

Секс-бизнес, ВИЧ/СПИД и права человека

в Центральной и Восточной Европе
и Центральной Азии

Отчет подготовлен Сетью снижения вреда
Центральной и Восточной Европы

Информация об организации

Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (ССВЦВЕ) – это региональная сеть, чья деятельность направлена на поддержку, развитие и распространение подходов снижения вреда в области наркотиков, ВИЧ, общественного здоровья и социальной изоляции, следуя принципам гуманизма, толерантности, партнерства и уважения прав и свобод человека.

Основанная в 1997 г., сегодня ССВЦВЕ объединяет более 250 организаций и отдельных лиц из 25 стран Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии. В сеть входят представители как общественного, так и частного сектора, в том числе правительственные и неправительственные организации, специалисты в области наркозависимости и ВИЧ-инфекции, организации снижения вреда, исследователи, активисты и самоорганизации представителей сообществ (особенно люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, и потребители наркотиков), а также сторонники и эксперты, работающие за пределами региона. Управление деятельностью сети осуществляется непосредственно ее членами, а также через их представителей, избранных в Руководящий комитет. Административная работа осуществляется Секретариатом в Вильнюсе (Литва).

Основной целью сети является совершенствование политики в отношении ВИЧ/СПИДа и наркотиков, посредством информационной поддержки, обмена опытом, укрепления потенциала как членов сети, так и других организаций, работающих в области снижения вреда, связанного с наркотиками, в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии. Члены сети и их союзники ищут оптимальные пути снижения вреда, связанного с наркотиками, в том числе инфицирования ВИЧ/СПИДом и другими заболеваниями, передающимися через кровь, путем содействия смягчению репрессивной и дискриминационной политики в отношении потребителей наркотиков и других уязвимых групп населения. ССВЦВЕ стремится сотрудничать с региональными и национальными сторонниками и политиками, чтобы способствовать разработке более разумной, эффективной и гуманной политики в области ВИЧ/СПИДа и наркотиков, основывающейся на доказательной базе. В основе любой политики должно лежать соблюдение прав человека. Более подробную информацию о ССВЦВЕ можно найти в Интернете по адресу: www.ccehrn.org.

Чтобы получить копию этого отчета, пожалуйста, обращайтесь непосредственно в ССВЦВЕ:

Почтовый адрес:	Вильнюс, 01114, Литва Ул. Паменкальне, 19-6
Тел.:	(370 5) 269 1600
Факс:	(370 5) 269 1601
Электронный адрес:	info@ccehrn.org
Интернет:	www.ccehrn.org

Составители

Данный отчет был составлен авторами, перечисленными ниже в алфавитном порядке:

Анна Александрова

Независимый консультант

Ваня Дмитриевски

НГО «НОРПС»; Македонская сеть снижения вреда

Люси Платт

Центр исследований поведения в области наркотиков и здоровья; Программа DFID «Знания для противодействия ВИЧ/СПИДу в России», Имперский колледж, Лондон

Нора Стоянович

Центр исследований, информации и обучения в области наркотиков, Скопье (Македония); Руководящий комитет ССВЦВЕ

Раминта Штуйките

Секретариат ССВЦВЕ

Редакторы

Аня Саранг

Всероссийская сеть снижения вреда; Руководящий комитет ССВЦВЕ

Джеф Хувер

Независимый консультант

Признательность

Отчет подготовлен при финансовой поддержке Института «Открытое общество» (OSI). Мнения, высказанные в отчете, не обязательно совпадают с точкой зрения OSI.

ССВЦВЕ и авторы хотели бы поблагодарить национальных корреспондентов и организаций на местах за исключительную поддержку и содействие, оказанные при подготовке этого отчета. Множество людей, являющихся специалистами в области снижения вреда, коммерческого секса, прав человека и ВИЧ/СПИДа, предоставили свои отзывы об отчете и внесли неоценимый вклад в разработку рекомендаций.

Авторы особенно признательны:

Светлане Ильиной за ее помощь при подготовке исследования и разработке структуры отчета, а также за содействие на начальных стадиях исследования.

Роману Быкову, Агне Яцъняйте, Симоне Меркинайте и Марие Субатайте, сотрудникам Секретариата Сети снижения вреда Центральной и Восточной Европы за огромную помощь в организации сбора данных и работу с корреспондентами и организациями из других стран.

Сью Саймон, директора Программы сексуального здоровья и прав Сети программ общественного здоровья Института «Открытое общество», за ее неисчерпаемый энтузиазм, поддержку и консультации при подготовке и осуществлении этого проекта на всех уровнях: от разработки до распространения.

Содержание

Предисловие	6
Резюме	9
1. Введение	13
1.1 Предыстория отчета	14
1.2 Структура отчета	15
1.3 Методы	16
1.4 Структурные и аналитические ограничения	17
2. Секс-бизнес и связанное с ним рискованное поведение	19
2.1 Распространенность секс-бизнеса в ЦВЕ/ЦА	19
2.2 Структура секс-бизнеса	20
2.3 Демографические данные	21
2.4 Типы сексуальных партнеров	21
2.5 Случаи ВИЧ в регионе	23
2.6 Случаи ИППП в регионе	25
2.7 Случаи ВИЧ, связанные с секс-бизнесом	25
2.8 Распространенность ВИЧ и ИППП среди секс-работников	26
2.9 Секс-бизнес и употребление инъекционных наркотиков	27
2.10 Рискованное поведение, связанное с инъекциями	28
2.11 Секс-бизнес и использование презервативов	29
2.12 Внутренняя и внешняя миграция в контексте секс-бизнеса	30
3. Правовое регулирование секс-бизнеса и права секс-работников	33
3.1 Международные соглашения	34
3.2 Национальные постановления о секс-бизнесе	38
3.3 Права секс-работников	44
4. Программы по ВИЧ/ИППП и снижению вреда среди секс-работников	57
4.1 Основные принципы предоставления услуг секс-работникам	57
4.2 Краткая история снижения вреда для секс-работников	58
4.3 Финансирование	59
4.4 Целевые группы	61
4.5 Охват	61
4.6 Услуги проектов	63
4.7 Отстаивание интересов, адвокация и политика	71
4.8 Самоорганизации	73

5. Выводы и рекомендации	75
5.1 Рекомендации для тех, кто формирует политику	76
5.2 Рекомендации для руководителей системы здравоохранения.....	78
5.3 Рекомендации для руководителей правоохранительных органов.....	79
5.4 Рекомендации для служб помощи и предоставления услуг	80
5.5 Рекомендации для внешних доноров	81
5.6 Рекомендации для исследователей	82
6. Список использованной литературы	85
7. Приложения	95
Таблица 1: Новые зарегистрированные случаи ВИЧ в ЦВЕ/ЦА, 1997-2003 гг.	95
Таблица 2: Число зарегистрированных случаев сифилиса на 100 000 населения в ЦВЕ/ЦА, с 1994 по 2003 гг.	96
Таблица 3: Распространенность ВИЧ среди секс-работников по данным стандартного тестирования	97
Таблица 4: Распространенность ВИЧ в выборках секс-работников и секс-работников потребителей инъекционных наркотиков	98
Таблица 5: Распространенность ИППП в выборках секс-работников.....	100
Таблица 6: Данные программ: Распространенность ВИЧ/ИППП/ВГС среди секс-работников и секс-работников, употребляющих инъекционные наркотики, в ЦВЕ/ЦА.....	102
Таблица 7: Оценка численности секс-работников и общее население в некоторых городах ЦВЕ/ЦА	103
Таблица 8: Данные программ: Оценка численности секс-работников, употребления наркотиков и виды наркотиков среди секс-работников, посещающих программы снижения вреда в ЦВЕ/ЦА.....	105
Таблица 9: Данные программ: Полученные данные о поведении, связанном с сексуальным риском, и демографические характеристики секс-работников, посещающих программы снижения вреда в ЦВЕ/ЦА	110
Таблица 10: Правовое регулирование секс-бизнеса	115
Таблица 11: Оценка охвата секс-работников услугами сервисных программ.....	134
Таблица 12: Данные программ: Услуги, предоставляемые секс-работникам, клиентам сервисных программ	135

Предисловие

Контекст

Несмотря на долгую историю, практически в любой культуре или обществе секс-бизнес всегда или почти всегда сопровождался преследованием, стигмой и насилием. В некоторых странах, особенно в Западной Европе, чиновники и политики работают с представителями секс-бизнеса, стараясь снизить дискриминацию и облегчить доступ к системе здравоохранения и социальным службам. Эти попытки временами бывают недостаточно решительными и последовательными, но по сравнению с тем, что происходит в других регионах мира, они зачастую выглядят как реальные достижения.

Так, в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии, секс-работники остаются одной из самых маргинализованных групп общества. Политики и чиновники видят в них либо некую группу, на которую вообще не стоит обращать внимание, либо нарушителей общественной морали, а не людей, которых нужно защищать от насилия и предоставлять социальную и экономическую помощь и поддержку. В то же время развитие эпидемии ВИЧ/СПИДа в регионе подвергает секс-работников все большему риску не только инфицирования ВИЧ, но и других отрицательных факторов, связанных с секс-бизнесом и употреблением наркотиков.

В данном отчете представлен обзор этих и других важных проблем региона, а также обзор политических, экономических и социальных факторов, влияющих на политику и отношение к секс-работникам. В центре внимания находятся существующие законы и государственная политика, а также их последствия с точки зрения профилактики ВИЧ и здравоохранения. Отчет также предлагает рекомендации, направленные на соблюдение прав секс-работников и устранение барьеров, препятствующих возможности или желанию последних получать стабильную и беспристрастную медицинскую и социальную помощь.

Основные принципы

Работа ССВЦВЕ и партнеров, от имени и при участии секс-работников основывается на следующих положениях, принципах и целях:

- Секс-бизнес – это предоставление сексуальных услуг без принуждения в обмен на деньги или товары, осуществляемое совершеннолетними партнерами по взаимному согласию. Секс-бизнес включает уличную проституцию, эскорт-сервис, секс по телефону, порнографию, экзотические танцы и тому подобное.
- Секс-работники должны иметь те же права и обязанности, что и другие граждане и жители страны, работающие в любых других областях.
- Соблюдение прав секс-работников имеет ключевое значение для эффективных усилий по снижению вреда, профилактике ВИЧ/СПИДа и медицинским услугам на всех уровнях - индивидуальном, местном и национальном. Чтобы обеспечить

соблюдение своих прав, секс-работники должны иметь возможность работать легально.

- Барьеры, препятствующие доступу к услугам здравоохранения, социальной и наркологической помощи, должны быть ликвидированы для улучшения социального благосостояния и здоровья секс-работников.
- Деятельность, связанная с секс-бизнесом среди совершеннолетних по взаимному согласию, должна быть декриминализована. Все национальные уголовные законы, касающиеся проституции среди совершеннолетних, должны быть аннулированы. Все региональные и местные постановления, направленные на преследование секс-работников за их деятельность, также должны быть аннулированы.
- Секс-работники совместно с другими членами сообщества должны играть активную роль в разработке коммерческих нормативов секс-бизнеса.
- При консультациях с секс-работниками должны быть разработаны комплексные целевые и практические социальные программы, осуществление которых будет вести к улучшению отношений между правоохранительными органами и секс-работниками, а также секс-работниками и обществом в целом.
- Должны быть разработаны и реализованы комплексные целевые программы общественного здоровья с привлечением секс-работников, направленные на повышение их информированности о менее опасном сексе и употреблении наркотиков, о профилактике, лечении и помощи при ВИЧ/СПИДе.
- Правительства стран Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии должны пересмотреть соответствующие законы и политику в отношении употребления наркотиков и секс-бизнеса, чтобы привести их в соответствие с существующими соглашениями о соблюдении прав человека. Эти соглашения включают в себя Декларацию ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, Декларацию миллениума ООН, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию об экономических, социальных и культурных правах и другие акты международного права.
- Нет причин откладывать реформу, которая поможет защитить здоровье и права человека работников секс-бизнеса и всего общества. Настало время действовать!

География публикации

В данном отчете под термином «Центральная и Восточная Европа и Центральная Азия» (ЦВЕ/ЦА) подразумеваются все страны бывшего Советского Союза, а также европейские страны бывшего коммунистического блока. Все они, хотя и в разной степени, развивают рыночную экономику. Большинство также является демократическими, хотя в некоторых демократия существует только номинально. В данном отчете представлены следующие 27 стран, относящихся к региону ЦВЕ/ЦА: Албания, Армения, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Македония (бывшая республика Югославии), Молдавия, Польша, Россия, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Словения, Таджикистан, Туркмения, Украина, Узбекистан, Хорватия, Чешская Республика и Эстония.

Замечания по терминологии

Термины «секс-работники» и «проститутки» в данном отчете взаимозаменяемы и относятся к тем людям, чье экономическое состояние составляют средства, полученные в обмен на секс.

В контексте секс-бизнеса в данном отчете «запрет» относится к концепции устра-

нения всех форм платного секса путем юридического запрета; «декриминализация» подразумевает отмену всех законов, способствующих криминализации получения денег за секс; «регулирование» подразумевает промежуточный подход, рассматривающий проституцию как неизбежную, не запрещенную напрямую, но, тем не менее, требующую особых социальных мер по контролю и регулированию.

Сокращения и аббревиатуры, используемые в отчете

АРВ	антиретровирусная терапия
БРЮ	бывшая республика Югославии
БСС	бывший Советский Союз
ВГС	гепатит С
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения (WHO)
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (GFATM)
ДКТ	добровольное консультирование и тестирование
ЕС	Европейский Союз (EU)
ИОО	Институт «Открытое общество» (OSI)
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
НГО	негосударственная организация
ОИЗН	Фонд «Открытый Институт здоровья населения» (ОИ)
ООН	Организация Объединенных Наций (UN)
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
ПРООН	Программа ООН по развитию (UNDP)
СМИ	средства массовой информации
СР	секс-работник
ССВЦВЕ	Сеть снижения вреда Центральной и Восточной Европы (СЕЕHRN)
ЦВЕ/ЦА	Центральная и Восточная Европа и Центральная Азия
ЮНЕСКО	Организация ООН по образованию, науке и культуре (UNESCO)
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS)
АFEW	«СПИД Фонд Восток-Запад»
ССМ	Координационный механизм страны
DFID	Отдел по международному развитию Великобритании
НOPS	Проект «Здоровые возможности», Скопье (Македония)
IHRD	Международная программа развития снижения вреда (IHRD)
PSI	Population Services International
UHRA	Всеукраинская ассоциация снижения вреда
UNICEF	Детский фонд ООН
USAID	Агентство международного развития США

Резюме

Социальный и экономический хаос, возникший после распада Советского Союза, сильно ограничил возможности самообеспечения для многих женщин, спровоцировав таким образом рост числа секс-работниц по всей Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии (ЦВЕ/ЦА). Наркопотребление и ВИЧ/СПИД достигли эпидемических масштабов в некоторых странах региона, особенно бывшего Советского Союза (БСС). Данный отчет, основанный на разностороннем исследовании организаций, работающих с секс-работниками по всей ЦВЕ/ЦА, предлагает убедительные доказательства того, что во многих частях региона положение секс-работников день ото дня становится все более удручающим из-за губельной комбинации экономической безысходности, серьезного риска для здоровья, дискриминации и насилия.

Как показывает данный отчет, эти три составляющие – растущая вовлеченность в секс-бизнес, наркопотребление и ВИЧ – все крепче переплетаются между собой. Секс-работницы больше других склонны к рискованному поведению, которое значительно увеличивает вероятность передачи ВИЧ, такому как употребление наркотиков и незащищенный секс. В то же самое время они имеют ограниченный доступ к службам помощи, которые помогли бы им снизить поведенческий риск. Данный отчет убедительно демонстрирует, что существующее законодательство и проводимая политика не в состоянии защитить секс-работниц. Политика стран региона в отношении наркотиков, запрещение или ограничение деятельности программ снижения вреда, дискриминация в учреждениях здравоохранения, коррупция в правоохранительных органах, а также масштабная торговля женщинами приводят к дальнейшей маргинализации секс-работниц. В тех случаях, когда секс-бизнес официально не запрещен, отношение к нему все равно нельзя назвать терпимым и непродвзятым. Такое отношение к секс-работницам препятствует их обращению в службы общественного здравоохранения, включая службы лечения наркозависимости и профилактики ВИЧ. Эти многочисленные жизненные трудности дополняются лежащими в основе экономическими факторами, такими как отсутствие образования и экономических возможностей.

Цель данного отчета состоит в том, чтобы описать ключевые проблемы и факторы, влияющие на секс-работниц, и способствовать разработке и реализации приемлемой медицинской и социальной политики. Особое внимание в отчете уделено следующим вопросам: эпидемиологической ситуации и динамике ВИЧ/ИППП в регионе ЦВЕ/ЦА; поведенческим характеристикам; национальному законодательству и практике, в том числе относящимся к соблюдению прав человека; существующим службам помощи для секс-работниц в регионе.

Полученные выводы говорят о том, что по мере того, как эпидемия ВИЧ/СПИДа набирает ход в большей части ЦВЕ/ЦА, улучшение ситуации с охраной здоровья, благосостояния и прав секс-работниц приобретает все большее значение. Данные показывают, что эпидемия ВИЧ в регионе сконцентрирована в настоящее время среди определенных групп населения, таких как потребители инъекционных наркотиков (ПИН) и секс-работники. Сочетание употребления инъекционных наркотиков и секс-бизнеса вдвое увеличивает риск инфицирования и передачи ВИЧ-инфекции для секс-работников. Для того чтобы предотвратить генерализованную эпидемию ВИЧ, необходима программа действий, нацеленная на секс-работников и ПИН. Здоровье и безопасность всех граждан, таким образом, зависит от работы, проводимой с секс-работницами и для них, чтобы помочь им защитить себя. Это потребует большей

готовности от всех членов общества принять и поддержать создание всесторонних служб помощи для тех, кто наиболее в них нуждается. Это также будет зависеть от понимания того, что соблюдение международных стандартов по правам человека является ключевым для успешных попыток преодолеть стигму и дискриминацию и обеспечить полное участие всех людей в жизни общества.

Этот отчет основывается на признании того факта, что секс-работницы имеют такое же право на здоровье и социальную защиту, как и все остальные. Этот принцип положен в основу рекомендаций данного отчета, разделенных на следующие категории: рекомендации для политиков, для руководителей здравоохранения, для руководителей правоохранительных органов, для служб помощи и для исследователей.

Успешное осуществление данных рекомендаций зависит не только от политиков и сотрудников служб, но также от способностей самих секс-работниц защищать свои права. Для того чтобы это стало возможным, необходимо устранить препятствия, мешающие секс-работницам объединяться в самоорганизации и профессиональные союзы. Когда секс-работницы будут чувствовать себя более уверенно и меньше бояться, они, возможно, будут более тесно взаимодействовать друг с другом и более последовательно отстаивать свои права. Кроме того, это окажет положительное влияние на здоровье их самих и их близких. *(Более подробную информацию о рекомендациях см. Часть 5 «Выводы и рекомендации»).*

Рекомендации для людей, формирующих политику

- Государственные деятели всех уровней должны приложить больше усилий и личной ответственности в решении проблем социальной изоляции, экономического угнетения и насилия, шире используя свои полномочия.
- Должны быть выработаны механизмы, лучше всего совместно с правозащитниками и гражданским обществом, которые усилили бы независимый контроль за соблюдением прав человека, призванные защитить права уязвимых групп населения и наказать нарушителей этих прав.
- Репрессивное национальное законодательство в отношении употребления наркотиков и эффективных профилактических программ, таких как программы снижения вреда, должно быть пересмотрено с тем, чтобы оно соответствовало политике практической пользы и сострадания. Жестокие наказания за употребление наркотиков должны быть отменены, так как они лишают связанных с ними людей возможности и желания получать информацию и помощь, чтобы сохранить свое здоровье и здоровье своих близких.
- Секс-бизнес должен быть декриминализован, и та национальная политика, которая негативно сказывается на правах человека секс-работников и на доступности для них системы здравоохранения, должна быть изменена или устранена.
- Участие секс-работников во всех инициативах, организованных властями по проблеме ВИЧ/СПИДа и правам человека, должно стать обязательным и приоритетным.

Рекомендации для руководителей системы здравоохранения

- Тестирование на ВИЧ должно быть добровольным и конфиденциальным для всех людей, включая секс-работников, ПИН и всех тех, кто имеет высокий риск инфицирования.
- Службы снижения вреда, включая услуги обмена шприцев, должны быть доступны во всех учреждениях охраны общественного здоровья.
- Необходимо облегчить доступ к услугам здравоохранения для иммигрантов.

- Те процедуры в системе здравоохранения, которые дискриминируют ПИН и секс-работников, должны быть выявлены и устранены.

Рекомендации для руководителей правоохранительных органов

- Необходимо проводить политику, которая помогла бы остановить преследования и злоупотребления по отношению к секс-работницам со стороны полиции.
- Все сотрудники полиции и других правоохранительных органов должны проходить регулярное обучение по темам, связанным с ВИЧ, с употреблением наркотиков, с законами о правах человека, действительных для всех людей, в частности для секс-работников и других социально незащищенных групп. Полиции следует также направлять секс-работниц и ПИН – но только не в принудительной или угрожающей форме – в службы, сервисные проекты и приюты, где они могут получить соответствующую помощь.

