

Готовность к  
пандемии и  
реагирование  
на нее

голоса людей,  
употребляющих  
наркотики



International  
Network of People  
*who Use Drugs*

# Содержание

ГЛАВА	СТРАНИЦА
<b>1 Введение</b>	<b>03</b>
<b>2 Фон</b>	<b>05</b>
А Готовность к пандемии и реагирование	05
В Международные медико-санитарные правила и соответствующие оценки	06
С Предложения по договору о пандемии и (отсутствии) роли гражданского общества	07
D Права человека, гендерное равенство и деколониальность	08
<b>3 Методы исследования</b>	<b>10</b>
<b>4 Выводы</b>	<b>12</b>
А Выборка	12
В Темы	14
<b>5 Обсуждение</b>	<b>27</b>
<b>6 Выводы</b>	<b>29</b>
<b>7 Рекомендации политики</b>	<b>30</b>
<b>8 Ссылки</b>	<b>33</b>



# 1. Введение

Пандемия COVID-19 выявила множество недостатков в способности глобальной системы здравоохранения подготовиться к глобальной пандемии, отреагировать на нее и смягчить ее последствия. Социальные, экономические и медицинские последствия такой неподготовленности были разрушительными для всех, но, возможно, не более, чем для групп, которые уже были маргинализированные, криминализированные и стигматизированные, например люди, употребляющие наркотики.

Исследователи начинают документировать непропорциональные воздействия. В Нью-Йорке люди, употребляющие инъекционные наркотики, сообщали о «проблемах психического здоровья более высокого уровня, повторном использовании шприцев и употреблении алкоголя, а также о большем сокращении программ обмена шприцев и использовании бупренорфина», чем до пандемии (Aronste-Melendez et al., 2021). В Шотландии количество тестов на ВИЧ и ВГС, доступных в наркологических службах и закрытых учреждениях, а также количество выдаваемых игл и шприцев «уменьшилось на 94%, 95% и 18% соответственно сразу после изоляции» (Trayner et al. , 2022).

Меры общественного здравоохранения, направленные на предотвращение распространения COVID-19, оказали воздействие и нанесли вред людям, употребляющим наркотики. Карантин отрицательно сказался на их психическом здоровье и способности зарабатывать на жизнь (Kesten et al., 2021). Руководящие принципы социального дистанцирования заставляли людей, употребляющих наркотики, «выбирать между предотвращением COVID-19 и интимностей употребления наркотиков, которые способствуют их выживанию» (Schlosser and Harris, 2020). Пандемия затронула это сообщество одновременно с несколькими другими пандемиями, включая ВИЧ, гепатит С и туберкулез, но из-за перебоев в работе служб здравоохранения многие не смогли получить доступ к необходимому лечению.

Текущий момент требует учета этих и других воздействий и вреда, а также предложения о разработке нового международного обязывающего права, чтобы исправить многое, что сломано в глобальном здравоохранении. Это также дает возможность принять меры для предотвращения повторения вреда в будущих чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) поддерживает возглавляемый странами процесс разработки конвенции, соглашения или иного международного документа ВОЗ по предотвращению пандемии, обеспечению готовности

и принятию мер реагирования (в настоящее время именуемый ВОЗ как «WHO SA+», но именуемый здесь как «Договор о пандемии»). В то же время многие страны также проводят национальные оценки готовности к пандемии и ответных мер для информирования будущего планирования и установления приоритетов. Эти процессы подвергались критике за воспроизведение существующего неравенства, и поэтому необходимо более широкое участие.

Во время пандемии COVID-19 Международная сеть людей, употребляющих наркотики (INPUD), провела два независимых опроса, чтобы получить представление об опыте людей, употребляющих наркотики во время пандемии COVID-19. INPUD обнаружил, что в дополнение к массовым смертям многие респонденты, употребляющие наркотики, испытывали соответствующие последствия для здоровья из-за трудностей с доступом к услугам здравоохранения и снижения вреда (включая терапию опиоидными агонистами (ОАТ), доступ к лечению передозировки и т. д.). Многие заявили, что на них особенно сильно повлияло продолжающееся негативное влияние криминализации, стигмы и дискриминации, а также резкого роста гендерного насилия (ГН) во время ограничений на поездки и передвижение. В то же время они сообщили об инновациях и мобилизации сообщества (INPUD, 2020a и b). Эти два опроса INPUD, проведенные на шести языках, позволили сделать важные выводы.

INPUD также имеет большой опыт участия в глобальных механизмах в области здравоохранения и прав человека, что в сочетании с этими знаниями и опытом позволяет сети вносить свой вклад в процесс разработки новых международных норм. INPUD также демонстрирует непоколебимую приверженность снижению вреда, правам человека и значимому участию сообщества потребителей наркотиков в разработке, реализации и мониторинге политики, программ, услуг и инициатив, влияющих на жизнь потребителей наркотиков. Это позволяет сети внести свой вклад в переосмысление того, что означает готовность к пандемии и реагирование на нее для людей, употребляющих наркотики, и для мирового сообщества.

Это качественное исследование было проведено под руководством INPUD в сотрудничестве с исследователями социальных наук из Глобального центра здравоохранения Женевского института последипломного образования (Geneva Graduate Institute), чтобы узнать больше о продолжающемся воздействии COVID-19 на сообщество и выработать общие позиции в отношении договора о пандемии. В исследовании использовался подход с участием сообщества для:

- информирования членов INPUD о текущих событиях и процессах в управлении глобальным здравоохранением в ответ на COVID-19, включая секьюритизацию глобального здравоохранения, предлагаемый договор о пандемии и связанные с этим дебаты;

- дальнейшего изучения разнообразного опыта людей, употребляющих наркотики, во время пандемии COVID-19 в отношении политики снижения вреда, употребления и поставки наркотиков, охраны правопорядка, содержания под стражей и прав человека; и
- разработки набора рекомендаций по политике, основанных на данных исследования, которые можно использовать в ходе будущей адвокации INPUD.

В отчете представлены предыстория разработки договора о пандемии, методы и результаты исследований, а также анализ и рекомендации в отношении политики.

## 2. Фон

В 2021 г., в отчете Независимой комиссии по обеспечению готовности к пандемии и ответным мерам (IPPPR), [COVID-19: сделать его последней пандемией](#), был показан, что страны медленно реагировали на COVID-19 и что международное финансирование было «слишком мало и слишком поздно». Системы раннего выявления заболеваний использовались недостаточно; некоторые правительства пытались преуменьшить серьезность заболеваемости; другие страны неохотно делились информацией и образцами; и была глобальная нехватка средств индивидуальной защиты (СИЗ), а также, конечно, вакцин — благодаря тому, что некоторые называют «вакцинным национализмом» или «вакцинным апартеидом» (Kupferschmidt, 2020).

ВОЗ и некоторые государства-члены признали эти недостатки и необходимость их устранения. Сторонники считают, что договор о пандемии поможет глобальному повышению готовности и мер реагирования. Критики называют это попыткой отвлечь внимание от необходимости внесения более глубоких изменений в глобальную экономику и системы управления глобальным здравоохранением, которые усиливают неравенство. Тем не менее, работа над договором о пандемии идет полным ходом, и это может привести к принятию нового обязательного международного права, которое впервые будет включать механизмы мониторинга и оценки его соблюдения странами (Nikogosian and Kickbusch, 2021).

Чтобы сформулировать исследование и предоставить информацию для будущей адвокации, в этом справочном разделе представлен обзор глобальной готовности к пандемии и ответных мер, затем обсуждаются Международные медико-санитарные правила (2005 г.) (ММСП) и их инструменты оценки, а также резюмируется текущая критика потенциального договора.

### А. ГОТОВНОСТЬ К ПАНДЕМИИ И РЕАГИРОВАНИЕ

Возможно, будет полезно начать с определения терминологии. «Готовность к пандемии» обычно относится к мероприятиям по укреплению систем здравоохранения и наращиванию потенциала для обеспечения того, чтобы системы здравоохранения могли противостоять дополнительным нагрузкам, вызванным пандемиями. Конкретные мероприятия по обеспечению готовности к пандемии включают, например, разработку многосторонних планов обеспечения готовности к стихийным бедствиям и чрезвычайным ситуациям; обеспечение доступа к контрамерам (таким как СИЗ, терапевтические средства, диагностика и вакцины); укрепление закупок, логистики и цепочек поставок; обучение и расширение кадров здравоохранения; расширение информационных систем управления здравоохранением; и т.д. Глобальный фонд также подчеркивает, что укрепление систем сообществ является неотъемлемой частью обеспечения готовности к пандемии (Global Fund,

2022). Готовность к пандемии направлена на обеспечение того, чтобы у стран были ресурсы, средства и возможности для адекватного реагирования на дополнительный стресс, вызванный пандемиями.

«Реагирование на пандемию» относится к способности страны успешно реагировать в режиме реального времени на натиск вызовов, вызванных пандемией. Он включает в себя такие мероприятия, как разработка успешных планов коммуникации, которые должным образом просвещают общественность и противодействуют дезинформации о болезнях, используя стратегии для охвата ключевых и уязвимых групп населения, которые часто оказываются в центре внимания нескольких пандемий, и направляя чрезвычайные средства на программы и группы населения, которые нуждаются в дополнительной поддержке (Global Fund, 2022). Что касается мониторинга заболеваний, ответные меры на пандемию все чаще включают использование цифровых систем наблюдения для мониторинга вспышек. Меры реагирования на пандемию имеют решающее значение не только для сдерживания дальнейшего распространения болезни, но и для смягчения трудностей, которые они создают.

## **В. МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА И СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ОЦЕНКИ**

Международные медико-санитарные правила (2005 г.) (ММСП) являются обязательным документом международного права в области здравоохранения, ратифицированным 196 странами. Однако пандемия COVID-19 продемонстрировала слабые стороны ММСП.

При ратификации ММСП страны обязуются обеспечить, чтобы их национальные системы эпиднадзора и здравоохранения имели возможность выявлять вспышки и реагировать на них, оперативно сообщать о любых вспышках в ВОЗ, реагировать на запросы ВОЗ о предоставлении информации и воздерживаться от введения ненужных ограничений на международные перевозки и торговлю. Однако, как отмечают некоторые критики, большинство стран не соблюдали требования во время пандемии COVID-19. Зон и его коллеги (2021) отмечают,

Среди проблем ММСП, которые постоянно поднимались, COVID-19 выделил: 1) предоставление уведомлений и информации на основе оценки потенциальных чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения, имеющих международное значение (ЧСОЗМЗ), 2) сроки ВОЗ для принятия решений и заявлений ЧСОЗМЗ, процедуры и системы предупреждения, 3) меры реагирования на инфекционные заболевания против ММСП, 4) нехватка средств ВОЗ (Sohn et. al., 2021: 1)

Хотя некоторые считают, что ВОЗ действовала медленно, страны еще медленнее реагировали на объявление ВОЗ о «чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение», заявление,

которое приводит в действие ММСП. Отчасти это связано с тем, что в ММСП отсутствует какой-либо независимый механизм надзора или правоприменения. Вместо этого страны оценивают себя на соответствие с помощью двух инструментов – *инструмент годовой отчетности государств-участников на основе самооценки (SPAR)* и *Совместная внешняя оценка (JEE)*.

Эти инструменты в значительной степени не смогли предсказать, насколько страны были готовы (или нет) к пандемии COVID-19. SPAR представляет собой ежегодный многосекторальный процесс самооценки, проводимый под руководством стран, в рамках которого страны, ратифицировавшие ММСП, должны сообщать о прогрессе в реализации основных возможностей ММСП. Это включает в себя оценку 13 отдельных областей, разбитых на ряд показателей и оцениваемых по пяти уровням эффективности. JEE — это добровольная внешняя рецензируемая оценка, которая дополняет SPAR и должна проводиться каждые 4–5 лет по запросу государства-члена (Razavi et al., 2021). В дополнение к этим инструментам были разработаны другие внешние инструменты для оценки готовности страны справиться с чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, такие как [Глобальный индекс безопасности здоровья \(индекс GHS\)](#).

Все эти инструменты широко применялись до пандемии COVID-19. Однако в своем первом отчете об оценке реакции на COVID-19 вышеупомянутое IPPPR обнаружило, что инструменты не смогли адекватно предсказать уровень смертности от COVID-19. Инструменты также не учитывают слабые стороны систем здравоохранения в некоторых странах с высоким уровнем дохода; и не смогли предсказать отсутствие политической воли для эффективного реагирования на вспышки со стороны популистских лидеров в США, Великобритании и Бразилии, среди прочих (Batreau and Townsend, 2022; COVID-19 National Preparedness Collaborators, 2022).

