на питання про те, скільки жінок продовжують вживання наркотиків, продемонструвала практично повну однотайність – в жіночих колоніях немає наркотиків. Тільки в декількох висловлюваннях трапляється абстрактне підтвердження вживання наркотиків серед жінок в процесі відбування покарання, наприклад таке: *«Наркомани є тут. Наркомани, які сидять за вживання»*, АСОЕА14ж, а один працівник відділення оперативно-розшукової роботи оцінив масштаби вживання в своїй жіночій колонії як 10 %:

«Зі 100 осіб може бути, із загальної маси, людей 10, наприклад, кому кортить, вони сильно хочуть. Але вони ж змінюються, і плюс – багато тих, хто хотів би вколотися», АОЧКА23ч.

Однак, навіть у тих колоніях, у яких співробітники висловили однотайну думку про відсутність наркотиків, в інтерв'ю з жінками з-поміж колишніх ув'язнених була отримана інформація, яка спростовує її:

«І ось на таборі я вже спробувала метадон, мені його принесли, мені його приготували, я його вколола. І це було зовсім різне почуття, і він набагато... ну довше діяв, ніж звичайний вуличний метадон. І він дешевший набагато. Так я за 600–700 гривень можу купити 10 таблеток, а так я за 400 гривень чек купую, плюс ноги, плюс ще кілька нюансів», ЗПКВМ14ж

Крім того, інформантки з колишніх ув'язнених звернули увагу на інші частини тюремного ув'язнення, серед яких СІЗО, етапування в колонію і лікарня. Так, з приводу можливостей для вживання в СІЗО, інформантки розповідали про подібний досвід у різних регіонах:

«А у дівчаток вже було все налагоджено. У них було 2 шприци, по-моєму, 5-кубових. Я не знаю, з якою періодичністю вони їх міняли. Але думаю, що, напевно, місяці 2-3, кололися всі 6 осіб цими двома шприцями, дзвонили хлопцям, і через хлопців вони вирішували. Ну, як я чую по телефону, що вона розмовляє з мужиком. Тобто моє завдання було тільки скинути гроші на певну картку, і все. Добре, коли все налагоджено нібито. Спочатку я там кололась ширевом, а потім мені сказали, що дивіться... якщо ширевом ти колеєшся, тебе тримає годину, 2-3, то метадоном ти колеєшся добу, і це набагато дешевше. Хоча ніхто не пояснив, що це набагато гірше. Воно все погано, але це взагалі гірше», ЗПДВТ25ж

А про можливості жінок вживати наркотики в тюремній лікарні розповіла одна зі співробітниць відділення оперативно-розшукової роботи і одна з колишніх ув'язнених:

«Бувають такі моменти, що засуджена, яка вибула на лікування в лікарню... Коротше, дізнаємося інформацію про те, що вона там вживає. Ну, трави покурила там. Або якихось там амфетамінів обжерлася, наковталася чого. Ну, в загальному. Різні там є у них ласощі», ООЕИ14Ж

«Там є чорний двіж, там можна і з хлопчиками поговорити. І навіть якщо заплатити охоронцям, то можна і з хлопчиками вийти. Але я такого не робила звичайно... Так, там можна було, і знала, що там виходили і на баню, і чорні наркотики там були, і всі інші заборони», ЗПКАС13ж

Наведені цитати говорять, з одного боку, про те, що жінки мають доступ до вживання наркотиків на різних стадіях ув'язнення, а, з іншого, демонструють неоднозначність поглядів співробітників жіночих колоній на відсутність наркотиків в їхніх установах, а отже, відсутність потреби для реалізації ПОШ в жіночих колоніях.

Постскриптум

На завершення аналізу поширеності ін'єкційного вживання наркотиків в УВП і СІЗО наводиться цитата співробітника однієї з УВП, що характеризує ситуацію з доступом до наркотиків у колонії для колишніх співробітників правоохоронних органів:

«Коли я працював в (...), то було поширене квадрокоптером доставляти наркотики»
АСКЕВ27ч-

Складно стверджувати, що така практика була успішною, але те, що цей вантаж для когось призначався, навряд чи, викликає сумніви.

Позбавлення/обмеження доступу до (стерильного) інструментарію в УВП і СІЗО

У цьому розділі мова піде про ті ризики, на які готові йти ув'язнені, щоб отримати доступ до інструментарію для ін'єкційного вживання наркотиків в МПВ. Відсутність вільного доступу до стерильного інструментарію в МПВ призводить не тільки до багаторазового збільшення ризиків інфікування ВІЛ, гепатитами та ін. захворюваннями, а й до нівелювання тих результатів, які були досягнуті щодо зміни ін'єкційної поведінки ЛВІН на волі. Цінність використання стерильного інструментарію або виключно власного для збереження здоров'я, як основні фактори зменшення шкоди, нівелюється заборонаю на шприци та голки в СІЗО і УВП. Більше того, вилученням та знищенням інструментарію співробітники установ фактично підштовхують ув'язнених ЛВІН до використання нестерильного інструментарію для ін'єкційного вживання наркотиків.

І хоча діяльність величезної кількості співробітників пенітенціарних установ спрямована на те, щоб наркотики не потрапляли і не поширювалися в місцях позбавлення та обмеження волі, відстежити й зупинити всі спроби отримати доступ до наркотиків в МПВ неможливо. Хронічний, компульсивний характер перебігу хвороби (наркозалежності) змушує ув'язнених йти на всілякі ризики для вживання наркотиків, навіть в умовах ув'язнення. Доступ до стерильного інструментарію в ув'язненні мають одиниці, велика частина тих, хто вживає, використовують свій інструментарій повторно до стирання поділів на шприцах, значна частина ув'язнених не має доступу до стерильного інструментарію взагалі та змушена використовувати чужий. При цьому зберігання інструментарію прирівнюється до порушення, а знайдені шприци та голки вилучають і знищують. Отже, такі дії змушують ув'язнених використовувати будь-який доступний інструментарій. Хоча в кожній пенітенціарній установі відбування покарання, де є лікарня або медсанчастина, є і стерильний інструментарій:

«А голки і шприци, вони завжди є в закладах. Ти просто обмежуєш їх кількість і робиш так, щоб доступ до них був максимально... ослаблений», ЕКВЖ11ж.

Далі наведено фрагменти, які характеризують типові ситуації ін'єкційного вживання в різних УВП:

«Досить-таки багато останнім часом було наркотиків, і на в'язниці теж... Шприци – один на три поверхи», ЗРКВЕ15ч

«І цей один шприц береться і колеться на всю хату. Ну на трьох, чотирьох чоловік. Це добре, що сюди хтось завіз 5-6 голок. А так і в хаті... вже поділів не видно. Сечею його проссикають, потім окропом споліскують, потім знову окропом. Спиртові серветки, я пам'ятаю, я ось так раз, і по всьому баяну шух-шух. Ну, видно там гепатит С і підхопив, бо я ніколи... скільки он коловся, нема взагалі. Шприци – це треба. Що-що, а ось шприци... Це ж ясна річ, що всі люди вживають наркотик. З етапу везуть, з цього... заганяються геть якимось. Щоб не поширювати СНІД, ВІЛ в МПВ, він повинен по зеленій там бути» ЗПДАВ25ч

Пронесення, перекиди, обшуки

Хоча саме «голки» або «шприци», як окремі заборонені предмети, фігурують тільки в Правилах внутрішнього розпорядку СІЗО², законодавство трактує їх як медичні вироби, які можуть бути в ув'язненого тільки за призначенням лікаря і, відповідно, в будь-яких інших випадках є «забороною» як в СІЗО, так і в установах виконання покарання. Будь-які переміщення ув'язненого/засудженого супроводжуються обшуками та оглядами. Під «переміщеннями» мається на увазі виїзди на судові заходи, етапування в колонію або побачення з родичами. Такі переміщення часто використовуються як можливість пронести в МПВ щось «на собі»:

«Підслідні заарештовані при вибутті та прибутті в установу, вони підлягають повному обшуку. Тобто, роздягаються повністю. На наявність заборонених предметів. Це можуть бути колючі, ріжучі, мобільні телефони. Буває, що шприци з собою возять. Привозять з собою. Ну, і так далі. Багато випадків, коли слідчі заарештованих... я не знаю, правда, за яких обставин. Вони отримують від своїх родичів. Отримують в залі суду, при зустрічі. Але випадків дуже багато. Тобто, після прибуття підслідного арештованого з суду, або там, де на якісь, я не знаю, кудись вивозили. Після прибуття в установу ми вилучаємо, під час обшуку ми вилучаємо шприци. Нові. Нові шприци» АНОЕС15ч-

Оскільки шприци мають порівняно великий розмір, разом з «перекидами» вони потрапляють в МПВ значно рідше, бо їх наявність підвищує шанс того, що «перекид» буде помічений. Зокрема, співробітники оперслужби підтверджують це, вказуючи на те, що згідно з внутрішньою статистикою, на 10-15 перекидів з наркотиками припадає 1 шприц:

І: І, як ви думаєте, як шприци можуть потрапляти на територію? Разом з наркотиками чи якимось інакше?

Р: Можливо, разом з наркотиками. Тут багато у нас перекидів іде.

І: А ви ж розкриваєте часом, бачите там, шприци є чи ні? Бачите часто?

Р: Так. Бувають, але не сильно часто.

І: Не часто.

Р: Якщо взяти у співвідношенні, то 1 з 15, АОККР20ч

Обшуки, які проводяться працівниками відділень оперативно-розшукової роботи в камерах і бараках, де живуть ув'язнені, також спрямовані на вилучення всього, що заборонено, включаючи голки і шприци. Таким чином, якщо й припустити, що у деяких

² Згідно з Правилами внутрішнього розпорядку в СІЗО, які набули чинності після закінчення проведення польової частини дослідження, ув'язнений має право мати в СІЗО п'ять запечатаних шприців.

ув'язнених може бути власний шприц для багаторазового використання, то вилучення його в процесі обшуку призводить до необхідності користуватися будь-яким іншим, зазвичай чужим, так само неодноразово використаним, але не знайденим та не вилученим працівниками відділень оперативно-розшукової роботи.

«Ми зобов'язані його вилучати, якщо це предмет заборонений, то він є, наприклад, в дефіциті. Правильно? По ідеї. Відповідно до цього шприц ховається засудженими. Я, особисто, як ви кажете, при обшуках неодноразово своїми берцями ті шприци давив на підлозі, тому що це заборонені речі», АСЛКИ07ч-

Створення штучного дефіциту

У результаті заборони і фактично тому, що голки і шприци займають місце, і тому їх складно заховати, вони стають дефіцитними предметами, які дуже складно «пронести на собі» або отримати в «перекиді», тому ув'язненим доводиться шукати способи, щоб отримати шприц в стінах МПВ. У будь-якій колонії є медсанчастина, в деяких колоніях на території є лікарня, в яких працюють/допомагають самі ув'язнені:

«Лікарня у нас є також на базі колонії. Там же теж, можна сказати, що працюють ті самі засуджені. Засуджений засудженому іншому може... Може, там медсестра не додивиться, та може вкрати чи ще щось», АОКР20ч

«Ви знаєте, медчастини, там, крім медпрацівників, є шнирь... Пачка сигарет з фільтром – ось тобі і шприц», ЗРВЮ13ч

«Я прийшов до стоматолога зуб вирвати і вкрав шприц у нього... користувалися ним протягом 7 місяців... Спочатку одним ми користувалися. Кип'ятили, варили його, щоб гепатиту не було. Це перший раз коловся, другий... А потім вже пішов і мав свій. Знаєш, як там називають наркоманів? Мушкетери зі шпагою. А у кого немає шпаги, що ти за мушкетер? Майже у кожного є свій шприц. Користується, ховає його кудись. Якщо я знаю, що я не хворий і знаю, що ти не хворий, знаю точно нема нічого, то я можу дати тобі свій, ти мені свій. Якщо я знаю...», ЗРЛАЮ7ч

При цьому, чим більше складнощів виникає на шляху отримання стерильного інструментарію, тим більш дефіцитним і, відповідно, цінним він стає. У результаті шприци не тільки крадуться у медпрацівників, а й купуються і перепродаються, зміцнюючи, тим самим, неформальну «тюремну економіку»:

І: Скільки коштував, приблизно, шприц?

Р: Ой, тоді мені шприц обійшовся в поповнення «Київстар» на 40 гривень, один шприц на 5 кубів.

І: Це ти поповнював рахунок комусь?

Р: Так, так.

І: Комусь в медсанчастині?

Р: І мені через санчастину вже приходив новий шприц. Але, знову ж таки, перевірити це не реально. Це як би все... в онлайн режимі, як то кажуть, відбувається. Це не те, що ти пішов на санчастину... Щоб тебе не бачили, анонімно. Тебе не бачили, ти не бачив. Віддав, продиктував цифри, їх перевірили, що вони нормальні. І вночі відкривається в'язниця. Тому що в'язниця завжди живе вночі. І вночі заходить тобі шприц, наркотики і все
ЗПКАВ14ч

Доступ до шприців через медичні передачі

Хоча формально доступу до стерильного інструментарію в ув'язнених немає, є винятки, за яких ув'язнений на легальних підставах може отримати шприци та голки у медичній передачі. Для цього лікар ЦОЗ повинен зробити відповідне призначення. До таких призначень може належати прийом препаратів в ампулах або, наприклад, діабет другого типу:

«Шприци легально як надходили в табір? Якщо тобі потрібно, інсуліничики, припустимо, комусь потрібно но-шпу проколоти, комусь ще щось, в медичних передачах дозволені шприци», ЗРКВО13ч

За правилами внутрішнього розпорядку УВП, в разі призначення ув'язнений має право зберігати шприц при собі, проте це не завжди виконується, і призначені препарати разом зі шприцями зберігаються в медсанчастині, де під суворим наглядом в призначений час видаються медпрацівником, аж до випадків, коли ув'язненого можуть поселити на медсанчастині, аби не видавати препарат і шприц на руки:

Водночас в тих колоніях, де право інсулінозалежного ув'язненого на препарат і шприц в постійному доступі виконується, відсутність доступу до шприців для тих, кому вони потрібні для вживання наркотиків, може призводити до того, що в деяких ситуаціях доступним шприцом будуть користуватися всі, хто його потребує, а не тільки ті, кому він призначений:

Р: Так, офіційно у нього був шприц інсуліновий. Адміністрація вся знала, що ось він лежить.

І: Але він цим шприцом користувався протягом півроку, ви сказали?

Р: Ну не тільки він.

І: Ну якщо є шприц, логічно, що його використовують всі, кому він потрібен.

Р: Є такі часи, коли не можна дістати шприц, купити в лікарні або у цього купити... вночі, наприклад. А хочеться ж. І знають, що ось у нього є
ЗРКВЕ15ч

При цьому, звичайно, можливі варіації, коли навіть у СІЗО ув'язнені знаходять спосіб отримати шприц на руки і зберігати його при собі, побоюючись, що його можуть вилучити під час обшуку (в даному випадку медичне призначення вже не має сили, бо у СІЗО медичні маніпуляції можуть здійснюватися тільки медпрацівником):

«Бабуся привозила мені шприци, а шприци на руки не видавали, тільки щоб Цефтріаксон колоти, і мені якимось доводилося чи то за шоколадку, чи то за щось. 30 рублів шоколадка за 1 шприц. І цим одним шприцом я боявся, щоб не заразитися нічим. Намагався його постійно тримати при собі. А були шмони, знаходили сміття, шприци, і все забирався. Тому що це, ніби, заборона», ЗПДАЮ25ч

Самі медпрацівники ЦОЗ говорять про те, що доступ до стерильного інструментарію для всіх, хто потребує, а не створення «додаткової вартості» за рахунок його ексклюзивності, призведе до того, що голки і шприци перестануть бути предметами грошового обігу:

«В загальному доступі повинні бути шприци. Ось прийшла людина в медсанчастину і взяла, скільки їй треба. Щоб навіть торгувати не треба було цими шприцями. А вони ж торгують!», МКЕР20ч-

Таким чином, неформально, у деяких колоніях доступ до стерильного інструментарію вже зараз фактично здійснюється по медичній моделі, яка працює в інших країнах, де ПОШ у МПВ офіційно дозволена. Практично в усіх колоніях і СІЗО вже налагоджено взаємодію з громадськими НУО, соцпрацівники яких надають до- і післятестове консультування, як і саме тестування. Оскільки самі медики повинні вести суворий облік того інструментарію, який потрапляє в колонію централізовано, шприци, які можуть передаватися через соцпрацівників до медсанчастини, не піддаються такому суворому обліку (навіть в жіночих колоніях):

I: Тобто фактично медична модель надання, вона вже працює, тому що без неї ніяк?