Рекомендации для служб предоставления помощи

- Необходимо создать более обширные и разнообразные целевые программы для секс-работников вообще и для определенных групп в сообществе секс-работников.
- Работники служб и сервисных программ должны стремиться установить более тесный контакт с организациями/активистами, защищающими права человека, и другими подобными организациями в регионе в целях усиления контроля за нарушением.
- Более качественный контроль со стороны программы и оценка ситуации были бы полезным шагом на пути улучшения планирования и функционирования служб и услуг в целом.

Рекомендации для внешних доноров

- Доноры, особенно иностранные программы по развитию, должны проводить оценку проектов и их финансирование, основываясь на реальной ситуации и на научных данных, а не на внутренних идеологических концепциях собственных стран.
- Сотрудники многосторонних и двусторонних агентств, как и работники из системы здравоохранения всех уровней, должны поощряться в критике несостоятельного руководства, использования ресурсов вне соответствия с приоритетами и дискриминации. Они должны иметь возможность представлять свои возражения конфиденциально и без риска последствий, таких как увольнение.
- Программы и политика различных доноров должны быть лучше организованы и скоординированы, чтобы обеспечить непрерывность работы, особенно в тех странах, где существование служб помощи в основном зависит от донорской помощи.

Рекомендации для исследователей

- Ученые, исследователи, правительства стран и многосторонние организации в сотрудничестве друг с другом должны сформировать профессиональную и жизнеспособную исследовательскую команду, которая публиковала бы наиболее конкретные и точные данные по эпидемии ВИЧ/СПИДа и по социально незащищенным группам населения, включая секс-работников, в ЦВЕ/ЦА.
- Эффект декриминализации секс-бизнеса должен быть внимательно проанализирован, и полученные результаты должны стать доступными для широких слоев населения. Особое внимание нужно обратить на опыт в других странах региона (особенно в Венгрии и Латвии).



Введение

Вслед за распадом Советского Союза около 15 лет назад страны Центральной и Восточной Европы/Центральной Азии (ЦВЕ/ЦА) столкнулись с комплексом политических, экономических и социальных изменений в 1990-х годах, которые привели к существенному росту числа людей, вовлеченных в секс-бизнес (*Lowndes et al, 2003*). Переворот, связанный с переходным состоянием экономики вызвал рост безработицы и резкое падение уровня жизни; во многих странах региона именно женщины первыми потеряли работу и были вынуждены предпринимать отчаянные усилия, чтобы как-либо приспособиться к новой ситуации, когда государство больше не обеспечивает их работой или минимальным уровнем финансовой помощи. Хотя экономика некоторых стран ЦВЕ/ЦА, особенно тех, которые вошли в Европейский Союз (ЕС) или находились в ожидании этого в ближайшее время, стремительно росла в последние годы, высокий уровень безработицы, насилия над женщинами, отсутствия адекватной инфраструктуры ухода за ребенком наблюдаются в той или иной мере во всех странах региона. По данным отчета Организация ООН по образованию, науке и культуре (ЮНЕСКО) за 2000 год, из 26 миллионов человек, потерявших работу в регионе с 1989 г., более половины (14 миллионов) были женщины (*UNESCO, 2000*).

Одним из важных последствий этого стало то, что во многих странах региона секс-бизнес является единственным источником средств существования для значительного числа молодых женщин. В Юго-Восточной Европе, например, в связи со сложной экономической ситуацией и нехваткой рабочих мест секс-индустрия является основной отраслью, в которой работают женщины и девушки, которых привозят из других стран региона (*UNHCR, UNICEF, 2002*). В Кыргызстане, Центральная Азия, женщины без образования или профессиональной подготовки имеют очень мало или не имеют вовсе возможностей обеспечить свое существование (*Kurmanova, 2004*). В странах Балтии, таких как Латвия, одним из объяснений повышения уровня вовлеченности женщин в секс-бизнес считаются экономические перемены, вызванные восстановлением независимости страны, развитием туризма, экспансией зарубежных предприятий, а также высоким уровнем безработицы и коррупции. Есть надежда, что многие из этих причин, особенно неустойчивая система социальной защиты, будут устранены в странах, связанных с ЕС. Однако другие страны региона имеют куда более печальную перспективу в отношении возможностей роста доходов и уровня жизни, особенно для женщин.

Тем временем, показатели общественного здоровья остаются удручающими. Параллельный и взаимосвязанный рост употребления наркотиков и ВИЧ-инфекции представляет собой особенно серьезную проблему. Эпидемия ВИЧ стремительно развивается в большей части региона с середины 1990-х годов, когда вирус сначала проник в сообщество потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Секс-бизнес и употребление инъекционных наркотиков в регионе пересекаются: многие секс-работники (СР) употребляют инъекционные наркотики и многие потребители, особенно женщины, предоставляют сексуальные услуги в обмен на наркотики или деньги, чтобы удовлетворить свою потребность. В эпидемиологической литературе и на политических форумах не ослабевают дискуссии о том, являются ли секс-работники «связующей популяцией», которая может ускорить передачу ВИЧ от сообщества потребителей инъекционных наркотиков в широкие слои населения. Окончательный вывод

пока не сделан. Многие аналитики считают, что уровень незащищенного секса среди секс-работников может быть ниже, чем в широких слоях населения (*Eurorap/Tamper, 1999*), тогда как другие утверждают, что вероятность гетеросексуальной передачи ВИЧ от секс-работниц их клиентам-мужчинам чрезвычайно высока (*Lowndes et al, 2003*). Тем не менее, и с позиций общественного здоровья, и с позиций прав человека очевидно, что защита так называемых широких слоев населения не может и не должна быть единственной целью и преимуществом обеспечения более широкого доступа секс-работников и потребителей наркотиков к услугам здравоохранения, профилактики и лечению ВИЧ-инфекции и инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Разделение на эти группы существует только в эпидемиологической терминологии – в реальной жизни секс-работники и потребители наркотиков являются неотъемлемой частью нашего общества, и защита их здоровья является важной задачей сама по себе.

Несмотря на смертельную опасность ВИЧ/ИППП, это, безусловно, не единственная, а зачастую и не самая серьезная проблема из тех медицинских и социальных проблем, с которыми постоянно сталкиваются секс-работники. Они ежедневно находятся под угрозой насилия и имеют ограниченную или вовсе отсутствующую юридическую защиту. Как и в большинстве других стран мира, государственная политика, связанная с секс-бизнесом, редко исходит из соображений прагматизма, научных данных или защиты прав человека; напротив, она часто носит репрессивный характер и основана на моральных предрассудках. Даже когда секс-бизнес официально не противозаконен, он порицается, и его представители дискриминируются и отвергаются большей частью общества. Такое отношение значительно затрудняет для секс-работников доступ к услугам здравоохранения, включая лечение наркотической зависимости, а также профилактику ВИЧ и информацию о лечении и службах помощи. Оно также ставит секс-работников в такое положение, когда их права человека легко могут быть нарушены, поэтому защита этих прав становится затруднительной, если не невозможной.

Результаты опросов, лежащих в основе данного отчета, поражают не только из-за ясно представляемого числа людей, которые стоят за ними, но также той степенью отчаянья, которую они показывают, и с которой сталкивается множество женщин. Большую часть региона, особенно в Центральной Азии, составляют страны с консервативной культурой, где женщины, имеющие сексуальные связи вне брака, часто оскорбляются, унижаются и отвергаются собственными семьями и обществом в целом. То, что они часто обращаются – или вынуждены обращаться – в секс-бизнес, является одним из самых сильных доказательств того, что социальные и экономические системы защиты во многих странах превратились в ничто. Молодые женщины, вовлеченные в секс-бизнес, с любой возможной точки зрения являются одними из самых незащищенных членов общества, где доминируют мужчины.

1.1 Предыстория отчета

Для исследования эффективности существующих служб помощи для секс-работников в регионе ССВЦВЕ в марте 2003 г. осуществила пилотное исследование на уровне региона, в котором приняли участие 26 программ снижения вреда в 15 странах. Исследование было посвящено сбору данных по правовым нормам, эпидемиологии и услугам для секс-работников. Результаты этого исследования продемонстрировали, что

- программам не хватает знаний о правовом регулировании секс-бизнеса на национальном уровне,
- в большинстве стран секс-бизнес официально является преступлением или/и секс-работники в реальности подвергаются неформальной дискриминации со стороны правоохранительных органов,

- социальная помощь для секс-работников ограничена как в видах деятельности, так и в числе,
- криминализация секс-бизнеса является одним из главных препятствий для эффективного предоставления услуг для секс-работников (Jiresova, 2003).

Результаты исследования обсуждались на встрече ССВЦВЕ по стратегическому планированию в 2004 г., во время которой было решено провести оценку политики в разных областях и разработать рекомендации по ее улучшению, в том числе в отношении правового регулирования секс-бизнеса. Впоследствии было определено, что главная цель проекта состоит в обзоре следующих показателей по региону ЦВЕ/ЦА: эпидемиологической динамики ВИЧ/ИППП, практик поведения в сфере секс-бизнеса; соответствующего национального законодательства и его применения в регионе, в том числе того, что касается прав человека и их нарушения; и, наконец, существующих услуг для секс-работников в регионе. Данный отчет содержит также результаты того исследования и предлагает подробный срез всех важнейших проблем, напрямую связанных с юридическими, политическими, социальными, экономическими и медицинскими аспектами секс-бизнеса.

1.2 Структура отчета

Раздел 1 содержит краткое описание проекта, его целей, деятельности и дает краткое описание методов, использованных при его разработке.

Раздел 2 представляет обзор масштабов и распространенности ВИЧ и ИППП, связанных с секс-бизнесом и употреблением инъекционных наркотиков в ЦВЕ/ЦА. В нем приводятся основные данные отчетов о числе случаев ВИЧ и ИППП; данные по распространенности ВИЧ/ИППП по информации отдельных исследований среди секс-работников; оценки размеров сообщества секс-работников; демографические характеристики СР; данные о масштабах и динамике употребления инъекционных наркотиков; данные о рискованном поведении, связанном с употреблением инъекционных наркотиков и сексуальной активностью, среди СР в регионе.

Раздел 3 содержит краткое описание международных договоров и постановлений, которые должны регулировать или могут рассматриваться как оказывающие влияние на секс-бизнес на национальном и международном уровнях. В нем также обсуждаются более общие вопросы, касающиеся прав человека, приводится информация о торговле людьми, рассматриваются разные формы правового регулирования секс-бизнеса в странах ЦВЕ/ЦА от прямого запрета до открытого разрешения секс-бизнеса. Также в нем представлен краткий обзор опубликованных и оригинальных данных, касающихся нарушений прав человека по отношению к секс-работникам.

Раздел 4 посвящен предоставлению услуг в регионе. В нем рассматриваются существующие проекты, целевые группы и источники финансирования, предпринимается попытка оценить их охват и обсуждаются усилия по отстаиванию интересов секс-работников, включая их самоорганизации, которые добиваются расширения и улучшения сервиса.

Раздел 5 включает рекомендации по более эффективной политике в отношении секс-работников, а также общие и специфические рекомендации по предоставлению услуг.

Приложения в конце отчета содержат дополнительную информацию и данные, представленные в таблицах. В тексте отчета содержатся ссылки на таблицы в Приложении.

1.3 Методы

Анализ осуществлялся в 4 этапа: консультации с экспертами, обзор литературы, опрос проектов и дополнительные консультации с экспертами для разработки рекомендаций.

Стадии 1 и 4: для сбора информации о проведенных и проводящихся в настоящее время исследованиях и получения других сведений о секс-бизнесе и его взаимодействии с употреблением наркотиков, а также об услугах, предоставляемых секс-работникам, мы связались с работающими в данной сфере людьми и организациями. С помощью электронной почты и списков рассылки была налажена связь со следующими экспертами и заинтересованными лицами:

- программами снижения вреда, работающими с секс-работниками
- национальными отделениями ЮНЭЙДС и других программ ООН
- правозащитными организациями местного, регионального и международного уровня
- Институтом «Открытое общество», Международной программой развития снижения вреда (IHRD), EUROPAP, TAMPER, «СПИД Фондом Восток-Запад» (AFEW) и другими международными сетями и общественными организациями, работающими в данной области

Во время финального этапа подготовки отчета (Стадия 4) мы снова связались с экспертами и другими заинтересованными лицами, попросив их дать свои отзывы и помочь в разработке рекомендаций по улучшению политики и практики.

Стадия 2: Сотрудники ССВЦВЕ и консультанты просматривали главным образом отчеты и информацию, полученную от участников проекта, а также исследовательскую литературу на английском и русском языках, тезисы последних международных конференций (в том числе Международной конференции по СПИДу и Международной конференции по снижению вреда), отчеты об оценках деятельности международных ведомств и о ситуации в странах, а также данные официального централизованного эпиднадзора за ВИЧ.

Поиск литературы для Раздела 2 отчета производился с помощью двух электронных баз данных: Medline (OVID) и Международной библиографии общественных наук.

Англо- и русскоязычные Интернет-ресурсы широко использовались для поиска отчетов и текущих документов, отражающих региональную и международную ситуацию. Сознвая ограниченность информации о секс-бизнесе, употреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, мы проанализировали также так называемую «серую литературу», предоставленную экспертами.

Стадия 3: Было проведено исследование, посвященное вопросам, отсутствующим в существующей литературе. Для этой цели был разработан стандартизированный вопросник для сбора данных внутри стран по программам. Изучались следующие темы:

- Правовые нормы, связанные с секс-бизнесом;
- Эпидемиологические данные по ИППП, официальной и предполагаемой численности секс-работников, в том числе секс-работников, употребляющих инъекционные наркотики;
- Демографические характеристики секс-работников;
- Данные по поведению, связанному с секс-бизнесом и употреблением наркотиков;
- Права секс-работников, а также признание и соблюдение этих прав полицией, клиентами и СМИ;
- Медицинские услуги для секс-работников, включая доступ к диагностике и лечению ВИЧ и ИППП;
- Деятельность и эффективность низкопороговых служб для секс-работников;

- Обучение и поддержка «равных равными»;
- Группы самопомощи, включая правозащитные организации.

В стандартизированную форму также был добавлен отдельный вопрос для выявления других важных проблем, связанных с секс-бизнесом, специфичных для данной страны.

Вопросник заполнили 20 национальных корреспондентов из региона ЦВЕ/ЦА, каждый из которых отвечал за одну, а в некоторых случаях – за 2 или больше из 27 стран, освещенных в данном отчете. Были собраны данные по 24 из 27 стран: Армения, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Латвия, БРЮ Македония, Молдова, Польша, Россия, Румыния, Сербия и Черногория, Словакия, Таджикистан, Украина, Узбекистан, Хорватия, Чешская Республика и Эстония. По разным причинам, в том числе из-за недоступности, не были получены данные по Албании, Словении и Туркменистану. Помимо национальных вопросников 39 организаций, предоставляющих услуги секс-работникам, заполнили отдельные формы, посвященные разным показателям их деятельности.

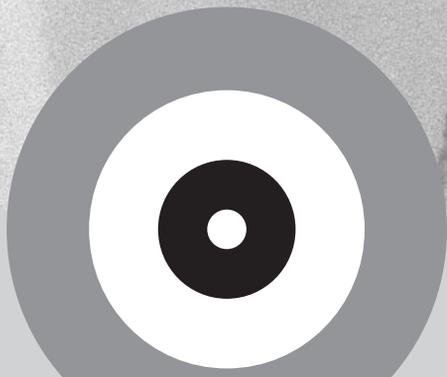
Большая часть данных респондентов по странам и регионам была собрана с июля по октябрь 2004 г. Сбор данных в основном заключался в анализе обычных мониторинговых отчетов и данных эпиднадзора разных стран. Методы сбора данных различались от страны к стране, что затрудняет возможность прямых и систематизированных кросскультурных сравнений. Однако, хотя полученная информация и данные, возможно, не подходят для глубинного анализа, они соответствуют главной цели отчета – получению достаточно подробного описания ситуации с секс-бизнесом по каждой стране.

Проценты, указанные в тексте отчета, были округлены до целого, за исключением очень малых чисел или случаев, когда об этом сказано особо, поэтому при сложении проценты могут быть не равны 100.

1.4 Структурные и аналитические ограничения

ССВЦВЕ признает, что в предоставление сексуальных услуг вовлекаются как мужчины, так и женщины. Организация понимает важность проблем, связанных со здоровьем и правами человека секс-работников мужчин в регионе ЦВЕ/ЦА – кроме употребления инъекционных наркотиков сюда относится также криминальность гомосексуальных связей (которая все еще сохраняется в законодательстве некоторых стран региона) и высокий риск передачи ВИЧ/ИППП среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами. Однако данное исследование было нацелено только на женщин, в первую очередь из-за многочисленных данных, свидетельствующих о том, что большинство секс-работников в регионе составляют женщины. ССВЦВЕ рекомендует провести в ближайшем будущем дополнительное исследование и анализ мужского секс-бизнеса тем организациям, которые занимаются вопросами секс-бизнеса в регионе.

В связи с определенной ограниченностью данного исследования (связанной, например, с финансовыми соображениями и недостаточной компетентностью национальных корреспондентов в правовых вопросах), оно не претендует на статус комплексного глубинного правового анализа национального законодательства. Мы также не проводили исследований или экспертиз по вопросам, так или иначе связанным с предоставлением услуг, например, с обеспечением жильем и безопасностью доходов, и подробно не исследовали проблему доступности различных служб помощи.



2. Секс-бизнес и связанное с ним рискованное поведение

Этот раздел дает представление о масштабах распространения ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем (ИППП), связанных с секс-бизнесом и употреблением инъекционных наркотиков в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии. Он суммирует данные отчетов о числе случаев ВИЧ и ИППП; данные по распространенности ВИЧ/ИППП по информации отдельных исследований среди секс-работников; оценки размеров сообщества секс-работников; демографические характеристики секс-работников; данные о масштабах и динамике употребления инъекционных наркотиков и о рискованном поведении, связанном с употреблением инъекционных наркотиков и сексуальной активностью, среди секс-работников в регионе.

2.1 Распространенность секс-бизнеса в ЦВЕ/ЦА

Практически все страны ЦВЕ/ЦА сразу после распада Советского Союза пережили рост секс-бизнеса, по большому счету появляющемся из-за экономических/финансовых нужд (Konings, 1996; Loseva and Nashkoev, 1999; Platt, 1998; AIDS Infoshare, 2001). Открытый рост коммерческого секса произошел одновременно с возрастающей ценностью экономического аспекта в сексуальных отношениях вообще, тенденцией, которая явилась отражением увеличивающегося расслоения общества (Renton et al., 1998). Многие, несомненно, выиграли при проходящем переходе к рыночной экономике, но уровень жизни большинства, особенно женщин, снизился.

Оказалось, что секс-индустрия особенно быстро развивается в странах Центральной Азии, самой бедной части бывшего Советского Союза (UNAIDS-CAR, 2000). Один из докладов конца 1990-х годов сообщает, что в Казахстане каждая четвертая женщина в определенный момент своей жизни занималась секс-бизнесом (Thomas, 1997). Эта оценка подтверждается результатами опроса, проведенного в Педагогическом институте в Алма-Аты (Казахстан), где 40% респондентов сообщили, что когда-либо принимали финансовое вознаграждение за сексуальные услуги (Schonning and Buzurukov, 1999).

Имеющиеся данные явно свидетельствуют, что секс-бизнес – обычное явление в регионе. Однако точные оценки числа секс-работников получить сложно по ряду причин, включая текучесть в сфере секс-бизнеса и среди секс-работниц; двойственность относительно того, что считать секс-бизнесом, и часто туманное законодательство, касающееся секс-бизнеса, которое как раз и преобладает в регионе. Таким образом, эти факторы надо учитывать при изучении данных, представленных респондентами, обобщенных в Таблице 7 в *Приложении*, которые показывают последние цифры по числу женщин, вовлеченных в секс-бизнес, и распространенность секс-бизнеса.

2.2 Структура секс-бизнеса

Данные, представленные в опубликованной литературе и отчетах проектов, предполагают, что секс-индустрию в ЦВЕ/ЦА и других странах можно условно разделить на три отдельных уровня или условных группы: это уличные работники, квартирные работники и гостиничные («элитные») работники.

Уличные работники. Нижний и самый опасный уровень состоит из женщин, работающих на улицах, часто на авто и железнодорожных вокзалах. Среди них больше приезжих, больше потребителей наркотиков и ниже уровень использования презервативов. Все эти факторы препятствуют их доступу к профилактике ВИЧ и ИППП и другим службам здравоохранения и социальной помощи. В результате уровень рискованного поведения, связанного с употреблением инъекционных наркотиков или с незащищенным сексом, достаточно высокий, так же как и показатели по ВИЧ и ИППП.

Квартирные работники. Вторая группа состоит из женщин, которые обычно работают группами под руководством администратора, в роли которого часто выступает женщина. Они работают в квартирах, саунах или на улицах. Эта работа более в большей степени организована и профессиональна. Употребление инъекционных наркотиков в этой группе менее распространено, и если имеет место, то чаще в тайне от клиентов и администраторов. Вероятность доступа к лечению ИППП в этой группе выше, однако этот доступ обычно ограничивается частными платными услугами (Konings, 1996).