Некоторые эксперты обнаружили, что основными предикторами успеха во время пандемии являются общественное доверие к правительствам и межличностное доверие; это может быть неудивительно для многих в гражданском обществе и затронутых сообществах. Межличностное доверие присуще сообществам и является ключом к работе, проводимой сетями равных во время кризиса, такими как сети людей, употребляющих наркотики. К сожалению, это характеристики, которые SPAR, JEE и другие инструменты не оценили.

Таким образом, страны сообщили, что они очень хорошо готовятся к чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, и не было никакого механизма, позволяющего оспорить эту оптимистичную самооценку.

Если бы гражданское общество и сообщества были включены в процесс оценки, они могли бы предупредить, что правительства создали чрезмерно оптимистичные самооценки. Однако они не были включены.



### **С. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ДОГОВОРУ О ПАНДЕМИИ И (ОТСУТ- СТВИЕ) РОЛИ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА**

Поскольку пандемия COVID-19 ясно показала, что ММСП и связанные с ними инструменты оценки не соответствуют своему назначению, страны предприняли усилия через платформы ВОЗ по пересмотру ММСП, а некоторые призвали к заключению нового договора о пандемии, который мог бы заполнить пробелы в управлении глобальным здравоохранением, укрепить сотрудничество между странами и обеспечить новые финансовые ресурсы для предотвращения пандемии, обеспечения готовности и реагирования.

Так, в ноябре 2021 г. государства-члены Всемирной ассамблеи здравоохранения, одного из руководящих органов ВОЗ, учредили Межправительственный переговорный орган (МППО) для разработки и согласования нового договора, а также Рабочую группу по усилению готовности ВОЗ к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и реагированию на них (РГГР) (WHO, n.d.).

Процессом МППО руководят государства-члены, и опять-таки не существует формального механизма участия гражданского общества. Благодаря давлению со стороны гражданского общества в апреле 2022 г. МППО все же провел публичные слушания, но устные выступления были ограничены 2-минутными заявлениями, а письменные материалы — 250 словами (Hodgson and Davis, 2022). Группы гражданского общества, находящиеся «в официальных отношениях» с ВОЗ, могут наблюдать за заседаниями МППО и иногда давать комментарии, но эти возможности ограничены. Альянс гражданского общества за права человека в Договоре о пандемии (CSA), членом которого является INPUD, выступает за более значимое участие гражданского общества и сообществ в этом процессе. Одно из предложений заключалось в создании Внешней конференции сторон (В-КС) для управления договором о пандемии, в которой могло бы участвовать гражданское общество наряду с другими заинтересованными сторонами. В то время как некоторые группы гражданского общества поддерживали эту идею, другие выразили обеспокоенность тем, что это откроет пространство для влияния крупных корпораций и частных фондов, таких как Фонд Билла и Мелинды Гейтс (KEI, 2022). Возможно, потребуется более широкое обсуждение, чтобы определить, какую роль гражданское общество будет играть в будущем В-КС, если оно вообще будет.

В декабре МППО собрался для обсуждения концептуального нулевого проекта договора, в котором изложены предлагаемые концепции, которые могут быть включены в будущий нулевой проект. Концепции включали справедливость, передачу технологий, интеллектуальную собственность, реформы регулирования, предложения по будущим исследованиям и разработкам (НИОКР), обмен информацией, «Единое здоровье» (рассматривает отношения между людьми, животными и окружающей средой), финансирование и управление. Концептуальный нулевой проект касается справедливости между странами, а также призывает

к взаимодействию между государствами и «гражданским обществом, сообществами и негосударственными субъектами, включая частный сектор» (WHO, 2022., стр. 23). Несмотря на то, что в нем подчеркивается необходимость финансирования, в нем не рассматривается необходимость финансирования ответных мер, проводимых сообществом. В некоторых комментариях гражданского общества к проекту отмечается отсутствие четкой ссылки на обязательства правительства в соответствии с законодательством о правах человека (Privacy International, 2022).

INPUD (2022b) поделился заявлением о концептуальном нулевом проекте и разослал его государствам-членам, участвующим в процессе МППО, а также Руководящему отделу ВОЗ. В заявлении содержится призыв к поддержке ответов, которые возглавляются сообществами и основаны на равных; инноваций в области ухода, таких как гибкость терапии опиоидными агонистами; ресурсов для предотвращения и реагирования на гендерное насилие, затрагивающее женщин, употребляющих наркотики; значимого участия сообществ во всех аспектах предотвращения пандемии, обеспечения готовности и реагирования (INPUD, 2022d).

Концептуальный нулевой проект теперь станет основой для нулевого проекта договора, который будет представлен в начале февраля 2023 г. для обсуждения Исполнительным комитетом ВОЗ. Редакционные группы начнут обсуждать язык. Обновленная информация о процессе запланирована на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2023 года.

## **D. ПРАВА ЧЕЛОВЕКА, ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО И ДЕКОЛОНИАЛЬНОСТЬ**

Хотя договор о пандемии может принести много пользы для глобальной координации в области здравоохранения, критики выразили обеспокоенность по поводу необходимости устранения более серьезных глубинных неравенств, включая гендерное неравенство и долгосрочные последствия колониализма, при одновременном укреплении защиты прав человека. Прежде чем перейти к результатам исследования INPUD, важно представить эти критические замечания.

Глобальная безопасность в области здравоохранения определяется ВОЗ как «действия, необходимые, как упреждающие, так и ответные, для минимизации опасности и воздействия острых событий в области общественного здравоохранения, которые угрожают здоровью людей в географических регионах и международных границах» (WHO, n.d.). На практике глобальные дискуссии по безопасности в области здравоохранения в основном концентрировались на сдерживании возникающих инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ, Зика, атипичная пневмония и лихорадка Эбола, на «Глобальном Юге», которые могут распространиться на «Глобальный Север», а не на решении приоритетных проблем здоровья в странах с низким и средним уровнем дохода

У некоторых возникает вопрос -чей безопасность продвигается в рамках глобальной безопасности в области здравоохранения? Хассан утверждает: «Глобальная безопасность в области здравоохранения не является глобальной по своей сути и служит для защиты интересов и безопасности тех, кто находится у власти» (Hassan, 2022). Глобальное движение за деколонизацию глобального здравоохранения подчеркнуло необходимость сместить процесс принятия решений, власть и финансирование с повестки дня, проводимой донорами, в сторону стран с низким и средним уровнем дохода. Некоторые утверждают, что процесс заключения договора о пандемии отвлекает от необходимости устранения вреда, причиняемого капитализмом и глобальным экономическим неравенством, и предполагают, что будущие механизмы глобального здравоохранения с участием многих заинтересованных сторон могут обеспечить дальнейшее доминирование крупных корпораций и других частных интересов, усиливая это неравенство, а не их устранение (Dentico et al., 2021). Другие утверждали, что сосредоточение внимания на глобальной безопасности в области здравоохранения отвлекает от необходимости укреплять системы здравоохранения и обращать внимание на основополагающие детерминанты здоровья, такие как жилье, водоснабжение и образование. Организации гражданского общества выразили обеспокоенность по поводу отодвигания на второй план прав человека в процессе заключения договора о пандемии (The Civil Society Alliance for Human Rights in the Pandemic Treaty, 2022; Davis et. al., 2021 г.).

Ученые-феминистки также утверждают, что «поскольку в глобальной безопасности в области здравоохранения отсутствует существенное участие феминисток, политика, созданная для борьбы со вспышками заболеваний, сосредоточена на защите экономики и государственной безопасности и несоразмерно не способна защитить женщин» (Wenham, 2021). Эта критика призывает уделять больше внимания «видимости, социальному и стратифицированному воспроизведению, интерсекциональности и структурному насилию» (там же).

Вся эта критика помогает создать более широкую дискуссию, в которой INPUD может внести уникальный вклад, основанный на его собственном опыте и знаниях. Сосредоточив внимание на потребностях тех, кто находится в маргинальном положении, INPUD может отстаивать процесс, который работает для всех. INPUD также может помочь обеспечить поддержку и закрепления в международном праве положительных инноваций, появившихся во время пандемии COVID-19 для людей, употребляющих наркотики, таких как расширение доступа к ОЗТ и другим услугам и гибким возможностям снижения вреда (Kesten et al., 2021; Aronte-Melendez et al., 2021), а также признание важности взаимопомощи внутри сообществ (Boucher et al., 2022). INPUD также может способствовать значимому включению людей, употребляющих наркотики, в управление глобальным здравоохранением, помимо сектора ВИЧ, и необходимости финансирования мер реагирования под руководством сообщества в качестве основной части укрепления систем здравоохранения для обеспечения готовности к пандемии и реагирования на нее.

## 3. Методы исследования

Исследование основано на более раннем исследовании INPUD во время пандемии COVID-19 и направлено на углубление, чтобы ответить на следующие вопросы:

1. Что вызвало некоторые виды вреда и проблемы, с которыми столкнулись люди, употребляющие наркотики, во время пандемии COVID-19, какие положительные инновации (технологические, политические, общественные и другие) уменьшили воздействие COVID-19, и каковы продолжающиеся воздействия и результаты пандемии, и ее реагирования на это сообщество?
2. Насколько подготовлены были правительства, международные организации и гражданское общество (включая сети под руководством равных) к удовлетворению потребностей криминализированных и маргинализированных групп населения, включая а) риски, связанные с расширением наблюдения и полицейской деятельности во время пандемии, и б) влияние нескольких одновременных пандемии (COVID-19, ВИЧ, ВГС, ТБ)?
3. Что мы можем извлечь из пандемии COVID-19, чтобы обеспечить лучшую готовность к пандемии и реагирование на нее в будущем?

Чтобы ответить на эти вопросы, в исследовании использовался подход к исследованию на основе совместных действий, при котором изучаемая популяция участвовала в разработке, сборе данных и анализе, а также размышляла над выводами для принятия мер. Для этого сотрудники INPUD участвовали в исследовании в качестве соведущего исследователя и учредили общественный исследовательский совет, который рассмотрел все исследовательские инструменты, участвовал в исследовании и рецензировал окончательные письменные продукты.<sup>1</sup>

В исследовании использовался трехсторонний подход к сбору данных:

1. **Настольный обзор.** Исследовательская группа провела кабинетный обзор научной и «серой» литературы о договоре о пандемии и влиянии пандемии COVID-19 на людей, употребляющих наркотики.
2. **Интервью с ключевыми информантами (ИКИ).** Исследовательская группа провела качественные полуструктурированные интервью с восемью лидерами национальных и/или региональных сетей людей, употребляющих наркотики, в которые вошли лица из семи из восьми географических регионов INPUD. Интервью проводились с 3 октября 2022 г. по 28 октября 2022 г. Каждое интервью длилось от 30 минут до одного часа и проводилось в Zoom. Интервью были направлены на то, чтобы выявить опыт сообщества, представленного во время COVID-19, долговременные последствия и политические рекомендации.

---

1. Члены Совета по общественным исследованиям: Антон Басенко, Эрнесто Кортес, Яти Джонет, Анжела Макбрайд, Даниэль Рассел.

- 3. Вебинары и обсуждения в фокус-группах (ОФГ).** Исследовательская группа провела три часовых вебинара, чтобы привлечь участников INPUD в качестве соучеников к учебному процессу, за которой в каждом случае следовала часовая онлайн-ОФГ с участниками, идентифицирующими себя как людей, употребляющих наркотики. Всего в вебинарах и обсуждениях в фокус-группах приняли участие 35 респондентов, в том числе 18 участников первой ОФГ, 10 участников второй ОФГ и семь участников третьего вебинара.
- а.** Первый вебинар и ОФГ 19 сентября 2022 года назывались *Готовность к пандемии и ответные меры для людей, употребляющих наркотики*. На нем были представлены презентации эксперта по национальным оценкам готовности к пандемии и реагирования на нее с использованием SPAR, а также презентация результатов опроса INPUD 2020 года, а также ответы на вопросы. На часовой ОФГ был изучен опыт членов INPUD во время пандемии COVID-19.
  - б.** Второй вебинар и обсуждение в фокус-группе 5 октября 2022 года был назван *Нужен ли нам договор о пандемии?*. В нем были представлены презентации члена Ассамблеи гражданского общества, объясняющие, почему они считают важным участие в этом процессе, критика процесса, представленная спикером Женевского глобального центра здравоохранения (G2H2), и размышления INPUD. За вебинаром последовала организованная одночасовая ОФГ, на которой обсуждались вопросы и опасения по поводу договора.
  - в.** Третий и последний вебинар и ОФГ состоялись 5 декабря 2022 года. Исследовательская группа представила первоначальные результаты исследования и коллективный анализ. Во второй половине вебинара участники обсудили выводы и разработали рекомендации по политике. Поскольку третий веб-семинар был посвящен обсуждению предварительных выводов и рекомендаций и не включал интервью, для этого веб-семинара не собирались демографические данные.