P: Так, ми дивимося на світ реально

МКАА27ч-_МКАИ27ч-

Крім того, в УВП, де волі не позбавляють, а її обмежують, як, наприклад, у виправних центрах, доступ до стерильного інструментарію може бути ще більш вільним, тому що ув'язнений має право пересуватися без супроводу охорони в межах п'ятикілометрового периметра від центру. Однак в умовах відсутності медсанчастини і, фактично, карантину такі ув'язнені стикаються з обмеженим доступом до медичних послуг, включаючи тестування на ВІЛ, яким в таких центрах займаються виключно НУО.

«Припустимо, у нас не «позбавлення волі», а «обмеження». У нас засуджені ходять в поліклініку на загальних підставах. Він приходить в поліклініку як звичайна людина, ні в чому не урізаний. Чи не позбавлений прав. Він може зайти в аптеку, купити собі чистий простий шприц. Але не щоб вживати наркотики, а щоб робити собі ін'єкції з якоїсь там хвороби... Звичайно, з наглядом, тому що є такі люди, наркомани, які спробують той же чистий шприц забрати і використовувати його в своїх цілях»
АОКЕО24ч

Особливості пенітенціарної системи, які необхідно враховувати при впровадженні будь-яких інтервенцій

Оскільки пенітенціарна система є закритою, багато нюансів її роботи можуть бути непомітні і не враховані, тому що загалом можливості для її вивчення обмежені, а досліджень організації пострадянських в'язниць практично не існує. До завдань цього дослідження не входили значні просування у вивченні цих питань, однак був виявлений ряд «пенітенціарних сюжетів», на які необхідно звернути увагу при плануванні будь-яких інтервенцій у МПВ і які, безумовно, вимагають подальшої дослідницької розробки. Крім того, варто відзначити, що всі перелічені далі особливості повинні враховуватися, але не повинні бути перешкодою на шляху подальшого реформування системи на кшталт дотримання прав людини і поваги людської гідності навіть в умовах позбавлення або обмеження його свободи. Більше того, загальний стан реформування системи, надходження нових кадрів і активна співпраця з громадськими організаціями – все це так само описує релевантний етап розвитку пенітенціарної системи в Україні.

«Я думаю, що ця система, вона така замкнута. В ній все іде по колу. Начальник міняє начальника, і часто, коли я особисто приїжджаю в якісь установи виконання покарань, то знаходжу такі речі, на які навіть вони не звертають увагу. Наприклад, там якийсь стенд повішаний, а там висить, наприклад, витяг із Кримінального кодексу 1960 року нехай. І він у них висить і висить. Я прийшла, подивилася, і вони навіть кажуть: «Дивися, ти помічаєш такі питання». Тобто ті люди з не системи, вони можуть просто звернути увагу на те, що люди, які в системі вже роками, вони

просто вже про це забувають і для них це не важливо. Для них суть покарання полягає в тому, щоб людину засудити, щоб її покарати, тримати її в жорстких умовах і не давати їй ніякого права. І тому вони про таке не думають, вони таке не розуміють абсолютно», ЕЛАТ7ж

Оперативна-розшукова робота як обов'язок

Пенітенціарна система є частиною загальної державної системи, отже, ті процеси, які характеризують той чи інший період розвитку держави і суспільства, значною мірою позначаються і на ній. Однак, деякі глибоко вкорінені особливості організації виправних установ можуть продовжувати існувати всупереч загальним тенденціям і змінам. Принаймні, в дискурсивному полі, тобто на рівні обговорення того, як влаштовані взаємодії в пенітенціарній системі, яку роль відіграють в ній співробітники, що мається на увазі під несенням служби і чому сама ідея обміну або роздачі шприців як ключовий інструмент зменшення шкоди може бути деяким з них «чужою» на цьому етапі. Особливо це стосується тих співробітників, які працюють давно і прийшли в пенітенціарну систему задовго до того, як вона почала реформуватися.

«Вони будуть їх брати, і будуть міняти, і вимагатимуть, щоб їм міняли. І вимагатимуть, вимагатимуть по повній програмі. Але якщо таке буде, ну, я не знаю, навіщо тоді наша структура буде потрібна. Тут взагалі буде творитися чортзна-шо. Ще набагато гірше, ніж є. Мені здається, що краще людині дати пістолет. П'ятнадцять років ми будемо один одного стріляти, а потім зрозуміємо, будемо поважати один одного» АОЛКР06ч

Професійне вигорання і деформація

На продовження теми, порушеної вище, важливо відзначити, що робота у пенітенціарній системі пов'язана з підвищеними ризиками професійного вигорання і деформації. У цьому сенсі психологічна підтримка співробітників, адекватні умови праці і надання можливостей для відпочинку є невід'ємним правом таких працівників. Причому це стосується як працівників «силового» блоку, так і медиків, в першу чергу тих, хто працює давно. З 54 опитаних співробітників установи УВП, включно з медпрацівниками ЦОЗ, 27 працюють в пенітенціарній системі мінімум 10 років, причому 17 з них працюють в УВП мінімум 15 років. Реформування пенітенціарної системи має однаково стосуватися і утримання ув'язнених, і умов роботи співробітників системи. Тільки в цьому разі можуть бути досягнуті позитивні системні зміни.

Бездіяльність як наслідок відсутності інструкції до наказу

Частково наслідком професійного вигорання, частково суворо регламентованим характером виконання посадових обов'язків пояснюється як прихильність працівників пенітенціарної системи до виконання вказівок, так і їх невиконання в разі відсутності або недостатності правил, що приписують їх подальше покрокове виконання.

Зокрема, прикладом такого «казусу» для нас стала інтервенція щодо забезпечення доступу ув'язнених до презервативів і лубрикантів. Відсутність регламенту надання доступу призводить до того, що всі працівники УВП, включно з медиками ЦОЗ, говорять про те, що презервативи є, але чи мають ув'язнені до них реальний доступ і чи користуються ними, відповісти набагато складніше. Наприклад, питання про те, чи є презервативи в кімнаті для довгострокових побачень, ставило багатьох інформантів в ступор, поки нарешті не з'ясувалося, що презервативи зберігаються у медиків або інспекторів соціально-психологічної служби, отже, в'язень повинен заздалегідь перед побаченням попросити

медика або інспектора про те, щоб йому видали презерватив. Таким чином, факт доступу (наявність презервативів) був забезпечений, а алгоритм його надання ув'язненим не був прописаний, як і не була врахована необхідність конфіденційного надання цієї послуги. У такій ситуації існує великий ризик відходу в бюрократію і посилення контролю, і тим самим, ще більше дистанціювання «клієнта» від «послуги», проте і відсутність розуміння, як саме в'язні можуть отримати презервативи і чи отримують вони їх, може говорити про те, що і самі ув'язнені можуть не знати, що в установах є презервативи, які вони можуть брати.

I: Може, є певний термін, скільки можна працювати в пенітенціарній системі?

R: Знаєте, мені поки що це не відомо, але, коли я спілкуюся із старшими колегами, які працюють тут вже більше 20 років, всі називають 10 років. 10 – максимум...

А після 10 – деградація, ніхто нічого вже не хоче робити. Просто все робиться, всі знають, що нічого можна не робити, і так тюрма нікуди не дінеться. І все, просто якимось до пенсії добути. Просто я не атестований працівник. Але у нас дуже багато офіцерів. Там до пенсії комусь, там внесений нижчий поріг до пенсії, вийти на пенсію. І все, а так до 10 років кажуть, що можна працювати так, щоб це не було тягарем ЕЛАТ7ж

I: Скажіть, будь ласка, чи є можливість у ув'язненої взяти презервативи? От до неї приїжджає чоловік, в них може бути секс...

R: Санчастина роздає. Там дуже багато цього. Є, і на «свіданке» воно є.

I: В кімнаті?

R: Ні, в інспектора. По кімнатах презервативи валяються? Це ж некрасиво.

I: Може, лежать в коробочці.

R: Ні. В інспектора, за потреби – будь ласка. В нас цього вистачає АСУЕО17ж

Суперечливий характер поняття «конфіденційність»

Устрій пенітенціарної системи, яка передбачає постійне співжиття незнайомих один з одним людей (ув'язнених) і при цьому постійний контроль їх побуту з боку інших людей (працівників відділень оперативно-розшукової роботи і охорони), з великими труднощами може прийняти і втілити в реальність ідею конфіденційності. У цьому напрямку зроблено чимало важливих кроків, але ідеологічно «конфіденційність» як право людини/пацієнта суперечить ідеї повного контролю над ув'язненими, що перебувають в установі виконання покарання.

I: А ніби це ж анонімно було, звідки ви знаєте результат?

R: А воно там саме, ну, «довідка». Вони запитують: «У мене що?» А ми... А це говорю – ВІЛ...

I: При засудженому?

R: При засудженому, так.

I: Ну, а ви присутні чому?

R: Ну, я не знаю. Я присутній і все АСККВ20ч-

Договірний характер відносин

І хоча колишні ув'язнені, які відбували покарання в МПВ кілька разів, і співробітники пенітенціарної системи з великим стажем роботи з жалем згадують передреформенне

минуле українських УВП, скаржачись на те, що «тюрма комерціалізувалася», офіційна заборона на зберігання і використання грошей в МПВ посприяла формуванню цілої структури відносин обміну між ув'язненими. У зв'язку з цим і зараз будь-яким грошовим переказам передують домовленості. Навіть поняття «обмін шприців» у деяких ув'язнених викликає в цьому ключі логічне запитання: «На що їх будуть міняти?». Оскільки в ув'язненні обмінюються найрізноманітніші речі і послуги, діє складна система домовленостей. У тому числі це стосується і внутрішніх домовленостей між ув'язненими та адміністрацією. І, якщо у випадку із співробітниками, котрі підпорядковуються адміністрації, діє принцип наказу з інструкціями до дії, то на рівні ув'язнених схожим чином діє система внутрішніх домовленостей, які передбачають виконання визначених умов або покарання за їх невиконання.

Зокрема, відсутність права на конфіденційність і приватне життя в ув'язненні компенсується системою домовленостей, яка окреслює певні межі між ув'язненими та адміністрацією, які не повинні порушуватися. З огляду на це зауваження для розуміння найбільш оптимального способу організації обміну шприців в МПВ було б необхідно обговорити можливі моделі із самими ув'язненими, а не тільки з тими, хто був в МПВ, але вже вийшов на свободу.

За відсутності можливості послідовно проводити такі «консультації» процес узгодження проекту ПОШ повинен здійснюватися паралельно, як всередині системи, так і «на рівні адміністрації ДКВС. Крім того, вже зараз такі консультації можна здійснювати через соціальних працівників, які здійснюють в пенітенціарних проектах до- та післятестове консультування, і з соціальними працівниками з профілактики ВІЛ серед ув'язнених, які працюють в декількох колоніях:

«Є таке гарне поняття, «затягувати гайку» і «ослаблювати гайку». Якщо ув'язнені зі свого боку порушують домовленості, менти нам ці гайки затягують. Якщо все нормально, то ми, зеки, ослаблюємо ці гайки і для себе добиваємося великих благ. Тому що в одних місцях можна кип'ятильники, а в інших не можна. Деся можна електрочайники, а в інших ні», ЗПКАВ14ч

«Так, просто я кажу, що, коли є доступ до цих хлопців, з ними трошки простіше працювати. Чому? Тому що коли приходить оперативник і пропонує пройти тест на ВІЛ. Припустимо, візьмемо камеру, в якій 20 осіб, умовні цифри, – виходить 5-6 чоловік. Коли приходить представник з цих хлопців і пропонує протестуватися, то з 20 виходить 20, за винятком тих, хто знає свій статус. Розумієте про що? Тому ніби... Їм же теж розростання епідемії нікому не потрібно. Вони, ніби, як не крути – люди з головами і з головами дружать» СРДАД22ч

Міфи щодо ризиків інфікування нестерильним інструментарієм

У розмірковуваннях про власну безпеку рядові працівники УВП виявляють високе занепокоєння тим, що наражають себе на небезпеку, проводячи обшуки в важкодоступних, місцях, які погано оглядаються, де, наприклад, можуть бути заховані голки із залишками інфікованої крові (в тому числі навмисно):

Р: Ну, акуратно. Ти знаєш, в яких місцях. Якщо, наприклад, ти проводиш обшук місця, яке ти не можеш тримати в полі зору... не потрапляють вони, ти їх акуратно переглядаєш. Той самий телефон, камерою переглядаєш, щоб нічого не було. Тому що

вське може бути, реально. Наприклад, стілець... ти рукою ведеш, і залишили спеціально...

I: А були такі випадки?

P: Такого не було

АОККАч-

Однак, на питання, про те, чи були саме у них такі небезпечні контакти з кров'ю, інформанти або визнавали, що не було, або розказували про випадки, що сталися не з ними, а з іншими працівниками, підтверджуючи тим самим можливість таких ексцесів і їх міфологізації, але не власний досвід:

«Ну, був начебто випадок. Точно не можу сказати. Якщо я не помиляюся, був випадок в 35-ці. Це білоцерківська... що там співробітника засуджений вколов голкою. Те, що я і говорив, що заразив там гепатитом, СНІДом і так далі. А так, в принципі, не чув»,
АОКЕО24ч

Загалом, існування таких міфів і упереджень більше пов'язано з характером рутинних обшуків заходів, в тому числі спрямованої на пошук і вилучення колючо-ріжучих предметів, до яких, за аналогією, відносяться й голки. З іншого боку, наявність таких міфів зайвий раз підтверджує наявність наркотиків в УВП і скоріше характеризує ставлення працівників установ до ув'язнених, що вживають наркотики, ніж підтверджує реальність цих страхів.

Крім того, інформаційно-роз'яснювальна робота з приводу позитивного впливу впровадження ПОШ на загальну ситуацію й зниження ймовірності описаних ризиків серед працівників установ може в кінцевому підсумку змінити цю парадигму.

Спроможність ДКВС до змін для впровадження ПОШ

Беручи до уваги описані вище особливості пенітенціарної системи, важливо окремо сфокусуватися на тих процесах, які сприяють її розвитку і вдосконаленню. Одним з факторів, що підтримує успішне проведення змін/реформ, є процес зміни поколінь співробітників, коли важлива участь в діяльності системи перерозподіляється на тих, хто ще не встиг перегоріти і зберігає активну життєву позицію.

У дослідженні брали участь як працівники відділень оперативно-розшукової роботи, так і співробітники соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими. В інтерв'ю вони демонстрували зацікавленість в діалозі і висували зустрічні пропозиції – як сприяти досягненню запланованих результатів, спираючись на свої практичні знання. Значна кількість наших інформантів висловила впевненість у тому, що у системи є ресурс для проведення такого роду інтервенцій, і, як зауважив один з інформантів: «А що? Є хтось, хто думає інакше?», ПЗДК.

Зацікавленість співробітників ДКВС у реформуванні системи

Інформанти відзначали, що реалізація ПОШ може зіграти важливу роль у процесі реформування й вдосконалення системи, зокрема допоможе створити для самих співробітників установ ДКВС більш безпечне робоче середовище. Говорячи про це, вони висловлювали впевненість у тому, що в цьому є зацікавленість і у рядових співробітників, і у системи в цілому. Прагнення зробити пенітенціарну систему більш гуманною шляхом впровадження нових програм, які підтвердили позитивні зміни у зарубіжних країнах, може сприяти одній з головних цілей МПВ – поверненню в суспільство соціально і фізично здорового громадянина.