Элитные/Гостиничные работники. И, наконец, третья группа – это элитные секс-работники, которые обычно работают в гостиницах или по объявлениям в газетах и журналах. Они реже всего бывают потребители инъекционных наркотиков (ПИН) и часто имеют относительно хороший доступ к лечению ИППП. Зачастую именно они оказываются самой труднодоступной группой для медицинских и социальных работников, поскольку обычно они не пересекаются с другими группами секс-работников и могут пользоваться защитой охраны, которая также контролирует их работу (AIDS Infoshare, 2001; O&K Marketing, 2000; Dreizin, 2000; UNAIDS-CAR, 2000; Schonning and Buzurukov, 1999; Oostvogels, 1999; Kurmanova, 1999; Loseva and Nashkoev, 1999; Kurova, 1998; Platt, 1998; Oostvogels, 1997; Lakhulamani, 1997).

Данные организаций, приведенные в Таблице 9 в *Приложении*, показывают, что во всех странах региона большинство секс-работников, пользующихся услугами служб снижения вреда, работают на улице. Это соответствует данным литературы, показывающим, что секс-работники, одновременно являющиеся ПИН, работают чаще всего на улице, а не в более организованных системах (квартиры или гостиницы), где употребление наркотиков не поощряется. Также были получены сообщения о росте числа секс-работников, работающих через интернет-сайты, однако по понятным причинам собрать данные о поведении таких работников или оценить их численность сложно.

2.3 Демографические данные

Возраст. Исследования показывают, что секс-работницы в регионе молоды, многие из них – подростки, поэтому чаще подвергаются насилию и не имеют или не хотят получать доступ к информации о профилактике ВИЧ и ИППП и службам помощи – или просто не знают о том, что такое рискованное поведение. Около 80% секс-работников в регионе моложе 25 лет. Например, 95% выборки, состоявшей из 383 секс-работников, опрошенных в Эстонии, составляли люди 18 лет или моложе (*UNICEF, 2000, 2001*). Аналогично, данные российских организаций показывают, что большинство секс-работников моложе 25 лет. В Саратовской области (Россия) возраст 75% из 385 опрошенных секс-работников был от 20 до 29 лет, а у 10% – моложе 18 лет (*O&K Marketing, 2000*). В Балаково 75% уличных секс-работников были моложе 25 лет, а 20% – моложе 18 лет. В Минске, Беларусь, проекты снижения вреда оценивают возраст своих клиентов в 15-30 лет.

В исследовании, проведенном в Медицинском центре в Латвии (n=1080), средний возраст секс-работников составлял 30.5 лет, а 21% составляли секс-работники от 13 до 19 лет (*Kurova et al., 1998*). Из опрошенных в этом исследовании 38% работали секс-работниками менее одного года. По данным исследования, проводившемся среди 96 секс-работников в Литве, средний возраст участников составлял 25 лет (колебался от 17 до 43 лет) (*UNICEF, 2001*). Как сообщают организации, действующие в этой стране, возраст их клиентов составляет от 20 до 29 лет.

Данные организаций из стран Центральной Азии показывают, что большинство их клиентов имеют возраст от 24 до 28 лет. Одно из исследований, проведенных в Ташкенте, Узбекистан, показывает, что возраст большинства официально зарегистрированных секс-работников, общее число которых составляло 180 человек, был от 16 до 25 лет (*Thomas, 1997*).

Исследования предполагают, что секс-работники, употребляющие инъекционные наркотики, обычно моложе секс-работников, их не употребляющих. Возраст секс-работников, посещающих пункты обмена игл и шприцев в Волгограде в Российской Федерации (n=83), колебался от 12 до 26 лет (*Ryabenko, 2001*). Согласно этому исследованию, средняя продолжительность употребления наркотиков, как и средний стаж работы в секс-бизнесе, составляет четыре года. В сообществе, набранном для участия в исследовании потребителей инъекционных наркотиков в Тольятти, в котором 37% составляли секс-работники, средний возраст участников составлял 24 года по сравнению с возрастом 27 лет среди мужчин-ПИН, не вовлеченных в секс-бизнес ($P=0.0005$) (*Platt et al., 2004*).

Данные проектов, проводивших опрос-исследование, соответствуют большинству данных, представленных в литературе. Средний возраст СР, контактировавших с проектами, составлял от 20 до 30 лет, но большинство из них принадлежало к возрастной группе от 20 до 25 лет. Самый младший возраст составлял 13 лет, самый старший – 40 лет. Более подробная информация о секс-работниках моложе 18 лет предоставлена проектами в Минске (Беларусь) (5% от 150 опрошенных СР); Ташкенте (Узбекистан) (13% от 1400 опрошенных СР); Одессе (Украина) (10% от 600 опрошенных СР).

Общие данные о возрасте секс-работников, обратившихся в проекты, показаны в Таблице 9 в *Приложении*.

2.4 Типы сексуальных партнеров

В обычной жизни секс-работницы занимаются сексом с клиентами, которые платят, и с теми, кто не платит за секс. В отличие от первых, последние – это обычно люди, с кем секс-работницы занимаются сексом регулярно. Это могут быть сожители или мужа, приятели или знакомые. Степень риска для секс-работниц обычно сильно различается в зависимости от типа партнера. Секс-работницы не склонны использовать презерватив

с некоммерческими партнерами по множеству психологических, физиологических и нравственных причин, начиная с доверия и заканчивая желанием иметь детей. Одним из следствий является высокий риск передачи ВИЧ от некоммерческого партнера секс-работнице или наоборот. Этот риск становится еще выше благодаря тому факту, что частота употребления наркотиков среди как коммерческих, так и некоммерческих партнеров практически одинакова.

2.4.1 Партнеры, которые платят

Как можно было ожидать, между различными частями региона существуют широкие различия как по количеству клиентов, согласно опросу секс-работниц, так и по наличию у них одного или больше постоянных некоммерческих партнеров. По данным одного из исследований секс-работниц, посещающих клинику лечения ИППП в Москве, они сообщили о количестве от 3 до 40 клиентов в неделю, при среднем числе 9 клиентов (*Loseva and Nashkhoev, 1999*). В Тольятти, Россия, женщины-ПИН, вовлеченные в секс-бизнес, сообщали в среднем о двух клиентах в день, более половины из которых составляли новые клиенты (*Lowndes et al., 2002*). В Саратовской области, Россия, в исследовании среди 385 женщин сообщалось о колебаниях от 11 до 100 клиентов в месяц, а среди замужних секс-работниц 55% сообщали, что имели по крайней мере одного случайного партнера, исключая своего мужа, в течение последнего месяца, от которого не получали денег (*OE&K Marketing, 2000*). Кросс-секционное исследование среди женщин, задержанных в Москве милицией (n=400), показало, что среднее число сексуальных партнеров-мужчин в течение последних 12 месяцев у женщин, сообщавших о вовлеченности в секс-бизнесе (n=190), составляло 168 по сравнению с 2 партнерами среди женщин, не вовлеченных в секс-бизнес ($p<0.01$) (*Khromova et al., 2002*). В Грузии секс-работники сообщали, что обслуживают от 8 до 10 клиентов в неделю (*Stvilia et al., 2003*).

Исследование среди 116 секс-работников в трех городах Сербии (Белград, Ниш и Крагуевац) показало, что среднее число клиентов в месяц в разных городах различается: секс-работники в Белграде сообщали о 46, в Нише – о 8 и в Крагуеваце – о 28 клиентах (*UNICEF, 2002*). Почти треть опрошенных секс-работниц имели постоянных партнеров.

Данные, касающиеся процента клиентов, употребляющих инъекционные наркотики, собрать, безусловно, намного сложнее, если вообще возможно. Часто это можно узнать лишь в единственном случае – когда клиент делает инъекцию вместе или в присутствии секс-работницы. Однако как минимум два исследования в России пытались собрать такую информацию. В Волгограде опрос секс-работников, пользующихся услугами обмена шприцев, показал, что 58% их клиентов не являлись ПИН (*Ryabenko, 2001*). Данные качественного интервью с женщинами-ПИН в Тольятти также показал, что большинство их клиентов составляли люди, не употребляющие инъекционных наркотиков (*Lowndes et al., 2002*).

2.4.2 Партнеры, которые не платят за сексуальные услуги

Кроме мужей, сожителей и случайных знакомых некоммерческими партнерами секс-работниц могут быть также мужчины, использующие силу (включая изнасилование) или власть для получения секса. Такой секс может быть грубым и жестоким, поэтому представляет наибольшую угрозу для здоровья и жизни секс-работниц. Из большинства стран бывшего Советского Союза (БСС) поступают отдельные сообщения о том, что работники правоохранительных органов пользуются услугами секс-работниц. Ключевые информаторы из стран описали систему «субботников» – советский термин, обозначающий добровольную (но на практике обязательную) ежемесячную бесплатную государственную службу, который в применении к секс-бизнесу означает, что секс-работники обязаны предоставлять бесплатные сексуальные услуги сотрудникам правоохранительных органов взамен на смягчение наказания или избежание ареста. Зачастую это означает, что женщина

обслуживает более одного человека и часто без презервативов (*Lakhulamani, 1997; Platt, 1998; AIDS Infoshare, 2001; Andrushak and Khodakhevich, 2000*). По данным исследования, проведенного в Москве и посвященного изучению психологического профиля секс-работников ($n=242$), 38% женщин сообщили, что были изнасилованы клиентами более одного раза, а 18% сообщили, что были изнасилованы сотрудниками милиции (*Nashkoev, 2002*).

Инъекционное употребление наркотиков – это еще один из главных факторов риска для жизни секс-работниц. Исследование в Санкт-Петербурге показало, что чуть меньше половины (42%) некоммерческих партнеров секс-работниц, употребляющих инъекционные наркотики, составляли ПИН (*Benotsch et al., 2004*).

Возможность секс-работниц получать и передавать ВИЧ своим некоммерческим партнерам и от них также является огромной проблемой для охраны здоровья в большей части региона. Данные о риске такой передачи очень скудные, но, безусловно, риск существует благодаря тому факту, что множество секс-работниц состоят в браке или в постоянных отношениях, где они не пользуются презервативом. 29% секс-работниц, опрошенных в Саратове, сообщили, что состоят в браке (*O&K Marketing, 2000*). В Балаково, по оценкам работников проекта, 51% их клиентов состоит в браке, в Санкт-Петербурге – 20% состоят в браке или имеют постоянных партнеров. Опрос в Литве среди 96 секс-работников, работающих на улицах и в специальных агентствах, выявил, что 28% имели постоянного полового партнера, из них 48% предполагали, что их супруг/партнер встречается с другой женщиной, 12% так не думали, а 40% не знали (*UNICEF, 2001*). Исследование в Грузии показало, что почти две трети небольшой выборки секс-работников ($n=91$) имели постоянного партнера (*Stvilia et al., 2003*).

2.5 Случаи ВИЧ в регионе

Рост секс-бизнеса на протяжении последних 15 лет происходил в то же время, как ВИЧ достиг или угрожает достигнуть в некоторых областях региона уровня эпидемии. В странах БСС большинство зарегистрированных случаев ВИЧ связано с употреблением инъекционных наркотиков – еще одной быстро распространяющейся эпидемией, особенно среди молодежи, в странах со слабой экономикой, низким уровнем жизни и разрушенной системой медицинской и социальной помощи. Героин и другие опиаты широко распространены и достаточно дешевы, так как большинство стран находится на пути основного транзита наркотиков в Западную Европу из Афганистана, где выращивается основной мировой запас опиума. Последние расчеты говорят, что свыше 75% официально зарегистрированных случаев ВИЧ связаны с инъекционным употреблением наркотиков в Беларуси, Казахстане, Кыргызстане, Латвии, Литве, Молдове, России, Таджикистане, Узбекистане и Эстонии.

Больше 10 лет тому назад ВИЧ практически отсутствовал в регионе, несмотря на то, что к середине 1990-х уже достиг уровня эпидемии среди основного населения в некоторых странах Северной Африки и Южной Азии, а также среди определенных групп населения других стран, таких как мужчины, которые занимаются сексом с мужчинами, в США. Однако к концу 2004 г., согласно Объединенной программе ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), в ЦВЕ/ЦА как минимум 1.4 млн. людей было инфицировано ВИЧ, что говорит о семикратном увеличении за 10 лет. Количество случаев ВИЧ сильно различается в самом регионе ЦВЕ/ЦА.

¹ Данные по России представлены Российским федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом на май 2005. Данные по Украине представлены Национальным центром СПИДа Министерства здравоохранения Украины на март 2005 г.

Россия и Украина остаются странами, наиболее серьезно пострадавшими от эпидемии, – 311 000 и 77 000 официально зарегистрированных случаев ВИЧ¹. Данные ЮНЭЙДС и других организаций в 2-3 раза выше, чем число официально зарегистрированных случаев в каждой стране. Согласно ЮНЭЙДС, распространенность ВИЧ среди взрослого населения (15-49 лет) достигла 1% в России и 2% на Украине, что является самой высокой в Европе. Хотя она остается намного ниже пика в 20%, который приходится на некоторые районы Африки, это в 10 раз выше, чем показатели большинства стран Западной Европы и США, где показатели распространенности практически не растут с середины 1990-х годов.

В 2002 г. число новых случаев в России и в Украине, по сообщениям, впервые несколько снизилось – динамика, отнесенная за счет снижения числа случаев ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Есть основания предполагать, что это снижение не было снижением количества новых случаев ВИЧ, а лишь снижением количества тестов на ВИЧ, проводимых среди ПИН. Эти данные настолько же неопределенны, как и текущие показатели сексуальной передачи ВИЧ. Однако наблюдатели и эксперты из области общественного здоровья уверены, что сексуальный путь передачи станет основной проблемой в будущем, особенно среди сексуальных партнеров ПИН и среди ПИН, вовлеченных в секс-бизнес. Это неудивительно, если принять во внимание высокую фоновую распространенность инфекций, передающихся половым путем, особенно сифилиса, среди ПИН и секс-работников ПИН в этих двух странах и отсутствие полноценной интервенции, направленной на снижение сексуального риска. (Эти вопросы подробно обсуждаются ниже).

В Центральной Европе более половины случаев ВИЧ зарегистрированы в Польше, но там, а также в соседних странах, за последние пять лет не отмечалось заметного роста числа случаев ВИЧ. В Чешской Республике, Венгрии и Словакии распространенность остается ниже 0.2%, при этом от 20% до 40% случаев ВИЧ выявлены у иностранцев, во многих случаях - приезжих из республик БСС (*Hamers and Downs, 2003*).

По отчетам из Юго-Восточной Европы, распространенность ВИЧ в регионе остается низкой, однако реальные цифры могут быть намного выше. Трудности сбора данных связаны с недостаточной доступностью тестирования, убогими системами эпиднадзора и затянувшейся политической, экономической и социальной разрухой, вызванной недавним конфликтом на Балканах. По данным ЮНЭЙДС, самое высокое число случаев в регионе зафиксировано в Румынии – как минимум 10 000 официально зарегистрированных, второе место занимают Сербия и Черногория. По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), истинная распространенность ВИЧ в регионе может превышать официальные цифры в десять раз. Основной путь передачи ВИЧ в регионе – сексуальный, за исключением Сербии и Черногории, где зафиксированные случаи были связаны с употреблением инъекционных наркотиков.

Распространенность ВИЧ остается довольно высокой в Центральной Азии и на Кавказе, но она растет там быстрее, чем где-либо в ЦВЕ/ЦА. Так же, как и в Юго-Восточной Европе, реальное число ВИЧ-инфицированных в Центральной Азии может быть в несколько раз выше, чем официально зарегистрировано. В Узбекистане, например, в конце 2003 года было зарегистрировано 3 596 случаев, однако ЮНЭЙДС оценивает число ВИЧ-инфицированных в Узбекистане на тот момент как минимум в 11 000 человек.

При возможном исключении некоторых стран Центральной Европы основными препятствиями для разработки и реализации эффективной политики в отношении ВИЧ/СПИДа в регионе являются отсутствие политического руководства, стигматизация и дискриминация, связанные с ВИЧ. Маргинализированные группы, такие как ПИН, секс-работники, мужчины, имеющие секс с мужчинами, и цыгане, продолжают оставаться в зоне наибольшего риска ВИЧ-инфицирования. Многие из них по-прежнему не могут или не хотят получать необходимую медицинскую помощь или обращаться в службы профилактики и лечения ВИЧ по причине дискриминации (например, отказ в помощи) или страха наказания со стороны властей.

Общие данные отчетов о распространенности ВИЧ представлены в Таблице 1 в *Приложении*. Данные по числу случаев ВИЧ среди секс-работников будут рассмотрены в этом разделе ниже.

2.6 Случаи ИППП в регионе

Показатели основных ИППП, включая хламидиоз, гонорею и сифилис, взлетели в 1990-х годах в большей части региона перед тем, как опуститься до уровня, который намного выше, чем в большинстве других стран. Это говорит о тревожной динамике, что является следствием как минимум двух важных причин. Во-первых, наличие ИППП повышает вероятность заражения ВИЧ, во-вторых, высокий уровень ИППП говорит об опасном поведении.

Большинство чиновников из системы здравоохранения особенно волнует рост сифилиса, который, если его не лечить, дает побочные эффекты, сказывающиеся на всем протяжении жизни человека. Достаточно высокие показатели сифилиса – более 100 случаев на 100 000 населения – выявлены в последние годы в широких слоях населения региона, особенно в Беларуси, Боснии и Герцеговине, Казахстане, Молдове, России, Украине и Эстонии. За 10 лет после распада Советского Союза уровень сифилиса среди общего населения в России достиг 277 случаев на 100 000 населения; в Украине – 148 на 100 000, в Молдове – 198 на 100 000, в Беларуси – 199 на 100 000². В Казахстане наблюдается наиболее высокий рост ИППП из республик Центральной Азии. Заметный рост отмечен также в Кыргызстане. В странах Юго-Восточной Европы уровень сифилиса остается относительно низким и стабильным с 1990 года.

В период с 1998 по 2000 гг. число зарегистрированных случаев сифилиса сократилось во всем регионе, однако рост числа случаев сифилиса среди населения сельских областей все еще продолжается. (Обобщенные данные по случаям сифилиса в ЦВЕ/ЦА представлены в Таблице 2 в *Приложении*).

2.7 Случаи ВИЧ, связанные с секс-бизнесом

Сложно определить с большой точностью, какой процент ВИЧ-инфекции в регионе относится к секс-бизнесу. Во-первых, не были стандартизированы для всех стран региона определения терминов «секс-бизнес» и «секс-работник». В России, например, для обозначения секс-работников в документах национального эпиднадзора используется термин «люди, имеющие случайных половых партнеров», который не является достаточно конкретным, чтобы допускать сколько-либо систематические выводы о секс-работе. Также вероятно, что существующие данные значительно не доценивают число случаев ВИЧ, относящихся к секс-бизнесу. Эта ситуация напрямую связана со стигмой, дискриминацией, юридической неопределенностью статуса и неудовлетворительной системой медицинской помощи. И сексуальный работник, и клиент могут отказаться признаться в своем поведении из-за стыда или страха перед возможными последствиями, такими как отказ в медицинской или социальной помощи, административное преследование или арест. Эти опасения также могут стать причиной отказа от тестирования на ВИЧ или обращения по поводу симптомов, связанных с ВИЧ или ИППП. Поэтому данные – результаты национальных

² Для сравнения, данные по сифилису в Великобритании в 1990-х годах никогда не превышали 2.85 случаев на 100 000. Даже в США, где общая статистика здравоохранения хуже, чем в Западной Европе, общие показатели сифилиса в 2003 г. оставались на уровне 11.9 случаев на 100 000 населения, согласно Американскому центру контроля и профилактики болезней. И в Великобритании, и в США показатели среди некоторых групп населения были выше (например, среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, и ВИЧ-позитивных).

исследований по эпиднадзору за распространенностью ВИЧ среди секс-работников в регионе, приведенные в Таблице 3 в *Приложении* – следует интерпретировать с большой осторожностью. Впрочем, даже учитывая эту оговорку, очевидно, что распространенность ВИЧ среди секс-работниц значительно превысила нулевой уровень, существовавший 10 лет назад. Данные в Таблице 4 показывают, что распространенность ВИЧ среди секс-работников в России повысилась с 0% в 1995 г. до 0.1% в 1999 г. по всей стране (*Ladnaya et al., 2002*) и достигла 15% в 2000 г. в одной только Москве (*Pokrovsky, 2000-2001*).

Подобные оценки в Украине указывают на изначально низкую распространенность ВИЧ в сфере секс-бизнеса и крайне стремительный рост с 0.6% в 1998 г. (при $n=54\,166$) до 0.8% в 1999 г. (при $n=29\,034$) (*Dehne and Kobyshcha, 2000*). Сложно судить о том, какой процент случаев ВИЧ может быть связан с сексуальной передачей среди ПИН, поскольку процент секс-работников, вовлеченных в употребление инъекционных наркотиков, не установлен. Несмотря на отсутствие систематических и надежных данных, отчеты из Албании предполагают, что число ВИЧ-положительных возросло на 100% в 2000 г., причем большинство из них составляли женщины, привезенные из-за рубежа (*Hazizaj et al., 2002*).

2.8 Распространенность ВИЧ и ИППП среди секс-работников

Высокая фоновая распространенность ИППП в широких слоях населения и, в частности, среди секс-работников указывает на высокий потенциал сексуальной передачи ВИЧ при сексуальных контактах между секс-работниками и их партнерами (клиентами и некоммерческими партнерами).