#### **Кодирование.**

Все интервью и ОФГ были расшифрованы, а затем закодированы и проанализированы с помощью Dedoose, облачной платформы для качественного анализа. Три основные со-исследователи и исследователи из INPUD и Женевского института аспирантов разработали общую кодовую книгу на основе обзора литературы и предыдущих исследований INPUD, а также дедуктивно проанализировали темы и закономерности в расшифровках, при этом каждая расшифровка просматривалась вторым кодировщиком.

#### **Этика.**

Основные риски для участников включали: а) риск быть идентифицированным вне контекста ОФГ или ИКИ как людей, употребляющих наркотики, и/или как людей, живущих со стигматизированными состояниями здоровья (такими как ВИЧ, ВГС, ТБ); б) риск повторной травматизации при раскрытии вреда,

полученного во время пандемии COVID-19, который может включать в себя опыт жестокого обращения, потери, плохое состояние здоровья или другие травмирующие переживания; с) риск того, что участник может сказать что-то критическое о влиятельном действующем субъекте (государственном агенте, агентстве ООН, донорском агентстве или влиятельной организации гражданского общества), которое будет распространено за пределами ОФГ или ИКИ и приведет к последствиям для человека, выразившего эти высказывания.

Чтобы устранить эти риски, регистрацией занимались сотрудники INPUD. Все участники предоставили письменное информированное согласие в процессе регистрации. Респондентов призвали использовать псевдонимы и не включать камеры. Исследователи использовали коды для обозначения всех участников ОФГ и респондентов ИКИ во всех коммуникациях внутри команды.

Многие участники предпочли использовать свои настоящие имена, поскольку те, кто участвовал в исследовании, имеют опыт работы с этими и связанными с ними рисками в своей текущей работе по защите интересов на национальном и глобальном уровнях. В качестве второго основного исследователя сотрудники INPUD также играли центральную роль в рассмотрении потенциальных рисков и способов их снижения в процессе.

## 4. ВЫВОДЫ

### А. ВЫВОДЫ

Всего в исследовании приняли участие 43 участника, в том числе восемь человек, принимавших участие в интервью с ключевыми информантами, и 35 человек, принимавших участие в обсуждениях в фокус-группах.

В целом, участниками ОФГ были преимущественно мужчины (45%, n=35), значительное число идентифицировали себя как женщины (34%, n=35) и двое идентифицировали себя как небинарные; пятеро отказались указать гендерную идентичность. 37% участников ОФГ были в возрасте от 36 до 45 лет, а 31% - в возрасте от 26 до 35 лет. Члены африканской сети были хорошо представлены, с наименьшим числом из Латинской Америки и Карибского бассейна, возможно, отчасти из-за проблем с языком и часовым поясом. Этот баланс был одинаковым среди интервью с ключевыми информантами (см. Таблицу 1 и Рисунки 1, 2 и 3).

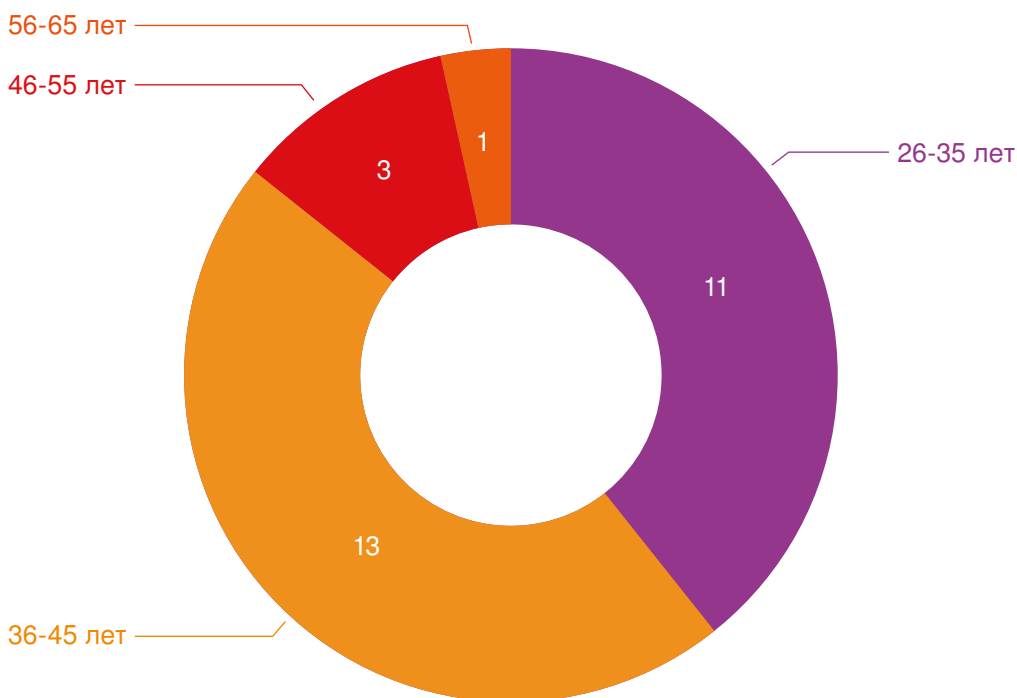


Рисунок 1. Возрастной диапазон участников ОФГ\*

\* Семь из 35 участников предпочли не указывать свой возрастной диапазон.

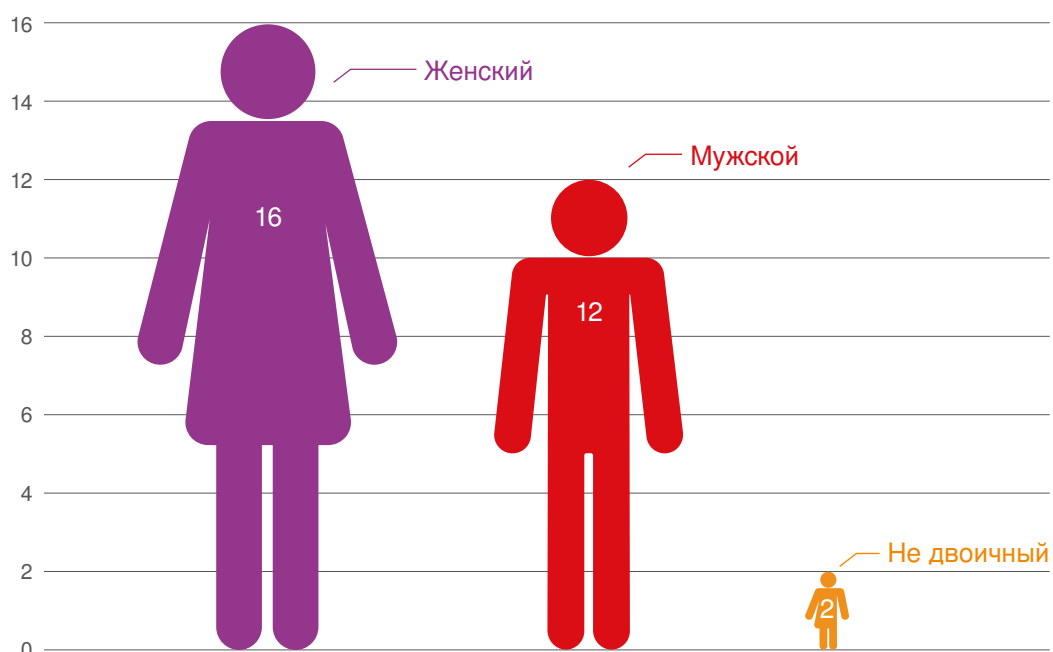


Рисунок 2. Гендерная идентичность участников ОФГ\*

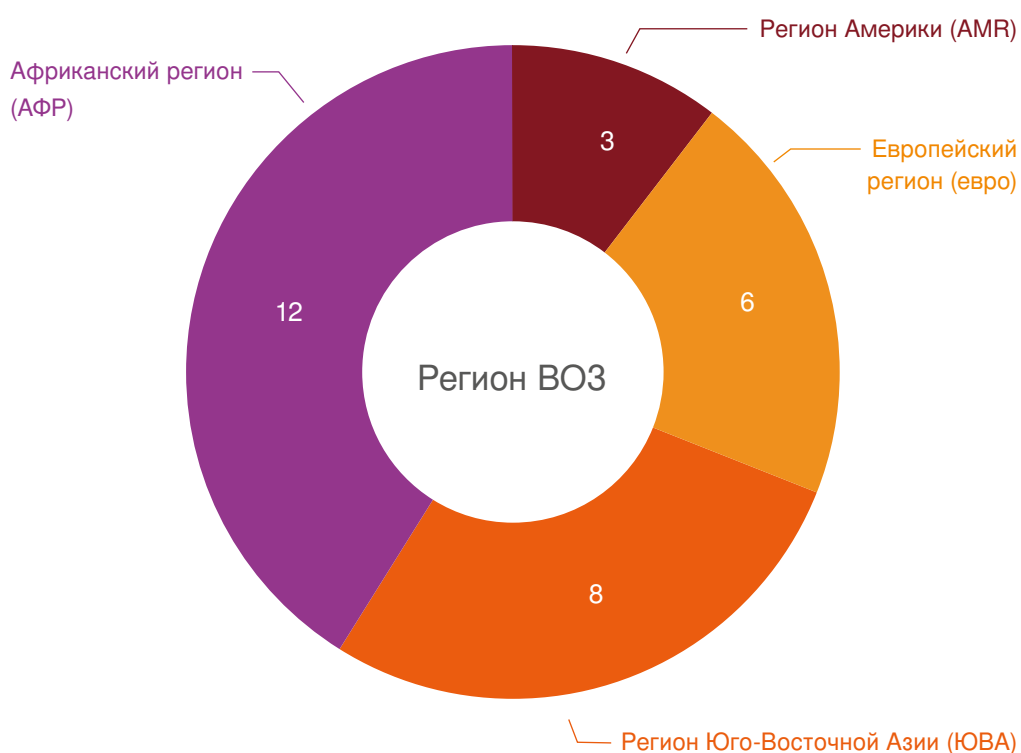


Рисунок 3. Географические регионы участников ОФГ \*\*

\* Пять из 35 участников не указали свою гендерную идентичность.  
\*\* Шесть из 35 участников не указали свои географические регионы.



ИН	Пол	Сеть	Географический регион ВОЗ
ИКИ-1	Мужской	Африканская сеть людей, употребляющих наркотики (AfricaNPUD)	Африканский регион (АФР)
ИКИ-2	Женский	Южноафриканская сеть людей, употребляющих наркотики (SANPUD)	Африканский регион (АФР)
ИКИ-3	Женский	Снижение вреда Виктория	Западно-Тихоокеанский регион (САР)
ИКИ-4	Мужской	Латиноамериканская сеть людей, употребляющих наркотики (LANPUD)	Регион Америки (АМР)
ИКИ-5	Мужской	Европейская сеть людей, употребляющих наркотики (EuroNPUD)	Европейский регион (евро)
ИКИ-6	Женский	Евразийская сеть людей, употребляющих наркотики (ЕСЛУН)	Европейский регион (евро)
ИКИ-7	Мужской	Индийский форум людей, употребляющих наркотики	Регион Юго-Восточной Азии (ЮВА)
ИКИ-8	Мужской	Канадская ассоциация людей, употребляющих наркотики (CANPUD)	Регион Америки (АМР)

Таблица 1. Список интервью с ключевыми информантами

## **В. ТЕМЫ**

Опрошенные поделились многими схожими опасениями. К ним относятся:

- экономические последствия пандемических ограничений для и без того ненадежного сообщества;
- рост насилия (включая гендерное насилие и насилие со стороны полиции); и
- проблемы с доступом к услугам здравоохранения, включая терапию агонистами опиоидов.

В то же время участники рассказали о некоторых важных позитивных нововведениях, которые следует продолжить, включая гибкость в доступе к услугам снижения вреда и впечатляющую мобилизацию общественных организаций и сетей для удовлетворения беспрецедентных потребностей.

Участники также обсудили проблемы с доступом к финансированию для организаций, возглавляемых сообществом, с обратной связью для ключевых доноров.

Эти темы обсуждаются ниже более подробно, прежде чем перейти к анализу.