«Ну, звичайно є (можливість реалізації ПОШ). Всі розуміють, як би, проблему. І проблема, я б сказав, велика. Тому що багато засуджених, які є наркоманами, і продовжують там вживати. І зацікавлена пенітенціарна служба повинна в будь-якому випадку бути. Тому що, по-перше, коли вони вийдуть на свободу, менше буде ймовірності, що вони заразять... інших людей. Це вже менше, відсоток впаде. Тому що буде чистий шприц, і... Друге, безпеку співробітників, які... проводять обшук, так. І... В принципі, і все. Тобто пенітенціарна система, як на мою думку, повинна бути зацікавлена... Ну, чого б і не спробувати? Завжди треба щось нове пробувати, в будь-якому випадку. Буде це чи добре, це покаже, там, півроку. Ну, зробити це, наприклад, на рік. Подивитися, як це відбувається, чи є зрушення в цій програмі. Ну, чого б і ні?»
АООК15ч+

«Ну я вам скажу, що в даний момент наша пенітенціарна служба, по-перше, вже на прикладі багатьох... є і програми, є і нові рухи в плані того, що, припустимо, програма є... є нові методики. Тобто, на даний момент наша система, як губка. Ми намагаємося увібрати все те, що краще, напрацьоване нашими колегами і в Європі, і, припустимо, на іншому континенті, в США, в колишніх країнах соціалістичного табору, припустимо. Найкраще, щоб прийняти і це все втілити в нашу роботу. Я думаю, і мої колеги мене підтримають... все, що нам буде допомагати і реально якісь позитивні плоди приносити – ми завжди тільки за. Я думаю, і наше керівництво в цьому плані йде на те, щоб... знайти, застосувати. І дай бог, щоб воно все пройшло добре і принесло бажаний успіх. У тому плані, щоб людині зберігало здоров'я, людина повернулася в наше суспільство нормальним вже громадянином. І щоб... я вже залишився, так би мовити, без роботи в тому плані, щоб у моїх підлеглих було менше підопічних. Щоб вони не поверталися до нас в МПВ, це найголовніше», АСПКД25ч-

Відмова від застарілих норм

Висловлюючи свої думки з приводу готовності системи до реалізації ПОШ, інформанти говорили про важливість перегляду застарілих норм й установок. Якщо система змінюється, важливо переглядати те, що гальмує хід змін, починаючи від застарілих методик навчання і закінчуючи переглядом застарілої структурної спадщини, що залишилася після розпаду Радянського Союзу.

«Ну якщо у них спрацювало, чому б у нас не могло спрацювати? Тим більше наша служба прагне до нововведень. Проекти, які ми хочемо у них перейняти. Ну, можливо, потрібно пробувати. Можливо, просто ми ще... нас вчили за старою схемою працювати з суб'єктами нашої роботи. Може, нас вчили по тих старих якихось рекомендаціях? «Ні, ніяких чистих шприців, взагалі нічого не можна, всім сидіти рівно і не вставати». Можливо, потрібно щось змінювати. Ось дивитися на іншого і робити щось для того, щоб ми змогли хоча б щось змінити, зменшити ризик цього, – так. Тільки потрібно брати і робити!», ПКВМ12ж

«Далі як буде кар'єра, не знаю. Хотів би залишитися в цій службі, є перспективи з нею, і хочеться, щоб вона стала кращою. І щоб ми відійшли від радянського простору, правил і регламентів, як це заведено, а не так, як в Європі. Наприклад, в Європі або в Америці в нормальних виправних центрах, в тюрмах немає посади оперативника. Тобто це те, що ще залишилося з Радянського Союзу. Робота оперативників – виявляти протиправні дії як співробітників, так і ув'язнених. Я вважаю, що на даний момент такі оперативники абсолютно не потрібні. Якщо наша держава йде Європу, то ми повинні щось робити, приймати в цей бік якісь зміни, оперативників за фактом

можна замінити. Є НАБУ, хто займається корупцією і також займається діями проти самих працівників. Тому, я вважаю, що оперативник зараз не потрібен, це нецікаво і не повинно діяти у нас», АСКЕВ27ч

Поетапне впровадження з урахуванням особливостей установ

Говорячи про можливості, але при цьому підкреслюючи єдиноначальність в системі, інформанти закликають до грамотного супроводу реалізації програми, починаючи з СІЗО, і поетапного впровадження, із врахуванням особливостей конкретних установ. Крім того, вони вказують на те, що так вплив буде спрямовано на вдосконалення роботи усіх відділів, що беруть участь в поліпшенні якості життя та доступу до здоров'я серед ув'язнених в МПВ.

«Якщо вибірково підходити, ну, ви самі розумієте, що ми, скажімо так, в погонах. Нам як скажуть, так ми і будемо робити. Нам право вибору чи голосування шляхом демократичним – такого нема. Скажуть – будемо робити. Якщо в СІЗО починати цю програму – так... В СІЗО, хоча би вибірково. Або в тих установах, де, скажімо, керівництво саме, ну, в адміністрації не приховують, що, так, є наркота, так, все по зеленій. Чому би ні. А якщо насильництво, змушувати: «От, давайте!». І потім ще звіти такі, нові, будуть вводити: «Скільки за тиждень скористалося? А чому так мало? Значить, мало працюєте!» АСЧКА23ч

«Це модно називати «політична воля». Це питання відповідальності за прийняття управлінського рішення, ось і все. Людина обіймає певний пост, у нього функціонал розписаний, за що він відповідає. Якщо він відповідає за профілактику ВІЛ, відповідно, він повинен ці політики розробляти, брати найефективнішу практику міжнародну, виходячи з цього, далі все робити. За потреби, я з того, що бачив, я два приклади бачив, які я вам навів, з розмов існують різні. Є і так, і так. Є методи залежно від дуже багатьох чинників: розміщення, барачне або по кімнатах, або це буде утримання під ключ, образно кажучи, які закриваються. Це різні речі. Тоді розглядається питання тимчасового доступу і де цей доступ буде? Або під час прийому в медичній частині. Але, знову ж таки, за потреби інші служби можуть відстежити. Якщо він щодня ходить до медичної частини, то питається: «Навіщо?». Або на прийом АРТ, на отримання шприца або щось ще? Яка мета переслідується? Просто, потрібно поміняти стереотип в цьому плані і все», ЕКАЕ25ч

«Якщо вони вже вживають, залежні люди – це хворі люди. Відповідно, потрібно зробити так, щоб, по-перше, якщо він опіоїдної залежності, він йде на програму ЗІПТ, і питання з нелегальними випадає, частково, назвемо це так. Друга частина – доступ до чого? Це ж не лікування. Доступ до шприців – це що? Це перервати ланцюжок поширення інфекції, яка передається. Все – доступ до стерильного інструментарію. Далі країна обирає, ось і все», ЕКАЕ25ч

Гнучкість, взаємодія і співпраця

Враховуючи обмеження для впровадження ПОШ, співробітники установ УВП пропонують розглядати усі зацікавлені сторони, починаючи з себе – додаючи до ресурсів ДКВС ресурси інших структур. В цьому разі комплексний підхід з окресленою відповідальністю кожної зі сторін є найкращим для реалізації такого роду інтервенції.

«... треба з чогось почати. З чогось одного, досягти однієї точки, а потім звідти починати розробляти...Вирішити з приводу обміну шприців. Я знаю, що 99 будуть проти, хоча і я проти, але я знаю, що цю програму, в будь-якому випадку, треба буде запускати. Як не крути, хоч ти хочеш, хоч ти не хочеш, треба буде щось пробувати. Як кажуть: «З миру з кожного по нитці, щось можна буде скласти» АСЧКА23ч

*«Надзвичайно важке питання. Враховуючи, що складність в самій системі, як я вже казав, маленьке побутове забезпечення. Якщо це буде витратне, відчутно витратне для системи, ну, на мою песимістичну думку, що буде дуже важко реалізувати...
Мінімум витрат. А ще краще, щоб цим займалося, наприклад, Міністерство охорони здоров'я спільно з нашою системою. Тобто, ми створимо, надамо всі умови, всі необхідні заходи, які не потребують фінансового витрачання, а Міністерство охорони здоров'я для мінімізації захворювань візьме, наприклад, цю відповідальність на себе» АОЛКА07ч-*

Резюмуючи цей параграф, можна зробити висновок, що серед співробітників УВП є ті, хто висловлюють високу зацікавленість у таких програмах зменшення шкоди. Інформанти детально обґрунтовують необхідну відмову від пережитків радянської системи, які гальмують розвиток і вдосконалення МПВ, підкреслюючи власну відповідальність за проведення реформ і пропонуючи варіанти співпраці із зацікавленими сторонами.

Моделі впровадження ПОШ: загальний контекст, групові та регіональні особливості

Інтерв'ю з усіма типами інформантів включали в себе блок питань, присвячений обговоренню реалізованих моделей впровадження ПОШ у пенітенціарній системі, з прикладами того, як вони працюють в конкретних країнах. Враховуючи методологію дослідження (якісне дослідження, результати якого не є статистично значущими), зібрані дані є відображенням уявлень інформантів і можуть використовуватись тільки як елемент аналізу.

Важливо відзначити, що від обговорення моделей впровадження ПОШ відмовились тільки 5 співробітників ДКВС із 70, включно з медпрацівником ЦОЗ, аргументуючи відмови відсутністю наркотиків в конкретному закладі. При цьому троє з п'яти були співробітниками одного закладу (жіночої колонії).

При обговоренні моделей ПОШ в інших країнах інформанти розповідали про обмеження і бар'єри, які можуть виникнути в процесі імплементації проектів зменшення шкоди в пенітенціарних закладах України. З іншого боку, цей блок питань допоміг висловитися тим, хто апріорі вважає, що в рамках нинішніх норм де-юре неможливі не тільки самі інтервенції, а й обговорення того, як вони можуть бути впроваджені. У цьому сенсі дослідження виконало частково функцію освітньої інтервенції, основним інструментом якої стало обговорення впровадження різних моделей ПОШ з рядовими працівниками ДКВС з приводу впровадження різних моделей ПОШ. В результаті були зібрані дані про те, які моделі ПОШ могли б працювати краще чи гірше в українських реаліях. На основі цих даних було проведено ранжування уявлень про (не)доцільність впровадження конкретних моделей ПОШ з точки зору різних типів інформантів (таблиця 1).

Таблиця 1. Ранжування уявлень про доцільність впровадження конкретних моделей ПОШ з точки зору різних типів інформантів

Розшифрування: бали розподілялися так: 1 – найбільш оптимальна модель, 4 – найменш приваблива. Відповідно, та модель, яка набрала менше балів – є найбільш бажаною, більше – найменш бажаною.

	Стаціонарний шприцемат	Рівний – рівному, волонтер – засуджений	Соцпрацівник НУО	Медпрацівник
Всі регіони	419	410	401	352
Всі колишні ув'язнені	126	93	103	88
Всі співробітники ДКВС	190	231	209	154
Київ і область	118	120	123	115

Якщо розглянути загальні цифри по всіх регіонах, в яких відбувалося дослідження, то стає помітним дуже характерне виділення моделі обміну шприців у медсанчастині. Такий розподіл, який підтримується працівниками ДКВС, пояснюється тим, що для них це найбільш контрольована, безпечна модель обміну шприців:

«А треба на санчастини, якщо вже робити. Під контролем медиків», АОЕЛД20ч.

З іншого боку, ув'язнені також підтримують цю модель, виокремлюючи її як елемент вже існуючої системи, оскільки шприци, на їхню думку, потрапляють в УВП та СІЗО переважно через медсанчастину:

Разом з тим, колишні ув'язнені оптимальною для себе сприймають також модель «рівний-рівному», волонтер-засуджений

Колишні ув'язнені негативно виділяють модель шприцемату, тому що, в основному, вони не впевнені в конфіденційності такого підходу до обміну шприців:

«...де гарантія, що коли я піду міняти цей шприц, хтось із-за рогу не дивитиметься, не підглядатиме, що я роблю? Знову ж, потім побіжать в оперчастину, скажуть – «він – по-любому в движі». Тим самим операм скажуть – «візьміть його в розробку, через нього можуть йти наркотики», ЗПКАВ14ч;».

Достатньої кількості інформації щодо пілоту ПОШ 2008 року в колоніях № 48 і № 53 у відкритих джерелах немає, однак в декількох інтерв'ю і з ув'язненими, і зі співробітниками ДКВС йшлося якраз про цю проблему, через яку ця програма так і не була тоді реалізована:

«2007–2008, плюс-мінус. І одразу з'явилася маса протиріч. Тобто, що з боку засуджених, що з боку адміністрації. Засуджені почали ніби побоюватися, як це так, я йду зі шприцами міняти. Відповідно, у адміністрації постає питання: «Якщо ти змінюєш шприци, значить, ти колеши. Якщо ти колеши, значить, ти вживаєш», ЗРЛВЕ8ч

«Коли ще студентом був – розповідали. Я не знаю, де... Але в будь-якому разі це було. Деяк спробували у нас поставити. Я вам чесно кажу – спробували....Серйозно. Я пам'ятаю, як нам розповідали. І на наступний день над цим автоматом стояла відеокамера. Потім цей автомат, на наступний день, зняли. Вона пропрацювала один день де в Україні», АСДКС23ч+.

Процитовані вислови знову ж співвідносяться з поточним бажанням контролювати обмін шприців серед працівників пенітенціарних установ, з їх «довірою» до шприцематів і медиків:

«Знову ж таки, тут все на виду. Якщо вони підуть в санчастину, це не означає, що ніхто не дізнається, що вони пішли чисто за таблеткою. Рано чи пізно воно вийде, я так вважаю. Десь побачать щось. Або, наприклад, співробітники адміністрації мають право провести, якщо є підстави, провести обшук. Проведуть обшук, просто навіть якщо це буде незаборонений предмет – це побачать. Знову ж таки, воно вийде», АСКР24ч.

Зовсім інші цифри виходять, якщо окремо розглядати тільки Київ і Київську область: сильної різниці між уподобаннями не спостерігається. Такі результати можуть бути наслідком інтенсивної взаємодії з громадським сектором в особі НУО і участі співробітників закладів Центрального міжрегіонального управління ДКВС в більшій кількості освітніх заходів порівнянні з працівниками інших відділень:

«Є прекрасні соціальні працівники, теж з «100 % життя». Дуже багато вони працюють, і, в тому числі, (позитивне) ставлення людей (ув'язнених), які розуміють один одного з півслова», МКЕВ27ч- МКЕВ27ч

«Ну це цікава ідея, звичайно. Як оцінюю? У будь-якому випадку, це щось нове, такого не було. В ефективності, в принципі... якась буде, але буде дуже низький %. Тим більше це самі засновники цієї програми говорять. Якщо хоч пару людей буде, то так», АОКЕД20ч-.

Таблиця 2. Ранжування уявлень про доцільність впровадження конкретних моделей ПОШ з точки зору різних типів інформантів: медпрацівники

	Стаціонарний шприцемат	Рівний – рівному, волонтер – засуджений	Соцпрацівник НУО	Медпрацівник
Медпрацівники ЦОЗ ДКВС, Київ і область	21	23	26	31
Всі медпрацівники без Києва і області	43	53	47	39

Якщо подивитися на розподіл уподобань серед різних груп інформантів (таблиця 2), то стає помітно, що медпрацівники ЦОЗ в Києві і області не підтримують модель обміну шприців у медсанчастині, що підтверджується скептичними висловлюваннями про те, що до їх обов'язків додадуться нові:

«Ну, колега має рацію в тому плані, що це додаткове навантаження. Якщо штат не укомплектований, то зрозуміло, це ще один головний біль, скажімо так», МКЕВ27ч- МКЕВ27ч.

Однак, якщо подивитися на розподіл серед медиків ЦОЗ ДКВС поза Києвом та Київською областю, то медична модель ПОШ вже не так сильно виділяється. Це може бути пов'язано з тим, що хоча формально медпрацівники ЦОЗ не підпорядковуються ДКВС, але поки що

залишаються її частиною, тому медики в регіонах більше схильні розглядати себе як представників системи – і єдиними, хто може реалізувати такого роду інтервенцію:

«Це тільки в медчастині. Тільки медпрацівник. Тільки фельдшер. Який правильно забере, правильно продезінфікує, правильно утилізує. І буде чітко розуміти, що йому принесли те, що дав він», МОКЕ15ж+.