Согласно статистике, ВИЧ быстрее распространяется среди ПИН, чем среди секс-работников, особенно там, где показатели употребления инъекционных наркотиков среди секс-работников относительно невысоки. Исследования в некоторых городах России за прошедшие 10 лет показывают, что распространенность ВИЧ среди ПИН может вырасти с нулевого уровня до почти 50% и выше менее чем за 2 года³. Выявление ВИЧ возросло также в тюрьмах, где инъекционное употребление наркотиков и незащищенный секс – обычное явление. В России, например, согласно статистике, число случаев ВИЧ в тюрьмах возросло более чем в 30 раз с 1996 по 2003 гг. (*Roshchupkin, 2003*).

Такие данные в целом говорят о том, что распространение ВИЧ среди секс-работниц оказывается ниже, чем среди других групп высокого риска в регионе. Однако распространенность ВИЧ среди секс-работниц все же очень высока, и во многих районах продолжает расти. До 1999 г. Калининградская область в России была единственным местом, где большая часть секс-работников (от 40% до 80%) была инфицирована ВИЧ (*Momot et al., 1997*). Позже, как показано в Таблице 6 в *Приложении*, распространение ВИЧ в сообществе секс-работников было зафиксировано также и в других городах региона. Небольшие исследования среди секс-работников в Москве и Санкт-Петербурге (Россия) и в Донецке (Украина) обнаружили распространенность ВИЧ около 15%. По данным другого исследования в Ереване (Армения), около 8% секс-работников, протестированных на ВИЧ, получили положительные результаты. В Санкт-Петербурге и Ереване большинство секс-работников являлись ПИН, в то время как в небольшой группе женщин, протестированных в Москве, не было выявлено существенных различий в распространенности ВИЧ среди тех секс-работников, которые принимали и не принимали инъекционные наркотики (*Dehne and Kobyshcha, 2000*).

³ Согласно отчету ПРООН за 2002 г. «ВИЧ и инъекционное употребление наркотиков: новая проблема для здорового человеческого развития». Отчет доступен в Интернете: www.undp.org/hiv/publications/deany.htm.

Сообщения о единичных случаях ВИЧ-инфекции среди секс-работников поступили из Темиртау (Казахстан), Риги (Латвия), Тбилиси (Грузия) и Праги (Чехия) (*Dehne and Kobyshcha, 2000*). Есть и другая информация, касающаяся показателей ВИЧ среди секс-работников в регионе (*Dehne and Kobyshcha, 2000*).

Некоторые факты свидетельствуют также о вероятности сексуальной передачи ВИЧ от секс-работников, принимающих инъекционные наркотики, их клиентам или партнерам. Исследование ПИН (n=426) в Тольятти (Россия) показало, что половина женщин, употребляющих инъекционные наркотики, вовлечены в секс-бизнес (*Rhodes et al., 2002*). Хотя распространенность ВИЧ среди ПИН, вовлеченных и не вовлеченных в секс-бизнес (при ~60%), не различается, ПИН-СР (57%) значительно чаще сообщали о заражении инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), в недавнем прошлом, чем ПИН, не вовлеченные в секс-бизнес (17%; $p < 0.0001$), несмотря на то, что 86% секс-работников сообщают о постоянном использовании презервативов с клиентами (*Platt et al., 2004*). Подобным образом, по данным исследования среди женщин-ПИН, посещающих программу обмена игл и шприцев в Санкт-Петербурге, 28% имели положительные тесты на сифилис (99 из 285), а вероятность положительных результатов тестирования на сифилис оказалась в 9 раз выше среди секс-работников, чем среди участников, не вовлеченных в секс-бизнес (*Karapetyan et al., 2002*).

В Таблице 5 в *Приложении* представлены результаты отдельных исследований распространенности ИППП в группах секс-работников в разных странах региона. В Российской Федерации распространенность среди секс-работников в Санкт-Петербурге и Москве примерно одинакова – 33% и 35% (*Borisenko et al., 1999; Kurova et al., 1998*). В Казахстане показатель вдвое выше (составляет 70% (*Zhusupov, 2000*)). Однако Россия и Казахстан имеют чрезвычайно высокие показатели ИППП среди общего населения. В странах с относительно низкой распространенностью ИППП в широких слоях населения, таких как Таджикистан и Эстония, распространенность среди секс-работников оказалась 7% и 5% (*Kurmanova, 2000; Dehne and Kobyshcha, 2000*). Исключением из этой тенденции стала Латвия, где исследование среди 1080 секс-работников обнаружило высокие уровни гонореи (49%), сифилиса (17%) и трихомониаза (58%), несмотря на относительно низкую распространенность ИППП в широких слоях населения (*Kurova et al., 1998*).

В Таблице 6 в *Приложении* приводятся результаты оценок распространенности ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди секс-работников вообще и среди секс-работников, употребляющих инъекционные наркотики, посещающих программы снижения вреда в странах региона. Представленные данные указывают на высокую распространенность всех трех инфекций среди секс-работников в России, особенно в Санкт-Петербурге, где 48% уличных секс-работников, согласно статистике, являются ВИЧ-положительными. Важно отметить, что по отчетам проектов не ясно, употребляет респондент секс-работник инъекционные наркотики или нет. Более того, большинство данных не дают информации о том, основаны ли показатели распространенности на результатах опроса или тестов на ВИЧ, проводимых проектами.

В Павлодаре (Казахстан) 12% секс-работников считаются ВИЧ-положительными, а 30% имеют гепатит С, и это свидетельствует о том, что секс-работники практикуют рискованное сексуальное и инъекционное поведение. На другом конце спектра находятся Загреб (Хорватия) и Зеница (Босния и Герцеговина), где нет данных о случаях ВИЧ среди клиентов проектов, как и в двух городах Болгарии (Бургасе и Пловдиве).

2.9 Секс-бизнес и употребление инъекционных наркотиков

Отчеты программ снижения вреда, принимавших участие в исследовании, показывают, что высокий процент секс-работников, особенно тех, кто работает на улице, вовлечены в употребление наркотиков. Оценки по Российской Федерации колеблются: 24% секс-работников, употребляющих инъекционные наркотики, в Нижнем Новгороде, 47% – в Красноярске, 80% – в Барнауле и 95% – в Санкт-Петербурге. В Балаково, по оценкам местной программы снижения вреда, 29% секс-работников принимают инъекционные наркотики в качестве платы за сексуальные услуги. Отдельное исследование в Санкт-Петербурге оценило, что число женщин ПИН, занимающихся секс-бизнесом в городе, равняется 11 000 человек (*Benotsch et al., 2004*).

Оценки проектов в странах Балтии показывают, что 80% уличных секс-работников принимают опиаты домашнего изготовления, героин или эфедрин. Сообщения о более низком проценте поступают из Таллинна, где 10-14% организованных секс-работников, по оценкам, принимают амфетамины.

Оценки проектов в странах Юго-Восточной Европы показывают, что частота употребления наркотиков среди секс-работников значительно различается между странами. В Зенице (Босния и Герцеговина) по оценкам местного проекта, 8% клиентов употребляют героин или метадон. Эти данные схожи с теми, которые предоставлены проектами из Хорватии (Загреб и Риска), где 4-11% клиентов проекта сообщили об инъекционном употреблении героина. Проекты в Струмице в Македонии предполагают, что героин и метадон употребляют примерно 50% клиентов. В Болгарии оценки употребления наркотиков среди секс-работников колеблются от 5% в Пловдиве до 12% в Варне и 40% в Софии. Героин является наиболее распространенным из употребляемых наркотиков во всех трех городах.

О частом сочетании употребления инъекционных наркотиков и секс-бизнеса говорят также и данные из Центральной Азии. В Душанбе (Таджикистан) 75% секс-работников сообщили, что они принимают инъекционный героин или опиаты домашнего производства, в Ташкенте (Узбекистан) в инъекционное употребление вовлечены 22% секс-работников, посещающих местный проект. Оценки в Казахстане колеблются от 22% в Чимкенте до 60% в Кустане.

Другие публикации подтверждают данные большинства проектов. Они показывают, что ключевой характеристикой секс-бизнеса в регионе является его тесная связь с употреблением инъекционных наркотиков. В Саратове, Россия, 35% секс-работников, по оценкам, являются ПИН (*Dehne and Kobyschka, 2000*), в Николаеве, Украина, – 80%, согласно отчету ЮНЭЙДС, опубликованному в 2000 г. Подобным образом в исследовании уличных секс-работников в Калининграде (Россия) поддерживающих связь с программой реабилитации, 90% составляли ПИН, возраст которых на момент первой инъекции составлял от 14 до 17 лет (*Dreizin, 2000*). В Литве 11% (n=96) уличных и квартирных секс-работников, принимавших участие в исследовании, сообщили об инъекциях наркотиков (*UNICEF, 2001*).

Оценка частоты инъекций наркотиков среди секс-работников приведена в Таблице 8 в *Приложении*.

2.10 Рискованное поведение, связанное с инъекциями

Секс-работники, употребляющие наркотики, сильнее рискуют нанести вред своему здоровью, чем их коллеги, которые не употребляют наркотики. Риск заключается в возможной передозировке, повышенной вероятности инфицирования ВИЧ и другими заболеваниями, передающимися через кровь, которые можно получить при использовании общих шприцев и незащищенном сексе, а также в их уязвимости перед множеством факторов, например, полицейским преследованием или насилием со стороны клиентов. Исследование

в Тольятти (Россия) показало, что, по сообщениям секс-работников, вероятность инъекций использованными иглами и шприцами среди ПИН-секс-работников выше, чем среди ПИН, не вовлеченных в секс-бизнес, или среди мужчин-ПИН. Кроме того, они чаще находятся в системе ежедневного употребления наркотиков (*Platt et al., 2004*). В Санкт-Петербурге (Россия) опрос среди 100 женщин-ПИН показал, что 37% обменивали секс на деньги или наркотики, а 44% принимали участие в совместном использовании инъекционного оборудования в течение последних 4 недель (*Benotsch et al., 2004*).

Данные проектов, принимавших участие в составлении этого отчета, также указывают на высоко рискованное поведение, связанное с употреблением инъекционных наркотиков. В Красноярске (Россия) 100% секс-работников сообщили о совместном использовании инъекционного инструментария, а 71% заявили, что когда-либо делали инъекции использованной иглой или шприцем ($n=638$). В Санкт-Петербурге 44% выборки секс-работников ($n=$ неизвестно) сообщили, что иногда делают себе инъекции использованными иглами или шприцами. В Вильнюсе, Литва, заполнение шприца раствором опиатов из общего контейнера – обычная практика, также как и инъекции использованными иглами и шприцами.

Отчет об экспресс-оценке в Сербии и Черногории свидетельствует о рискованном поведении, связанном с инъекциями, среди секс-работников, вовлеченных в употребление инъекционных наркотиков. 22% секс-работников ($n=116$) сообщили об активном употреблении наркотиков, из них 45% – о совместном использовании своего инъекционного оборудования. В Белграде все 15-19-летние секс-работники-ПИН сообщали о совместном использовании оборудования (*Rhodes et al., 2004*). Проект в Белграде сообщает, что 20% ПИН, вовлеченных в секс-бизнес, делают себе инъекции использованными иглами и шприцами.

В Центральной Азии, согласно данным из проектов, ситуация мало чем отличается. В Таджикистане 96% клиентов сообщили об инъекциях использованными иглами и шприцами, хотя они были осведомлены о риске ВИЧ-инфекции. В Казахстане до 70% сообщали о совместном использовании инструментария со своими клиентами и товарищами по профессии. По данным проекта в Кустанае, обычным явлением среди СР были передозировки.

2.11 Секс-бизнес и использование презервативов

Для большинства секс-работников, включая ПИН, основная вероятность заражения ВИЧ связана с незащищенным сексом. Использование презервативов может существенно снизить этот риск. Однако данные исследований свидетельствуют о том, что использование презервативов среди секс-работников в регионе непостоянно и определяется организационными условиями секс-бизнеса. Исследователи отмечают, что в России секс-работники, работающие в отелях или через агентства, более осведомлены о безопасном сексе и находятся в более выгодном положении в отношении переговоров об использовании презервативов, чем секс-работники, работающие на улицах (*Platoshina and Chaika, 1995; Kungurov et al., 1999; Dehne and Kobyshecha, 2000; AIDS Infoshare, 2001*). Как показывает одно из исследований в Риге (Латвия) знания об использовании презервативов остаются на низком уровне среди секс-работников, работающих на вокзалах и на улицах, и большинство из них не посещают медицинские службы (*Kurova et al., 1998*).

В ходе экспресс-оценок в республиках Центральной Азии персонал проектов, работающих с секс-работниками, также сообщает о непоследовательном использовании презервативов среди своих клиенток (*Kurmanova, 1999; Kurmanova 2000; Schonning and Buzurokov, 1999; Oostovegels, 2001*). В Караганде (Казахстан) по оценкам ключевых информаторов, регулярное использование презервативов при контактах с клиентами находится на уровне от 30% до 40%. В Казахстане, судя по отчетам, большинство клиентов-мужчин отказывается исполь-

зовать презерватив (*Thomas, 1996*). По оценкам среди секс-работников в Чимкенте, 75% не пользовались презервативами регулярно (*Rodina and Valieva, 2002*).

В некоторых странах и городах продажа презервативов ограничена, также по каким-либо причинам их сложно использовать регулярно. Различные экономические факторы также, по всей видимости, влияют на использование презервативов секс-работницами. Например, в Туркменистане презервативы можно бесплатно получить в поликлиниках, однако они доступны только людям, зарегистрированным как потребители этой услуги (*Kurmanova, 1999*).

Данные проектов показывают, что уличные секс-работники в странах региона часто соглашаются на работу без презервативов за дополнительную плату. В число прочих причин входит давление со стороны клиентов, иногда вплоть до насилия, низкий уровень осведомленности о ВИЧ/ИППП, особенно среди молодых секс-работниц и тех, кто работает на улице, последствия решений, принятых под воздействием наркотиков, и недостаток взаимной поддержки в группах секс-работников, направленной на поощрение использования презервативов.

Ряд опубликованных исследований также указывает на связь редкого использования презервативов с некоммерческими партнерами. Глубинные интервью с 200 секс-работниками в Болгарии, например, обнаружило, что использование презервативов было практически постоянным с клиентами, но нерегулярным или редким при контактах с постоянными или случайными партнерами (*Tchoudomirova et al., 1997*). Таким же образом опрос секс-работников в Грузии показал высокий процент использования презервативов при контактах с клиентами и низкий – при контактах с регулярными партнерами, не платящими за секс (72% утверждали, что всегда пользуются презервативами с клиентами, 95% сообщили, что пользовались презервативом со своим последним клиентом, но лишь 18% сообщили об использовании презервативов во время последнего полового акта с постоянным партнером (*Stvilia et al., 2003*)).

2.12 Внутренняя и внешняя миграция в контексте секс-бизнеса

Почти все проекты, принимавшие участие в исследовании, сообщили, что значительная часть – зачастую не менее 50% – их клиентов являются приезжими из сельских областей, областных городов или других стран региона. Приезжие в большей степени подвержены преследованию и плохому обращению со стороны властей и клиентов, часто потому, что они не в состоянии заявить о нарушениях (они могут быть незаконными иммигрантками), или потому, что находятся в незнакомом окружении. Их изоляция может усиливаться из-за отсутствия семейной поддержки или системы социальной защиты, что повышает вероятность того, что они не узнают о существующих службах помощи, таких как проекты снижения вреда, которые могли бы быть для них доступны. Во многих случаях значительная часть секс-работниц – это женщины из социально и экономически неблагополучных групп, таких как цыгане в некоторых странах Центральной и Восточной Европы, или из более бедных соседних стран.

В большинстве стран региона женщины обычно приезжают в крупные города из более бедных сельских местностей, работают в течение нескольких месяцев и возвращаются домой с заработанными деньгами (*Lakhmalani, 1997; Platt, 1998; Loseva and Nashkoev, 1999; Dehne and Kobyshcha, 2000; AIDS Infoshare, 2001; Nashkoev, 2002*). Эта тенденция отразилась и в представленных проектами данных, указывающих на высокую численность секс-работников в столичных городах. Сообщения проектов предполагают, что в Москве (Россия) работает от 30 000 до 150 000 секс-работников, в Санкт-Петербурге (Россия) – 20 000, в Минске (Беларусь) – 10 000-20 000, в Ереване (Армения) – 7000-8000 и в Ташкенте (Узбекистан) – 6000 (Таблица 7

в *Приложении*). Проекты также сообщали о сезонных колебаниях в секс-бизнесе, например, в портовых городах, таких как Одесса (Украина) и в столичных городах. Уличный секс-бизнес в регионе также подвержен сезонным изменениям – в зимние месяцы активность секс-бизнеса падает.

В Душанбе (Таджикистан) из 2725 секс-работников, зарегистрированных Министерством внутренних дел, большинство составляют приезжие из сельских областей (*Kurmanova, 2000*). Одно исследование сообщило, что из 130 женщин, работающих в Москве уличными секс-работниками, лишь 9% имеют официальное разрешение на проживание в Москве (*AIDS Infoshare, 2001*). По данным интервью, проведенного среди 200 секс-работников в Болгарии, 50% участников были цыганами, около 25% собирались уехать за границу для работы в сфере секс-бизнеса, около 50% приехали из других районов Болгарии для работы в сфере секс-бизнеса (*Tchoudomirova et al., 1997*). Сообщения проектов из Скопье (Македония) показывают, что 40% секс-работников составляют цыгане, а в Софии (Болгария) большинство составляют либо цыгане, либо приезжие их городов Южной Европы.

Недавние этнические конфликты и экономический упадок в тех странах, которые прежде входили в состав Югославии, стали теми факторами, которые привели к миграции и росту числа женщин, вовлекающихся в секс-бизнес (*UNICEF, 2001*). В то же время во многих странах региона, в особенности в странах Восточной Европы, широкое распространение получила торговля женщинами. Проверенные данные отсутствуют, однако, по оценкам исследований начала этого века, для работы в секс-индустрии из Албании в Западную Европу были привезены 30 000 молодых женщин (*UNICEF, 2001; Hazizaj, 2002*). Недавние отчеты предполагают, что Белград (Сербия и Черногория) является крупным транзитным центром доставки секс-работников из Восточной Европы в Западную Европу (*Rhodes et al., 2004*).

Данные проектов, показывающих процент приезжих в структуре секс-бизнеса, приведены в Таблице 9 в *Приложении*.



3. Правовое регулирование секс-бизнеса и права секс-работников

Этот раздел содержит краткое описание международных договоров и постановлений, которые должны регулировать (или могут рассматриваться как оказывающие влияние) ответ на секс-бизнес на национальном и международном уровнях. В нем также обсуждаются более общие вопросы, касающиеся прав человека, приводится информация о торговле людьми, рассматриваются разные формы правового регулирования секс-бизнеса в странах ЦВЕ/ЦА от прямого запрета до открытого разрешения секс-бизнеса. Также в нем представлен краткий обзор опубликованных и оригинальных данных, касающихся нарушений прав человека по отношению к секс-работникам.

Все обсуждения о правах человека имеют смысл только с одной важной оговоркой, которую необходимо ясно понимать: по своей сути законы и соглашения о правах человека являются бесполезными, если не сказать формальными. Все страны ЦВЕ/ЦА подписали большинство, если не все, соответствующих международных соглашений и приняли национальные законы, которые запрещают ущемление или нарушение прав любого человека. Однако во множестве этих стран, особенно в тех, которые были частью Советского Союза, структуры и механизмы защиты прав человека являются слабыми, неэффективными или просто игнорируются. Протоколы соблюдения всеобщих прав человека в некоторых странах – особенно в Беларуси, России, Туркменистане и Узбекистане – просто ужасающие и соблюдение прав может стать еще хуже по разным причинам. В этих и некоторых других странах региона права секс-работников и других маргинализированных групп, таких как ПИН, регулярно попираются с очевидно печальными последствиями.

Мало сомнений в том, что законы и соглашения о правах человека должны служить основой для системы их обеспечения. Однако продолжающиеся нарушения этих прав ясно говорят о том, что настолько же или даже более важно соблюдение этих гарантированных

прав в полной мере особенно властями, правоохранительными органами и сервисными службами. Наиболее последовательные и ярые защитники – это обычно те, кого непосредственно касается проблема. Поэтому главная стратегия работы с секс-работниками должна быть направлена на создание условий для эффективного вовлечения секс-работников, ПИН и других групп, чьи права систематически ущемляются или нарушаются. Для проведения политических реформ и изменений эти группы будут лучшими защитниками своих прав даже в тех странах, которые кажутся жесткими и консервативными. Качество и ассортимент помощи и услуг для секс-работников также можно улучшить, только когда они сами могут и хотят этого – в идеале образуя объединения из поддерживающих друг друга и мыслящих схожим образом людей. Необходимо понять, что им нужно и почему реформа необходима не только для них, но и для остального общества. Здоровье и благосостояние всего населения обеспечивается путем заботы о здоровье и правах той его части, которая подвержена особому риску.