### **1. Экономические последствия COVID-19**

*«Люди потеряли работу; люди потеряли свои семьи; люди откладывают свое здоровье [потребности]».* (ИКИ-6)

Хотя пандемия COVID-19 оказала серьезное экономическое воздействие на население во всем мире, это воздействие особенно остро ощущалось людьми, употребляющими наркотики, учитывая экономическую нестабильность многих членов сообщества. Более четверти участников исследования описали экономические последствия пандемии COVID-19.

Введенные правительством ограничения в связи с COVID-19, в том числе приказы оставаться дома и ограничения на поездки и передвижение, лишили многих людей средств к существованию и экономической безопасности. Это особенно верно для тех, кто работает в индустрии туризма и неформальном секторе, включая секс-работников и других лиц, зависящих от ежедневной занятости для удовлетворения своих основных потребностей, по словам участников из Африки, Юго-Восточной Азии и Европы (ИКИ-1, ИКИ-5, ОФГ1-N1). В прибрежной Кении ОФГ2-N3 сообщила, что правительственные постановления об ограничении передвижения оказали прямое влияние на индустрию туризма, от которой зависит доход многих людей, употребляющих наркотики. В Великобритании закрытие индустрии туризма затронуло уличные сообщества людей, употребляющих наркотики, выживание которых зависит от попрошайничества или магазинных краж (ИКИ-5). Через африканскую региональную сеть ИКИ-1 сказал:

*«Во-первых, нас считали наркоманами; но во-вторых, мы также нарушили комендантский час. Мы должны двигаться, чтобы искать наши наркотики, мы должны двигаться, чтобы искать что-нибудь поесть, чтобы сделать небольшую работу.» (ИКИ-1)*

По словам нескольких респондентов (ИКИ-1, ИКИ-2, ИКИ-4), бремя было еще более тяжелым для женщин, употребляющих наркотики. Как объяснил ИКИ-1, многие женщины, которые в основном ухаживали за детьми или другими иждивенцами, не могли обеспечивать себя без дохода. Когда женщин, употребляющих наркотики, сажали в тюрьму в результате усиления уличной полиции, детей иногда оставляли одних. Женщины, занимающиеся секс-бизнесом, особенно те, кто работает на улицах, были более заметными мишенями для полиции, и у клиентов оставалось меньше выбора; это привело к повышенному риску эксплуатации и жестокого обращения (ИКИ-2, ИКИ-4).

Опрошенные описали серьезные проблемы с обеспечением постоянного доступа к жилью. В Великобритании ИКИ-5 сообщил, что правительство успешно предоставило жилье многим нуждающимся в нем людям, употребляющим наркотики. В Канаде и Австралии участники исследования заявили, что правительства изначально размещали людей во время пандемии COVID-19. К сожалению, после снятия ограничений из-за COVID-19 и возобновления работы предприятий в некоторых случаях люди были вынуждены вернуться на улицу (ИКИ-8, ИКИ-3). В Коста-Рике ИКИ-4 сообщил, что, хотя шелтеры были доступны, по мере продолжения пандемии власти закрывали шелтеры и вынуждали людей вернуться к жизни на улицах или в других ненадежных жилищных условиях. В Южной Африке ИКИ-2 также сообщил, что шелтеры стали доступны на начальном этапе, но правительство, похоже, не желает поддерживать их в долгосрочной перспективе.

Чтобы смягчить экономические последствия ограничений, правительства предоставили некоторые льготы безработным. Однако опрошенные охарактеризовали

эти действия как недостаточные и часто не носящие долгосрочный характер (ИКИ-3, ИКИ-2, ИКИ-1). Например, в Южной Африке ИКИ-2 сообщил, что фонд по безработице увеличился незначительно, но этого недостаточно, чтобы человек мог прожить месяц. Отсутствие достаточной постоянной поддержки привело к тому, что некоторые не смогли оплатить основные услуги, такие как тесты на COVID-19, которые в Нигерии стоят от 50 до 100 долларов (ОФГ2-N1).

Сочетание потери дохода и нестабильности или перенаселенности жилья привело к тому, что многие люди, употребляющие наркотики, оказались на улице и стали подвергаться усиленному контролю со стороны полиции, а также повышенному риску насилия.

## **2. Полиция, насилие и гендерное насилие**

Меры общественного здравоохранения в связи с COVID-19 также повлияли на физическую безопасность: во многих странах во время ограничений, связанных с COVID-19, на улицах было больше полицейских, чем обычно. В результате 29 процентов участников исследования сообщили об увеличении количества задержаний, арестов и злоупотреблений со стороны полиции. О значительном росте гендерного насилия (ГН) широко сообщали женщины, употребляющие наркотики, которые также не имели доступа к услугам, ориентированным на переживших насилие.

Карантин и комендантский час, введенные правительствами, сделали уличных людей более заметными, в результате чего они пострадали от повышенного насилия и преследований со стороны полиции (ИКИ-1, ИКИ-3, ИКИ-4, ИКИ-5, ОФГ2-N2). Участники также сообщили о росте насилия, связанного с экономическим отчаянием, в котором оказались многие, в том числе в некоторых случаях о росте местных грабежей среди людей, употребляющих наркотики (ИКИ-5). Участник из Кении также описал рост «несправедливости со стороны толпы» или насилия со стороны линчевателей в отношении людей, употребляющих наркотики (ОФГ2-N3).

Это включало увеличение злоупотребления полицией властью в рамках обеспечения соблюдения ограничений COVID-19, которые непропорционально подвергали уличных людей, употребляющих наркотики. Опрошенные заявили, что власти в регионах Африки и Юго-Восточной Азии требовали, чтобы люди постоянно носили с собой документы, чего не хватало некоторым уличным людям (ИКИ-1, ОФГ1-N1). В Южной Африке ИКИ-2 описал притеснения со стороны полиции, когда люди направлялись в шелтеры после встречи с торговцами или дилерами.

В Великобритании ИКИ-5 сообщил, что полиция использует правила и нормы COVID-19 в качестве предлога для преследования и наказания людей, употребляющих наркотики. Это включало внезапные «проверки социального обеспечения» в частных домах со штрафами для людей, которые собирались, чтобы употреблять наркотики в нарушение ограничений COVID-19. В Австралии ИКИ-3

напомнил, что правительство без предупреждения заблокировало девять башен государственного жилья в Мельбурне, а друг, который посетил жилой комплекс, чтобы купить наркотики, оказался в ловушке в здании на время карантина. В Португалии участница исследования сообщила о продолжающемся наблюдении за женщинами, употребляющими наркотики, полицией, которая выявила их и продолжает за ними следить (ОФГ1-N4).

Полиция часто была основным связующим звеном между государством и сообществом. ИКИ-4 выразил разочарование в связи с тем, что правительства усилили охрану правопорядка вместо того, чтобы предоставить столь необходимую поддержку:

*«Власти не везде ходят. Вы не получите того что медицинские услуги ходили в домах где грек курят или в местах где секс-работа идет. В конце концов, туда ходит полиция, и... их действия были скорее карательными, а не... санитарными.» (КИИ-4)*

Участники сообщили, что насилие со стороны полиции также увеличилось (ИКИ-1, ИКИ-2, ИКИ-3, ИКИ-4, ОФГ1-N1). В Великобритании ИКИ-5 сообщил, что в некоторых случаях полиция или охранники, которые избегали заключения людей под стражу из-за ограничений, связанных с COVID-19, вместо этого применяли насилие в отношении людей, употребляющих наркотики, в качестве внесудебного наказания за кражу в магазине. В Эквадоре и Мексике ИКИ-4 сообщил о том, что полиция заставляла людей, употребляющих наркотики, чрезмерно приседать или выполнять другие упражнения, а также о других формах жестокого и карательного обращения на улицах.

Женщины, употребляющие наркотики, сообщили о резком росте ГН со стороны партнеров, других членов сообщества или правоохранительных органов. Карантин, комендантский час и закрытие предприятий запирают женщин с жестокими партнерами в своих домах, и им некуда обратиться за поддержкой (ИКИ-4, ОФГ2-N4).

Четверо опрошенных в регионе Юго-Восточной Азии, Африканском регионе и Коста-Рике заявили, что стали свидетелями значительного роста ГН, насилия со стороны интимного партнера, а также стигмы и дискриминации (ОФГ1-N1, ИКИ-4, ОФГ2-N1, ОФГ1-N2). В готовящемся отчете EuroNPUD о ГН во время пандемии подробно описывается рост насилия в отношении женщин, употребляющих наркотики, со стороны партнеров, полиции и других лиц на улице.

Подход, ориентированный на переживших ГН, направлен на расширение прав и возможностей жертв, сосредоточив внимание на их потребностях и предпочтениях, и включает в себя доступ к медицинской помощи, психиатрической помощи и психосоциальной поддержке, защите или безопасности, а также доступ к правосудию (ЮНФПА, 2012 г.). Однако участники заявили, что увеличение масштабов ГН, с которым сталкиваются женщины, употребляющие наркотики, во время COVID-19, не

было решено за счет увеличения медицинской или психосоциальной поддержки, и что у пострадавших часто не было каналов, чтобы сообщить о насилии.

ИКИ-1 пояснил, что некоторые случаи ГН в Африке были задокументированы, но многие жертвы хранили молчание в силу культурных норм. Другой участник обсуждения в фокус-группе из африканского региона сказал, что «было много изнасилований и гендерного насилия, затрагивающих женщин, употребляющих наркотики», но лишь немногие женщины имели доступ к учреждениям сексуального и репродуктивного здоровья, поскольку они были перепрофилированы для борьбы с COVID-19 (ОФГ1-N7). Как пояснила ОФГ2-N4 в Регионе Юго-Восточной Азии, когда женщины, употребляющие наркотики, подвергаются насилию, у них часто нет канала, чтобы сообщить об этих случаях:

*«Даже осознание того, что вы можете сделать, куда вы можете пойти, когда такие вещи случаются... и обеспечение того, чтобы эти услуги оказывались на самом деле. Это очень расстраивает, потому что ничего нет. Я имею в виду, куда ты пойдешь? С кем ты будешь разговаривать? Вы идете в полицию, а они говорят: «Ой, разбирайтесь сами», а вы действительно не можете туда пойти из-за жесткой стигматизации и дискриминации... Вас автоматически помечают как человека, не заслуживающего помощи, того, кто этого не стоит.» (ОФГ2-N4)*

В Южной Африке ИКИ-2 заявила, что, несмотря на длительные кампании и движения за прекращение ГН, с хорошим освещением и активизмом, по-прежнему не хватает реальных действий.

### **3. Проблемы с доступом к медицинским услугам**

Тридцать восемь процентов участников описали проблемы с доступом к услугам здравоохранения, выявив множественные последствия жизни одновременно с несколькими пандемиями (COVID-19, ВИЧ, туберкулез и гепатит С). Некоторые проблемы были связаны с повсеместными перерывами в предоставлении услуг во время ограничений COVID-19 и связанными с этим сбоями в цепочке поставок. Однако службы снижения вреда иногда теряли приоритетность или закрывались, что имело катастрофические последствия для тех, кто на них полагался. Участники также рассказали о сохраняющихся последствиях стигматизации и дискриминации людей, употребляющих наркотики, в секторе здравоохранения.

Для людей, живущих с ВИЧ или пострадавших от туберкулеза или гепатита С, перебои в обслуживании могут иметь катастрофические последствия. В Нигерии, Индии и Кении участники описали, как ограничения на передвижение не позволяли людям, живущим с ВИЧ и больным туберкулезом, получить доступ к лечению (ОФГ1-N1, ОФГ1-N7, ОФГ1-N8). Из-за нарушения глобальных цепочек поставок в некоторых странах не хватало основных лекарств; другие копили свои запасы, вызывая дефицит. Например, в Коста-Рике один участник описал

отсутствие антиретровирусного лечения и отметил, что министр здравоохранения заявил, что все доступное финансирование было направлено на борьбу с COVID-19 (ИКИ-4). В Австралии ИКИ-3 сообщил, что многие услуги, на которые полагалось сообщество, такие как общественные душевые, питание и другие основные потребности, были закрыты во время COVID-19.