Таблиця 3. Ранжування уявлень про доцільність впровадження конкретних моделей ПОШ з точки зору різних типів інформантів: соцпрацівники НУО

	Стаціонарний шприцемат	Рівний – рівному, волонтер – засуджений	Соцпрацівник НУО	Медпрацівник
Соцпрацівники НУО, Київ	27	19	26	27
Всі соцпрацівники НУО без Києва	76	67	63	85

Подібні відмінності між центром і регіонами існують в усіх підгрупах інформантів, які можуть сприяти реалізації програм ПОШ в пенітенціарній системі (таблиця 3). Соціальні працівники в Києві та Київській області особливо виділяють модель «рівний – рівному»:

«Як перший крок підійшов би волонтер, який буде роздавати це, внутрішня комунікація була б най-най така», СРКАА2ч.

У регіонах так само, як і у медиків, збільшується частка соцпрацівників, які вважають, що їм необхідно взяти на себе ці зобов'язання, оскільки крім них ніхто в системі не зможе цього зробити

«Ну, соцпрацівник - це все одно, як то кажуть, для адміністрації це чужа людина. Це для ув'язнених він може бути своя людина», СРОАА14ж.

Таблиця 4. Ранжування уявлень про доцільність впровадження конкретних моделей ПОШ з точки зору різних типів інформантів: працівники пенітенціарних закладів

	Стаціонарний шприцемат	Рівний – рівному, волонтер – засуджений	Соцпрацівник НУО	Медпрацівник
--	------------------------	---	------------------	--------------

Працівники пенітенціарних закладів, Київ	24	41	36	25
працівники пенітенціарних закладів без Києва	74	85	70	41

Поява шприцемата як найбільш привабливої моделі ПОШ серед співробітників відділень оперативно-розшукової і соціально-психологічної роботи в Києві та Київській області (таблиця 4) може говорити про наступні тенденції:

По-перше, про те, що між тюремною адміністрацією і медпрацівниками ЦОЗ ДКВС вже відбулося деяке дистанціювання, тому можливості працівників відділень оперативно-розшукової роботи для повного контролю медиків втрачені і навіть владна вертикаль не чинить на них сильного впливу:

«У нас тут з ранку труп, роботи і без вас вистачає. Васильєв - мені не указ», ПЗКК.

По-друге, віддаючи перевагу шприцемату, атестовані співробітники ДКВС вважають, що так можна буде продовжувати здійснювати звичайну оперативну роботу в умовах, що змінилися:

«Поставили ми собі в установу... таку ось штуку. Прийшла людина... воно навіть не проглядається. Ви ж самі розумієте, будуть переглядати. Якщо людина приходить, бере шприц новий, чистий, то мається на увазі, що у людини є якісь наркотичні речовини», АОКЕО24ч.

Необхідність реалізації комплексних підходів: кейс колонії, у якій стартує пілот ЗПТ

Цей звіт заснований на рекомендаціях ООН щодо впровадження 15 інтервенцій щодо зниження поширеності ВІЛ в МПВ на поточні успіхи країн, що імплементують ПОШ у тюрмах, і на досвід Молдови, в якій реалізується весь комплекс інтервенцій в місцях позбавлення волі. Оскільки в теперішній момент в одній з українських колоній реалізується пілот ЗПТ (далі – колонія № Х), саме ця колонія може стати майданчиком для реалізації комплексного підходу, в тому числі для пілотних ПОШ. Хоча колонію № Х можна виділити в окремий кейс в зв'язку з тим, що там починається пілотний проект ЗПТ, вона зовсім не є єдиною, що вирізняється особливо високим рівнем поширеності ін'єкційного вживання наркотиків. За словами інформантів, навколо Києва існує цілий пояс з колоній зі схожими характеристиками:

«На трикутнику на Київському:.. Бермудський трикутник – «Б...»... Ті, хто колеться, адміністрація знає, що вони коляться», ЗРКВО13ч

«Зі свого досвіду, я був в 6 колоніях. В принципі, ситуація скрізь аналогічна, плюс-мінус. Кілька відсотків. Просто, у деяких колоніях це відкрито відбувається все.» СРКВА2ч

У рамках дослідження було проведено 19 інтерв'ю з людьми, які мають або мали безпосереднє відношення до колонії № Х, серед них: 4 співробітники ДКВС, 4

медпрацівники ЦОЗ, 3 соціальні працівники НУО, 8 ув'язнених, які відбували покарання в колонії № Х хоча б один раз. Крім того, свою думку саме з приводу цього кейсу висловили експерти адміністрації ДКВС і організацій, що займаються профілактикою ВІЛ. Далі будуть розглянуті думки представників різних груп інформантів з приводу передумов, готовності і можливостей реалізації ПОШ в колонії № Х.

Поширеність ін'єкційного вживання в колонії №Х

Розгляд кейсу колонії № Х починається з аналізу висловлювань медпрацівників, тому що саме на них значною мірою лягає відповідальність за підтримку статусу кво, пов'язаного з тим, що саме в цій колонії вперше в історії України стартує пілотний проект ЗПТ. Крім того, на території цієї колонії розташована лікарня, що також сприяє більш активній участі медпрацівників у житті колонії. Троє з чотирьох медпрацівників, з якими там було проведено інтерв'ю, оцінюють кількість людей, які до МПВ вживали наркотики, в 90 %, і стверджують, що всі ці люди продовжують вживати наркотики, перебуваючи в ув'язненні в колонії № Х.

Трохи відмінні оцінки, але не значно, почули від представників силового блоку в колонії. На думку двох працівників відділення оперативно-розшукової роботи і одного співробітника відділення соціально-виховної та психологічної роботи, кількість людей, які вживали до ув'язнення, варіюється від 60 до 90 %, і, знову-таки, на їхню думку, всі ці люди продовжують вживати, поки перебувають в ув'язненні в колонії № Х. Також до них додається 10 % тих, хто починає вживати в колонії.

Через низку структурних умов для роботи в закритих установах позиція соцпрацівника, який буває в колонії № Х практично щодня, не є абсолютно незалежною, але його висловлювання в достатній мірі підтверджує і розкриває цифри, описані вище.

Ці оцінки опосередковано підтверджуються і результатами тестування на гепатит С в цій колонії:

«З останніх протестованих 51 людини – 47 позитивні», СРКВА2ч.

У цьому випадку гепатит С виступає як проксі-індикатор ін'єкційного вживання. Статус кво колонії також підтримується висловлюванням одного з начальників цієї колонії, яким він привітав дослідницьку групу і висловив підтримку впровадження ПОШ так:

«Нам це потрібно, дуже потрібно, напевно, у жодній колонії немає стільки наркоманів, як у нас», ПЗКК.

Реалізовані проекти як ресурс для початку нових інтервенцій

Один з блоків гайду інтерв'ю був присвячений тому, як здійснюються проекти з профілактики ВІЛ /тестування у співпраці з цивільними НУО. Однак зрозуміти, як саме покроково реалізується тестування в цій колонії № Х, досить важко. Але і ті дані, які були отримані, дозволяють виділити деякі дієві механізми інтервенції, які могли б бути корисними при пілотуванні ПОШ.

Аналіз інтерв'ю із соцпрацівником, який прокоментував мотивацію засуджених брати участь в тестуванні після скринінгу, допоміг краще розібратися в цих питаннях:

«Ми просто вели мову про новоприбулих. Загалом, 70 % людей не відмовляються. Тому що вони не заперечують того, що вони вживають ін'єкційні наркотики», СРКВА2ч.

Крім того, він торкнувся актуального питання з приводу систематичного тестування ув'язнених під час відбування покарання в колонії. Саме тестування, що повторюється, і високий відсоток виявлення ВІЛ, а не тільки тестування по прибуттю в колонію, підтверджує поширеність ризикових практик і переконливо доводить необхідність негайного введення ПОШ:

«Скажімо так, за останній час протестував близько 300 осіб, з них виявлено 80. В основному це буває, знаєте, як? Коли приїжджають з етапу, то це одиниці. Але, якщо це люди, які знаходяться вже тривалий період часу в колонії, вони знаходяться на одній локальній ділянці, живуть в одній секції. І вони часто користуються одними шприцами. Якщо виявляємо у когось одного, то найчастіше всі хто з ним контактує, вони ВІЛ-позитивні», СРКВА2ч.

Крім цього, у вказаного соцпрацівника колонії № Х є можливість переміщатися по території самостійно. Це дає йому можливість працювати з ув'язненими на постійній основі, тим самим допомагаючи, зокрема медикам, які в силу своєї завантаженості не можуть приділяти достатньо багато часу на роботу з кожним конкретним представником групи ризику:

«Ну, дивіться, я просто людині пояснюю, що є період вікна. Від останнього уколу до моменту виявлення ВІЛ може пройти певний період часу. І ми з ним часто, в обов'язковому порядку, зустрічаємося. Він уже шукає зустрічі зі мною. Ну і я, само собою, веду картки на всіх людей, анкети ці переглядаю, сортую. Ну і намагаюся, якщо людина до мене зверталася і 3 місяці минуло, а він сам не прийшов – намагаюся запросити його повторно», СРКВА2ч.

Спроможність колонії № Х до впровадження ПОШ

Все описане вище демонструє розуміння проблеми з боку різних відділів колонії і роботу різних акторів у процесі реалізації однієї з інтервенцій. Це ще раз акцентує увагу на тому, що будь-які зміни можливі тільки за умови гнучкої взаємодії між учасниками різнобічно інформованої міждисциплінарної команди медиків ЦОЗ ДКВС і співробітників НУО, а також готовності всіх зацікавлених сторін приступати до реалізації нових інтервенцій. Нижче представлені ще кілька цитат, які підтверджують ці висновки:

«Тестування, групові консультації, індивідуальні консультації для людей з групи ризику. Ну і тих, що вживають, або спільно вживають. Буває, і його родичі звертаються. Ну і, природно, робота з персоналом установи» СРКВА2ч

*«Ми дуже щільно, нам дуже пощастило з соцпрацівником, «100 % життя». Ми дуже добре працюємо, і тестуємо. Загалом, у нас дуже хороша взаємодія» МКЄМ27ч-
_МКЄВ27ч*

Головне бажання. Технічно це робити дуже легко. Навіть по грошах... ну, тобто дешево. По-друге, посадити в медсанчастину, елементарно – порозкладали всюди шприци, щоб можна піти, здати. І поруч урну поставити, де можна викинути. У будь-який час є. МКЕР20ч+

На завершення кейсу колонії № Х важливо відзначити, що всі інформанти, з якими були проведені інтерв'ю, і працівники відділення оперативно-розшукової роботи, і працівники

відділення соціально-виховної та психологічної роботи, і медпрацівники ЦОЗ, і співробітники НУО, висловили спільну думку про те, що у ДКВС є готовність і можливості для реалізації програми ПОШ у МПВ, зокрема в колонії № Х.

І: «А як ви думаєте, у сучасної української пенітенціарної системи є спроможність програму запустити зараз?»

Р: Я думаю, так... зараз міняються ці всі різні правила. Зараз уже більше свободи, волі там у них. Це можливо» АОККР20ч

«Ідея, звичайно, хороша. Якби шприци були в обороті, було б краще. Нерозумно вважати по-іншому, мені здається, тому що вони, все одно, будуть колотися. Як підліткам презервативи вони дають. Яка мета? Якраз їм і треба» МКЕР20ч+

Висновки за результатами дослідження

Поширеність ін'єкційного вживання наркотиків в МПВ

Оціночна кількість ЛВІН, які потрапляють в МПВ, не може базуватися на кількості людей, які відбувають покарання тільки за «наркотичними» статтями, і має враховувати значну частину людей, засуджених за злочини, вчинені з метою подальшого придбання наркотиків. Кількість людей, які вживають в ув'язненні, може бути досить точно оцінена як медпрацівниками, які не спеціалізуються в наркології, так і працівниками відділень оперативно-розшукової роботи і працівниками відділень соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими. Однак, варто враховувати, що ці цифри можуть навмисно занижуватися для демонстрації ефективної роботи з попередження потрапляння наркотиків в МПВ.

Кількість ув'язнених, які вживали наркотики до потрапляння в СІЗО або УВП, було оцінено всіма групами інформантів цього дослідження як 30–90 %, тоді як різниця в кількості ЛВІН, що потрапляють в МПВ, пояснюється типом і режимом установи.

Оціночна кількість ув'язнених, які продовжують вживати в СІЗО і чоловічих колоніях середнього режиму безпеки для повторно засуджених, оцінюється в 90%, тоді як у колоніях для вперше засуджених чоловіків кількість людей, що вживають в ув'язненні, вказується як 30-60%. Працівники виправних центрів, у яких діє режим обмеження свободи, вказують на меншу поширеність вживання ін'єкційних наркотиків у відповідних закладах, а саме 10-40%.

У жіночих колоніях, за словами працівників, наркотиків немає, до того ж стверджують, що адміністрація повністю контролює поведінку ув'язнених. Якщо припустити, що такі твердження вірні, і в самих колоніях жінки не мають доступу до наркотиків, варто врахувати, що жінки мають доступ до вживання наркотиків на інших відрізках ув'язнення – в СІЗО, на етапі і у в'язничній лікарні.

У виправних центрах перетинаються два потоки засуджених, одні потрапляють туди за рішенням суду за незначні правопорушення, інші – в результаті полегшення вироку. У

результаті подібного людського потоку, особи, засуджені вперше, переймають поведінкові практики людей, котрі скоїли тяжкі злочини (або не тяжкі, але не один раз), але відбувають частину терміну в полегшених умовах. Це, в тому числі, може призводити до того, що такі ув'язнені можуть вперше долучатися до вживання наркотиків, відбуваючи покарання у ВІЦ. Оціночна кількість тих, хто починає вживати наркотики в МПВ, становить, за словами інформантів, складає до 10% від усього числа ув'язнених, включаючи тих, хто відбуває покарання у виправних центрах.

Доступ до інструментарію в МПВ

Відсутність вільного доступу до стерильного інструментарію в МПВ призводить до багаторазового збільшення ризиків інфікування ВІЛ, гепатитами та ін. інфекційними захворюваннями. Крім того, відсутність звички до використання стерильного інструментарію може визначати подальшу ін'єкційну поведінку ЛВІН на волі. Заборона використання шприців і голки у СІЗО та УВП знецінює право ув'язнених на збереження здоров'я. Більше того, своїми діями по вилученню та знищенню інструментарію, співробітники установ фактично підштовхують ув'язнених ЛВІН до використання нестерильного інструментарію для ін'єкційного вживання наркотиків.

Хоча саме голки або шприци як окремі заборонені предмети фігурують³ тільки в Правилах внутрішнього розпорядку СІЗО, законодавство трактує їх як медичні вироби, які можуть бути в ув'язненого тільки за призначенням лікаря і, відповідно, у будь-яких інших випадках є забороненими, як у СІЗО, так і в УВП. Будь-які переміщення ув'язненого супроводжуються обшуками і оглядами будь то виїзди на судові заходи, етапування в колонію або побачення з родичами.

Оскільки шприци відносно габаритні, їх рідко передають незаконним способом, наприклад, перекидаючи через паркан, адже велику передачку легше помітити охоронцям. Співробітники оперслужби підтверджують, що, згідно з внутрішньою статистикою, на 10-15 перекидів з наркотиками припадає 1 шприц. Обшуки, які проводяться оперативними працівниками в камерах і бараках, де живуть ув'язнені, також спрямовані на вилучення всього, що заборонено, включно з голками і шприцами. Таким чином, якщо й припустити, що у деяких ув'язнених може бути власний шприц для багаторазового використання, то вилучення його в процесі обшуку, призводить до необхідності користуватися будь-яким іншим, зазвичай чужим, так само, неодноразово використаним.