3.1 Международные соглашения

Многие вопросы, рассматриваемые в данном отчете, прямо или косвенно связаны с декларациями и нормативами по правам человека, которые являются общепринятыми во всех странах региона – всеобщими по своему характеру и применимыми ко всем людям. В число их входит право на наивысший достижимый уровень здоровья в отношении сексуальной жизни, право на здоровье и планирование семьи, право на жизнь, свободу, неприкосновенность и безопасность, право не подвергаться нападению или сексуальной эксплуатации, право не подвергаться пыткам и жестокому, бесчеловечному, унижительному наказанию или обращению, право не подвергаться дискриминации по половому принципу, право на частную жизнь, право на физическую неприкосновенность и право добиваться удовлетворительной и безопасной сексуальной жизни.

Ряд договоров о правах человека и другие документы гарантируют эти всеобщие права. За редким исключением все они были подписаны каждой из стран мира, включая страны ЦВЕ/ЦА. В число их входят Всеобщая декларация прав человека, Международный договор о гражданских и политических правах, Международная конвенция об экономических, социальных и культурных правах, Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Два других соглашения – Европейская конвенция о правах человека (и пять дополняющих ее протоколов) и Европейская конвенция о предотвращении пыток и бесчеловечного и унижительного обращения и наказания – не применимы для стран за пределами Европы, в том числе и в Центральной Азии.

Статья 12 Международной конвенции об экономических, социальных, культурных и политических правах означает право каждого на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Кроме того, она обозначает шаги, которые должны предпринять присоединившиеся к ней государства, чтобы наиболее полно реализовать это право, включая принятие мер, разработанных для профилактики распространения болезней и устранения дискриминации в доступе к услугам здравоохранения и лечения. Конвенция касается также сексуального и репродуктивного здоровья и подтверждает равноправие полов. ВИЧ/СПИД и большинство других заболеваний не упоминаются в Конвенции специально, но многие аналитики и политики полагают, что соглашение подразумевает также и профилактику, лечение и уход в сфере ВИЧ/СПИДа.

Как особо отмечалось в данном соглашении и, по крайней мере, кратко упоминалось в других международных конвенциях по правам человека, репродуктивные и сексуальные права важны для реализации женщинами и мужчинами своего права на здоровье. Эти права включают свободу в выборе количества детей и частоты родов, а также форм контрацепции,

постоянный и неограниченный доступ к информации о репродуктивных услугах, право на защиту от сексуального преследования и принуждения, право иметь удовлетворительную сексуальную жизнь и право на защиту от сексуального насилия⁴. Согласно Активному положению, принятому на 4-ой Всемирной женской конференции в Пекине (Китай) в 1995 г.: «Права человека для женщин включают в себя их право контролировать, принимать свободные решения и нести ответственность в отношении своей сексуальной жизни, включая свое сексуальное и репродуктивное здоровье, свободу от принуждения, дискриминации и насилия»⁵.

Важность этих прав была подтверждена знаменательным решением Международного трибунала по делам бывшей Югославии, который постановил, что серьезные случаи сексуального домогательства и изнасилования косвенно запрещаются положениями, гарантирующими физическую неприкосновенность, которые предусматриваются международными правами человека (*Обвинитель против Anto Furundzija*, 1999). Позже подобные положения были приняты Статутом Международного Уголовного Суда, который в настоящее время классифицирует сексуальное рабство, принудительную проституцию, принудительную беременность, принудительную стерилизацию и другие формы сексуального насилия как преступления против гуманности или как военные преступления (*Римский Статут Международного Уголовного Суда*).

Хотя ни одна из перечисленных выше конвенций конкретно не говорит о проблеме секс-бизнеса, теоретически они защищают секс-работников, так как являются всеобщими и применимы ко всем людям.

Главная международная конвенция по вопросам секс-бизнеса – это Конвенция о борьбе с торговлей людьми и эксплуатацией проституции третьими лицами, которая была принята Организацией Объединенных Наций в 1949 г. Семьдесят пять государств, присоединившихся к этой Конвенции (в том числе почти все страны ЦВЕ/ЦА, такие как Албания, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Босния и Герцеговина, Хорватия, Чешская Республика, Венгрия, Кыргызстан, Латвия, Македония, Польша, Российская Федерация, Румыния, Словакия, Словения, Таджикистан, Украина)⁶, договорились о применении наказания к лицам, которые:

- приобретают, соблазняют или уводят третье лицо с целью вовлечения его в проституцию, даже с согласия этого лица;
- эксплуатируют проституцию третьего лица, даже с его согласия;
- содержат или управляют публичным домом или сознательно финансируют или принимают участие в финансировании публичного дома;
- сознательно предоставляют или сдают в аренду здание... для целей проституции.

Намерения, положенные в основу данной конвенции, вероятно, очень благородны, но это соглашение имеет серьезные ограничения. Одно из них заключается в том, что хотя конвенция отмечает сложности, связанные с регулированием проституции среди совершеннолетних по обоюдному согласию, но она не признает различий между принудительной и добровольной проституцией, а потому твердо придерживается убеждения, что секс-бизнес необходимо

⁴ Стоит отметить, что политики и чиновники в ряде стран мира, особенно культурно консервативных, не всегда принимают или соглашаются со всеми этими правами – в зависимости от того, как они их понимают. Например, многие люди считают аборт частью репродуктивного права, но аборт запрещен или не приветствуется в некоторых странах, в том числе из ЦВЕ/ЦА.

⁵ Дополнительную информацию о 4-ой Всемирной женской конференции ООН можно найти в Интернете по адресу: www.un.org/womenwatch/daw/beijing/index.html.

⁶ Список государств, подписавших Конвенцию, можно найти в Интернете по адресу: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/treaty11a.htm>.

ликвидировать. С этой точки зрения она делает то же существенное упущение, что и многие другие международные, региональные и национальные соглашения, направленные на защиту женщин. В своем стремлении запретить или ограничить поведение, которое может быть опасно для женщины, многие протоколы отказывают женщинам в праве самим выбирать способ, которым они могут или хотят зарабатывать себе на жизнь.

Многие женщины попадают в секс-бизнес без принуждения. Напротив, они выбирают его по различным причинам, которые могут иметь или не иметь отношения к экономической самостоятельности, независимости или финансовой безысходности. По моральным или медицинским причинам запрещение секс-бизнеса вообще не является разумной стратегией, что может приводить к противоречивым результатам. Возможно, для многих женщин право на труд здесь ограничивается, а запрещение часто вытесняет это занятие в теневую зону, таким образом увеличивая риск для здоровья секс-работниц и ограничивая их возможность отстаивать свои права. Для борьбы с преступностью, экономическим неравенством и для содействия успешной деятельности по профилактике ВИЧ/СПИДа необходимо признать и принять проституцию как работу, выбираемую по личному предпочтению. В 1997 г. Азиатско-Тихоокеанская Консультация женщин по вопросам проституции выпустила с заявлением, в котором активисты правозащитного движения, ученые и юристы призывали правительства «признать и подтвердить реальность существования женщин, работающих в сфере проституции» и определили все занятия, которыми могут заниматься женщины, вовлеченные в проституцию как работу. В 2004 г. члены Европейского комитета по правам женщин и гендерному равенству (*European Committee on Women's Rights and Gender Equality*) договорились защищать юридические права секс-работников и заявили, что любое новое законодательство о проституции должно предусматривать эти права.

К сожалению, многим международным соглашениям по правам человека более высокого уровня часто не хватает такого прогрессивного взгляда. Еще одним из примеров возможных негативных последствий – для прав женщин – или, в других отношениях, благонамеренных соглашений – может служить Протокол Организации Объединенных Наций о предупреждении и пресечении торговли людьми и наказании за нее, принятый в 2000 г. Он приводит четкое и ясное определение торговли людьми. В Статье 3 торговля людьми определена как «осуществляемые в целях эксплуатации вербовка, перевозка, передача, укрывательство и получение людей путем угрозы силой или ее применения или других форм принуждения, похищения, мошенничества, обмана, злоупотребления властью или уязвимостью положения, либо путем подкупа в виде платежей или выгод, для получения согласия лица, контролирующего другое лицо». Протокол успешно обличает секс-бизнес по принуждению. Однако он практически не признал существования проституции не по принуждению и никак не заявил о том, что необходимо признать и защитить права человека секс-работников.

Еще одно соглашение, имеющее непосредственное отношение к этому отчету, это Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Это открытое антидискриминационное соглашение требует, чтобы входящие в него государства (в том числе все страны ЦВЕ/ЦА) принимали все возможные меры по устранению барьеров и созданию условий, в которых женщины смогут во всей полноте использовать свой потенциал на равных с мужчинами. Особое внимание в конвенции также уделяется вопросу торговли людьми: Статья 6 конвенции обязывает все государства-члены договора «принимать все меры, включая законодательные, для подавления всех форм торговли женщинами».

Кроме того, Общая Рекомендация №19 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин призывает государства принять меры по борьбе с гендерным насилием, ссылаясь на то, что она снижает возможность женщин пользоваться правами и фундаментальными свободами, в том числе правом на жизнь, правом не подвергаться пыткам и жестокому, и бесчеловечному или унижительному обращению или наказанию,

правом на юридическую защиту, правом на свободу и безопасность личности, правом на равную защиту закона и правом на наивысший достижимый уровень здоровья. Далее в Рекомендации №19 признается необходимость специальной защиты «проституток» ввиду их особой уязвимости перед насилием. Общая Рекомендация №24 конвенции, тем не менее, подчеркивает для всех государств важность лучшего понимания социальных детерминант состояния здоровья, особое внимание уделяя медицинским потребностям и правам женщин, которые принадлежат к социально незащищенным и уязвимым группам, включая женщин-иммигранток и женщин, вовлеченных в секс-бизнес.

Здоровье и права человека находятся во взаимосвязи – право на здоровье может быть реализовано, только когда человек имеет возможность постоянно и равноправно пользоваться услугами здравоохранения, а также получить компенсацию за нарушение своих прав. Эта взаимосвязь обуславливает важность, как уже говорилось ранее, ликвидации юридического запрета секс-бизнеса и обеспечения мер по снижению стигматизации и дискриминации вовлеченных в него людей. Там, где секс-бизнес криминализован⁷, попытки секс-работников обеспечить свою безопасность и защиту не вписываются в общественную правовую или здравоохранительную систему. Когда их деятельность противозаконна или не регулируется, секс-работники обычно избегают контактов с властями из-за страха преследования или наказания. Декриминализация секс-бизнеса – это первый и ключевой шаг на пути полноценного и эффективного применения международной правозащитной базы в отношении секс-работников.

Еще одним международным соглашением, имеющим отношение к секс-бизнесу, является Международная конвенция защите прав всех трудящихся – мигрантов и членов их семей. Конвенция была принята на Генеральной Ассамблее ООН в 1990 г. Она вступила в силу после своей 20-й ратификации в 2003 г. Хотя в ней специально не упоминаются секс-работники или проституция, соглашение предусматривает широкую трактовку того, кто является рабочим иммигрантом, и определяет различия между рабочим иммигрантом, который законно работает в принимающей стране, и тем, кто находится на ином положении (незаконно). Конвенция обязует присоединившиеся страны гарантировать всем рабочим иммигрантам, независимо от их правового статуса, некоторый перечень социальных, экономических и культурных прав. Все должны иметь право на равноценную и недискриминационную оплату и условия труда и право участия в профсоюзах. Пока соглашение не было широко ратифицировано; к июню 2005 г. только 30 стран по всему миру присоединились к нему или ратифицировали, в том числе 4 из ЦВЕ/ЦА: Азербайджан, Босния и Герцеговина, Кыргызстан и Таджикистан. Однако возможность этой конвенции помочь защите прав секс-работников мигрантов значительно возрастает в тех странах, где секс-бизнес легализован.

Некоторые наблюдатели считают, что более реальной защиты прав секс-работников можно было бы достичь с помощью специальной международной декларации на уровне ООН, в которой содержалось бы всем приемлемое определение секс-бизнеса, были вычислены международные права человека в отношении секс-бизнеса, и которая бы призывала правительства к декриминализации секс-бизнеса. Другие, однако, считают такую стратегию ненужной, так как Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин и Международная конвенция по экономическим, социальным, культурным и политическим правам, в частности, предоставляют адекватную защиту секс-работникам и предполагают выполнение этих прав. Они также выражают опасение, что специальная сводная декларация ООН на деле может иметь обратный эффект, принимая во внимание

⁷ Здесь и везде в данном отчете «криминализация» секс-бизнеса означает специальный прямой запрет на предложение или получение денег в обмен на секс. Напротив, «декриминализация» означает отмену либо отсутствие законов, криминализующих секс-бизнес.

имеющийся политический и социальный постыдный ореол секс-бизнеса. По их мнению, декларация может оказаться слабее, чем предполагается, и таким образом урежет права, установленные двумя другими конвенциями, которые уже существуют.

3.2 Национальные постановления о секс-бизнесе

Законы и правовая политика пытаются различными способами воздействовать на секс-бизнес – от регулирования индивидуального коммерческого секса до попыток запретить организованный секс-бизнес. Во многих странах ЦВЕ/ЦА, где секс-бизнес сам по себе не криминализован, практика проституции эффективно переводится в нелегальную с помощью ограничений на организацию, рекламу и получения доходов от секс-бизнеса. Действия, производимые под именем этих ограничений, часто приводят к незаконным арестам, вымогательству и другим нарушениям прав секс-работниц.

3.2.1 Индивидуальная проституция

Методы регулирования индивидуального секс-бизнеса различаются в разных странах региона ЦВЕ/ЦА. В Таблице 10 в *Приложении* предоставлены нормы национального правового регулирования секс-бизнеса, связаны с ним правонарушений (сутенерство, организация публичных домов, вовлечение в секс-бизнес) и торговли людьми в регионе. Правительства выработали три основных правовых схемы решения проблемы индивидуального секс-бизнеса: прямой запрет, отсутствие регулирования и открытое разрешение секс-бизнеса.

Прямой запрет. Индивидуальная проституция является незаконной (то есть считается административным или уголовным преступлением) в большинстве стран региона. Если в одних государствах существуют только административные штрафы за проституцию, другие применяют уголовную ответственность к тем, кто продает секс. В трех странах, таких как Албания, Румыния и Украина, индивидуальная проституция является криминальным преступлением. В других, включая Армению, Беларусь, Боснию и Герцеговину, Литву, Македонию, Молдову, Россию, Сербию и Черногорию, Туркменистан, Узбекистан и Хорватию, индивидуальный секс-бизнес подлежит прямому запрету, а за индивидуальную проституцию полагается административная ответственность.

Отсутствие правового регулирования. Респонденты опроса ССВЦВЕ и эксперты из одиннадцати стран (Азербайджана, Болгарии, Грузии, Казахстана, Кыргызстана, Польши, Словакии, Словении, Таджикистана, Эстонии и Чешской Республики) сообщили, что они не знают о каких-либо законах в своих странах, которые прямо запрещают или открыто разрешают индивидуальную проституцию. Секс-бизнес, таким образом, может считаться «не регулируемым» или не противозаконным в этих странах.

Наличие положений, регулирующих индивидуальный секс-бизнес. В двух странах региона (в Латвии и Венгрии) индивидуальный секс-бизнес официально разрешен при некоторых специальных условиях.

Как уже отмечалось раньше, важно понимать, что отсутствие юридического запрета не означает, что секс-работники не будут регулярно оскорбляться, преследоваться и арестовываться, как в случае с официальным запрещением. Анализ ситуации в странах показывает, что прямой связи между правовыми нормами и реальной практикой правоохранительных органов в той или иной стране может и не быть. В некоторых странах с более жестким карательным законодательством полиция или милиция может придерживаться довольно мягкого подхода по отношению секс-работникам, в других же странах наблюдается совершенно противоположная ситуация: законодательство не предусматривает преследования к секс-работников, но правоохранительные органы применяют к ним жестокие практики.

Энтузиазм правоохранительных органов может определяться существующими установками и традициями работы полиции в данной стране. Например, и Македония, и Беларусь были отнесены к категории стран, где индивидуальная проституция запрещена. В обеих странах проституция считается нарушением, которое карается штрафом (*Закон о нарушениях общественного спокойствия и порядка Македонии, Статья 27; Административный кодекс Республики Беларусь, Статья 17.5*). Однако закон в этих двух странах применяется по-разному: в Беларуси в одном только 2003 г. за индивидуальную проституцию были наказаны 4374 секс-работника (Министерство внутренних дел Беларуси, 2003 г.), тогда как в Македонии в 2002 г. (данные за 2003 г. были недоступны) были наказаны всего лишь 36 секс-работников (Министерство внутренних дел Македонии, 2002 г.). Даже с учетом разницы в численности населения стран – население Беларуси в пять раз больше населения Македонии – различия в числе секс-работников, подвергнувшихся уголовной ответственности, все равно остается весьма существенным. Милицейские репрессии, очевидно, являются серьезной угрозой для секс-работниц в Беларуси, что значительно затрудняет профилактику ВИЧ/ИППП и предоставление услуг среди них, таким образом ограничивая их право на здоровье. Респонденты из Беларуси отметили, что из-за нелегального статуса секс-работников и милицейских репрессий обеспечить доступ к этой группе для предоставления профилактической информации и презервативов крайне сложно.

Национальный респондент из России указал, что, хотя проституция является административным нарушением, которое облагается штрафом (*Административный Кодекс Российской Федерации, Статья 6.11*), соответствующая статья редко применяется по отношению к секс-работникам, поскольку милиции крайне сложно доказать факт продажи сексуальных услуг. На практике, однако, секс-работники часто задерживаются или подвергаются аресту на основании других статей, таких как нарушение общественного порядка, хулиганство или отсутствия разрешения на проживание (*см. также Burris and Villena, 2002*).

Даже в тех странах, где индивидуальный секс-бизнес декриминализован, как, например, в Кыргызстане, ситуация вряд ли лучше. Национальный корреспондент в этой стране сообщает, что подзаконные акты (директивы и инструкции Министерства внутренних дел) и реальные практики правоохранительных органов противоречат существующему законодательству, разрешающему индивидуальный секс-бизнес. Милиция систематически задерживает секс-работников на улице или просто угрожает арестом для вымогательства взяток. Часто причиной ареста является нарушение паспортного режима или общественного порядка. Угроза такого преследования также ограничивает правоспособность секс-работников и возможность доступа к необходимой медицинской помощи, включая систему здравоохранения и программы снижения вреда.

3.2.2 Оприходованная проституция⁸

Существующее законодательство намного строже относится к организованной проституции, даже в тех странах, где проституция сама по себе является полуправовой (Венгрия и Латвия) и нерегулируемой. Сутенерство запрещено во всех странах региона (считается административным нарушением в России и уголовным преступлением в остальных странах), и мера наказания за него колеблется от штрафа до лишения свободы (*подробнее см. Таблице 10 в Приложении*). Политики, похоже, соглашаются с такой строгостью. Например, все 10 законодателей, принимавших участие в опросе 2003 г. среди 63

⁸ Под содержанием публичных домов понимается приобретение постоянного помещения для предоставления услуг в области проституции, подбор секс-работниц и найм необходимого обслуживающего персонала.

экспертов (представителей правоохранительных органов, законодателей, представителей исполнительной власти, медицинских работников и т.д.) в Российской Федерации, считали, что организованная проституция должна оставаться нелегальной (*AIDS Infoshare, 2003*).

Те же тенденции наблюдаются на рынках проституции в разных странах региона: местная проституция редко осуществляется на индивидуальной основе, и в большинстве случаев она контролируется сутенерами. Жесткие полицейские практики по отношению к секс-работникам способствуют увеличению зависимости секс-работников от третьей стороны, такой как сутенеры, которая следила бы за полицией и договаривалась об освобождении задержанных или арестованных секс-работников. Исследование в Болгарии обнаружило, что менее 5% участвовавших в нем секс-работников работали без сутенера (*Arsova, 2000*). Хотя в Болгарии индивидуальная проституция не регулируется законом, в ней, как и во всем регионе, сутенерство является преступлением и наказывается лишением свободы до трех лет и штрафом. Следовательно, на практике, хотя проституция сама по себе не является незаконной деятельностью, в реальности она часто жестко ограничена положениями уголовных кодексов.

Судя по сообщениям из региона, независимо от того, что сказано в законе, полиция, похоже, более ревностно относится к индивидуальным секс-работникам, чем к сутенерам: например, в Беларуси, где индивидуальный секс-бизнес является административным нарушением, а сутенерство – уголовным преступлением, в 2003 г. более 4 тыс. человек были привлечены к ответственности за проституцию, при этом лишь 347 человек были обвинены в сутенерстве (Министерство внутренних дел Беларуси). По данным полицейского отчета за 2000 год, в Болгарии за последние десять лет был осужден только один сутенер, и этот единственный приговор был вынесен условно (*Arsova, 2000*).

Хотя влияние норм, ограничивающих содержание публичных домов, требует дальнейшего изучения, исследование в России показывает, что среди нежелательных последствий криминализации содержания публичных домов может быть повышение мобильности работников организованного секс-бизнеса (*Mariner, 2000*), а большая мобильность внутри местных секс-индустрий, в свою очередь, может привести к потере контакта персонала сервисных программ с целевыми группами секс-работников на продолжительный период времени, что напрямую снижает эффективность работы с ними программ здравоохранения, юридических и других служб (*AFEW, 2003a*). Прямой запрет на содержание публичных домов означает также, что секс-работники часто вынуждены работать на людях – например, на улице или в машине у клиента, что также увеличивает их риск для здоровья и безопасности и делает их легкой добычей для коррумпированных или агрессивных сотрудников полиции.