Во многих странах терапия опиоидными агонистами и другие услуги по снижению вреда были приостановлены во время COVID-19, потому что они не были приоритетными. В Грузии правительство закрыло программу ОАТ на вынос; в Казахстане доступ к метадону был прерван на месяц (КИИ-6). В Великобритании программы предоставления игл и шприцев, предоставляемые аптеками, сократили свое рабочее время с пяти (во второй половине дня) часов в неделю до двух (во второй половине дня) часов в неделю; чтобы облегчить социальное дистанцирование, они вынесли свои услуги на публичное обозрение, что затруднило использование услуг для многих (ИКИ-5). В Соединенных Штатах FGD1-N6 сообщила, что их метадоновая клиника внедрила услуги телемедицины, которые позволили поставщикам медицинских услуг работать удаленно, но при этом от пациентов требовалось личное посещение приемов.

В Украине, согласно ИКИ-6, хотя члены сообщества пытались предупредить власти о возможном дефиците, закупка терапии опиоидными агонистами до начала конфликта не была приоритетной. Когда началась война, правительству не хватило необходимых припасов. Люди уменьшили свои дозы, чтобы запасов хватило на более длительный срок, но когда уровень запасов вернулся к норме, врачи отказались возвращаться к первоначальным дозировкам (ИКИ-6).

В Южной Африке опрошенный сообщил о недостаточном снабжении расходными материалами для снижения вреда, включая иглы и шприцы, а также об отсутствии упаковок для безопасного использования стимуляторов (ИКИ-2). В Индии государственных запасов метадона и бупренорфина, которых должно было хватить на один год, не хватило даже на семь месяцев (ОФГ1-N9).

Недостаток достаточных запасов также распространялся на средства индивидуальной защиты (СИЗ), необходимые для профилактики COVID-19. ИКИ-1 пояснил, что, хотя африканские сети получили средства индивидуальной защиты от Frontline AIDS, финансирование не было возобновлено, и люди несколько раз пользовались «одноразовыми» предметами.

Там, где услуги были доступны, доступ к ним был затруднен из-за продолжающейся стигматизации и дискриминации людей, употребляющих наркотики. Участники сказали, что те, кто пытался получить доступ к медицинским услугам, но не имел доступа к душе, подвергались стигматизации (ИКИ-2). По словам одного из участников, тех, кого персонал больницы ранее определил как потребителей наркотиков, лечили в последнюю очередь (ОФГ2-N1).

Страх перед стигмой и дискриминацией не позволил многим людям, употребляющим наркотики, пройти вакцинацию и получить доступ к другим основным медицинским услугам. В Украине люди должны были предоставить личную информацию, в том числе информацию о состоянии своего здоровья, чтобы зарегистрироваться для получения вакцины от COVID-19; но ИКИ-6 сказал, что многие члены сообщества боялись делиться этой информацией. В Индии ОФГ2-N4 объяснила, что многие равные до сих пор избегали вакцинации, опасаясь, что медицинские работники потребуют документацию, которую они не могут предоставить.

Как подчеркивается в ОФГ2-N1:

*«Криминализация уже помешала многим людям получить доступ к услугам еще до начала пандемии.» (ОФГ2-N1)*



## ПРАКТИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

### Программа игл и шприцев (ПИШ) под руководством равных

Когда программа обмена игл и шприцев (ПИШ) в одном городе Великобритании резко ограничила часы работы из-за ограничений, связанных с COVID-19, а также начала действовать в общественных местах, один член INPUD опасался крупной вспышки ВИЧ и поэтому начал действовать. В течение нескольких недель они мобилизовали местных поставщиков наркотиков и людей, чьи дома использовались для употребления наркотиков, и вместе они начали распределять примерно 1500 игл и шприцев в месяц. Вскоре на это вмешательство под руководством равных приходилось почти 60% всех игл и шприцев, распространяемых в данном районе.

Несмотря на успех, неформальная, спонтанная программа не была официально согласована с властями. Два года спустя местные партнеры собираются вместе, чтобы обсудить, как эта программа будет работать в будущем. Власти Великобритании просят сеть научить их, как поддерживать свои услуги, и появилось новое финансирование. Недавние консультации между программой «Иглы и шприцы», проводимой по принципу «равный равному», и местной наркологической службой превратила эту схему в устойчивое партнерство с равными на местном уровне, которым была предложена возможность участвовать в формальной, мотивированной схеме работы с равными, чтобы они могли развивать эту спонтанную инициативу.

#### **4. Важнейшая роль услуг, управляемых равными**

В то время как правительства с беспрецедентной и исторически значимой мобилизацией из всех сил пытались справиться с воздействием пандемии на средства к существованию, жилье, безопасность и здравоохранение, организации, возглавляемые сообществами, восполнили пробел.

Как ОФГ1-N5 объяснил, уроки, извлеченные из эпидемии ВИЧ, и усилия по реагированию подготовили многие общественные группы с опытом и знаниями, необходимыми для быстрой мобилизации и предоставления услуг. Организации под руководством сообщества запустили службы снижения вреда под руководством равных, обмениваясь медицинской информацией, оказывая психологическую и психосоциальную поддержку, а также связывая равных со службами. В ряде стран, столкнувшихся с дефицитом и закрытием программ снижения вреда во время COVID-19, многие участники заявили, что группы равных начали новые программы снижения вреда (ИКИ-5, ОФГ2-N2, ИКИ-3, ИКИ-2). В Великобритании, Южной Африке и Австралии организации под руководством местных сообществ рассказали об обходе бюрократических ограничений (ИКИ-5, ИКИ-2, ИКИ-3).

В Индии сети, возглавляемые сообществами координировали работу с налоксоном и другими материалами для предотвращения передозировок (ИКИ-7). Канадские организации, возглавляемые равными, создали специальные укрытия для женщин, употребляющих наркотики и занимающихся проституцией, с персоналом поддержки на месте, который обеспечивает налоксоном, средствами безопасного использования и средствами безопасного секса (ИКИ-8). В Южной Африке центр снижения вреда, созданный во время пандемии COVID-19, мобилизовал инструкторов-равных на велосипедах для доставки еды на дом (ИКИ-2). Другие участники исследования также описали доставку метадона и бупренорфина (ОФГ1-N9, ИКИ-8, ИКИ-5).

Сети, возглавляемые равными, предоставляли другие основные медицинские услуги. В Индии партнерские сети доставляли АРВ-препараты на дома людям, находящимся под ограничениями в связи с COVID-19 (ОФГ1-N5), а также средства индивидуальной защиты (ИКИ-4, ОФГ2-N2). Они предоставляли онлайн-консультации по вопросам психического здоровья (ИКИ-4) и мобильные услуги по предоставлению вакцин против COVID-19 людям, которые не хотели идти в клиники вакцинации (ИКИ-3). Опрошенные рассказали о раздаче продуктов питания нуждающимся (ИКИ-5, ИКИ-4, ИКИ-2, ИКИ-7, ИКИ-8), организации финансовой поддержки (ИКИ-7, ИКИ-5), связывание людей с жильем (ИКИ-8).

Сети, возглавляемые равными также обменивались удобной для пользователей информацией о COVID-19 и вакцинах в виде односторонних черно-белых листовок, которые можно было недорого копировать и распространять, противодействуя дезинформации точной медицинской информацией.



Кроме того, сети, возглавляемые равными, продолжали свою обычную работу по просвещению участников о наркополитике и их правах, проводя сеансы вебинаров по декриминализации, повышая грамотности в области опиоидной агонистской терапии и связанных с ней правах (ИКИ-5), документируя барьеры и проблемы с услугами здравоохранения и подача этой информации обратно для чиновников здравоохранения (FGD1-N3), а также продолжая адвокатирование с правительствами, агентствами ООН и донорскими агентствами. В некоторых случаях они формировали новые альянсы: ИКИ-7 отметил, что до пандемии у ключевых групп населения в Индии не было общей платформы для сотрудничества на национальном уровне, но она была создана во время кризиса COVID-19.

Для сообществ, живущих в затронутой конфликтом Украине, эти обширные системы сообществ, быстро созданные во время пандемии COVID-19, теперь помогают сообществу пережить войну. Как заметил член Исследовательского совета на уровне сообщество Антон Басенко:

*«Все хорошие и плохие уроки, извлеченные из адаптации услуг и лечения, [включая] ответные меры на ВИЧ и снижение вреда во время COVID, позже определенно помогли Украине хорошо подготовиться к чрезвычайной ситуации, вызванной войной, и определенно могут быть использованы в другие страны в других чрезвычайных ситуациях.»*

Эта мобилизация, в свою очередь, привела к новаторским инновациям в более крупных системах здравоохранения.

#### **5. Гибкие возможности снижения вреда и другие позитивные инновации**

*«Я думаю, что сдвиги в терапии опиоидными агонистами потенциально очень значительны. Теперь я думаю, что идеи выбора, лекарства на дом и понимание того, как выглядят правильные терапевтические альянсы, я думаю, что это действительно сильная адвокация, которую нам нужно продвигать.» (ФГД1-N3)*

Хотя пандемия COVID-19 породила множество трудностей, со временем появились и положительные инновации. В некоторых странах гибкие возможности снижения вреда, которые правительства в течение многих лет заявляли как непрактичные, если не невозможные, были успешно опробованы во время кризиса. Для удовлетворения новых потребностей возникло новое сотрудничество между организациями, возглавляемыми равными, и правительствами, включая карантинное учреждение COVID-19, управляемое совместно представителями здравоохранения с индийской сетью людей, употребляющих наркотики.

Участники из Кении, Индии, Австралии и Великобритании рассказали об инновациях в гибких возможностях снижения вреда, в том числе о реализации более

гибких возможностей и расширенных дозах терапии опиоидными агонистами на вынос (ОФГ2-N2, ОФГ1-N5, ИКИ-3, ИКИ-5). В Индии людям разрешалось брать домой дозы метадона в среднем на три дня; в двух или трех штатах дозы для приема на дом увеличились до 20–25 дней (из-за большого расстояния людям приходилось преодолевать расстояние, чтобы забрать свои лекарства) (ОФГ1-N5). В Австралии дозы, принимаемые на дом, в некоторых случаях увеличились с пяти до 14 дней (ИКИ-3). В Канаде ИКИ-8 описаны нововведения, включающие рецептурные препараты, безопасные для здоровья, аптеки, начинающие предоставлять препараты для снижения вреда и безопасного использования, а также доступность программ по выдаче налоксона на дом. Хотя эти гибкие возможности могли быть реализованы в конечном итоге, ИКИ-8 объяснила, что пандемия была движущей силой их принятия.

ИКИ-5 сообщил об одном исследовании, в ходе которого было обнаружено, что 70% людей, употребляющих наркотики в Шотландии, положительно отреагировали на решение перейти на дозы, принимаемые на дом. ИКИ-5 утверждал, что, позволяя большинству населения использовать более гибкую систему лечения, поставщики медицинских услуг получают больше ресурсов для удовлетворения потребностей меньшей группы людей, которым помогает личный уход.

Хотя в целом некоторые участники заметили растущее признание этих позитивных изменений, в Австралии и Канаде двое участников заявили, что их правительства сократили количество разрешенных доз на вынос (ИКИ-3, ИКИ-8).

В дополнение к переходу на дозы, принимаемые на дом опрошенные также описали другие положительные инновации систем здравоохранения во время пандемии. Два участника из Канады и Австралии упомянули врачей, предлагающих прием телемедицины для тех, кто находился на терапии опиоидными агонистами, что особенно полезно для тех, кто живет в более отдаленных районах (ИКИ-8, ИКИ-3). В Австралии системы здравоохранения также ввели гибкие возможности, такие как «получение третьей стороной» лекарств для терапии опиоидными агонистами для людей с COVID-19 (ИКИ-3), а также услуги мобильной доставки и доставки на дом для людей с хроническими проблемами со здоровьем и / или проблемами с передвижением.

В Индии, где сети под руководством равных изо всех сил пытались обеспечить лечение передозировки в иногда удаленных карантинных и изоляционных учреждениях, организация под руководством сообщества смогла координировать конкретное помещение для карантина и изоляции, связанное с COVID-19, для людей, употребляющих наркотики. Через центральное учреждение общественные организации могли предоставлять бупренорфин и лекарства от передозировки людям, употребляющим наркотики, а также удовлетворять другие потребности, связанные с абстиненцией. Чтобы избежать дополнительной стигмы, эти отдельные центры по-прежнему назывались «изоляционными центрами COVID-19», но

среди сообщества и правительства существовало понимание, что они предназначены для людей, употребляющих наркотики. Всякий раз, когда люди, употребляющие наркотики, обнаруживались в общих изоляторах, понималось, что их следует переводить в центры взаимопомощи (ИКИ-7).

Этим и другим инновациям частично способствовали цифровые инновации, поскольку большая часть мира перешла в онлайн во время ограничений COVID-19; хотя цифровая трансформация не пошла на пользу всем в равной степени.