У результаті заборони і, фактично, тому, що голки і шприци займають місце і тому їх складно заховати, вони стають дефіцитними предметами, які дуже складно пронести або отримати в «перекиді», тому ув'язненим доводиться шукати способи, щоб отримати шприц у стінах МПВ. У будь-якій колонії є медсанчастина, в деяких колоніях на території є лікарня, де працюють/допомагають самі ув'язнені. При цьому, чим більше складнощів виникає на шляху отримання стерильного інструментарію, тим більш дефіцитним і, відповідно, цінним він стає. В результаті шприци не тільки крадуть у медпрацівників, а й купують, і перепродають, зміцнюючи тим самим існуючу неформальну «тюремну економіку». У той же час, у тих колоніях, де право інсулінозалежних ув'язнених на препарат та шприц в постійному доступі дотримується, відсутність доступу до шприців для тих, кому вони потрібні для вживання наркотиків, може призводити до того, що в деяких ситуаціях доступним інсуліновим шприцем будуть користуватися всі, хто його потребує, тобто наркозалежні, а не тільки ті, кому він призначений. Самі медпрацівники ЦОЗ

³ Згідно з Правилами внутрішнього розпорядку в СІЗО, які вступили в силу після закінчення проведення польової частини дослідження, ув'язнений має право мати в СІЗО п'ять запечатаних шприців.

підтверджують, що відкритий доступ до стерильного інструментарію призведе до того, що голки і шприци перестануть бути предметами грошового обороту.

Таким чином, у деяких колоніях, неформально, доступ до стерильного інструментарію здійснюється за медичною моделлю, яка працює в інших країнах, де ПОШ в МПВ офіційно дозволена. Практично в усіх колоніях і СІЗО вже налагоджені взаємодії з цивільними НУО, соцпрацівники яких надають до- і післятестове консультування, проводять індивідуальні та групові заняття з профілактики ВІЛ та зменшення шкоди. Оскільки самі медики повинні вести суворий облік того інструментарію, який потрапляє в колонію централізовано, шприци, що можуть передаватися через соцпрацівників до медсанчастини не підлягають такому суворому обліку. Крім того, в УВП, де свободи не позбавляють, а її обмежують, як, наприклад, у виправних центрах, доступ до стерильного інструментарію може бути ще більш вільним, оскільки ув'язнений має право пересуватися без супроводу охорони в п'яти-кілометровому периметрі від центру. Однак, в умовах відсутності медсанчастини і карантину, такі ув'язнені стикаються з обмеженим доступом до медичних послуг, включаючи тестування на ВІЛ, яким в таких центрах займаються виключно НУО.

Структурні обмеження для реформування пенітенціарної системи

Оскільки робота пенітенціарної системи є закритою від громадськості, багато нюансів її функціонування можуть бути не помітні і не враховані. Це зумовлює обмеження для її вивчення, а також частково пояснює брак досліджень устрою пострадянських в'язниць. Ці особливості повинні враховуватися, але не повинні бути перешкодою на шляху подальшого реформування системи в напрямку дотримання прав людини і поваги людської гідності навіть в умовах позбавлення або обмеження її свободи. Більш того, загальний стан реформування системи, приток нових кадрів і активна співпраця з громадськими організаціями – все це описує поточний етап розвитку пенітенціарної системи в Україні.

Для розуміння найбільш оптимального способу організації обміну шприців в МПВ було б корисно обговорити можливі моделі впровадження з самими ув'язненими, а не тільки з тими, хто мали досвід перебування в МПВ, і вийшли на волю. За відсутності можливості послідовно проводити такі «консультації», процес узгодження проекту ПОШ повинен здійснюватися паралельно, як на рівні адміністрації ДКВС, так і всередині системи. Крім того, вже зараз такі консультації можна здійснювати через соцпрацівників, які працюють в пенітенціарних проектах по до- і після-тестовому консультуванню, і за допомогою соцпрацівників з профілактики ВІЛ серед ув'язнених, які працюють в декількох колоніях.

Існування міфів та упереджень щодо ПОШ в МПВ значною мірою пов'язані з характером обшукової роботи, в тому числі спрямованої на пошук і вилучення колючо-ріжучих предметів, до яких за аналогією відносять і голки. З іншого боку, сама по собі наявність таких міфів підтверджує наявність наркотиків у МПВ. Крім того, інформаційно-роз'яснювальна робота з приводу позитивного впливу впровадження ПОШ на загальну ситуацію і зниження ймовірності описаних ризиків серед працівників установ може, в кінцевому підсумку, змінити ситуацію.

Спроможність ДКВС до змін для впровадження ПОШ

Реалізація ПОШ в установах ДКВС може зіграти важливу роль у процесі реформування і вдосконалення системи в цілому. Зокрема зацікавленість у реформуванні висловлювали співробітники установ ДКВС. Крім того, прагнення зробити пенітенціарну систему більш

гуманною шляхом впровадження нових програм, які підтвердили позитивні зміни в інших країнах, може сприяти одній із головних цілей МПВ – поверненню в суспільство соціально і фізично здорового громадянина.

Висловлюючи свої думки з приводу готовності системи до реалізації ПОШ, інформанти говорили про важливість перегляду застарілих норм і установок. Якщо система змінюється, важливо переглядати те, що гальмує хід змін, починаючи від застарілих методик навчання, і закінчуючи переглядом структурної спадщини, що залишилася після розпаду Радянського Союзу. Говорячи про можливості, але при цьому підкреслюючи єдиноначальність у системі, співробітники установ ДКВС закликають до грамотного супроводу реалізації даної програми, починаючи з СІЗО, та поетапного впровадження, яке буде враховувати контекст конкретних установ. Крім того, вони вказують на те, що так вплив буде спрямований на вдосконалення роботи усіх відділів, що беруть участь у поліпшенні якості життя та доступу до здоров'я серед ув'язнених у МПВ.

Беручи до уваги згадані обмеження, співробітники установ ДКВС пропонують залучати всі зацікавлені сторони для впровадження ПОШ. Комплексний підхід з окресленою сферою відповідальності кожної зі сторін є необхідною умовою для ефективної реалізації такого роду інтервенції.

Можливі моделі впровадження ПОШ у МПВ

Інтенсивна взаємодія з громадським сектором/ неурядовими організаціями та велика кількість освітніх заходів, у яких брали участь співробітники установ Центрального міжрегіонального управління ДКВС, сприяли формуванню зваженої позиції щодо впровадження ПОШ (у порівнянні з працівниками інших відділень): конкретна модель не настільки важлива, головне – сам факт впровадження інтервенції.

При цьому, київські медики ЦОЗ, загалом, не вітають модель обміну шприців у медсанчастині, оскільки побоюються додаткового навантаження.

Однак, якщо подивитися на розподіл уподобань щодо моделі впровадження ПОШ серед медиків ЦОЗ ДКВС поза Києвом та Київською областю, то такого негативного ставлення до медичної моделі обміну шприців серед медиків вже немає. Це може бути пов'язано з тим, що хоча формально ЦОЗ вже не підпорядковується ДКВС, але поки що залишається її частиною, і медики в регіонах розглядають себе як представників пенітенціарної системи – єдиними, хто може реалізувати такого роду інтервенцію.

Київські соціальні працівники особливо виділяють модель «рівний – рівному». Дана модель («рівний рівному») є дещо менш прийнятною для соціальних працівників поза межами Києва; у регіонах більша частка соцпрацівників, вважають, що їм необхідно взяти на себе ці зобов'язання, тому що, крім них, ніхто в системі не зможе цього зробити.

Поява шприцемату як найбільш привабливої моделі ПОШ серед медичних працівників та однієї з найбільш привабливих для працівників відділень оперативно-розшукової роботи і соціально-виховної та психологічної роботи із засудженими в Києві та Київській області може свідчити, по-перше, про те, що між тюремною адміністрацією і медиками ЦОЗ ДКВС вже відбулося деяке розмежування, можливості працівників відділень оперативно-розшукової роботи для повного контролю медиків втрачені, і навіть владна вертикаль не має над ними такого впливу. По-друге, віддаючи перевагу шприцемату, атестовані співробітники ДКВС вважають, що так можна буде продовжувати свою роботу в умовах, що змінилися.

Необхідно зазначити, що будь-які інтервенції в закритих установах повинні брати до уваги те, що люди по той та іншій бік роками удосконалюють формат і тактики взаємодії один з одним, тому будь-які нововведення будуть сприйматися з підозрою і з того, і з іншого боку.

Однак, присутність третьої сили, такої як соціальний працівник з громадських НУО, до якого ставлення загалом лояльне, як з боку ув'язнених, так і з боку працівників установ, може сприяти налагодженню нейтральних механізмів роботи тих чи інших програм. Зокрема, досвід взаємодії між цивільними НУО, установами ДКВС і медиками ЦОЗ для забезпечення безперебійного функціонування програм з консультування та тестування на ВІЛ, повинен бути використаний як значущий ресурс при продумуванні й організації будь-якої іншої інтервенції, спрямованої на поліпшення доступу ув'язнених до права на здоров'я і відповідних послуг. При цьому наближеність співробітників Центрального міжрегіонального управління до адміністрації ДКВС може привести до того, що саме їх авторитетна думка буде враховуватися при розробці стратегії реалізації ПОШ у МПВ.

Важливо ще раз наголосити на необхідності включення освітнього компоненту для співробітників всіх міжрегіональних управлінь та широкої інформаційної підтримки навіть для пілотного проекту, який, вірогідно, може з'явитися ближче до столиці.

Важливо вже в пілотному проекті тестувати кілька варіантів моделей одночасно, щоб надалі вони могли задовольнити і регіональні потреби, і потреби УВП з різними рівнями безпеки (жіночі мінімальні, чоловічі середні і вищі виправні центри).

У цьому сенсі у ДКВС вже напрацьовано значні ресурси у формі співпраці з громадськими НУО та реалізованих в кількох колоніях проектах профілактики ВІЛ через «рівного» соціального працівника з-поміж ув'язнених.

Кейс для реалізації комплексного підходу до зменшення шкоди від ін'єкційного вживання наркотиків у МПВ

Представлений звіт ґрунтується на рекомендаціях ООН щодо впровадження 15 інтервенцій щодо зниження поширеності ВІЛ в МПВ, на поточних успіхах країн, що імплементують ПОШ в тюрмах, і на досвіді Молдови, в якій реалізується весь комплекс інтервенцій в місцях позбавлення волі. Оскільки на сьогодні в одній з українських колоній реалізується пілот ЗПТ, саме її доцільно використовувати як майданчик для реалізації комплексного підходу, зокрема і для пілотних ПОШ.

Розглянутий кейс демонструє розуміння проблеми з боку різних відділів колонії, роботу різних акторів у процесі реалізації однієї з дієвих інтервенцій і ще раз фокусує увагу на тому, що будь-які зміни можливі тільки за гнучкої взаємодії, різнобічного інформування міждисциплінарної команди із представників медиків ЦОЗ ДКВС і співробітників НУО, а також готовності всіх зацікавлених сторін приступати до реалізації нових інтервенцій.

Рекомендації

Рекомендації для внесення змін в нормативно-правові документи

1. Необхідно передбачити внесення змін до Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України, затверджених наказом Міністерства юстиції України від 14 червня 2019 № 1769/5, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 18 червня 2019 р. за № 633/33604 (106), та Правил внутрішнього розпорядку установ виконання покарань, затверджених наказом

Міністерства юстиції України від 28.08.2018 № 2823/5, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України від 5 вересня 2018 р. під № 1010/32462 (107), зі створення умов у слідчих ізоляторах та установах виконання покарань для заміни особами, взятими під варту і засудженими, використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією.

2. Правилами внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України, затвердженими наказом Міністерства юстиції України від 14 червня 2019 № 1769/5, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 18 червня 2019 року за № 633/33604 (106), особам, узятим під варту, не заборонено використання і зберігання при собі стерильних шприців і голок, однак не визначений механізм їх отримання (крім випадків необхідності цілодобового невідкладного прийому препаратів і підтримки життєдіяльності організму). Необхідно передбачити внесення механізму отримання стерильних шприців і голок до Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України, затверджених наказом Міністерства юстиції України від 14 червня 2019 № 1769/5, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 18 червня 2019 р. за № 633/33604 (106).
3. Внести зміни до Критеріїв визначення груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 8 лютого 2013 р. № 104, зареєстрованих в Міністерстві юстиції України від 26 лютого 2013 р. за № 324/22856 (112), доповнивши групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ категорією «особи, які перебувають у слідчих ізоляторах».
4. Додати правове обґрунтування права осіб, взятих під варту, на охорону здоров'я. Стаття 9 «Права осіб, взятих під варту» Закону України «Про попереднє ув'язнення» (113) на відміну від статті 8 «Основні права засуджених» Кримінально-виконавчого кодексу України (114) не містить положення про право осіб, взятих під варту, на охорону здоров'я. Необхідно передбачити відповідні поправки до Статті 9.

Рекомендації для посилення процесу реформування пенітенціарної системи

5. Досягнення реалізації права ув'язнених на збереження здоров'я та поваги до людської гідності повинні просуватися як ключові цінності у роботі співробітників установ ДКВС. Цьому можуть сприяти публічні заходи, організовані у співпраці з профільними НУО.
6. Реалізація ПОШ в установах ДКВС має бути невід'ємною частиною процесу реформування та вдосконалення пенітенціарної системи. Прагнення зробити пенітенціарну систему більш гуманною шляхом впровадження нових програм, які підтвердили позитивні зміни в зарубіжних країнах, може сприяти одній із головних цілей МПВ – поверненню в суспільство соціально і фізично здорового громадянина.

Рекомендації щодо визнання права наркозалежних ув'язнених на охорону здоров'я

7. Визнати факт ін'єкційного вживання наркотичних речовин у МПВ, а, отже, і необхідність впровадження ПОШ як способу мінімізації шкоди здоров'ю ув'язнених від подібних практик. Не тільки ув'язнені піддаються підвищеного ризику інфікування ВІЛ і гепатитом С, але і тюремний персонал. Прийняття цих ризиків як норми повсякденності і формування внаслідок цього небезпечної поведінки в контексті ін'єкційного вживання наркотиків, зниження цінності власного здоров'я – все це зводить

нанівець багаторічні зусилля, спрямовані на зниження шкоди від вживання наркотиків, в громадянському суспільстві. Крім того, доступ до стерильного інструментарію для всіх, хто потребує, призведе до того, що голки та шприци перестануть бути предметами грошового обігу в МПВ.

8. Створити системи моніторингу направлені на виявлення реальної ситуації щодо кількості ЛВІН, що потрапили в ув'язнення. Кількість людей, які вживають наркотики ін'єкційно в МПВ може бути досить точно оцінена як медпрацівниками, які не спеціалізуються в наркології, так і працівниками оперативного і соціально-психологічного відділів.

Рекомендації з приводу впровадження ПОШ у МПВ

9. Важливо враховувати економічну складову при розробці стратегії впровадження ПОШ. Бюджет буде залежати від моделі забезпечення стерильними шприцами та голками та включатиме прямі та непрямі витрати.
10. Провести освітні заходи з ознайомлення з ПОШ для співробітників УВП всіх міжрегіональних управлінь та широкої інформаційної підтримки у тому числі для пілотного проекту ПОШ.
11. Досвід взаємодії між цивільними НУО, установами ДКВС та медиками ЦОЗ для забезпечення безперебійного функціонування програм з консультування та тестування на ВІЛ повинен бути використаний як значущий ресурс при організації будь-якої іншої інтервенції, спрямованої на поліпшення доступу ув'язнених до права на здоров'я та відповідних послуг.
12. Для ефективного впровадження ПОШ у МПВ повинні здійснюватися комплексні підходи. Вже в пілотному проекті важливо тестувати кілька варіантів моделей одночасно, щоб надалі вони могли задовольнити і регіональні потреби, і потреби УВП з різними рівнями безпеки (жіночі мінімальні, чоловічі середні та вищі виправні центри). У цьому сенсі у ДКВС вже напрацьовані значні ресурси у формі співпраці з громадськими НУО та реалізованих у кількох колоніях програм профілактики ВІЛ через соціальних працівників серед засуджених.
13. Для розуміння найбільш оптимального способу організації обміну шприців у МПВ було б корисно обговорити можливі моделі впровадження з самими ув'язненими, а не тільки з тими, хто був у МПВ, але вже вийшов на свободу. У разі відсутності можливості послідовно проводити такі «консультації» процес узгодження проекту ПОШ повинен здійснюватися паралельно як на рівні адміністрації ДКВС, так і всередині системи. Крім того, вже зараз такі консультації можна здійснювати через соцпрацівників, які працюють в пенітенціарних проектах з до- і післятестового консультування, і за допомогою соцпрацівників з профілактики ВІЛ серед ув'язнених, які працюють у кількох колоніях.
14. Досвід впровадження інтервенцій повинен бути ретельно задокументований та проаналізований. Залучення дослідників для вивчення процесу реалізації інтервенції та її ефектів упродовж її (пілотної) імплементації – необхідний крок, який свідчить про визнання науково обґрунтованих підходів, і сприяє подальшому розвитку пенітенціарної системи в напрямку дотримання прав людини.