3.2.3 Торговля людьми

Большинство стран в мире применяют уголовное наказание за торговлю людьми. Например, Хорватия, которая является транзитной страной, в 2002 г. осуществила Национальный план по борьбе с торговлей людьми. Национальный Уголовный кодекс запрещает рабство (*Уголовный кодекс Республики Хорватии, Статья 175*), незаконную перевозку людей через границу государства (*Статья 177*) и международную проституцию (*Статья 178*), куда входит принудительная проституция и вовлечение третьего лица в проституцию в другой стране.

В Чешской Республике, которая служит страной назначения, отправления и транзита для торговли людьми, Уголовный кодекс запрещает торговлю в целях сексуальной эксплуатации и предусматривает за нее наказание от одного до пяти лет заключения (*Уголовный кодекс Чешской Республики, Статья 246*). Тюремный приговор может быть увеличен до максимального срока в восемь лет, если торговец состоит в организованной группе, вовлечен в торговлю малолетними или совершил преступление с намерением эксплуатировать жертву в целях проституции (*Статья 246(2)*). В соответствии с этим положением уголовно

наказуемым является склонение, наем или перевозка третьего лица в зарубежную страну или из нее в целях предоставления сексуальных услуг.

В Эстонии, в которой нет специального положения, наказывающего за «торговлю людьми» как за отдельное преступление, соответствующие статьи, применяющиеся к «порабощению» (*Уголовный кодекс Республики Эстонии, Статья 133*), «похищению» (*Статья 134*) и «незаконному пересечению государственной границы» (*Статья 16*), могут быть применены к разным формам деятельности, связанной с торговлей людьми.

В целом эти законы поддерживаются политиками и правозащитниками. Однако на практике лишь немногие страны региона способны адекватно отреагировать на проблему торговли людьми. Например, в Хорватии в 2002 г. только 16 человек были обвинены в международной проституции. В Боснии и Герцеговине, которая является одновременно страной вывоза и ввоза людей, правительственные чиновники делают крайне мало для защиты женщин от торговцев, при этом часто обвиняя последних в нежелании выступать в суде. По данным отчета организации «Хьюман Райтс Вотч» от 2002 г., даже некоторые члены Международной полицейской специальной группы покупали женщин у торговцев, за что подверглись наказанию не более значительному, чем «строгое предупреждение» (*Human Rights Watch, 2002*).

Существует также непосредственная связь между национальными законами, запрещающими проституцию в стране отправления/назначения, и страхом женщин, служащих объектом торговли, что их используют в качестве секс-работниц. В 2002 г. UNHCR, UNICEF и Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе (the Organization for Security and Cooperation in Europe) провели анализ существующих тенденций в странах Юго-Восточной Европы. Они пришли к следующему выводу – так как проституция считается нелегальной в Албании, Боснии и Герцеговине, Молдове, Румынии и Сербии и Черногории, «угроза быть использованной в качестве проститутки, т.е. оказаться вовлеченной в незаконную деятельность в стране назначения, а также страх перед насилием и долгами и незаконным пребыванием в стране являются самыми эффективными средствами манипулирования для торговцев людьми. Они же являются основной причиной того, почему женщины не пытаются обращаться за помощью к властям. Коррупционность местных правоохранительных органов и других властей и их связи с торговцами – это вторая причина» (*UNHCR, UNICEF, 2002*).

3.2.4 Регулируемый секс-бизнес

Латвия и Венгрия – две страны в регионе, которые регулируют секс-бизнес с помощью специальных положений и правительственных резолюций. Поскольку нельзя утверждать, что секс-бизнес является «легальным» – эта профессия не включена в реестр официальных профессий ни в одной стране – более точным будет термин «полулегальный» или «регулируемый».

Секс-бизнес является полулегальным в Латвии с ноября 1998 г., когда Кабинет министров утвердил постановление №427 «Об ограничении проституции» (*Latvijas Vestnesis, 1998*). До этого в латвийском законодательстве не было положений, регулирующих секс-бизнес. И апреле 2001 г. Кабинет министров принял поправки к постановлению. Эти поправки содержали специальную информацию относительно того, где и каким образом предоставление сексуальных услуг должно ограничиваться и контролироваться.

Ниже приводится краткое содержание этих постановлений:

- Любой желающий заниматься секс-бизнесом, кому исполнилось 18 лет, может обратиться к дипломированному венерологу для получения «карты здоровья», одобренной министром социального обеспечения. Такая карта позволяет человеку работать на территории, специально выделенной властями для секс-бизнеса. В областях с населением менее 20 000 человек, такие территории выделяются местным

правительством. Предоставление сексуальных услуг или прием комиссионного вознаграждения за сексуальные услуги за пределами этих территорий запрещены. Предоставление сексуальных услуг запрещено в квартирах и домах, если только они не принадлежат проститутке или клиенту, или в любых квартирах и помещениях, где присутствуют малолетние или где проживают люди, возражающие против предоставления сексуальных услуг в данном месте.

- Сексуальные услуги не должны предлагаться или рекламироваться через СМИ – включая Интернет и прессу (кроме изданий эротического характера), а также не должны предлагаться или рекламироваться через вовлечение третьих лиц.
- Секс-работники обязаны ежемесячно проходить медицинский осмотр. Рамки осмотра указаны в инструкциях, утвержденных министром социального обеспечения. Любая информация, имеющая отношение к делу, такая как венерологический статус или прохождение лечения, должна быть записана дипломированным дерматовенерологом в карте здоровья проститутки.
- Людям с ВИЧ/СПИДом запрещено заниматься проституцией.
- Дерматовенеролог, который выдает карты здоровья, раз в месяц обязан подавать начальнику национальной полиции список регистрационных номеров всех выданных карт.
- После получения письменного запроса от национальной полиции медицинский работник, который выдал карту здоровья, провел осмотр или назначил лечение проститутке, обязан в течение 3 дней предоставить национальной полиции требуемую информацию. Национальная полиция может подать подобный запрос в национальный реестр заболеваний, передающихся половым путем, и кожных инфекционных заболеваний, Латвийский центр инфектологии (Отделение СПИДа), Центр профилактики СПИДа и другие медицинские учреждения, специализирующиеся на диагностике и лечении заболеваний, передающихся половым путем.
- Надзор за исполнением постановлений осуществляют официальные лица, назначенные начальником национальной полиции, в сотрудничестве с соответствующими местными властями. Инспекторат по контролю за качеством медицинского ухода и экспертному анализу работоспособности следит за порядком прохождения проститутками ежемесячного медицинского освидетельствования.

Нарушение этих постановлений является уголовным преступлением, которое карается штрафом или тюремным заключением. Повторные нарушения влекут либо задержание, принудительный труд, общественные работы, либо штраф в размере до 50 минимальных окладов (*Dehne, 2000*).

Латвийскими законами разрешен только индивидуальный секс-бизнес: управление секс-бизнесом (включая сутенерство) запрещено Уголовным кодексом Латвии (*Статья 165*), и может повлечь за собой заключение сроком до 4 лет с конфискацией имущества или без нее. Если такое преступление совершается группой или в отношении несовершеннолетних, оно может повлечь заключение сроком до 8 лет с конфискацией имущества, а если в отношении детей до 12 лет – заключение сроком до 12 лет с конфискацией имущества на общественные нужды.

Эти правовые акты создают впечатление, что секс-работники в Латвии живут более благополучно, чем в других странах региона, однако это может быть обманчивым, поскольку полицейские рейды и насилие клиентов остаются для секс-работников нерешенными проблемами. В исследовании 2002 г. 86% (n=162) респондентов-СР в Латвии сообщали о сексуальном насилии по отношению к ним. Это сопоставимо с 98% (n=154) в Литве и 46% (n=158) в Эстонии (*Kalikov, 2002*). Эти данные вызывают озабоченность еще и благодаря

тому факту, что информация, которая содержится в «карте здоровья», не может считаться полностью конфиденциальной, что видно из постановления, требующего передачу информации от медицинских специалистов в органы полиции. Например, употребление наркотиков также должно отмечаться в карте, что может повлечь арест или преследование со стороны полиции. Эти опасения предположительно могут препятствовать обращению секс-работников за официальными картами здоровья и побуждать их работать вне системы, таким образом ограничивая их контакты с системой здравоохранения.

Хотя с 1993 г. секс-бизнес в Венгрии не считается уголовным преступлением, закон, регулирующий секс-бизнес, вступил в силу лишь в 1999 г. Основные правила указаны в «Акте об организованной преступности и смежных областях» (*Акт 1999: LXXV Республики Венгрии, раздел 7-11*). Здесь секс-бизнес не преследуется по закону при следующих условиях:

- Как и в Латвии, местные власти в Венгрии могут выделять так называемые «зоны терпимости», где могут работать секс-работники, если секс-бизнес в местном сообществе (деревне, поселке или городе) является «обычной» или частой практикой. Местные самоуправления должны выделять такие зоны, если численность населения свыше 50 000 человек, а секс-бизнес существует в течение продолжительного периода времени. В таких зонах терпимости секс-бизнес в целом легален. Местное самоуправление не имеет права выделять зоны терпимости на так называемых «защищенных территориях» (в школах, университетах, музеях, учреждениях по уходу за ребенком, государственных административных учреждениях, религиозных и дипломатических учреждениях) и в прилегающих к ним районах.
- Если секс-работник работает за пределами зон терпимости, он/она совершает незначительное правонарушение (*Акт 1999: LXXV, Поправки к указу о борьбе с организованной преступностью и подобными явлениями*). Тот же закон предусматривает санкции в случае отсутствия свидетельства о состоянии здоровья или предложения сексуальных услуг несовершеннолетним (18 лет – возраст правоспособности за вовлечение малолетних в секс-бизнес)⁹. Если клиент младше 14 лет, то нарушитель несет ответственность, которая предусматривается Уголовным кодексом (*Акт IV, 1978*). Закон также запрещает секс-работникам принимать предложения малолетних, желающих воспользоваться его/ее услугами.
- Если секс-работник работает за пределами выделенной зоны, полиция может арестовать его/ее. Самым большим наказанием является штраф, составляющий примерно 100-200 долларов США. (Основной вывод из этого закона, с точки зрения секс-работника, состоит в том, что если он или она пытаются работать за пределами выделенной зоны, то общая сумма штрафов вскоре может стать очень высокой. Кроме того, даже если тюремное заключение действительно не может применяться как наказание, то полиция может заменить штраф на условное заключение в случае неуплаты штрафа до установленного срока. Поэтому, хотя теоретически секс-бизнес ненаказуем, на практике секс-работники зачастую подвергаются наказанию).
- В соответствии с указом от 1999 г. (*Указ министерства здравоохранения № 41/1999 (IX.8)*), секс-работники должны проходить регулярное медицинское обследование в местных службах лечения ИППП, где они осматриваются на предмет наличия сифилиса, гонореи, ВИЧ, хламидиоза и гепатита В. Если тестирование дает отрицательные результаты, они получают гигиеническую карту, которая

⁹ Следует отметить, что возраст, с которого человек может принимать решение о вступлении в сексуальные отношения в Венгрии – 14 лет, но это положение не относится к коммерческому сексу.

считается действительной только в сочетании с удостоверением личности.
Гигиеническая карта действует только в течение трех месяцев.

Как и в других странах региона, Уголовный кодекс Венгрии карает сутенеров и лиц, содержащих публичные дома. Содержание публичных домов карается сроком заключения до 5 лет, и от 2 до 8 лет, если в работе участвуют несовершеннолетние. Сутенерство может повлечь заключение сроком до 3 лет и/или запрет на пребывание в данной географической области.

По данным Венгерского союза гражданских свобод (*Hungarian Civil Liberties Union*), выступавшего в роли национального корреспондента исследования, самая большая проблема регулирования секс-бизнеса в Венгрии заключается в том, что местные власти отказываются выделять зоны терпимости, не считая некоторых пробных экспериментов. Причина обычно связана с противодействием со стороны местных сообществ, озабоченных ценами на недвижимость. Иногда в крупных городах наблюдаются проблемы взаимодействия между властями. В Будапеште высшее местное самоуправление (мэрия Будапешта) готово выделить такие зоны, однако конкретные районы не выражают желания пойти на этот шаг. Это ведет к ситуации, когда секс-работники постоянно подвергаются штрафам, а накопление таких штрафов может привести к условному тюремному заключению. Местные правозащитные организации и Венгерская ассоциация проституток (*Hungarian Prostitutes Association*) обращают внимание на то, что каждое местное самоуправление, которое не выделяет такие зоны, нарушает закон, но пока их попытки отстоять права секс-работников не имели успеха.

Последовательные глубинные исследования, посвященные изучению воздействия закона на общественное здоровье, необходимо все же довести до конца в Латвии или в Венгрии. Исследования показывают, что подобный подход к уличному секс-бизнесу привел к улучшению состояния здоровья секс-работников и их клиентов в других странах, таких, как Австралия (*Morton et al., 2002*). Между тем исследователи предупреждают, что некоторые аспекты политики в Латвии и Венгрии, такие как принудительное тестирование на ВИЧ/ИППП и нарушение конфиденциальности секс-работников, когда данные их медицинских записей передаются в полицию, могут привести к еще большей маргинализации секс-работников и ухудшению их доступа к лечению ИППП (*Dehne, 2000*). Это лишний раз доказывает важность соблюдения всех стандартов прав человека, таких как доступ к добровольному и конфиденциальному тестированию и лечению при осуществлении новой политики в области здравоохранения. Следующая глава посвящена более широким аспектам прав человека в контексте секс-бизнеса в ЦВЕ/ЦА.

3.3 Права секс-работников

«Когда они приходят за нами, мы ложимся и молчим, дрожим... и нам страшно».

– Ира, 27 лет. Секс-работник и потребитель инъекционных наркотиков, Украина (UHRA, 2004).

3.3.1 Нарушения со стороны полиции

Несмотря на различия в законах, действующих в странах региона в отношении проституции, действия полиции в отношении секс-работников везде примерно одинаковы. Во всех 27 странах, участвовавших в исследовании, местные эксперты и сотрудники проектов

указывают преследование со стороны правоохранительных органов среди основных причин того, что секс-работники подвергаются насилию и риску для здоровья.

Сотрудники правоохранительных органов находят многочисленные причины для задержания секс-работников – чаще всего в качестве основания используется отсутствие необходимых документов. Большинство нарушений, таких как отсутствие удостоверения личности, разрешения на проживание и тому подобное, являются незначительными нарушениями, которые обычно караются штрафом, назначаемым в соответствии с распоряжением суда. Несмотря на это, работников коммерческого секса часто задерживают без законных оснований, и какие бы документы не были ими предъявлены – это отнимается, что делает их еще более уязвимыми при следующих полицейских операциях. Секс-работники, употребляющие инъекционные наркотики, особенно беззащитны перед полицейскими рейдами. Во многих случаях полиция, которая стремится выполнить свою квоту по арестам, связанным с наркотиками, – одно из наиболее одиозных следствий жесткой политики против наркотиков – подбрасывает наркотики секс-работнику, который является ПИН.

Но нередко сотрудники правоохранительных органов вообще не утруждают себя тем, чтобы найти предлог для преследования секс-работников и вымогательства взяток – это происходит как нечто само собой разумеющееся. Даже в тех странах, где секс-бизнес не является преступлением, секс-работники считают, что они обязаны платить полиции либо деньгами, либо сексуальными услугами.

Спектр нарушений, о которых сообщают национальные корреспонденты и литература, поистине впечатляет и ужасает. Он колеблется от устных оскорблений и принудительного тестирования до незаконного задержания, сексуальной эксплуатации и пыток, в том числе изнасилований, а также многого другого. В одном рассказе секс-работницы из Узбекистана содержится описание целого ряда всевозможных нарушений прав человека, с которыми ежедневно приходится сталкиваться секс-работникам:

«Ну, я работаю на трассе. Подъезжает милицейский фургон. Тебя хватают и затаскивают внутрь. Конечно, они [милиционеры] оскорбляют тебя всеми способами. Некоторое время проводишь в фургоне, они возят тебя по всему городу, выискивая других. Потом тебя привозят в РОВД [Районное отделение внутренних дел] и передают в руки начальнику отдела по борьбе с наркотиками и проституцией. Тут важно хорошо себя вести, не то точно избьют. Милиционеры заставляют тебя написать, каким образом ты оказалась на трассе, «занимаясь проституцией». Им нужно, чтобы ты в письменной форме признала, что являешься проституткой. Иногда в этот момент можно попробовать подкупить начальника, предложив ему бесплатный секс... Когда напишешь признание, тебя или отпускают, отобрав паспорт, или отвозят в клинику лечения ИППП на принудительное тестирование. В клинике, если у тебя положительные тесты на ту или иную болезнь, все может кончиться тем, что тебя продержат там до 30 дней и еще придется платить за лечение. Конечно, тестируют и на ВИЧ. Если ты «чистая», то милиционеры забирают тебя из клиники ИППП, после чего ты снова оказываешься в РОВД, где нужно написать другую бумагу,

в которой говорится, что ты заплатишь административный штраф, а также больше не будешь работать проституткой. Суд решает, штрафовать тебя или нет. После этого ты снова свободная птица: милиция не будет трогать тебя дня три, потому что клиника ИППП откажется принимать тебя так скоро».
– Секс-работница из Ташкента, Узбекистан.

Этот рассказ подтверждает сообщения национальных корреспондентов о том, что секс-работники, которые работают на улицах и автомобильных дорогах, подвергаются наибольшему риску стать жертвой полицейской облавы и насилия. Кроме того, очевидно, что уличные работники – самые бедные (их услуги обычно самые низкооплачиваемые по сравнению с другими секс-работниками). Согласно данным наших корреспондентов, некоторые секс-работники в Таджикистане получают за услугу всего 30 центов США, тогда как их более «удачливые» коллеги в Украине зарабатывают по 5 долларов США за услугу. Корреспонденты сообщают также, что те, кто работают на улице, как правило, обладают недостаточными знаниями о передаче ВИЧ/ИППП, реже практикуют безопасный секс с клиентами и среди них выше распространенность употребления инъекционных наркотиков, алкоголизма и ИППП. Они также больше других нуждаются в защите от насилия со стороны клиентов, они практически ничего не знают о своих правах и не способны предпринимать какие-либо действия, чтобы защитить их.

Физическое насилие: Две трети (66%) секс-работников, опрошенных Вильнюсским центром зависимостей в Литве, сообщили, что подвергались физическому насилию со стороны полиции. В Нижнем Новгороде, Россия, Областной СПИД-центр сообщил, что каждый третий опрошенный секс-работник подвергался насилию в той или иной форме, а 21% сообщили, что испытывали грубое обращение со стороны сотрудников милиции.

Задержание на основании отсутствия документов: В Болгарии, как и в других странах региона, полиция задерживает множество секс-работников на основании паспортной проверки. Властные структуры рассматривают эту практику как допустимую и даже социально желательную меру (Arsova, 2000). Самая мрачная ситуация очевидно в России, где система «прописки» (постоянного места жительства) жестко контролируется во многих городах. Эта система предусматривает наличие штампа во внутреннем паспорте, который свидетельствует, что человек может постоянно находиться на данной территории. Отсутствие такого штампа часто дает полиции основание для ареста или задержания секс-работников.

Принуждение к сексу: Национальный корреспондент из Боснии и Герцеговины сообщает о нескольких случаях изнасилования, совершенных полицейскими. Множество подобных случаев грубости и агрессивности со стороны полицейских регулярно происходят в зоне между двумя кантонами (районами) этой страны. Полицейские из одного округа принуждали уличных секс-работников, живших в другом округе, к сексуальным услугам. Тот же корреспондент сообщил, что секс-работники, работающие в ночных барах/клубах, также сталкиваются с насилием со стороны полиции (в роли клиентов). Полицейские обычно имеют взаимные соглашения с владельцами баров, которые обеспечивают им сексуальные услуги секс-работников в обмен на умолчание о проституции в баре/клубе. (В Боснии и Герцеговине проституция запрещена).

По результатам исследования среди секс-работников в Москве (n=242), 18% сообщили, что подвергались изнасилованию со стороны работников милиции (Nashkoev, 2002). В Грузии из 160 опрошенных уличных СР 42% (n=67) сообщили, что подвергались либо сексуальному, либо физическому насилию за последний год. Самые молодые (до 19 лет)

страдают больше всех: 50% опрошенных сообщили о том, что пережили сексуальное или физическое насилие. Только 42 пожелали назвать виновных, из них 26% указали на сотрудников правоохранительных органов (Stvilia et al., 2003).

В этом отчете уже описывалась практика, распространенная во многих государствах постсоветского пространства – система «субботников» (Раздел 2.4). Об этой форме принудительных бесплатных сексуальных услуг для полиции часто сообщается в литературе (Lakhulamani, 1997; Platt, 1998; AIDS Infoshare, 2001; Andrushak et al., 2000) и в отчетах отдельных стран.

Вымогательство взяток: Хотя сутенерство и сексуальное домогательство обычно запрещены законом в большинстве из исследованных стран, по некоторым утверждениям, коррумпированность полиции распространяется и на организованный секс-бизнес. Например, организация «Хьюман Райтс Вотч» сообщает, что в Казахстане, по утверждениям свидетелей, полиция предлагает сутенерам защиту от уголовного преследования в обмен на денежное вознаграждение и бесплатные сексуальные услуги (Human Rights Watch, 2003).