## **6. Цифровая защита и цифровое неравенство**

Пандемия COVID-19 вызвала беспрецедентный переход к онлайн-платформам для общения и встреч, что принесло новые возможности и проблемы для сетей людей, употребляющих наркотики.

Этот сдвиг был благом для некоторых аспектов построения сети: как описал ИКИ-8, стало проще, чем когда-либо, общаться с коллегами на разных континентах, обмениваться опытом, транслировать знания, основанные на фактах, и строить сети. Организация ИКИ-8 осознала, что онлайн-переход дает возможность по-новому связаться с членами сообщества, и создала видео, объясняющее, как «виртуально обнаружить» кого-то в Интернете, чтобы им не нужно было употреблять наркотики в одиночку. Другие организации разработали новые подходы к работе в Интернете: столкнувшись с новым сложным климатом для адвокации политики в отношении наркотиков после того, как заседания ООН были переведены в онлайн, INPUD разработала новые учебные ресурсы, такие как онлайн-лист советов по адвокации высокого уровня (INPUD, 2022a).

Однако цифровая трансформация усугубила маргинализацию некоторых людей, употребляющих наркотики. Как отмечалось выше, значительная часть людей, употребляющих наркотики, живет на улице и не имеет мобильных телефонов или смартфонов. Из-за этого цифрового разрыва многие люди не имеют доступа к медицинской информации или возможности участвовать онлайн (ИКИ-1, ИКИ-2, ОФГ2-N2, ИКИ-4). Это также может привести к тому, что они будут отрезаны от сетей. Как вспоминает ИКИ-4:

*«Я помню, на семинаре, который у нас был в начале пандемии, секс-работник был там... с этим телефоном Nokia. Это было похоже на этот очень старый телефон, на который нельзя было установить ни WhatsApp, ни что-либо еще. Так что определенно, определенно, [их доступ] не тот же самый.» (ИКИ-4)*

Чтобы смягчить цифровое неравенство в Австралии, одна общественная организация бесплатно предоставила людям телефонные карты, кредиты на звонки и, в некоторых случаях, настоящие телефоны, чтобы они могли их иметь и

использовать. Однако, как сообщает ИКИ-3, люди, живущие на улице, могут потерять свои мобильные телефоны или негде зарядить аккумуляторы; так что пока «ладно дать людям телефон, но это не все исправит» (ИКИ-3). В ответ некоторые организации вернулись к использованию печатных материалов для информирования о том, куда люди могут пойти помыть руки, получить доступ к средствам индивидуальной защиты и найти временное жилье (ИКИ-4).

Пандемия COVID-19 высветила необходимость более комплексного подхода к развитию услуг на основе равных. Например, ОФГ1-N5 напомнила, что, когда некоторые члены сообществ трансгендеров и мужчин, практикующих секс с мужчинами заявили об использовании программ своей организации во время кризиса COVID-19, стало очевидно, что они ранее не пытались получить доступ к этим услугам из-за боязни дискриминации:

*«Они употребляли наркотики, но никогда не обращались к нам за помощью из-за чувства, что они будут чувствовать себя дискриминированными... Это стало открытием для многих из нас, что есть много других членов сообщества из других ключевых групп населения, которые являются зависимыми на наркотиках, и им тоже нужна помощь. Это то, чему мы должны научиться у пандемии: как нам интегрировать услуги для трансгендеров, для мужчин, практикующих секс с мужчинами, а также увеличить количество программ для женщин, занимающихся секс-бизнесом, а также для женщин, которые находятся в системе?» (ОФГ1-N5)*

## **7. Финансирование организаций, управляемых равными**

*«Вам необходимо создать и представить сильные сети потребителей наркотиков, потому что мы активизируемся, когда это важно. У нас есть возможности и знания, чтобы реагировать, но мы так плохо финансируемся по сравнению с профессиональными наркологическими службами.» (ИКИ-5)*

В то время как организации и службы, возглавляемые сообществами, были источником жизненной силы усилий по реагированию на пандемию для сообщества людей, употребляющих наркотики, они часто оставались недофинансированными. В большинстве регионов участники описали острую потребность в устойчивом финансировании, чтобы организации под руководством равных могли реагировать на чрезвычайные ситуации, такие как пандемия COVID-19 (ИКИ-5, ИКИ-2, ИКИ-8, ОФГ1-N3).

Некоторые доноры пытались отреагировать на эту неотложную потребность, предоставив чрезвычайные средства для сетей, управляемых равными. В Южной Африке ИКИ-2 описал доступ к экстренному финансированию для удовлетворения потребностей сообщества. В регионе AfricaNPUD ИКИ-1 описал

чрезвычайный фонд Frontline AIDS COVID-19 для стран, который обеспечил доступ к СИЗ и другой поддержке.

Фонд Роберта Карра для сетей гражданского общества (RCF) запустил раунд финансирования исключительных возможностей, финансируемый Чрезвычайным планом президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR), для финансирования региональных и глобальных сетей групп населения, не получающих должного обслуживания. Финансирование помогло некоторым сетям, управляемым равными, продолжить свою работу (ИКИ-6). В другом случае он поддержал партнерские сети для проведения ситуационной оценки доступа к терапии опиоидными агонистами до, во время и после пандемии COVID-19 в Греции, Германии, Англии и Шотландии, задокументировав некоторые прорывные инновации, которые можно было бы использовать на более длительный срок (ИКИ-5; Шевченко н.д.).

В более широком масштабе Механизм реагирования Глобального фонда на COVID-19 (С19RM) был направлен на смягчение воздействия COVID-19 на меры в ответ на ВИЧ и ТБ, но участники исследования описали бюрократические проблемы с доступом к этому финансированию (см. Пример 2). Согласно ИКИ-4, в Латинской Америке финансирование С19RM должно было пройти через множество этапов консультаций и других бюрократических препятствий, которые замедлили процесс, что привело к перераспределению финансирования для удовлетворения других потребностей.

В Кении ОФГ2-N3 также столкнулась с бюрократическими трудностями при распределении ресурсов С19RM между равноправными организациями. В сети AfricaNPUD ИКИ-1 сообщил, что семь сетей, финансируемых ГФ для предоставления услуг снижения вреда, не смогли реализовать свои гранты из-за бюрократических барьеров. В Восточной Европе и Центральной Азии ИКИ-G описал случаи стигматизации и отсутствия сочувствия в Секретариате Глобального фонда и сказал, что у некоторых сотрудников создается впечатление, что они больше озабочены отчетностью по целевым показателям ВИЧ, чем удовлетворением потребностей сообществ.

Участники заявили, что в слишком многих случаях императивы доноров были ограничительными и не соответствовали потребностям, выявленным сообществами, находящимися на переднем крае чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения (ИКИ-6, ИКИ-2, ИКИ-4). Например, в Коста-Рике общественные организации запросили финансирование для оказания психиатрической помощи членам сообщества, сильно пострадавшим от кризиса COVID-19, но спонсоры ограничили финансирование шелтеров (ИКИ-4). Напротив, в Украине общественные организации запросили финансирование для создания постоянных шелтеров для людей, употребляющих наркотики, но сообщили, что вместо этого средства были использованы для большой конференции, организованной донором (ИКИ-6). Некоторые доноры выступали за расширение сети



## ПРАКТИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

### Чрезвычайное финансирование Глобального фонда замедляется из-за бюрократии

В одной стране с высоким бременем ВИЧ сообщества объединились с другими партнерами, чтобы запросить экстренное финансирование для людей, употребляющих наркотики, для экстренных расходов, включая поддержку средств к существованию, во время ограничений COVID-19. После обширных переговоров между партнерами и удовлетворения требований правительства Глобальный фонд предоставил грант в размере 10 миллионов долларов национальной сети, возглавляемой равными.

Сеть успешно согласовала ключевой компонент гранта, предусматривающий прямые выплаты наличными в размере примерно 20 долларов США или эквивалентной суммы в виде продовольственных пайков нуждающимся. Во избежание мошенничества или расточительства основные получатели должны были собирать информацию о каждом отдельном бенефициаре, включая номера банковских счетов и выданные государством удостоверения личности для десятков тысяч человек.

Однако во многих штатах, где осуществлялась программа, отсутствовали общественные сети, которые могли бы получить доступ к отдельным лицам. Кроме того, многие люди, употребляющие наркотики, не имеют банковских счетов или документов, удостоверяющих личность. Те, кто получил наличные, иногда не могли потратить их на еду, так как многие магазины были закрыты во время ограничений COVID-19.

При ограниченных ресурсах основные получатели, базирующиеся в национальной столице, смогли собрать информацию из некоторых штатов, но не из всех. По этой и другим причинам два основных получателя смогли потратить только примерно 25-30% гранта. Более того, им пришлось реализовать то, что изначально предполагалось как двухлетний грант, всего за один год. Эти вызовы создали многочисленные внутренние стрессы, которые ослабили реакцию во время кризиса.

Один участник исследования предложил, чтобы Глобальный фонд заранее установил соответствующие партнерские отношения с сетями, возглавляемыми равными, чтобы предотвратить этот негативный результат во время кризиса в области здравоохранения в будущем, разработав системы подотчетности и отчетности, которые больше подходят для текущих отношений между донором и грантополучателем.

и наращивание потенциала, но сообществам не хватало инфраструктуры для проведения встреч: таких как помещения, компьютеры, душевые и ваннные комнаты (ИКИ-2).

Одним из самых глубоких разочарований, о котором говорили многие опрошенные в контексте кризиса, было отсутствие признания их собственного опыта как ветеранов, представляющих общественные сети, которые знали, что им нужно и что работает. Многие участники отметили, что люди, употребляющие наркотики, редко получают справедливую или стабильную заработную плату в знак признания их опыта. ИКИ-5 сказал:

*«Люди хотели бы, чтобы мы установили сети повсюду. Но у нас нет денег, чтобы сделать это. Таким образом, это своего рода ощущение, что они всегда ожидают, что мы будем делать работу за небольшие деньги или вообще бесплатно, в то время как они ожидают, что им будут платить все время.» (ИКИ-5)*

Чтобы способствовать справедливости, члены правления одной сети решили, что всем должностям будет выплачиваться стандартная заработная плата (ИКИ-6).

Опрошенные описали все эти разочарования как слишком знакомые с допандемических времен. Однако в контексте кризиса эти давние проблемы добавили ненужного бремени, которое препятствовало принятию ответных мер под руководством сообщества.

## **8. Договор о пандемии: вступать или нет?**

Несмотря на все эти проблемы, участники исследования в целом выразили готовность участвовать в процессе соглашения договора о пандемии, чтобы продолжать настаивать на содержательном диалоге о потребностях людей, употребляющих наркотики, во время чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения (ОФГ1-N1, ОФГ2-N1). Несколько человек выразили заинтересованность в том, чтобы принять участие в этом процессе и узнать больше об этом процессе. ОФГ2-N5 рекомендовала INPUD обучать и поддерживать больше членов сети для взаимодействия с заинтересованными сторонами глобального управления, а также для улучшения и диверсификации представительства людей, употребляющих наркотики, в этих пространствах.

Несмотря на то, что понимание процесса разработки договора о пандемии может быть долгим и обременительным для представителей сообщества с ограниченной пропускной способностью, ИКИ-5, тем не менее, подчеркнул, что влияние на глобальные стратегии может создать реальные возможности:

*«Нам определенно потребовалось 10 лет, чтобы получить руководство по стимуляторам... Но теперь у нас есть руководство. Сейчас мы пишем учебные пособия, теперь мы едем по всему миру обучать людей, и в следующем раунде Глобального фонда [работа над] стимуляторами будет должным образом профинансирована. Так что, я имею в виду, такие вещи действительно имеют место...*

*«ООН немного похожа на нефтяной танкер, она не движется быстро и не очень быстро поворачивает. Но как только вы получаете импульс, идущий в определенном направлении, его также довольно сложно остановить». (КИИ-5)*



## 5. Обсуждение

Эти данные показывают, что пандемия COVID-19 еще больше усугубила существующий вред, с которым сталкиваются люди, употребляющие наркотики, во всем мире и породила новые формы дискриминации, а также усилила неравенство. Тем не менее, он также продемонстрировал стойкость и творческий потенциал людей, употребляющих наркотики, преимущества, полученные в результате напряженной работы многих по созданию и восстановлению институтов и сетей в последние годы, и еще раз продемонстрировал, что последовательная мобилизация сообщества и инновации могут спасти жизни и смягчить ущерб, нанесенный пандемией.