РІЧНИЙ ПЛАН

заходів з реалізації впровадження пілотного проекту програм обміну шприців в установах ДКВС України

	Назва заходу	Опис заходу	Термін виконання	Очікувані результати	Відповідальний виконавець
1.	Презентація результатів дослідження «Вивчення можливостей для впровадження програм обміну шприців в установах виконання покарань та слідчих ізоляторів» Адміністрації ДКВС.	У рамках дослідження були виявлені необхідні обґрунтування для впровадження пілотного проекту програми обміну шприців Відповідно до даних проведеного дослідження, за оцінками працівників установ ДКВС, кількість ув'язнених, які продовжують вживати наркотичні речовини, перебуваючи в ув'язненні, різниться від 10 до 90 % в залежності від типу та режиму установи. Відсутність вільного доступу до стерильного інструментарію в установах ДКВС призводить до багаторазового збільшення ризиків інфікування ВІЛ, гепатитами та ін. інфекційними захворюваннями. Відповідно до рекомендацій ПРООН, ВООЗ, ЮНЕЙДС, програми обміну голок і шприців, необхідно ввести невідкладно, якщо у тюремної влади є які-небудь докази того, що в тюрмі	1 квартал 2020 р.	Виявлено необхідні обґрунтування для впровадження пілотного проекту програми обміну шприців, які можуть бути використані у реалізації дорожньої карти.	ГО «Центр підтримки, досліджень та розвитку» (ГО «ЦПДР»)



		відбувається ін'єкційне вживання наркотиків.			
2.	Підготовка проекту внесення змін до нормативних актів або пояснень до нормативних актів, які закріплюються поправками Міністерства юстиції.	Внесення змін до Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України, затверджених наказом Міністерства юстиції України від 14 червня 2019 № 1769/5, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 18 червня 2019 р. за № 633/33604, та Правил внутрішнього розпорядку установ виконання покарань, затверджених наказом Міністерства юстиції України від 28.08.2018 № 2823/5, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України від 5 вересня 2018 р. під № 1010/32462, зі створення умов у слідчих ізоляторах та установах виконання покарань для заміни особами, взятими під варту і засудженими, використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією.	1 квартал 2020 р.	Внесення змін до Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів та установ виконання покарань.	Міністерство юстиції



3.	Формування Виконавчого Комітету (ВК) для контролю реалізації дорожньої карти впровадження пілотного проекту обміну шприців.	Підписання меморандуму про співпрацю для реалізації для контролю реалізації дорожньої карти впровадження пілотного проекту обміну шприців: Міністерство юстиції, Міністерство охорони здоров'я, ДКВС, ЦГЗ, ЦОЗ ДКВС, УНЗ ООН, БО «FREE ZONE», БО «100 % ЖИТТЯ», МБФ «Альянс громадського здоров'я», ГО «ЦПДР».	1 квартал 2020 р.	Підписання меморандуму про співпрацю для контролю реалізації дорожньої карти впровадження пілотного проекту обміну шприців між основними стейкхолдерами.	ЦОЗ ДКВС
4.	Створення протоколу і операційних процедур впровадження пілотного проекту обміну шприців.	Розробка та затвердження стандартних операційних процедур обраної моделі та впровадження дорученням заступника міністра, або наказом ДУ.	2 квартал 2020 р.	Вибір моделі впровадження пілотної програми обміну шприців. Створення плану проведення інформаційно-освітніх заходів для працівників установ ДКВС. Створення механізму і критеріїв моніторингу впровадження пілотного проекту обміну шприців.	Адміністрація ДКВС, ВК
5.	Проведення інформаційно-освітніх заходів для співробітників ДКВС.	Проведення інформаційно-освітніх заходів: тренінгів, семінарів, круглих столів, вебінарів, скайп-нарад, стажувань. До розробки освітнього компоненту залучаються експерти	2 квартал 2020 р.	Звіт за результатами проведення заходів.	Адміністрація ДКВС, ЦОЗ ДКВС, ВК



		міжнародного рівня з відповідним досвідом.			
6.	Впровадження пілотного проекту обміну шприців.	Поточний моніторинг роботи пілотного проекту ПОШ відповідно розробленим критеріям.	3 квартал 2020 р.	Звіт за результатами моніторингу пілотного проекту обміну шприців.	Адміністрація ДКВС, ЦОЗ ДКВС, ВК
7.	Оцінювання пілотного проекту обміну шприців.	Фінальне оцінювання результатів пілотного проекту з коригуванням протоколу імплементації та формування пакету документів для впровадження ПОШ у різних установах ДКВС України.	4 квартал 2020 р.	Презентація оцінки пілотної програми і стратегії подальшого впровадження програм обміну шприців у різних установах ДКВС України.	Адміністрація ДКВС, ЦОЗ ДКВС, ВК

Список використаних джерел

1. ДКВС. Загальна характеристика Державної кримінально-виконавчої служби України від 1.02.2019 [Internet]. [cited 2019 Feb 24]. Available from: <http://www.kvs.gov.ua/peniten/control/main/uk/publish/article/628075>
2. Altice FL et al. The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *Lancet* [Internet]. 2016 Sep 17 [cited 2018 Dec 10];388(10050):1228–48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27427455>
3. Azbel L, Wickersham JA, Grishaev Y, Dvoryak S, Altice FL. Correlates of HIV infection and being unaware of HIV status among soon-to-be-released Ukrainian prisoners. *J Int AIDS Soc*. 2014;17:1–10.
4. Makarenko I, Mazhnaya A, Polonsky M, Marcus R, Bojko MJ, Filippovych S, et al. Determinants of willingness to enroll in opioid agonist treatment among opioid dependent people who inject drugs in Ukraine. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 10];165:213–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27370527>
5. Поширеність ВІЛ-інфекції та ризикованої поведінки серед засуджених. Аналітичний огляд за результатами біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013 років.
6. Stöver H, Teltzrow R, Boci A, Dedajic D, Otiashvili D, Ismajli R, et al. Drug-treatment systems in prisons in EastErn and south-East Europe [Internet]. Available from: <https://rm.coe.int/drug-treatment-systems-in-prisons-in-eastern-and-south-east-europe/168075b999>
7. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggress Violent Behav* [Internet]. 2008 Mar [cited 2019 Sep 28];13(2):107–18. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1359178908000037>
8. Håkansson A, Jesionowska V. Associations between substance use and type of crime in prisoners with substance use problems - a focus on violence and fatal violence. *Subst Abuse Rehabil* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 28];9:1–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29391843>
9. Pierce M, Hayhurst K, Bird SM, Hickman M, Seddon T, Dunn G, et al. Insights into the link between drug use and criminality: Lifetime offending of criminally-active opiate users. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 28];179:309–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28837946>
10. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* [Internet]. 2006 Feb [cited 2019 Sep 28];101(2):181–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16445547>
11. Alliance for Public Health. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ БІОПОВЕДІНКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СЕРЕД КЛЮЧОВИХ ГРУП. 2018.
12. Treloar C, McCredie L, Lloyd AR. The prison economy of needles and syringes: What opportunities exist for blood borne virus risk reduction when prices are so high? *PLoS One*. 2016;
13. Polonsky M, Azbel L, Wickersham JA, Taxman FS, Grishaev E, Dvoryak S, et al. Challenges to implementing opioid substitution therapy in Ukrainian prisons: Personnel attitudes toward addiction, treatment, and people with HIV/AIDS. *Drug Alcohol Depend*. 2015;
14. Mimiaga MJ, Safren SA, Dvoryak S, Reisner SL, Needle R, Woody G. “We fear the police, and the police fear us”: Structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2010;

15. Morozova O, Dvoryak S, Altice FL. Methadone treatment improves tuberculosis treatment among hospitalized opioid dependent patients in Ukraine. *Int J Drug Policy*. 2013;24(6).
16. Ukraine | World Prison Brief.
17. НАКАЗ от 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156 Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії [Internet]. 2012 [cited 2019 Sep 28]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1868-12>
18. Центр здравоохранения уголовно-исполнительной службы возглавил Сергей Васильев | УНИАН.
19. Замісна підтримувальна терапія: шляхи впровадження в установах виконання покарань. - Alliance for Public Health.
20. МОЗ України et al. ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ ТА ДОГЛЯД ДЛЯ КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ. КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 18]. Available from: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/2018_07_KN_ProfVIL.pdf
21. Awenat YF, Moore C, Gooding PA, Ulph F, Mirza A, Pratt D. Improving the quality of prison research: A qualitative study of ex-offender service user involvement in prison suicide prevention research. *Heal Expect*. 2018;
22. Wright MT, Roche B, Von Unger H, Block M, Gardner B. A call for an International Collaboration on Participatory Research for Health. *Health Promotion International*. 2010.
23. Penrod J, Loeb SJ, Ladonne RA, Martin LM. Empowering Change Agents in Hierarchical Organizations: Participatory Action Research in Prisons. *Res Nurs Health* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 10];39(3):142–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27028096>
24. Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: The intersection of science and practice to improve health equity. *Am J Public Health*. 2010;
25. Belone L, Lucero JE, Duran B, Tafoya G, Baker EA, Chan D, et al. Community-Based Participatory Research Conceptual Model: Community Partner Consultation and Face Validity. *Qual Health Res*. 2016;
26. McIntyre A. Participatory action research [Internet]. SAGE Publications, Inc; 2008 [cited 2018 Dec 10]. 79 p. Available from: <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/participatory-action-research/book230910>
27. UN. Universal Declaration of Human Rights. 1948.
28. UN. International Covenant on Civil and Political Rights. 1966.
29. UN. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. 1966.
30. Council of Europe. European Convention on Human Rights. 1950.
31. Council of Europe. The European Social Charter. 1965.
32. UN. Basic Principles for the Treatment of Prisoners. 1990.
33. WHO. WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons. 1993.
34. UN. Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. 1988.
35. UNODS. The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners An updated blueprint for prison management in the 21st century. 2015.
36. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation No. R(98) 7 of the Committee of Ministers to member states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. *Eur J Health Law*. 1999 Sep;6(3):267–78.
37. WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons [Internet]. 1999 [cited 2018 Dec 16]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc277-who-guidel-prisons_en_0.pdf

38. UN. UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY SPECIAL SESSION ON HIV/AIDS. 2001.
39. UN. International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights 2006 Consolidated Version Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights Third International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights. 2006.
40. UN. HUMAN RIGHTS INSTRUMENTS Volume I COMPILATION OF GENERAL COMMENTS AND GENERAL RECOMMENDATIONS ADOPTED BY HUMAN RIGHTS TREATY BODIES. 2008.
41. International Labour Organization. Recommendation 200: Recommendation concerning HIV and AIDS and the world of work. 2010.
42. WHO. Statement from the Consultation on Prevention and Control of AIDS in Prisons. Geneva; 1987.
43. WHO Regional Office for Europe. Drug abusers in prisons: managing their health problems: report on a WHO meeting, The Hague, 16-18 May 1988. The Hague; 1990.
44. UNAIDS. UNAIDS point of view Prisons and AIDS | UNAIDS Best Practice Collection. 1997.
45. UNAIDS UN Commission on Human Rights. Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights. Geneva; 1996.
46. The World Medical Association. Declaration of Edinburgh on Prison Conditions and the Spread of Tuberculosis and Other Communicable Diseases. 2000.
47. WHO (Europe) POMPIDOU GROUP. PRISONS, DRUGS AND SOCIETY A consensus Statement on Principles, Policies and Practices WHO (REGIONAL OFFICE FOR EUROPE) HEALTH IN PRISONS PROJECT AND THE POMPIDOU GROUP OF THE COUNCIL OF EUROPE. 2001.
48. UNAIDS. The Warsaw Declaration: A Framework for Effective Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use 2-nd International Policy Dialogue on HIV/AIDS. Warsaw; 2003.
49. WHO Regional Office for Europe. Declaration Prison Health as part of Public Health. Moscow meeting. 2003.
50. Lines R, Jürgens R, Stöver H, Kaliakbarova G, Laticevschi D, Nelles J, et al. Dublin Declaration on HIV/AIDS in Prisons in Europe and Central Asia. Prison health is public health. Dublin, Ireland, February 23, 2004. Can HIV/AIDS policy law Rev. 2004 Apr;9(1):41–5.
51. WHO. Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. 2005.
52. Council of Europe. European Prison Rules. Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to member states. 2006.
53. UNAIDS. International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights. 2006 Consolidated Version. Geneva; 2006.
54. WHO. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. 2007.
55. WHO UNAIDS UNODC. Evidence for Action Technical Papers Effectiveness of Interventions to Manage HIV in Prisons-Needle and syringe programmes and bleach and decontamination strategies. 2007.
56. WHO UNAIDS UNODC UNDP ILO. Policy brief HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienna; 2013.
57. UNAIDS. A PUBLIC HEALTH AND RIGHTS APPROACH TO DRUGS. 2015.
58. UNAIDS. On the Fast-Track to end AIDS. 2016.
59. WHO. HIV PREVENTION, DIAGNOSIS, TREATMENT AND CARE FOR KEY POPULATIONS POLICY BRIEF CONSOLIDATED GUIDELINES. 2017.
60. UNAIDS UNDP WHO. International Guidelines on Human Rights and Drug Policy. 2019.
61. Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson G V, Reference Group on HIV/AIDS

- Prevention and Care among Injecting Drug Users in Developing and Transitional Countries. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2007 Jan 1 [cited 2018 Dec 16];7(1):32–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17182342>
62. Li L, Assanangkornchai S, Duo L, McNeil E, Li J. Risk Behaviors, Prevalence of HIV and Hepatitis C Virus Infection and Population Size of Current Injection Drug Users in a China-Myanmar Border City: Results from a Respondent-Driven Sampling Survey in 2012. Yu X-F, editor. *PLoS One* [Internet]. 2014 Sep 9 [cited 2018 Dec 16];9(9):e106899. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0106899>
63. Grau LE, White E, Niccolai LM, Toussova O V, Verevochkin S V, Kozlov AP, et al. HIV disclosure, condom use, and awareness of HIV infection among HIV-positive, heterosexual drug injectors in St. Petersburg, Russian Federation. *AIDS Behav* [Internet]. 2011 Jan [cited 2018 Dec 16];15(1):45–57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20700645>
64. Azbel L, Wickersham JA, Wegman MP, Polonsky M, Suleymanov M, Ismayilov R, et al. Burden of substance use disorders, mental illness, and correlates of infectious diseases among soon-to-be released prisoners in Azerbaijan. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2018 Dec 15];151:68–75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25861943>
65. Stone J, Phd F, Lim Dphil AG, Walker JG, Abbott Msc S, Dphil M, et al. Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Artic Lancet Infect Dis* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 20];18:1397–409. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/>
66. Azbel L, Wickersham JA, Grishaev Y, Dvoryak S, Altice FL. Burden of Infectious Diseases, Substance Use Disorders, and Mental Illness among Ukrainian Prisoners Transitioning to the Community. *PLoS One*. 2013;8(3).
67. Grinstead Reznick O, Comfort M, McCartney K, Neilands TB. Effectiveness of an HIV prevention program for women visiting their incarcerated partners: The HOME project. *AIDS Behav*. 2011;15(2):365–75.
68. Michel L. Drug use in prisons: strategies for harm reduction (ANRS-PRIDE Program). *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(7):2081–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702081&lng=en&tlng=en
69. WHO international meeting on prisons and health: recognizing the role of prisons in addressing health inequalities. 2018 Mar 27 [cited 2018 Dec 16]; Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/news/news/2018/3/who-international-meeting-on-prisons-and-health-recognizing-the-role-of-prisons-in-addressing-health-inequalities>
70. Golrokhi R, Farhoudi B, Taj L, Pahlaviani FG, Mazaheri-Tehrani E, Cossarizza A, et al. HIV Prevalence and Correlations in Prisons in Different Regions of the World: A Review Article. *Open AIDS J* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 12];12:81–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30369993>
71. Stone K, Shirley-Beavan S. THE GLOBAL STATE OF HARM REDUCTION 2018 [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 14]. Available from: www.hri.global
72. WHO. HIV Programme Review in Armenia [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 15]. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
73. WHO. GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2015 [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 15]. Available from: www.who.int
74. Bielen R, Stumo SR, Halford R, Werling K, Reic T, Stöver H, et al. Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: A cross-sectional survey of 25 countries. *Harm Reduct J*. 2018;15(1):1–10.