Такие же сообщения поступали и от местного НГО в Бишкеке (Кыргызстан), деятельность которого посвящена защите законных прав секс-работников. Наиболее распространенной проблемой, по словам секс-работников, было нарушение их прав правоохранительными ведомствами и милицией, причем большинство клиентов жаловались на вымогательство денег и незаконное задержание (Tais Plus, 2004).

В отчете из России, где секс-бизнес является административным нарушением, отмечается высокий уровень вымогательства взяток. Милиция часто использует статьи за «мелкое хулиганство» или отсутствие необходимых документов для того, чтобы получать взятки или бесплатный секс (Lowndes et al., 2003).

Перемещение секс-работников: Политика правоохранительных органов, направленная против уличной проституции, редко снижает ее распространенность; вместо этого она лишь ведет к перемещению секс-работников в другие районы того же города. Эта практика ведет к тому, что секс-работники подвергаются повышенному риску, поскольку зачастую они оказываются незнакомы с новым районом и клиентами. Кроме того, секс-работники часто оказываются вынуждены работать в более позднее время ночи и в более изолированных и потому более опасных районах, чтобы не привлекать к себе внимание правоохранительных органов. Это, в свою очередь, снова делает работников в сфере секс-бизнеса очень уязвимыми для насилия. Следующая история из Кыргызстана дает представление о том, как происходит такое перемещение, а также к чему оно может привести:

«Милиция забрала двух девушек, заявив, что они работают «не в том месте». Сотрудники милиции откровенно заявили, что им нужны деньги. Сутенер заплатил. Теперь девушки очень боятся милиции, думая, что теперь им совсем не дадут работать...»
– Отчет волонтера проекта «Таис Плюс», Кыргызстан.

Респонденты из Польши также упоминали о произвольной и незаконной депортации секс-работников полицией.

Обязательное тестирование на ВИЧ/ИППП: В середине 1990-х годов, на которые пришелся пик паники, связанной с ВИЧ/СПИДом, законодательство, обязывающее граждан тестироваться на ВИЧ и ИППП и предусматривающее уголовное наказание за передачу сексуальных заболеваний, было обычным для многих стран региона. Большинство из этих законов в настоящее время аннулировано, но традиция «здоровья, обеспеченного законом», и ненормально тесных связей между медицинскими службами и правоохранительными

органами по-прежнему весьма сильна¹⁰. О принудительном тестировании арестованных секс-работников на ИППП и ВИЧ и их принудительной госпитализации для лечения ИППП сообщают многие страны, в том числе и Россия (Lowndes et al., 2003; Lakhulamani, 1997; Platt, 1998; AIDS Infoshare, 2001). Обязательное тестирование настолько глубоко укоренилось в некоторых странах региона, что иногда организации, предоставляющие услуги, не воспринимают его как таковое. СПИД-центр в одном из российских городов, например, сообщил исследованию: «Принудительного тестирования и лечения не существует. Однако существует обязательное тестирование на ВИЧ пациентов с ИППП, ПИН и лиц, поступающих в учреждения предварительного заключения».

Проект «Пальмира» в Казахстане сообщает о продолжении милицейских операций, во время которых проводится тестирование на ВИЧ (без дотестового консультирования). Респонденты из Польши сообщают также, что иногда сотрудники полиции требуют, чтобы СР предъявляли им свои результаты тестов на ВИЧ/ИППП.

Помимо того, что подобные практики являются явным нарушением прав человека, они также формируют негативный образ служб здравоохранения среди секс-работников. В дальнейшем это может стать причиной того, что секс-работники будут всячески избегать этих служб, что может еще больше усугубить проблему ВИЧ/СПИДа на индивидуальном и государственном уровнях.

Отказ следовать закону в случаях, связанных с секс-работниками: Слабые нормы права в большинстве стран региона ведут к тому, что секс-работники оказываются крайне уязвимы для незаконных действий со стороны правоохранительных органов, например, для нарушения процессуальных гарантий, четко предусмотренных международным правом (в таких документах, как Международный пакт о гражданских и политических правах). Секс-работники часто уверены в том, что единственная функция власти – наказывать и преследовать их. Поэтому, хотя в каждой из стран, принимавших участие в исследовании, изнасилование квалифицируется как преступление, работники секс-бизнеса не пытаются искать правосудия или иным образом добиваться наказания своих обидчиков через национальную судебную систему. СПИД-центр в Вильнюсе (Литва), сообщил, что «полиция практически никогда не фиксирует случаи изнасилования или разбойного нападения, о которых сообщают СР, исходя из того, что СР по определению не могут быть изнасилованы».

3.3.2 Нарушения со стороны сутенеров

В Нижнем Новгороде (Россия) Областной СПИД-центр сообщил, что каждый третий из опрошенных СР подвергается насилию в той или иной форме, и большинство из них (55%) – насилию со стороны своих сутенеров.

Местный эксперт в Болгарии описал ситуацию, в которой часто оказываются секс-работницы, следующим образом: «В худшем случае секс-работники не могут самостоятельно

¹⁰ По данным AFEW, эти законы продолжают применяться во многих странах Центральной Азии. Экспресс-оценка, проведенная в 2000 г. среди секс-работников в Душанбе, показала, что Статьи 125 и 126 Уголовного кодекса также часто используются в качестве основания для ареста или задержания секс-работников. Статья 125 «запрещает заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни»; Статья 126 «запрещает заражение другого лица инфекцией, передающейся половым путем, лицом, знавшим о наличии у него этой болезни». По данным исследования в Душанбе 2000 г., ежегодно обвинения по этим статьям выдвигаются против одной-двух женщин, занятых в индустрии сексуальных услуг. На данный момент таких обвинений в суде не зарегистрировано. Однако этот закон может побудить секс-работника воздержаться от тестирования и лечения, поскольку статьи распространяются на людей, знавших свой диагноз. Также государственные службы, работающие в области ИППП и ВИЧ/СПИДа, предусматривают регистрацию положительных диагнозов, которая может повлечь госпитализацию, постановку на учет и возможную потерю работы (AFEW, 2003a).

решить, работать ли им или где, как и когда им работать, переехать ли им в другое место, обратиться ли им к врачу. Часто они являются объектами торговли, жертвами изнасилования и постоянного насилия со стороны своих сутенеров или организованных групп, в которых они работают» (*Kandzhikova, 2004*).

Легализация секс-бизнеса может помочь секс-работницам не пользоваться услугами третьей стороны, работая по своему усмотрению. Даже при работе через сутенеров декриминализация этой сферы могла бы помочь им обращаться к властям по поводу физического или сексуального насилия со стороны своих сутенеров.

3.3.3 Нарушения со стороны клиентов

Примерно 80% работников секс-бизнеса в ЦВЕ/ЦА сообщают, что подвергались физическому насилию со стороны клиентов. Глубинное исследование в Москве (Россия) посвященное изучению психологического профиля секс-работников (n=242), показало, что 38% женщин сообщили, что были изнасилованы клиентами более одного раза (*Nashkhoev, 2002*). В Нижнем Новгороде (Россия) Областной СПИД-центр сообщил, что каждый третий обращающийся к ним СР подвергался насилию в той или иной форме, и 23% из них – со стороны клиентов.

Национальный корреспондент из Боснии и Герцеговины сообщил, что сексуальное преследование, включая изнасилование, является наиболее частой формой насилия, с которым сталкиваются СР. Кроме того, отмечается, что секс-работники пытаются различными способами защитить друг друга. В одном городе Боснии, после того как несколько лет назад секс-работник был убит клиентом, секс-работники перестали работать на улицах по ночам, и стали выходить на работу только в дневное время, проявляя особую осторожность при работе на крупных автомагистралях и больших перекрестках. По сообщениям из Латвии, там уличные секс-работники часто записывают номера машин своих «обидчиков» и информируют друг друга. Другая частая форма насилия, по сообщениям корреспондентов из Боснии и Герцеговины и других стран региона, – это избиение и принуждение к анальным и вагинальным сексуальным контактам без презерватива.

В Болгарии некоторые секс-работники утверждают, что предпочли бы работать за рубежом, где клиенты «более цивилизованно» относятся к их профессии. Как и во многих других странах, в Болгарии секс-работники часто зависят от своих сутенеров, которые обеспечивают им пусть даже весьма ограниченную защиту от жестокости клиентов; в качестве примеров негативного опыта работы с клиентами СР часто упоминают об отъеме денег и имущества, изнасиловании и похищении.

В Казахстане более 60% уличных секс-работников сообщают о насилии со стороны клиентов. По данным одного исследования в Вильнюсе (Литва) 86% секс-работников подвергались сексуальному нападению со стороны клиентов за последние 12 месяцев 2003 года.

В Грузии из 160 опрошенных уличных секс-работниц 42% (n=67) сообщили, что подверглись сексуальному или физическому насилию в прошлом году. Самая большая доля (50%) из них были не старше 18 лет. Только 42 из 160 опрошенных пожелали назвать виновников насилия, и 52% из них указали на своих клиентов.

3.3.4 Нарушения со стороны средств массовой информации

В регионе ЦВЕ/ЦА право секс-работников на частную жизнь и конфиденциальность периодически нарушается средствами массовой информации (СМИ). Многие газеты публикуют их фотографии, их личности раскрываются в программах, транслируемых по национальному телевидению – и все без их согласия. Такими действиями СМИ часто вносят свой вклад в повышение стигматизации секс-работников и сокращают их способность и

желание обращаться за необходимой медицинской и юридической помощью. Респондент из Болгарии сказал, что национальные СМИ редко принимают во внимание потребность секс-работников в конфиденциальности, «обычно их фотографируют против их воли и без их согласия. Не предпринимается никаких усилий для того, чтобы держать их личность в тайне».

Национальный респондент из Грузии утверждает, что нарушения со стороны СМИ там встречаются нечасто, однако вспоминает один весьма примечательный случай:

«Одна из СР попросила нас помочь ей в попытке разобраться с полицейским, который нарушал ее права и права ее коллег. Он регулярно избивал СР, заносил их в черные списки и принуждал бесплатно оказывать ему сексуальные услуги. Два социальных работника из «Танадгома» (НГО, которое работает с секс-работницами) вместе с СР подали ходатайство главе местного Комитета по правам человека с просьбой помочь женщине и защитить ее в будущем от преследований обидчика-полицейского. Она пообещала нам свою помощь, но практически ничего не сделала. Мы знаем, что наше посещение управления было снято на скрытую камеру и вскоре показано по местному телевидению без нашего согласия. В результате полицейскому удалось установить личность СР, и он снова пригрозил ей побоями; ее коллеги отвернулись от нее, встали на сторону полиции и на долгое время запретили ей работать в их районе».

– Национальный корреспондент из Тбилиси, Грузия.

Респонденты из Таллина (Эстония) сообщили, что авторы телефильма о полицейской облаве на секс-работников открыто показали лица арестованных без согласия последних и не дали им никакой возможности сохранить свою конфиденциальность.

Однако есть надежда, что ситуация может измениться к лучшему. Многие респонденты упоминали, что за последние несколько лет произошел легкий спад в частоте случаев нарушения конфиденциальности со стороны СМИ. Респонденты из Хорватии, например, сообщили, что когда журналисты пишут статьи о секс-бизнесе, они пытаются защитить СР, выставляя их под вымышленными именами. В Казахстане большинство медиа-агентств пытаются защитить конфиденциальность личности секс-работников, чтобы обеспечить возможность работать с ними в будущем.

3.3.5 Доступ к медицинским услугам

Право секс-работников на наивысший достижимый уровень здоровья, предусмотренный Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах, постоянно нарушается, в основном из-за того, что жесткая общественная политика приводит к тому, что СР «уходят в подполье». Доступность бесплатных медицинских услуг различается между странами региона в зависимости от особенностей национального законодательства. Но что становится очевидным после изучения множества отчетов, так это то, что СР большей частью не хотят или не могут пользоваться системой общественного здравоохранения. Литература, так же как и данные отчетов, показывает, что, обращаясь к медицинской помощи, большинство секс-работников предпочитает не рассказывать о своем занятии, многим медицинская помощь вообще недоступна по разным причинам, например, из-за отсутствия денег на оплату услуг, отсутствия регистрации или страховки,

страха принудительного лечения ИППП и стигматизации своей профессии. Когда есть возможность, они предпочитают обращаться к «кому-нибудь из знакомых», даже если этот специалист не имеет отношения к системе здравоохранения. Респондент из Казахстана сообщил, что большинство секс-работников в стране имеет собственных «доверенных» врачей; самые бедные и не имеющие средств для оплаты медицинских услуг обычно не имеют вообще никакого доступа к системе здравоохранения.

Как показано в Таблице 9 в *Приложении*, во многих городах региона большую часть секс-работников составляют приезжие. Во многих случаях это означает, что у них нет медицинского страхования, и они не могут получить бесплатную или дешевую медицинскую помощь. СР, у которых нет медицинской страховки, вынуждены посещать частные клиники и/или полностью оплачивать медицинские услуги, чего большинство из них не может себе позволить. Обычно главным препятствием для получения медицинской страховки является отсутствие документов, удостоверяющих личность, разрешения на проживание, длительные административные процедуры и т.д. По данным исследования в Бишкеке (Кыргызстан) которое проводилось в начале 2004 г., 46% из 178 СР, принявших участие в опросе, сообщили, что у них нет паспорта, а 70% – что у них нет разрешения на проживание в Бишкеке (*Tais Plus, 2004*). В Таллинне (Эстония) 90% СР не имели страховки, так как никогда не работали на официальных основаниях (*Kalikov, 2002*).

Фонд здравоохранения и социального развития (*Health and Social Development Foundation*) в Софии сообщает, что в Болгарии только застрахованные граждане пользуются бесплатным доступом к медицинской помощи. Из-за сложной системы страхования, предусматривающей ежемесячные взносы, секс-работники оказались за ее пределами. Частная медицинская практика, как правило, недоступна для них, поэтому единственной медицинской службой, услугами которой могут пользоваться незастрахованные секс-работники в Болгарии – это отделения скорой помощи в больницах. Респондент из Болгарии упомянул, что в стране действует небольшое число низкопороговых учреждений для СР, но большинство из них расположены в столице страны, городе Софии, поэтому СР из других городов также не имеют к ним доступа.

Литовский СПИД-центр сообщает, что большинство СР в этой стране – приезжие или женщины, незаконно привезенные в Литву. В результате у них нет основных документов, удостоверяющих личность или доказывающих право на проживание в стране, однако для получения медицинской страховки требуется и то, и другое.

Как и переселенцы, СР-ПИН представляют собой социально незащищенную группу. По данным исследования, проведенного в 2004 г. Всеукраинской ассоциацией снижения вреда (UHRA) в 21 регионе Украины, секс-работники, употребляющие инъекционные наркотики, и секс-работники с положительным ВИЧ-статусом подвергаются высокому уровню дискриминации при обращении в органы здравоохранения. Примерами дискриминации могут быть негативное отношение, пренебрежение медицинских работников, высокие цены и отказ в предоставлении необходимой помощи (*UHRA, 2004*). Ниже представлены два примера из исследования:

«Если ты наркоман, значит с тобой все кончено. Я осталась в туберкулезном диспансере. Мне нужно было прооперировать туберкулом. Как только они узнали, что я наркоманка, мне отказали в лечении».

– Женя

«Отношение врачей просто обескураживает. Когда я пришла в первую больницу, мой лечащий врач сказал: «Все наркоманы,

абсолютно все, больны СПИДом – даже если сдаешь кровь, и в ней ничего не находят. Никто не будет за вами ухаживать. Наймите себе сиделку, няньку». Они относятся к тебе с полнейшим презрением, с отчуждением. Им не хочется общаться с тобой, вообще иметь с тобой что-нибудь...»

– Галина

Многие СР сообщают, что они не испытывают большого доверия к специализированным медицинским организациям из-за дорогих или неоправданных расценок на их услуги. Кроме того, они не верят государственным медучреждениям, потому что подозревают или реально знают о том, что их работники иногда ставят неточные диагнозы, чтобы вытянуть из пациентов побольше денег. Ниже приводится рассказ из Грузии:

«Они сообщают нам ложные результаты тестов, полагая, что раз мы секс-работники, то у нас много денег. Врачи просто получают больше денег, когда записывают нас как секс-работников. При повторной проверке результатов тестирования в другой клинике, где никто не знает, что я СР, я получила не те результаты, что во время [предыдущего] тестирования».

– По сообщению НГО «Танадгома», Тбилиси, Грузия.

Иногда нежелание обращаться в государственные клиники связано с убогим качеством услуг и жалким состоянием системы здравоохранения во многих странах ЦВЕ/ЦА. Две показательные выдержки из отчетов проектов приведены ниже:

«Система диспансеров в настоящее время находится в очень убогом экономическом состоянии и очень часто у них не хватает необходимых медицинских материалов».

– Фонд здравоохранения и социального развития, София, Болгария.

«В Румынии человеку довольно сложно получить качественные услуги в государственном медицинском учреждении. Не важно, имеете ли вы медицинскую страховку, работаете или все еще учитесь. За адекватные услуги медицинским работникам нужно платить отдельно (давать на чай). Эта дискриминационная ситуация распространяется на всех пациентов: секс-работников, потребителей наркотиков, приезжих и так далее».

– НГО «ARAS», Бухарест, Румыния.

Кроме того, сотрудники правоохранительных органов часто занимаются доставкой секс-работников на обязательное тестирование и лечение. Понятно, что это опять увеличивает желание секс-работников избежать любого взаимодействия как с правоохранительными органами, так и со специалистами в области здравоохранения.

Большинство респондентов упоминали о том, что кроме тех случаев, когда секс-работники посещают специализированные клиники, поддерживающие связь с проектами снижения вреда или профилактики ВИЧ, бесплатное тестирование на ВИЧ очень редко проводится с их согласия, а до- и послетестовое консультирование предоставляется лишь

в отдельных случаях или вообще не предоставляется. Та же ситуация просматривается и в отношении тестирования на ИППП. В Болгарии, например, государственные медицинские учреждения занимаются тестированием и лечением ИППП, но не бесплатно и не на анонимной основе. Респонденты из Беларуси утверждали, что секс-работники имеют свободный доступ к тестированию и лечению ИППП, но лечение не проводится анонимно, и секс-работники, следовательно, предпочитают не раскрывать свою истинную профессию.

Проекты в Беларуси, Болгарии, Казахстане, Литве и Таджикистане сообщают, что лечение ИППП в этих странах далеко не всегда бывает анонимным и конфиденциальным. Кроме того, многим приходится платить за него, как это описано ниже:

«Услуги по охране здоровья очень дорогие, поэтому СР совсем не контактируют с предоставляющими их службами, они вынуждены заниматься самолечением. По тем же причинам они редко посещают гинекологов. Что касается лечения наркозависимости, которое считается бесплатным, людям приходится платить за лекарства около 50 долларов или даже больше. Точно также обстоит дело с кожно-венерологическими диспансерами, где проводится лечение ИППП. Кроме того, считается, что конфиденциальность в них вообще не гарантируется».
– НГО «РАН», Душанбе, Таджикистан.

Проекты в Беларуси, Болгарии и Узбекистане также сообщили о случаях принудительного тестирования на ИППП, в первую очередь на сифилис. В Казахстане секс-работники часто сообщали о принудительном лечении ИППП, за которое им приходилось платить.

3.3.6 Осведомленность о правах человека и юридических вопросах

Существуют эмпирические свидетельства, демонстрирующие относительно низкий уровень знаний секс-работников в правовых вопросах. Во многих странах секс-работники вообще не знают законов, регулирующих их деятельность, или существующих механизмов для защиты своих прав. Этот факт не вызывает большого удивления, потому что сами работники секс-бизнеса каждый день сталкиваются с тем, что каковы бы ни были законы, по отношению к ним они все равно не применяются. У них создается впечатление, что они все равно не смогут добиться правового решения существующих проблем из-за коррумпированности полиции, дискриминации (такой, как отказ в медицинской помощи), недоступности информации по профилактике и лечению ВИЧ и ИППП.

Уличное исследование, проведенное НГО «Таис Плюс» в Бишкеке, в Кыргызстане, было посвящено изучению осведомленности СР о правовых нормах секс-бизнеса в стране (индивидуальный секс-бизнес среди совершеннолетних не регулируется ни Уголовным, ни Административным кодексами). Из 181 опрошенного секс-работника 3 не смогли ответить на вопрос, 39% (n=70) респондентов не знали ответа на вопрос, 7% (n=13) не поняли вопроса или не понимали, что подразумевается под словом «ответственность», а 17% считали, что за индивидуальный секс-бизнес может полагаться административная или уголовная ответственность. Лишь 34% правильно ответили, что ответственность за индивидуальный секс-бизнес не предусматривается. Таким образом, две трети респондентов не знали или ошибались относительно возможности наказания за их деятельность. В том же исследовании чуть больше трети респондентов считали, что они могут быть задержаны за вовлеченность в секс-бизнес (*Tais Plus, 2004*).

В то же время исследование, проведенное в 2004 г. проектом «Пальмира» в Кыргызстане,

продемонстрировало, что даже в тех случаях, когда секс-работникам предоставлена возможность получать бесплатные юридические консультации, они отказываются ей воспользоваться. Они часто ссылаются при этом на страх возмездия в качестве главной причины своего нежелания сообщать о нарушении их прав (*Palmira project, 2004*). В этом исследовании большинство СР сообщили, что они хотели зафиксировать случаи вымогательства у них денег сотрудниками милиции, но предпочли не подавать на них жалоб, опасаясь за свою безопасность.