Наши результаты показывают, что многие виды вреда и проблемы, с которыми сталкиваются люди, употребляющие наркотики, во время пандемии COVID-19, в первую очередь являются результатом продолжающейся криминализации, стигмы и дискриминации. Как подчеркивают Malinowska-Sempruch и Lohman (2022), «сообщество общественного здравоохранения должно мобилизоваться против попыток упорно придерживаться принципиально ошибочного подхода к наркополитике». Криминализация подвергла людей, употребляющих наркотики, одним из самых тяжелых экономических последствий пандемии, особенно для тех, кто занят в неформальной экономике и тех, кто был вовлечен в уличный образ жизни. Расширение полномочий полиции привело к увеличению вреда, поскольку повышенная видимость из-за карантина и приказов оставаться дома сделала сообщество уязвимым для арестов и злоупотреблений. Стигматизация и дискриминация людей, употребляющих наркотики, возникшие в результате криминализации, создали множество проблем для сообщества при попытке получить доступ к услугам здравоохранения. Для многих людей основные услуги были либо полностью закрыты, поскольку они не считались приоритетными, либо врачи, знавшие их статус, игнорировали самих людей в приемных и поликлиниках.

Наши результаты также показывают непропорционально большую нагрузку на женщин в их многообразии, в том числе из-за роста гендерного насилия. Как и употребление наркотиков, насилие по признаку пола широко стигматизируется и табуируется. Как и услуги по снижению вреда, услуги, ориентированные на выживших, для жертв и переживших насилие редко рассматриваются в качестве основных услуг в условиях кризиса. Существующее гендерное неравенство усугубилось пандемией, и государства были явно не готовы удовлетворить потребности женщин, употребляющих наркотики. Это согласуется с более широким документальным подтверждением роста гендерного насилия, связанного с ограничениями на пребывание дома, когда лица, подвергающиеся риску насилия, подвергаются усиленному контролю и ограничениям со стороны их обидчиков, не имеющих ресурсов или имеющих небольшие ресурсы для поиска поддержки (ОНЧР, 2020).

В то же время мы находим настоящие инновации и новые партнерские отношения, возникшие в условиях кризиса между сообществами, а также между организациями, возглавляемыми сообществами, и правительствами или международными организациями. Там, где государственное вмешательство и услуги оказывались недостаточными или полностью исчезали, общественные организации заполняли этот пробел, создавая и внедряя услуги под руководством равных, которые были абсолютно необходимы для укрепления здоровья и благополучия людей, употребляющих наркотики. Предыдущие усилия по оценке готовности к пандемии и ответных мер потерпели неудачу из-за отсутствия оценки общественного доверия к учреждениям, включая сектор здравоохранения; однако ответные меры под руководством сообщества могут устранить этот дефицит доверия, установить каналы связи и охватить маргинализированные группы, наиболее подверженные риску вспышки (Byanyima et. al. 2022).

Эти результаты также показывают, как инновационные подходы к услугам снижения вреда, такие как выдача доз терапии опиоидными агонистами на дом, программы игл и шприцев и лекарства для лечения передозировок, могли создать новые пути к более гибкому и устойчивому медицинскому обслуживанию в будущем; это были достижения, от которых нельзя отказываться. Были и другие положительные новшества, которые появились и должны быть сохранены, от увеличения количества доз, которые санкционировали многие правительства, до новых подходов, таких как виртуальное обнаружение для предотвращения передозировок. Эти, а также другие изменения потребуют постоянной адвокации, в том числе укрепления механизмов финансирования, которые делают их устойчивыми.

В дальнейшем конкретные ощутимые действия, которые INPUD может предпринять для обеспечения адвокации и вовлечения, включают: 1) выпуск дополнительных заявлений и рекомендаций по формулировкам договора; 2) взаимодействие с государствами-членами, агентствами ООН, гражданским обществом и партнерами из сообщества, такими как Альянс гражданского общества за права человека в Договоре о пандемии (CSA); 3) призвать ЮНЭЙДС поддержать содержательные консультации с сообществами; 4) добиваться мест в механизмах надзора за договором; 5) разработка предложений по значимым механизмам представительства; 6) настаивать на более содержательных консультациях на национальном уровне; и, наконец, 7) поиск возможностей для проведения пленарных докладов или проведения параллельных мероприятий, например, во время предстоящей Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2023 г. Далее следует набор предлагаемых рекомендаций, основанных на обсуждениях с участниками исследования.

## 6. ВЫВОДЫ

Пандемия COVID-19 высветила неравенство и политические разногласия в глобальном масштабе, причем больше всего пострадало криминализованное население. Мало того, что сообщество людей, употребляющих наркотики, было более уязвимым, потому что многие члены сообщества имеют основные проблемы со здоровьем; сам статус сообщества как криминализованного, стигматизированного и маргинализованного населения означал, что сообщество подверглось некоторым из самых серьезных последствий пандемии и ее ответных мер, включая ущерб экономическому выживанию и потере жилья, подверженность насилию и карательное применение ограничений, гендерное насилие и потеря основного доступа к услугам здравоохранения. Людям, употребляющим наркотики, приходилось справляться не с одной пандемией, а с несколькими одновременными пандемиями, а услуги часто приостанавливались или сокращались.

Пандемия COVID-19 продемонстрировала, что инвестирование в официальную систему здравоохранения имеет решающее значение, но одного этого недостаточно для обеспечения здоровья. В странах с высоким уровнем неравенства большинство людей решили в первую очередь реализовать свои основные права на еду, доход и чистую воду, даже если это подвергало их риску передачи COVID-19, штрафам, арестам или жестокому обращению. Это указывает на необходимость рассматривать здоровье в более широком контексте прав, равенства и достоинства.

В то же время сообщество людей, употребляющих наркотики, отреагировало беспрецедентной мобилизацией, солидарностью и инновациями. В результате политические новшества, ранее считавшиеся невозможными, вдруг стали реализовываться. Спасение жизней, в том числе людей, употребляющих наркотики, внезапно стало приоритетом; и политические вызовы были обойдены, чтобы отреагировать на неотложные угрозы. Политики и регуляторы, такие как выдача доз терапии опиоидными агонистами на дом, улучшались практически в режиме реального времени. В некоторых странах были предприняты усилия по освобождению от наказания, в том числе за преступления, связанные с наркотиками; другие увидели быстрое преобразование отелей в шелтеры. Эксперименты со всем, от поддерживаемого равными карантина до доставки препаратов терапии опиоидными агонистами на дом на велосипеде, внезапно стали реальностью. Хотя оцифровка означала, что многие оказались отрезаны цифровым разрывом, она также способствовала формированию новой солидарности и созданию новых союзов за пределами национальных границ.

Эти инновации и партнерские отношения уже помогли миру лучше подготовиться к следующему кризису. В Украине уроки ВИЧ и снижения вреда, извлеченные

во время пандемии COVID-19, помогли создать более устойчивую общественную систему, способную лучше реагировать на военное время. Традиционная система здравоохранения сама по себе продемонстрировала, что она не может эффективно реагировать на стремительно развивающийся кризис. Ей не хватает гибкости; она не может адаптироваться в режиме реального времени. Снижение вреда и движение потребителей наркотиков предоставляют системам здравоохранения во всем мире возможность расширить свое влияние и действительно достичь последней стадии. Инвестиции в снижение вреда и движение потребителей наркотиков — это инвестиции не только в разумную наркополитику, но и в права человека, гендерное равенство и право на здоровье для всех.

## 7. Рекомендации политики

Опираясь на результаты исследовательского процесса, опрошенные как в ходе интервью с ключевыми информантами, так и в ходе дискуссий в фокус-группах, разработали ряд рекомендаций для INPUD по продвижению в обсуждениях договора о пандемии, в том числе:

**1. Призывание к тому, чтобы нулевой проект Договора о пандемии содержал четкую ссылку на *Всеобщую декларацию прав человека* и основные международные документы по правам человека, в том числе:**

- Недискриминация, в том числе на основании «иного статуса», в соответствии с формулировкой статьи 2(1) *Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах* и статьи 2 *Всеобщей декларации прав человека*;
- Ссылка на право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, включая недискриминацию, наличие, доступность, приемлемость и качество в соответствии, в частности, с Замечанием общего порядка 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам;
- Ссылка на право на основополагающие детерминанты здоровья, включая доступ к жилью и безопасной питьевой воде;
- Ссылка на обязательства правительства по защите от злоупотреблений со стороны негосударственных субъектов, а также на ответственность компаний за соблюдение прав человека;
- Ссылка на обязательства государств гарантировать верховенство закона в качестве принципа управления и предварительного условия для эффективной защиты прав человека, в том числе в контексте готовности к пандемии, реагирование и восстановление во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения;
- Ссылка на положения о правах человека, применимые во время чрезвычайного положения, закрепленные в Сиракузских принципах, включая принципы законности, необходимости и соразмерности. Договор должен защищать людей от угрозы уголовных санкций, связанных с инфекцией, и подтверждать четкие пределы ограничения прав во время чрезвычайной ситуации;
- Защита права на неприкосновенность частной жизни;
- Ссылка на обязательства соблюдать принципы прозрачности и подотчетности в области прав человека на всех уровнях, а также о необходимости мониторинга под руководством сообщества для обеспечения социальной подотчетности.

**2. Призывание к конструктивному участию сообществ в переговорах по договору о пандемии и в будущем надзоре, в том числе через представительство гражданского общества в Внешней конференции сторон (В-КС); а также значимое участие в координационных органах Всеобщего охвата услугами здравоохранения и Предотвращения пандемии, обеспечения готовности и реагирования.**

- Хотя переговорный процесс возглавляют государства-члены, история широко распространенной криминализации, стигматизации, дискриминации и пренебрежения, а также несоразмерное воздействие пандемии COVID-19 на людей, употребляющих наркотики, означает, что они должны иметь возможность осмысленно представлять себя на всех уровнях предотвращения пандемии, обеспечения готовности и реагирования.
- Из-за этого следует, что репрезентация сообщества устраняет дефицит демократии в управлении глобальным здравоохранением и, таким образом, является более легитимным, чем продвижение частных интересов частным сектором, и отличается от него. Их роли не следует смешивать с «негосударственными субъектами».

**3. Призывание к полной декриминализации наркотиков**

**4. Призывание к тому, чтобы договор о пандемии признавал укрепление системы сообществ неотъемлемой частью готовности системы здравоохранения.**

- Разработать и/или укрепить протоколы/стандартные операционные процедуры (СОП), определяющие роли и обязанности, координаторов и регулярные каналы связи и подотчетности для улучшения текущих рабочих отношений и решения проблем между донорскими агентствами и сетями, возглавляемыми равными, на глобальном, региональном, и страновом уровнях.
- Обязательство проводить постоянные стратегические консультации с сетями ключевых групп населения для решения основных проблем и поддержки значимого участия сетей, возглавляемых сообществами, в том числе в рамках политических ограничений и криминализированных контекстов.

**5. Призывание к тому, чтобы механизмы финансирования пандемии включали долгосрочное и устойчивое финансирование для сетей, возглавляемых сообществами, надежные механизмы прозрачности и подотчетности, а также независимые механизмы информирования о нарушениях.**

- Обеспечить устойчивое финансирование сетей под руководством сообществ для подготовки к будущим чрезвычайным ситуациям, признавая, что прошлые инвестиции в инфраструктуру сообществ для ответных мер на ВИЧ оказались неотъемлемой частью ответных мер на COVID-19.

- Механизмы финансирования пандемии должны соблюдать права человека при их финансировании, а также уважать, защищать и предоставлять возможность восстановления от нарушений прав человека, связанных с осуществлением финансирования.
  - Вертикальное финансирование за счет доноров ведет к фрагментации и отсутствию заинтересованности страны. Таким образом, финансирование должно осуществляться и разрабатываться совместно с сообществами в странах, где будет осуществляться финансирование.
  - Принимать меры по сокращению бюрократических барьеров для кризисного финансирования сообществ.
- 6. Чтобы предотвращать гендерное насилие, готовиться к нему и реагировать на него, необходимо расширить доступность альтернативного жилья, чтобы жертвы/потерпевшие могли избежать заключения с обидчиками, и внедрить доступные, диверсифицированные и проактивные системы, позволяющие жертвам/потерпевшим получить доступ к службам реагирования, ориентированным на пострадавших.**
- Они должны включать медицинское обслуживание, психиатрическую помощь и психосоциальную поддержку, услуги по защите и доступ к правосудию.
- 7. Чтобы реализовать право на здоровье для людей, употребляющих наркотики, необходимо**
- Обеспечить доступ к безопасным, регулируемым поставкам медикаментов и безопасному их использованию.
  - Обеспечить безопасные места потребления под наблюдением в случае чрезвычайной ситуации (в том числе в шелтерах для чрезвычайной ситуации).
  - Преодолеть цифровое неравенство: обеспечить доступ к медицинской информации для людей, не имеющих смартфонов или Wi-Fi.
  - Объявить услуги по снижению вреда и услуги, связанные с гендерным насилием, важными видами деятельности и оставаться доступными во время карантина.
  - Обеспечить доступный (и по цене) и приемлемый доступ к основным услугам снижения вреда, включая внедрение использования выдачи доз терапии опиоидными агонистами на дом и обеспечение доступа к лечению передозировок.
  - Подготовить запасы лекарств (цепочка поставок, транспортировки и логистики), чтобы исключить дефицит.
  - Обучать и привлекать поставщиков медицинских услуг к ответственности за соблюдение этических норм и прав человека, включая недискриминацию.