75. WHO. HIV Programme Review in Tajikistan Evaluation report [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 15]. Available from: <http://www.euro.who.int/pubrequest>
76. Statistical Bulletin 2018 — drug use in prison | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [cited 2018 Dec 15]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/dup>
77. Drug use and responses in prison in Romania 2018 | www.emcdda.europa.eu [Internet]. [cited 2018 Dec 15]. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/romania/drug-use-and-responses-prison_en
78. GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2016 [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 15]. Available from: https://aidsreportingtool.unaids.org/static/docs/GARPR_Guidelines_2016_EN.pdf
79. Sander G, Scandurra A, Kamenska A, MacNamara C, Kalpaki C, Bessa CF, et al. Overview of harm reduction in prisons in seven European countries. *Harm Reduct J* [Internet]. 2016;13(1):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12954-016-0118-x>
80. Lines R., Jürgens R., Betteridge G., Stöver H., Laticevski D. NJ. Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience. Canadian HIV/AIDS Legal Network For; 2006. 88 p.
81. Statement: Advocates welcome major concessions in Government of Canada's prison needle exchange announcement — Canadian HIV/AIDS Legal Network [Internet]. [cited 2018 Dec 15]. Available from: <http://www.aidslaw.ca/site/advocates-welcome-major-concessions-in-government-of-canadas-prison-needle-exchange-announcement/?lang=en>
82. Global News. Alberta federal prison opened an overdose prevention site for inmates. 2019.
83. Canadian HIV/AIDS Legal Network. STATEMENT: Proposed supervised injection site in Alberta's Drumheller Institution cannot replace a prison-based needle and syringe program. 2019.
84. Dolan K, Dorota D, Mr S-K, Vumbaca G. A needs analysis for people living with HCV after leaving custodial settings in Australia [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 15]. Available from: <http://aivl.org.au/wp-content/uploads/2018/05/Needs-analysis-for-people-living-with-HCV-after-leaving-custodial-settings-in-Australia.pdf>
85. The Global State of Harm Reduction 2016 [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 15]. Available from: www.hri.global
86. Government failing in its duty of care to prisoners: drug and alcohol sector [Internet]. [cited 2018 Dec 15]. Available from: <https://www.canberratimes.com.au/national/act/government-failing-in-its-duty-of-care-to-prisoners-drug-and-alcohol-sector-20180419-p4zali.html>
87. Lafferty L, Rance J, Treloar C. Who goes first? Understanding hepatitis C risk among injecting networks in the prison setting. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2018 Dec 15];183:96–101. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29245104>
88. Stöver H, Hariga F. Prison-based needle and syringe programmes (PNSP)-Still highly controversial after all these years. 2016 [cited 2018 Dec 15]; Available from: <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=idep20>
89. van der Meulen E, Claivaz-Loranger S, Clarke S, Ollner A, Watson TM. On Point: Recommendations for Prison-Based Needle and Syringe Programs in Canada. 2016.
90. Nelles J, Harding T. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *Lancet* (London, England) [Internet]. 1995 Dec 9 [cited 2018 Dec 16];346(8989):1507–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7491043>
91. Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner H, Harding T. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *BMJ* [Internet]. 1998 Jul 25 [cited 2018 Dec

- 16];317(7153):270–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9677225>
92. GHO | Health in Prisons European Database (HIPED) | Needle/syringe exchange programmes. WHO [Internet]. [cited 2018 Dec 20]; Available from: http://apps.who.int/gho/data/node.prisons.Needle_Syringe_Exchange_Programmes?lang=en#
93. UNODC. A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings. 2014;64.
94. Канадская Правовая Сеть ВИЧ/ по СПИДу. Обмен игл в тюрьмах: уроки всестороннего изучения международного опыта и подтверждённых доказательствами результатов [Internet]. 2005 [cited 2018 Dec 15]. Available from: www.aidslaw.ca
95. Fernández Bessa C, Lazo GN, Sauret GV. Improving Prison Conditions by Strengthening the Monitoring of HIV, HCV, TB and Harm Reduction Mapping Report-Catalonia (Spain) OSPDH-Observatory of the Penal System and Human Rights (University of Barcelona) [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 16]. Available from: http://www.ub.edu/ospdh/sites/default/files/documents/publicacions/improving_prison_conditions_ospdh_2016_report.pdf
96. Drug use and prisons : an international perspective / edited by David Shewan, John B. Davies. - Version details - Trove [Internet]. [cited 2018 Dec 16]. Available from: <https://trove.nla.gov.au/work/6885715?q&versionId=46626971>
97. Rutter S, Dolan K, Wodak A, Hans H. Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and program development. NDARC Tech Rep No12 [Internet]. 2001;(112):57. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1046%2Fj.1360-0443.2003.00309.x>
98. Stöver H. Evaluation of needle exchange pilot projects shows positive results. Can HIV-AIDS policy law Newsl [Internet]. [cited 2018 Dec 17];5(2–3):60–4, 65–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11833203>
99. Stöver H, Nelles J. Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. Int J Drug Policy [Internet]. 2003 Dec 1 [cited 2018 Dec 17];14(5–6):437–44. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S095539590300152X>
100. Glauser W. Prison needle exchange programs rare despite evidence. CMAJ [Internet]. 2013 Dec 10 [cited 2018 Dec 18];185(18):1563. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24190985>
101. Oordt A, Vonk-Noordegraaf M, Vroiling H, Monarca R, Babudieri S, Madeddu G. Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings [Internet]. Stockholm; 2018 [cited 2018 Dec 26]. Available from: www.ecdc.europa.eu
102. Hoover J, Jürgens R. Harm Reduction in Prison: The Moldova Model. 2009;
103. Lines R, Jürgens R, Betteridge G, Stöver H. Taking action to reduce injecting drug-related harms in prisons: The evidence of effectiveness of prison needle exchange in six countries. Int J Prison Health [Internet]. 2005 Jan [cited 2018 Dec 18];1(1):49–64. Available from: <https://www.emeraldinsight.com/doi/10.1080/17449200500157085>
104. Канадская сеть по ВИЧ/СПИД. ВИЧ/СПИД и гепатит С в тюрьмах: факты [Internet]. 2006 [cited 2018 Dec 26]. Available from: <http://ndarc.med.unsw>
105. Верховна Рада України. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ | від 12.12.1991 № 1972-ХІІ. 2012.
106. МІНІСТЕРСТВО ЮСТИЦІЇ УКРАЇНИ. ПРАВИЛА внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України. 2019.
107. Міністерство юстиції України. Про затвердження Правил внутрішнього розпорядку установ виконання покарань | від 28.08.2018 № 2823/5. 2018.

108. Мін'юст України, МОЗ України. Про затвердження Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі | від 15.08.2014 № 1348/5/572 (Сторінка 1 з 3). 2017.
109. Міністерство юстиції України. Щодо практики застосування норм права у випадку колізії | від 26.12.2008 № 758-0-2-08-19. 2008.
110. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 15]. Available from: www.who.int
111. Méndez JE. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment [Internet]. 2013 [cited 2019 Sep 15]. Available from: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf
112. МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ. Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ / від 08.02.2013 № 104. 2013.
113. Верховна Рада України. Про попереднє ув'язнення | від 30.06.1993 № 3352-XII. 2018.
114. Верховна Рада України. Кримінально-виконавчий кодекс України | від 11.07.2003 № 1129-IV. 2018.
115. Міністерство юстиції України. Про затвердження Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України | від 18.03.2013 № 460/5. 2013.
116. Верховна Рада УРСР. Кодекс України про адміністративні правопорушення (статті 1 - 212-21) | від 07.12.1984 № 8073-X. 2018.
117. Верховна Рада України. Основи законодавства України про охорону здоров'я | від 19.11.1992 № 2801-XII. 2018.
118. Верховна Рада України. Про лікарські засоби | від 04.04.1996 № 123/96-ВР. 2018.
119. Мін'юст України, МОЗ України. Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України із закладами охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги особам, узятим під варту | від 10.02.2012 № 239/5/104. 2017.
120. Кабінет Міністрів України. Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів | від 02.10.2013 № 753. 2016.
121. МОЗ України. Про визнання таким, що втратив чинність, наказу Міністерства охорони здоров'я України від 16 липня 2012 року № 533 | від 22.12.2017 № 1690. 2017.
122. МОЗ України. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування | від 14.02.2012 № 110. 2018.

Додаток 1. Поширеність ВІЛ в установах виконання покарань за даними ЦОЗ ДКВС

	Найменування установи виконання покарань	Кількість осіб, які перебувають в установі станом на 01.10.2018	Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які знаходяться під медичним наглядом на кінець звітного періоду	Всього % ВІЛ-інфікованих осіб
Дніпро	ДУ «Ігреський виправний центр (№ 133)»			
Київ	ДУ «Ірпінський виправний центр (№ 132)»			
Київ	ЛЗ при ДУ "Бучанська ВК (№85)"	649	38	6%
Дніпро	БПЛ при ДУ "Дніпровська УВП (№4)"	51	18	35%
Одеса	ДУ "Чорноморська виправна колонія (№74)" (ж)	193	19	10%
Дніпро	ДУ "Кам'янська виправна колонія (№34)" (ж)	256	48	19%
Умань	ДУ "Уманська виправна колонія (№129)"	162	18	11%
Полтава	ДУ "Надержищинська ВК (№65)" (ж)	299	73	24%
Чернігів	ДУ "Чернігівська виправна колонія (№44)" (ж)	160	42	26%
Київ	ДУ "Кагарлицька виправна колонія (№115)"	123	4	3%
Київ	ДУ "Київський слідчий ізолятор"	2450	179	7%

Львів	ДУ "Львівська УВП (№19)"	736	151	21%
Одеса	ДУ "Південна виправна колонія (№51)"	497	19	4%
Київ	ДУ "Бориспільська виправна колонія (№119)"	528	21	4%
Львів	ДУ "Личаківська виправна колонія (№30)"	674	54	8%
Одеса	ДУ "Одеська виправна колонія (№14)"	598	81	14%
Київ	ДУ "Бучанська виправна колонія (№85)"	649	136	21%
Львів	Львівська виправна колонія (№48)			
Дніпро	ДУ "Дніпровська УВП (№4)"	1765	69	4%
Одеса	ДУ "Одеська УВП (№21)"	497	82	16%

Додаток 2. Розподілення засуджених по установах різних рівнів безпеки

Згідно даним Міністерства юстиції України, станом на 01.07.2018 рік, розподілення засуджених по установах різних рівнів безпеки наступне:

- у 7 колоніях максимального рівня безпеки 1 775 осіб
- у 32 колоніях середнього рівня безпеки для неодноразово засуджених 15 932 особи
- у 27 колоніях середнього рівня безпеки для вперше засуджених 10 221 осіб
- у 7 колоніях мінімального рівня безпеки із загальними умовами для тримання чоловіків 1 215 осіб
- у 4 колоніях мінімального рівня безпеки із полегшеними умовами для тримання чоловіків 422 особи
- у 11 колоніях для тримання жінок 1 551 осіб

- у 4 спеціалізованих лікувальних закладах 697 осіб
- в лікувальних закладах при ВК та СІЗО 1 025 осіб
- у 21 виправному центрі 1 621 осіб
- у 6 виховних колоніях (для неповнолітніх) 144 особи
- 470 осіб відбувають покарання у вигляді арешту у 54 арештних домах, утворених при установах.

Додаток 3. Аналіз національних законодавчих і нормативно-правових документів щодо наявності легальних підстав для реалізації ПОШ у слідчих ізоляторах та установах виконання покарань в Україні

На сьогодні відсоток ВІЛ-інфікованих осіб у слідчих ізоляторах та установах виконання покарань, від загальної чисельності ув'язнених, у разі перевищує цей відсоток поза їх межами. Причиною зазначеного є, зокрема, передача хвороб ін'єкційним шляхом як наслідок багаторазового використання ув'язненими, які мають наркотичну залежність, предметів медичного призначення (шприців та голок). Незалежно від рівня боротьби із наявністю наркотичних речовин в слідчих ізоляторах та тюрмах, ін'єкційні наркотичні засоби все одно проникають до пенітенціарних установ.

У зв'язку з цим зазначаємо, що відповідно до пункту 8 статті 4 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (105) держава гарантує забезпечення запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, за допомогою програм реабілітації таких осіб та програм зменшення шкоди, що, серед іншого, передбачають використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність, та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією. Водночас осіб, які утримуються в установах виконання покарань, згідно із пунктом 2 Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 8 лютого 2013 року № 104, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 26 лютого 2013 року за № 324/22856 (112), віднесено до зазначених груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Разом з тим спеціальними законодавчими актами, які регламентують режим утримування осіб, взятих під варту, відповідно до завдань кримінального судочинства, та засуджених є Закон України «Про попереднє ув'язнення» (113) (далі – Закон) та Кримінально-виконавчий кодекс України (114) (далі – КВКУ).

Зазначені законодавчі акти визначають обмеження на права та свободи, якими може користуватись вищевказана категорія осіб.

Розглянемо положення Закону та КВКУ, відповідних підзаконних нормативно-правових актів в аспекті наявних можливостей зазначеної категорії осіб легально користуватись вказаними вище предметами медичного призначення (медичними виробами).

Слідчі ізолятори

Відповідно до частини третьої статті 7 Закону (113) особи, щодо яких як запобіжний захід обрано утримання під вартою або до яких застосовано тимчасовий чи екстрадиційний арешт, підлягають обшуку, медичному огляду, дактилоскопуванню і фотографуванню; їх ознайомлюють з правами, обов'язками та вимогами режиму. Речі, які є при них, а також передачі і посилки, що надходять на їх ім'я, підлягають огляду, а листування – перегляду. Їм забороняється мати при собі гроші та цінні речі, а також предмети, не дозволені для зберігання в місцях попереднього ув'язнення.

Перелік продуктів харчування, предметів першої необхідності, інших речей та предметів, які забороняється передавати ув'язненим і засудженим, а також користуватися та зберігати при собі, визначено у підпункті 4.5 пункту 4 Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України, затверджених наказом Міністерства юстиції України від 18 березня 2013 року № 460/5, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 20 березня 2013 року за № 445/22977 (115) (далі — Правила). Так, до зазначеного переліку включено, зокрема, наркотичні засоби, психотропні речовини, їх аналоги та прекурсори, предмети медичного призначення (шприци, голки, джгути тощо). Відповідно до статті 9 Закону (113) ув'язнені мають право одержувати передачі або посилки та грошові перекази і передачі. Згідно із підпунктом 2.11. пункту 2 розділу 6 Правил (115), за результатами виявлення в посилках і бандеролях заборонених для зберігання і використання ув'язненими та засудженими речей і предметів проводиться перевірка та вживаються заходи відповідно до чинного законодавства.

Водночас наказом Міністерства юстиції України від 14 червня 2019 року № 1769/5, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 18 червня 2019 року за № 633/33604, затверджено нові Правила внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів Державної кримінально-виконавчої служби України (106) (далі – Правила внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів). Правила внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів встановлюють більш ліберальний підхід порівняно із Правилами стосовно заборон на отримання ув'язненими і засудженим речей та предметів для користування. Так, у Переліку продуктів харчування, предметів першої необхідності, інших речей та предметів, заборонених для передавання ув'язненим і засудженим, а також для користування та зберігання при собі (додаток 1 до Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів) зазначено, що до заборонених предметів першої необхідності, засобів особистої гігієни, інших речей та предметів, зокрема, належать наркотичні засоби, психотропні речовини, їх аналоги та прекурсори, медичні вироби (за винятком лікарських засобів або їх аналогів, протезів, інвалідних візків або інших пристосувань, необхідних для підтримання життєдіяльності організму (за умови дозволу лікаря), **стерильних шприців, голок та контрацептивів у герметичній упаковці (не більше 5 одиниць кожного найменування))**. Разом з тим Переліком продуктів харчування, предметів першої необхідності, інших речей та предметів, які ув'язнені і засуджені можуть отримувати в посилках (передачах) та бандеролях, купувати в крамницях СІЗО та зберігати при собі (додаток 2 до Правил внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів), визначено, що до предметів першої необхідності, засобів особистої гігієни, інших речей та предметів належать лікарські засоби або їх аналоги, медичні вироби – лише за призначенням лікуючого лікаря за потреби цілодобового невідкладного приймання та підтримання життєдіяльності організму.

Таким чином, **Правила внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів не встановлюють заборону на користування та зберігання при собі стерильних шприців та голок, однак не визначають механізм їх отримання ув'язненими і засудженими (крім випадків**

потреби цілодобового невідкладного приймання та підтримання життєдіяльності організму).

Відповідальність за незаконну передачу заборонених предметів особам, яких утримують у слідчих ізоляторах, встановлено у статті 188 Кодексу України про адміністративні правопорушення (116). Так, прихована від огляду передача або спроба передачі будь-яким способом особам, яких утримують у слідчих ізоляторах, алкогольних напоїв, лікарських та інших засобів, що викликають одурманювання, а так само інших заборонених для передачі предметів тягне за собою попередження або накладення штрафу від п'ятнадцяти до двадцяти п'яти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з конфіскацією заборонених предметів.

Порядок надання і проведення побачень ув'язненим та засудженим з родичами та іншими особами регламентовано пунктом 1 розділу VII Правил (115). У підпункті 1.5 цих пункту та розділу, зокрема, зазначено, що передавати ув'язненим та засудженим будь-які документи, предмети й речі, продукти харчування заборонено. Правила внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів встановлюють зазначеними Правилами заборону лише на короткострокове побачення (пункт 6 глави 1 розділу VII).

Водночас, згідно із частинами четвертою та п'ятою статті 11 Закону (113), медичне обслуговування, а також лікувально-профілактична і протиепідемічна робота в місцях попереднього ув'язнення організовуються і проводяться відповідно до законодавства про охорону здоров'я (117). Порядок надання ув'язненим медичної допомоги, використання з цією метою не підпорядкованих органам, що здійснюють попереднє ув'язнення, державних та комунальних закладів охорони здоров'я, залучення їх медичного персоналу та проведення медичних експертиз визначається Кабінетом Міністрів України. Так, згідно із статтею 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (117), кожний громадянин України має право на охорону здоров'я.

Медичне обслуговування ув'язнених і засуджених у слідчих ізоляторах регламентоване розділом X Правил (115). Згідно із підпунктом 2.4. пункту 2 цього розділу, лікарські засоби ув'язненими і засудженими приймаються відповідно до встановлених лікарем призначень під контролем медичного працівника. У разі необхідності цілодобового невідкладного прийому лікарських засобів вони видаються на руки хворому (не більше добової норми) за призначенням лікаря. Аналогічна норма міститься у Правилах внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів (пункт 9 глави 2 розділу X).

Визначення терміну «лікарський засіб» наводиться у Законі України «Про лікарські засоби» (118). Відповідно до абзацу другого частини першої цього Закону (118), лікарський засіб – будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох АФІ та допоміжних речовин), що має властивості та призначена для лікування або профілактики захворювань у людей, чи будь-яка речовина або комбінація речовин (одного або декількох АФІ та допоміжних речовин), яка може бути призначена для запобігання вагітності, відновлення, корекції чи зміни фізіологічних функцій у людини шляхом здійснення фармакологічної, імунологічної або метаболічної дії або для встановлення медичного діагнозу.

Таким чином, предмети медичного призначення (шприци та голки) не належать до лікарських засобів і, відповідно, ув'язненні та засудженні у слідчих ізоляторах не мають до них доступу відповідно до Правил. **Разом з тим Правила внутрішнього розпорядку слідчих ізоляторів дозволяють ув'язненим і засудженим отримувати в посилках (передачах) та бандеролях, купувати в крамницях СІЗО та зберігати при собі медичні**

вироби – лише за призначенням лікуючого лікаря за потреби цілодобового невідкладного приймання та підтримання життєдіяльності організму.

Випадки направлення осіб, взятих під варту у слідчих ізоляторах, до закладів охорони здоров'я поза межами слідчих ізоляторів, визначено у Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України із закладами охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги особам, узятим під варту, затверджені спільним наказом Міністерства юстиції України, Міністерства охорони здоров'я України від 10 лютого 2012 року, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 10 лютого 2012 року за № 212/20525 (119). Відповідно до положень вказаного Порядку (119), таке направлення можливе до визначеного Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управліннями (головними управліннями) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій та міжрегіональними управліннями з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції орієнтовного переліку закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги особам, узятим під варту, з урахуванням спеціалізації закладів охорони здоров'я та наявності умов, які дозволяють забезпечити ізоляцію осіб, узятих під варту.

Установи виконання покарань

Відповідно до частин п'ятої та сьомої статті 102 КВКУ (114) засуджені, їхні речі і одяг, а також приміщення та територія колоній підлягають обшуку і огляду. Особистий обшук проводиться особами однієї статі із засудженими. Порядок проведення обшуків і оглядів визначається нормативно-правовими актами Міністерства юстиції України.

Перелік і кількість предметів і речей, які засуджені можуть мати при собі, визначається нормативно-правовими актами Міністерства юстиції України.

Зберігання засудженими при собі речей, а також предметів, які заборонено використовувати в колоніях, не допускається. Виявлені у засуджених речі та предмети, які заборонено використовувати в колоніях, вилучаються, про що посадовою особою колонії складається протокол.

Правила внутрішнього розпорядку установ виконання покарань, затверджені наказом Міністерства юстиції України від 28 серпня 2018 року № 2823/5, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 5 вересня 2018 року за № 1010/32462 (107) (далі – Правила внутрішнього розпорядку), визначають як перелік заборонених для користування ув'язненими предметів та речей, так і перелік предметів та речей, які ув'язненні можуть зберігати при собі.

Так, відповідно до пункту 1 розділу II Правил внутрішнього розпорядку (107) засуджені мають право, зокрема, розпоряджатися грошовими коштами, придбавати, володіти і розпоряджатися предметами, речами, виробами, за винятком тих, використання яких заборонено. Перелік предметів, виробів і речовин, зберігання і використання яких засудженими заборонено визначено у додатку 3 до Правил внутрішнього розпорядку (107). До зазначеного переліку включено, зокрема, психотропні речовини, наркотичні та лікарські засоби, медичні вироби (за винятком медичних виробів, технічних та інших засобів реабілітації, а також лікарських засобів, необхідних для підтримання життєдіяльності організму за наявності відповідного медичного висновку).

Також згідно із розділами XI та XII Правил внутрішнього розпорядку (107) засуджені мають право придбати продукти харчування і предмети першої потреби, а також одержувати посилки (передачі) і бандеролі.

Пунктом 1 розділу XI Правил внутрішнього розпорядку (107), зокрема, визначено, що засудженим дозволяється придбавати за безготівковим розрахунком продукти харчування і предмети першої потреби без обмеження їх обсягу. Для придбання засудженими продуктів харчування і предметів першої потреби в установах організовуються крамниці, які працюють щодня, крім вихідних та святкових днів. При цьому адміністрація установи виконання покарань забезпечує, щоб кожний засуджений мав змогу відвідати крамницю не менше ніж тричі на місяць згідно з графіком у час, відведений розпорядком дня. Асортимент продуктів харчування та предметів першої потреби, що дозволені для придбання засудженим, визначений переліком.

Порядок одержання засудженими посилок (передач) і бандеролей регулюється розділом XII Правил внутрішнього розпорядку (107). у якому, зокрема, зазначено, що приймання та облік посилок (передач) і бандеролей з лікарськими засобами (їх аналогами), медичними виробами, технічними та іншими засобами реабілітації здійснюються відповідно до вимог Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі, затвердженого наказом Міністерства юстиції України, Міністерства охорони здоров'я України від 15 серпня 2014 року № 1348/5/572, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 20 серпня 2014 року за № 990/25767 (108) (далі – Порядок організації надання медичної допомоги).

Отже, перелік продуктів харчування, виробів і речовин, які засуджені можуть отримувати в посилках (передачах), купувати в крамницях установ виконання покарань та зберігати при собі визначено у додатку 5 до Правил внутрішнього розпорядку (107). Відповідно до вказаного переліку за наявності відповідного медичного висновку засуджені можуть зберігати при собі медичні вироби, технічні та інші засоби реабілітації, а також лікарські засоби, необхідні для підтримання життєдіяльності організму.

Таким чином, у переліку предметів, виробів і речовин, зберігання і використання яких засудженими заборонено, зроблено виняток, зокрема, для медичних виробів, необхідних для підтримання життєдіяльності організму за наявності відповідного медичного висновку. Також перелік продуктів харчування, виробів і речовин, які засуджені можуть отримувати в посилках (передачах), купувати в крамницях установ виконання покарань та зберігати при собі, містить позицію щодо медичних виробів, необхідних для підтримання життєдіяльності організму за наявності відповідного медичного висновку.

Визначення терміну «медичний виріб» міститься у Технічному регламенті щодо медичних виробів, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 2 жовтня 2013 року за № 753 (120).

Так, відповідно до підпункту 9 пункту 2 вказаного Технічного регламенту (120), медичний виріб – будь-який інструмент, апарат, прилад, пристрій, програмне забезпечення, матеріал або інший виріб, що застосовуються як окремо, так і в поєднанні між собою (включаючи програмне забезпечення, передбачене виробником для застосування спеціально для діагностичних та/або терапевтичних цілей та необхідне для належного функціонування медичного виробу), призначені виробником для застосування з метою забезпечення діагностики, профілактики, моніторингу, лікування або полегшення перебігу хвороби пацієнта в разі захворювання, діагностики, моніторингу, лікування, полегшення стану

пацієнта в разі травми чи інвалідності або їх компенсації, дослідження, заміни, видозмінювання або підтримування анатомії чи фізіологічного процесу, контролю процесу запліднення та основна передбачувана дія яких в організмі або на організм людини не досягається за допомогою фармакологічних, імунологічних або метаболічних засобів, але функціонуванню яких такі засоби можуть сприяти.

Незважаючи на те, що відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 грудня 2017 року № 1690, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 11 січня 2018 року за № 43/31495 (121), визнано таким, що втратив чинність, наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 липня 2012 року № 533 «Про затвердження Порядку зберігання Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 1 серпня 2012 року за № 1301/21613, із зазначеним реєстром можна ознайомитись на офіційному веб-сайті Міністерства здоров'я (<http://moz.gov.ua/derzhavnij-reestr-medichnoi-tehniki-ta-virobiv-medichnogo-priznachennja>).

Так, за результатами пошуку у Державному реєстрі медичної техніки та виробів медичного призначення знайдено 52 медичних виробів, які у своїй назві містять слово «шприц», що свідчить про належність цього виробу до медичних.

Також зазначаємо, що згідно з пунктом 12 Порядку організації надання медичної допомоги у разі звернення засудженого до лікаря закладу охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби (108) (далі – ДКВС) з проханням про допуск обраного лікаря медичний працівник закладу охорони здоров'я ДКВС протягом однієї доби готує медичну довідку про стан здоров'я засудженого та запит до керівництва установи виконання покарань, пунктом 14 розділу I Порядку організації надання медичної допомоги (108) визначено, що висновок медичного обстеження, консультації та дані щодо проведеного лікування лікарем в обов'язковому порядку включаються до медичної карти № 025/о або медичної карти № 003/о.

Розділ I «Сигнальні позначки» медичної карти № 025/о, форма якої затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 № 110 (122), містить позицію «цукровий діабет». Вказаний розділ заповнюється лікарем відповідної спеціальності за наявності або при виявленні ознак, які перелічені в цьому розділі. Внесені дані засвідчуються підписом лікаря і печаткою.

Загалом права засуджених на охорону здоров'я зазначено у статті 8 КВКУ «Основні права засуджених» (114). Так, відповідно до частини першої цієї статті, засуджені мають право, зокрема, на охорону здоров'я в обсязі, встановленому Основами законодавства України про охорону здоров'я, за винятком обмежень, передбачених законом. Охорона здоров'я забезпечується системою медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних заходів, а також поєднанням безоплатних і платних форм медичної допомоги. Засудженому гарантується право на вільний вибір і допуск лікаря для отримання медичної допомоги, у тому числі за власні кошти. Засуджені, які мають розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи інших одурманюючих засобів, можуть за їх письмовою згодою пройти курс лікування від зазначених захворювань. Крім того, право засуджених отримувати медичну допомогу і лікування, у тому числі платні медичні послуги, за рахунок особистих грошових коштів чи коштів рідних та близьких, у закладах охорони здоров'я визначено абзацом дев'ятим пунктом 1 розділу II Правил внутрішнього розпорядку (107).

Також відповідно до частини четвертої статті 116 КВКУ (114) Порядок надання особам, які позбавлені волі, медичної допомоги, організації і проведення санітарного нагляду,

використання лікувально-профілактичних і санітарно-профілактичних установ охорони здоров'я і залучення з цією метою їхнього медичного персоналу визначається нормативно-правовими актами Міністерства юстиції України і центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Такими нормативно-правовими актами є згадувані вище Правила внутрішнього розпорядку (107) та Порядок організації надання медичної допомоги (108).

Так, відповідно до абзацу другого пункту 7 розділу XXII Правил внутрішнього розпорядку (107), засуджені забезпечуються лікарськими засобами, медичними виробами, технічними та іншими засобами реабілітації відповідно до законодавства України.

Згідно із пунктами 26–28 розділу I Порядку організації надання медичної допомоги (108) засуджені забезпечуються лікарськими засобами, виробами медичного призначення і технічними та іншими засобами реабілітації відповідно до вимог законодавства України. Лікарські засоби (або їх аналоги), вироби медичного призначення і технічні та інші засоби реабілітації можуть бути отримані від родичів засуджених або інших осіб за умови їх призначення лікарем та погодження з начальником закладу охорони здоров'я ДКВС.

Для передачі лікарських засобів (їх аналогів), виробів медичного призначення і технічних та інших засобів реабілітації родичі засудженого або інші особи подають заяву за формою, визначеною у додатку 1 до цього Порядку, яка надалі зберігається у медичній карті № 025/о або медичній карті № 003/о. Після отримання передачі засуджений ознайомлюється з переліком лікарських засобів, виробів медичного призначення і технічних та інших засобів реабілітації, які були передані для його лікування, про що особисто розписується в заяві. Отримані від родичів засуджених або інших осіб лікарські засоби (їх аналоги) та вироби медичного призначення зберігаються в закладах охорони здоров'я ДКВС в окремих шафах та перебувають на обліку, який відображається в карті обліку лікарських засобів та їх аналогів, виробів медичного призначення і технічних та інших засобів реабілітації, отриманих від родичів та інших осіб, за формою, визначеною у додатку 2 до цього Порядку, де засуджений ставить особистий підпис після закінчення курсу лікування.

Також зазначаємо, що відповідно до абзацу другого пункту 8 глави 4 «Надання амбулаторної медичної допомоги засудженим» та абзацу другого пункту 14 глави 5 «Надання стаціонарної медичної допомоги засудженим у медичній частині» розділу II Порядку організації надання медичної допомоги (108) у разі необхідності цілодобового невідкладного прийому лікарських засобів вони видаються на руки хворому (не більше добової норми) за призначенням лікаря.

У цілому надання медичної допомоги засудженим лікарняними закладами здійснюється відповідно до Порядку організації надання медичної допомоги (108).