**8. Рекомендации для гражданского общества и сетей, возглавляемые сообществами:**

- Выступать за полную декриминализацию и поддержку политики и программ снижения вреда;
- Поддерживать обмен опытом между сетями и организациями, возглавляемые сообществами;
- Поддержка развития потенциала и навыков управления грантами и лидерства;
- Изучайте, документируйте и защищайте политическое пространство, необходимое для потребностей, предложений и точек зрения сообщества, чтобы использовать их в ответных мерах на национальном, региональном и глобальном уровнях;
- Предоставлять информацию о снижении вреда, относящуюся к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и вспышкам, как это делалось во время пандемии COVID-19; а также информацию о грамотности и правах ОАТ, которую члены сообщества могут использовать в адвокации в удобной для улицы информации о здоровье;
- Разрабатывать информацию о снижении вреда для людей, употребляющих наркотики, для конкретных пандемий;
- Собирать и обмениваться отзывами сообщества о службах экстренной помощи;
- Поддерживать и обучать сети членов INPUD для представления сообщества в различных пространствах; и
- Довести результаты исследования до сведения Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) и участников Международной сети здравоохранения и гепатита у наркозависимых (INHSU).



## 8. ССЫЛКИ

Aponte-Melendez, Y., Mateu-Gelabert, P., Fong, C., et. al. (2021). The impact of COVID-19 on people who inject drugs in New York City: Increased risk and decreased access to services. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00568-3>

Batréau, Q. and Townsend, D. (2022, December 7). *Time to accept that we do not know how to prepare for pandemics*. <https://aidspace.org/en/c/article/6187>

Bollyky, T. J., Hulland, E. N., Barber, R. M., et. al. (2022). Pandemic preparedness and COVID-19: An exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. *The Lancet*, 399(10334), 1489–1512. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00172-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00172-6)

Boucher, L.M., Dodd, Z., Young, S., et al. (2022). “They have their security, we have our community”: Mutual support among people experiencing homelessness in encampments in Toronto during the COVID-19 pandemic. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2, 100163. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100163>

Byanyima, W., Lauterbach, K., and Kavanagh, M.M. (2022). Community pandemic response: The importance of action led by communities and the public sector. *The Lancet* [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02575-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02575-2).

The Civil Society Alliance for Human Rights in the Pandemic Treaty (CSA). (2022). *Why states must ensure full, meaningful and effective civil society participation in developing a Pandemic Treaty*. <https://static1.squarespace.com/static/5a6e0958f6576ebde0e78c18/t/62557ab11dcdf7231b939fa1/1649769137328/%5B11+April+2022%5D+Final+Draft%2C+Brief+on+Participation.pdf>

Davis, S.L.M., Alston, P., Amon, J.J., et. al. (2021). An international pandemic treaty should centre human rights. *BMJ*, May 21. <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/05/10/an-international-pandemic-treaty-must-centre-on-human-rights/>.

Dentico, N., Patnaik, P., and Van De Pas, R. (2021). The politics of a WHO Pandemic Treaty in a disenchanting world. *G2H2 Report*, 58.

GHS Index. (n.d.). *The 2021 Global Health Security Index*. GHS Index. <https://www.ghsindex.org/>

The Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria. (2022). *Pandemic preparedness and response*. [https://www.theglobalfund.org/media/11986/thematic\\_pandemic-preparedness-response\\_report\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/11986/thematic_pandemic-preparedness-response_report_en.pdf)

Hassan, A. (2022). There is no global in global health security. *Speaking of Medicine and Health*. <https://speakingofmedicine.plos.org/2022/05/05/there-is-no-global-in-global-health-security/>

Hodgson, T.F., and Davis, S.L.M. (2022). A call for greater openness on the pandemic treaty. *SwissInfo*, May 26. <https://www.swissinfo.ch/eng/politics/a-call-for-greater-openness-on-the-pandemic-treaty/47620374>.

The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. (2021). *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. [https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/Covid-19-Make-it-the-Last-Pandemic\\_final.pdf](https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/Covid-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf)

International Network of People who Use Drugs (INPUD). (2022a). Digital high-level advocacy tip sheet. <https://inpud.net/digital-advocacy-tip-sheets/>.

INPUD. (2022b). Negotiations on the Conceptual Zero Draft of an International Instrument on Pandemic Prevention, Preparedness and Response. <https://inpud.net/statements-responses-letters/>

INPUD. (2022c). Surviving and thriving: Lessons in successful advocacy from drug user-led networks. <https://inpud.net/surviving-and-thriving-lessons-in-successful-advocacy-from-drug-user-led-networks/>

INPUD. (2022d). INPUD statement on Conceptual Zero Draft of PPR instrument. <https://inpud.net/inpud-statement-on-conceptual-zero-draft-of-ppr-instrument/>.

Kupferschmidt, K. (2020). 'Vaccine nationalism' threatens global plan to distribute COVID-19 shots fairly. <https://www.science.org/content/article/vaccine-nationalism-threatens-global-plan-distribute-covid-19-shots-fairly>

Kesten, J. M., Holland, A., Linton, M.-J., et. al. (2021). Living Under Coronavirus and Injecting Drugs in Bristol (LUCID-B): A qualitative study of experiences of COVID-19 among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 98, 103391. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103391>

Knowledge Ecology International (KEI). (2022). INB 3: KEI statement on the proposed Enlarged Conference of the Parties (E-COP). December 7, <https://www.keionline.org/38205>.

Malinowska-Sempruch, K., & Lohman, D. (2022). From drug prohibition to regulation: A public health imperative. *The Lancet*, 400(10353), 645–646. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01060-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01060-1)

Meyerson, B. E., Bentele, K. G., Russell, D. M., et. al. (2022). Nothing really changed: Arizona patient experience of methadone and buprenorphine access during Covid. *PLOS ONE*, 17(10), e0274094. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274094>

Grant, C., Arustamyan, G., Castellanos, E., et. al. (2022). The successes and challenges of GF-C19RM in meeting the needs of key populations. MPACT, NSWP, INPUD and GATE. <https://inpud.net/wp-content/uploads/2022/01/C19RM-successes-and-challenges-report-1-1.pdf>.

Nikogosian, H. and Kickbusch, I. (2021). The case for an international pandemic treaty. *BMJ*, 372(n527). <https://doi.org/10.1136/bmj.n527>.

Privacy International. (2022). Privacy International's comments on the conceptual zero draft of the WHO's Pandemic prevention, preparedness and response accord. <https://privacyinternational.org/advocacy/4990/pis-analysis-conceptual-zero-draft-whos-pandemic-treaty>.

Razavi, A., Collins, S., Wilson, A., & Okereke, E. (2021). Evaluating implementation of International Health Regulations core capacities: Using the Electronic States Parties Self-Assessment Annual Reporting Tool (e-SPAR) to monitor progress with Joint External Evaluation indicators. *Globalization and Health*, 17(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00720-5>

Save the Children. (2022). The pandemic fund: A blueprint for success. <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/Pandemic-Fund-Paper-A-blueprint-for-success.pdf>.

Schlosser, A., and Harris, S. (2020). Care during COVID-19: Drug use, harm reduction, and intimacy during a global pandemic. *International Journal of Drug Policy*, 83, 102896. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102896>

Shevchenko, N. (n.d.). OAT situational assessment before, during and after COVID-19. Policy brief.

Sohn, M., Ro, D., Koh, D.H. et. al. (2021). The problems of International Health Regulations (IHR) in the process of responding to COVID-19 and improvement measures to improve its effectiveness. *J Glob Health Sci.*, 3(2), e18. <https://doi.org/10.35500/jghs.2021.3.e18>

Trayner, K. M. A., McAuley, A., Palmateer, N. E., et. al. (2022). Examining the impact of the first wave of COVID-19 and associated control measures on interventions to prevent blood-borne viruses among people who inject drugs in Scotland: An interrupted time series study. *Drug and Alcohol Dependence*, 232, 109263. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109263>

UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). 2020. COVID-19 and women's human rights: Guidance. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/Covid-19\\_and\\_Womens\\_Human\\_Rights.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/Covid-19_and_Womens_Human_Rights.pdf).

United Nations, Economic and Social Council. (1985). Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Annex, <http://hrlibrary.umn.edu/instree/siracusaprinciples.html>.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2012). Managing Gender-based Violence in Emergencies: E-learning Companion Guide, Annex 9. <https://www.unfpa.org/publications/managing-gender-based-violence-programmes-emergencies>.

Wenham, C. (2021). Introduction: Where are the women? In C. Wenham (Ed.), *Feminist Global Health Security*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197556931.003.0001>

World Health Organization (WHO). (2008). *International Health Regulations (2005)*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241580410>

WHO. (2021). *Report of the Member States Working Group on Strengthening WHO Preparedness and Response to Health Emergencies to the special session of the World Health Assembly*. 9.

WHO. (2022). *Conceptual Zero Draft for the consideration of the Intergovernmental Negotiating Body at its third meeting*. [https://apps.who.int/gb/inb/pdf\\_files/inb3/A\\_INB3\\_3-en.pdf](https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb3/A_INB3_3-en.pdf)

WHO. (n.d.a). *Health security*. <https://www.who.int/health-topics/health-security>

WHO. (n.d.b). *Intergovernmental Negotiating Body (INB)*. <https://inb.who.int>

WHO. (n.d.c). *States Parties Self-Assessment Annual Reporting*. <https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations-monitoring-evaluation-framework/states-parties-self-assessment-annual-reporting>

WHO. (n.d.d). *WHO, Intergovernmental Negotiating Body*. <https://apps.who.int/gb/inb/>

Международная сеть людей, употребляющих наркотики (INPUD) — это глобальная организация, основанная на равных, которая стремится укреплять здоровье и защищать права людей, употребляющих наркотики. Как организация, INPUD занимается выявлением и преодолением стигмы, дискриминации и криминализации людей, употребляющих наркотики, а также их влияния на здоровье и права сообщества, употребляющего наркотики. INPUD работает для достижения своих основных целей и задач посредством процессов расширения прав и возможностей и защиты интересов на международном уровне; а также путем поддержки расширения прав и возможностей и защиты интересов на местном, национальном и региональном уровнях. [www.inpud.net](http://www.inpud.net)

ИНПУД хотел бы выразить благодарность людям употребляющим наркотики по всему миру, которые каждый день борются с криминализацией, стигмой и дискриминацией, агрессией и насилием. Мы будем продолжать бороться за изменение существующих местных, национальных, региональных и международных законов о наркотиках и разработаем научно-обоснованную наркополитику с учетом принципов уважения прав человека и достоинства людей, в отличие от существующей политики, основанной на морализме, стереотипах и лжи.



**UNAIDS**

Эта публикация поддерживается через  
Механизм технической помощи UNAIDS

Команда благодарна всем участникам исследования, которые посвятили свое время советам Исследовательского совета на уровне сообщества (Антон Басенко, Эрнесто Кортес, Яти Джонет, Анжела Макбрайд и Даниэль Рассел) и поддержке со стороны сотрудников INPUD, без которых исследование не могло бы состояться.

*Исследование проведено* : Сарой Л.М. Дэвис, Энни Мэдден и Кейтлин Лардж

*Написано* : Кейтлин Лардж и Сарой Л.М. Дэвис

*Проверено и отредактировано* : Энни Мэдден и Джуди Чанг

*Дизайн*: Майк Стоунлейк

Январь 2023 г.



Эта публикация защищена лицензией Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivative Work 3.0

*Впервые опубликовано в 2022 г.*

Секретариат INPUD

Unit 2B15, South Bank Technopark

90 London Road, London SE1 6LN

[www.inpud.net](http://www.inpud.net)



International  
Network of People  
who Use Drugs