Сотрудники НГО «Таис Плюс» из Кыргызстана также сообщили, что за 3 года ими были зафиксированы лишь 3 случая, когда СР заявляли о незаконных действиях правоохранительных органов. В 2000 г. одна СР написала жалобу на сотрудника милиции, вымогавшего у нее деньги. Однако в результате давления со стороны милиции и нарушения конфиденциальности ее личности, она была вынуждена отозвать свою жалобу. Следующий случай подачи заявления о нарушении прав СР был зафиксирован в марте 2003 г., но и спустя 16 месяцев по нему не было принято никакого решения. «Таис Плюс» сообщает, что есть две главные причины, почему СР отказываются от попыток добиться правосудия. Первая – административная, поскольку у них нет документов, удостоверяющих их личность, которые необходимы для предусмотренных законом процедур. Вторая причина, более философская, заключается в упорном отказе секс-работников от какой-либо защиты или помощи со стороны системы правосудия. Эта позиция может фактически служить примером их «правового реализма», учитывая малую вероятность законной защиты их прав.

Полиция часто пользуется низким уровнем правовой грамотности среди секс-работников для вымогательства взяток и распространения страха в этой высоко маргинализованной группе. Повышение уровня знаний секс-работников о законе имеет огромное значение, поскольку оно может помочь им лучше разбираться в совершенных против них преступлениях. В то же время необходима работа с сотрудниками полиции и правоохранительных органов (включая прокуратуру), особенно настаивая на их обязанности защищать ВСЕХ граждан без дискриминационных исключений. Они должны взять на себя ответственность провести специальную акцию по раскрытию случаев правонарушений – и те, кто заявит о нарушениях, должны иметь возможность сделать это конфиденциально.

3.3.7 Общественное мнение

Проституция существовала во всех культурах и обществах с того момента, как человек выделился из животного мира. Но в сознании большинства людей это не делает данную профессию более приемлемой. В большинстве стран мира, включая регион ЦВЕ/ЦА, секс-бизнес всегда был стигматизирован, оставаясь таким и поныне. Люди, которые проявляют терпимость к любому поведению, часто категорически возражают против секс-бизнеса, считая его безнравственным, низким и постыдным. Однако в то же время многие из них испытывают сочувствие к проституткам и не уверены в том, что секс-бизнес должен быть уголовно наказуем.

К сожалению, такое гуманистическое отношение слишком часто игнорируется или тонет в хоре голосов, выражающих свое жуткое отвращение. Во многих случаях позиция законодателей, политиков и лиц, от которых зависят важные решения, правоохранительных органов, СМИ, клиентов и специалистов в области здравоохранения определяется общественным мнением о секс-работниках, которое имеет тенденцию быть очень консервативным и осуждающим. Хотя жестокое отношение общества и не входит в главный фокус этого исследования, стоит отметить удивительно резкое – и часто лицемерное – отношение людей из общества к секс-работникам.

По данным исследования, проведенного в 2001 г. НГО «Таис Плюс» в Бишкеке, в Кыргызстане, 11% респондентов считают, что секс-работники должны подвергнуться

физическому уничтожению (*Tais Plus, 2004*). Жители районов по соседству с местами, где секс-работники ищут клиентов, периодически подают в правоохранительные органы письменные жалобы с требованием пресечь деятельность секс-работников. Такие жалобы используются милицией как предлог для того, чтобы устроить новую серию облав, не взирая ни на какие законы или права человека (*Into Focus, 2003*).

Как сообщил национальный корреспондент, акции против проституции в Венгрии в последние годы набирают все большую силу. «Движение за Венгрию без проституции» активно освещается в прессе и пользуется серьезной общественной поддержкой. В 2004 г., например, крупнейшая венгерская ежедневная газета отклонила открытое письмо в редакцию, написанное Венгерским союзом гражданских свобод в ответ на две большие статьи против проституции, опубликованные в газете.

Враждебное отношение общества препятствует предоставлению услуг секс-работникам. Например, в 3 странах Центральной Азии (Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане) были проведены исследования среди организаций, оказывающих помощь секс-работницам в этих странах. Согласно этому исследованию, негативное общественное мнение оказалось одним из главных факторов, мешающих организациям осуществлять помощь и поддержку секс-работников и других маргинализированных групп, включая ПИН (*AFEW, 2003*). В этих странах, как и везде в ЦВЕ/ЦА, женщины испытывают стыд и вину за занятие секс-бизнесом, чувства, которые в основном обусловлены главенствующей в обществе моралью. Бесспорно, тяжело искать справедливости и надеяться на соблюдение прав человека, живя и работая в обществе, где человека клеймят за его поведение, не обращая внимания на обстоятельства.



4. Программы по ВИЧ/ИППП и снижению вреда среди секс-работников

Этот раздел посвящен обзору существующих интервенций в области ВИЧ и ИППП среди секс-работников в ЦВЕ/ЦА; оценке их способности предоставлять этой группе необходимые услуги и того охвата, которого им удалось достигнуть. В цели этого раздела не входит подробный анализ существующих служб, но лишь точный подсчет числа охватываемых ими клиентов, описание их специфических потребностей, виды предоставляемых ими услуг, а также барьеров, с которыми им приходится сталкиваться, включая влияние окружения и политики на работу и результат проводимой интервенции.

4.1 Основные принципы предоставления услуг секс-работникам

Согласно ЮНИСЕФ, в число эффективных мер профилактики ВИЧ и ИППП среди СР входят следующие (*UNICEF, 2001*):

- Предоставление бесплатных/дешевых и доступных услуг по профилактике и лечению инфекций, передающихся половым путем (ИППП), которые часто являются фактором, способствующим передаче ВИЧ от СР их клиентам и наоборот; эти услуги должны предоставляться в комплексе с услугами по добровольному консультированию и тестированию (ДКТ) для пропаганды тестирования и безопасного поведения.
- Осуществление кампаний по пропаганде презервативов (включая кампании в СМИ, ориентированные на определенные группы, раздачу презервативов и развитие навыков переговоров о безопасном сексе), чтобы помочь всем секс-работникам в контактах со всеми клиентами настаивать на использовании презерватива.

- Повышение доступности игл и шприцев и другого инъекционного оборудования для СР, принимающих наркотики. Важным компонентом должна стать раздача или обмен игл и шприцев в качестве средств, необходимых для снижения уровня совместного использования инъекционного оборудования.
- Печать и распространение доступной специализированной информации для СР, касающейся методов защиты от получения и распространения ВИЧ-инфекции; мотивирование и помощь в регулярном использовании презервативов.
- Предоставление описанных выше услуг надежными, пользующимися доверием работниками – зачастую равными, включая бывших или активных СР, – с использованием привлекательных и доступных методов, таких как аутрич, мобильные службы и центры доверия и поддержки. Это позволяет организовать доступ к СР в безопасной, дружественной обстановке, способствующей беседам и консультированию в области широкого спектра вопросов, интересных для целевой группы, и будет обеспечивать альтернативную работу для желающих.
- Развитие способности СР требовать адекватного отношения к себе со стороны законных структур и правоохранительных органов и помощь в развитии у них навыков ведения переговоров, необходимых для своей защиты, путем создания групп поддержки.
- Развитие системы направлений и связей между программами обмена игл и шприцев, программами лечения наркозависимости, службами лечения ИППП и другими здравоохранительными, медицинскими, юридическими и социальными службами для СР, с целью вернуть СР в социальную систему и предоставить им множество возможностей для эффективной профилактики ВИЧ.

4.2 Краткая история снижения вреда для секс-работников

Практически все международные организации общественного здоровья сходятся на том, что снижение вреда должно стать одним из наиболее важных элементов в любом государственном плане или в стратегии борьбы с ВИЧ/СПИДом. Международная программа развития снижения вреда (IHRD) из Института «Открытое общество» (ИОО) дала следующее определение: «Снижение вреда – это прагматичный и гуманный подход, нацеленный на сокращение индивидуального и социального вреда, связанного с употреблением наркотиков, особенно в отношении риска ВИЧ-инфекции. Он пытается уменьшить проблемы, связанные с употреблением наркотиков, с помощью методов, сохраняющих достоинство, гуманность и права человека тех, кто употребляет наркотики»¹¹.

С различной интенсивностью от страны к стране проекты снижения вреда начали действовать в регионе с начала 1990-х годов. Первые проекты снижения вреда были направлены на профилактику ВИЧ и другие услуги для ПИН. Вскоре, однако, стало ясно, что многие секс-работники пользуются услугами этих проектов, что было неудивительно, учитывая тесную связь между секс-бизнесом и употреблением наркотиков. Осознав необходимость в создании более специализированных программ снижения вреда среди секс-работников, IHRD в 2000 г. запустила пилотный проект для секс-работников в ЦВЕ/ЦА. Проект начался с 33 организаций в 12 странах: Беларусь, Болгария, Латвия, Литва, Польша, Россия, Румыния, Словакия, Туркменистан, Украина, Узбекистан и Эстония. За первые шесть месяцев более 6500 секс-работников хотя бы однократно воспользовались услугами проектов и получили информацию о ВИЧ, ИППП и употреблении наркотиков. Примерно 6200 (95%) из них как

¹¹ Это определение и другую информацию о снижении вреда можно найти на сайте Международной программы развития снижения вреда по адресу: www.soros.org/initiatives/ihrd.

минимум еще раз получили дополнительную информацию, обучение, консультирование и направления в другие службы. Более 5100 секс-работников сообщили, что пользовались услугами пункта обмена шприцев (*IHRD and OSI, 2001*).

С 2000 г. число проектов, нацеленных на секс-работников и/или другие группы с высоким риском, постоянно росло. В 2002 г. ССВЦВЕ провела исследование по оценке потребностей для членов сети, в ходе которой было выявлено 42 проекта, нацеленных на СР, из 174 проектов, входивших в то время в состав сети. (В том же году ССВЦВЕ запустила специальную подсеть, задача которой состояла в содействии обмену опытом между проектами, работающими с СР). Обзор 2003 г. выявил только в России 37 проектов, чья деятельность была нацелена на секс-работников (*Platt and Montgomery, 2003*). Более масштабное исследование ССВЦВЕ, посвященное сбору данных по программам обмена шприцев, проведенное в том же году, выявило 237 программ снижения вреда из 27 стран в регионе, и 85 из них указали, что одной из целевых групп, если не единственной, для них являются СР (*CEEHRN, 2004*).

4.3 Финансирование

В цели этого исследования не входило изучение проблем и источников финансирования. Тем не менее, в ходе исследования стало очевидно, что определенные недостатки в предоставлении услуг в основном или, по крайней мере, частично упираются в политику и условия доноров. Кроме того, предшествующая оценка потребностей 26 организаций, работающих с секс-работниками, проведенная ССВЦВЕ в 2003 г., обнаружила, что финансовые ограничения являются наиболее важным препятствием для эффективной работы и обеспечения достаточного охвата целевых групп (*Jiresova, 2003*).

По вышеуказанным причинам мы решили рассмотреть имеющуюся у нас информацию об источниках финансирования в регионе. В 2004 г. ССВЦВЕ провела исследование, в котором приняли участие 237 программ обмена игл из 27 стран региона; 85 из них указали, что их деятельность нацелена на СР. Исследование показателей их деятельности в 2003 г. обнаружило, что почти половина программ снижения вреда в регионе частично или полностью финансируется национальными правительствами. Финансирование национальными или местными властями покрывает большую часть расходов программ в таких странах, как Чешская Республика, Польша, Хорватия и Литва. В этих, а также в других странах прямая федеральная, национальная или местная денежная или натуральная поддержка оказывает мощное содействие этим проектам, все еще сильно полагающимся на помощь внешних доноров.

В число основных внешних доноров в регионе в 2003 г., по докладам этих 85 организаций¹², входили (в порядке размеров вложений¹³): Международная программа развития снижения вреда Института «Открытое общество» (58 проектов), USAID (9 проектов), DFID (6 проектов), ОНН (4 проекта). Также в число прочих финансистов входили ЮНЭЙДС, ПРООН, Глобальный фонд (GFATM).

В 2004 г. ситуация с финансированием в регионе начала меняться. Восемь стран вступили в Европейский Союз, что означало, что они теряют право на пользование международными грантами. Другим важным изменением стало создание Глобального фонда для борьбы со

¹² Следует отметить, что эти данные основаны на отчетах самих организаций, поэтому иногда определить истинный источник финансирования сложно. Например, хотя большая часть финансирования российских организаций снижения вреда шла от DFID, управление грантом осуществлялось ИОО-Россия. Таким образом, иногда бывает сложно определить, кто является истинным источником финансирования, а кто – администратором того или иного гранта.

¹³ Следует отметить, что данные об объемах финансирования, предоставляемого тем или иным донором, недоступны. Анализ основан исключительно на числе проектов, финансируемых донором, а не на объемах предоставленной финансовой поддержки.

СПИДом, туберкулезом и малярией, который к 4-му раунду (конец 2004 г.) выделил гранты 18 странам региона, причем существенная доля этих средств была выделена на поддержку проектов профилактики для уязвимых групп (*GFATM, 2004*). Дополнительная помощь для региона, скорее всего, будет выделена Глобальным фондом на 5-ом раунде (в конце 2005 г.). В некоторых странах, включая Болгарию, Казахстан и Кыргызстан, организации, оказывающие помощь секс-работникам, уже получили гранты Глобального фонда. Однако до сих пор не ясно, как повлияет помощь Глобального фонда на жизнь секс-работниц в этих трех странах, поскольку гранты лишь недавно дошли до этих стран.

Тем не менее, во многих странах продолжается борьба за финансирование. Так, обзор 2002 г. в России выявил 75 проектов снижения вреда, 42 из которых финансировались ИОО/DFID со средней суммой финансирования около 28 000 долларов США (*Rhodes et al., 2004*). Однако в 2003 г. прекратилось финансирование DFID¹⁴, и Фонд «Открытый Институт здоровья населения» (ОНИ), являющийся преемником ИОО, в связи с отсутствием ожидавшейся поддержки от Всемирного банка, прекратил финансирование 11 проектов. Результатом таких перемен стало сокращение общей суммы финансирования проектов в среднем на 14 000 долларов (*Letyagina, 2003*). К несчастью, обещанная Всемирным банком и Глобальным фондом финансовая поддержка не осуществилась в этом году, и образовавшийся дефицит не был покрыт ни правительственными фондами, ни какими-либо другими донорами.

Как показывает этот пример, в странах, где федеральный или местный бюджет не может предоставить никакого или может предоставить лишь ограниченное финансирование, политика внешних доноров может оказывать слишком большое влияние на работу проектов снижения вреда.

Донорская поддержка программ снижения вреда и служб помощи для СР также может зависеть от политики и процедур, напрямую не связанных с финансовыми выплатами. Это, в частности, касается одного из крупнейших доноров региона в области общественного здоровья – правительства США, которое осуществляет свои программы через Агентство США по международному развитию (USAID). Это агентство часто спонсирует программы, оказывающие помощь секс-работникам и жертвам торговли людьми. По закону, однако, USAID не может финансировать организации, «способствующие легализации проституции или связанные с занятием проституцией и торговлей людьми». Получатели финансирования должны также проводить политику, прямо противостоящую проституции и секс-трафику. Первоначально это требование относилось только к НГО, расположенным за пределами США; недавно правительство США сообщило о своих намерениях распространить это требование на все НГО. Это требование стало предметом горячих споров, поскольку его смысл неясен, и некоторые озабочены тем, что отстаивание прав секс-работников может быть его нарушением. Тем не менее, эти ограничения являются явным доказательством той силы и влияния, которое оказывают консервативные или недалекие политики, жесткие противники всех стратегий работы с рискованным поведением, которые не направлены на абстиненцию.

По тем же самым причинам правительство США не позволяет USAID расходовать федеральные средства на приобретение или распространение инъекционного оборудования для программ обмена шприцев и связанных с ними исследовательских проектов. USAID действительно финансирует другие виды помощи для ПИН, такие как информационные материалы, тестирование и консультирование, раздача презервативов и обучение безопасному сексу (*USAID Guidance, 2004*).

США также оказывают давление на другие страны, чтобы запретить программы обмена шприцев. Так, они выступили против заявления в поддержку обмена шприцев в Комитете по

¹⁴ В 2003 г. DFID прекратил свой проект, с помощью которого в России планировалось поддержать программы снижения вреда до того времени, пока поступит ожидаемое финансирование от Глобального фонда и Всемирного банка.

наркологическим средствам и попросили Управление ООН по наркотикам и преступности убраться с их сайта материалы, связанные с обменом шприцев.

Такое направление политики угрожает стабильности многих программ снижения вреда в ЦВЕ/ЦА, поскольку многие правительства смотрят на позицию Соединенных Штатов как на наилучший пример для борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Внутренние политические разногласия в США в результате могут привести к дальнейшему разрушению и без того хрупкой и ограниченной системы социальной помощи, которая в настоящий момент создана для секс-работников и других маргинализированных групп в малообеспеченных районах. Эти страны, в отличие от Соединенных Штатов, в настоящее время изо всех сил пытаются справиться с надвигающейся катастрофой в области общественного здоровья, связанной с ВИЧ/СПИДом.

4.4 Целевые группы

Большинство проектов оказывает социальную помощь в первую очередь женщинам, вовлеченным в секс-бизнес. Проект «Встреча» в Минске, Беларусь, – единственный проект, деятельность которого нацелена на мужчин. Еще семь проектов охватывают эту подгруппу как часть более широкой группы секс-работников. Такие проекты действуют в Минске (Беларусь), Софии и Варне (Болгария), Оше (Кыргызстан), Струмице (Македония), Бухаресте (Румыния), Братиславе (Словакия) и Душанбе (Таджикистан).

Демографические характеристики клиентов проектов подробно представлены в Части 2 данного отчета. Большую часть клиентов составляют женщины в возрасте 20-30 лет, работающие на улице. Среди проектов, принимавших участие в исследовании, 56% сообщили об охвате потребителей инъекционных наркотиков как отдельной группы среди секс-работников. *(Более подробные данные о проценте ПИН среди секс-работников, охваченных деятельностью проектов, представлены в Части 2 и в Таблице 8 в Приложении).* Большинство проектов сообщили, что большую долю (часто не менее 50%) их клиентов составляют приезжие из сельских областей, областных городов или других стран региона *(см. Таблицу 9 в Приложении).*

4.5 Охват

Точное и общепринятое определение для термина «охват» в контексте сервисной работы не существует. (Говоря вообще, его часто используют для обозначения двух взаимосвязанных показателей: степень доступности для целевой группы и востребованности предоставляемых услуг; и спектр предоставляемых возможностей). Также не существует конкретных международных рекомендаций относительно того, что считать эффективным охватом сообщества секс-работников. Однако в 2000 г. Специальная группа ЮНЭЙДС по профилактике ВИЧ среди ПИН в Центральной и Восточной Европе (*UNAIDS Task Force for HIV Prevention among IDUs in Central and Eastern Europe*) поставила своей целью обеспечить шестидесятипроцентный охват для программ снижения вреда в странах бывшего Советского Союза. Многие специалисты считали такой процент необходимым для того, чтобы остановить передачу ВИЧ в определенном сообществе, особенно с тесной интегрированностью, такой как в сообществе ПИН.

В некоторых местах региона эта цель была достигнута программами снижения вреда в целом или службами обмена шприцев в частности. Обзор 2004 г., проведенный Экспертной группой ООН по профилактике и лечению ВИЧ среди ПИН в странах с развивающейся или переходной экономикой, выявил, что в ЦВЕ/ЦА 77 программ снижения вреда из 202, по которым имелись данные, имеют общий охват менее 5% (например, Тирана, Албания, – 0.07%), 86 имели охват от 15% до 60% (например, Прага, Чешская Республика, – 16%, Минск, Беларусь, – 22%, Братислава, Словакия, – 26%), но только двум проектам удалось добиться

охвата ПИН свыше 60% (Пловдив, Болгария, – 70%, Львов, Украина, – 94%). Эти ограниченные данные отражают только охват проектов обмена шприцев, не выделяя специфические группы среди ПИН, такие как СР.

Принимая во внимание отсутствие специальных исследований, посвященных охвату групп секс-работников в регионе Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии, авторы отчета решили проанализировать данные, полученные в ходе нашего опроса. В соответствии с целями этого отчета мы определили «охват» как общее число клиентов (в данном случае секс-работников), с которыми проекты имели хотя бы однократный контакт, по сравнению с предполагаемым числом секс-работников в городах, где работают эти проекты. Из 39 служб, предоставивших информацию для этого исследования, оценка числа СР в городах и числа клиентов, охваченных проектами, были получены от 31 организации. *(Эти данные представлены в Таблице 8 в Приложении).*

Как можно увидеть в Таблице 8, диапазон предполагаемых размеров сообщества СР в некоторых городах весьма широк (например, в Москве – от 30 000 до 150 000). В таких случаях для подсчетов использовалось среднее. Некоторые респонденты смогли указать только минимальную предполагаемую численность группы СР (например, Омск – не менее 1000) или только данные о численности какой-то одной или нескольких отдельных групп СР (например, Санкт-Петербург – 8000 (на улицах)). В этих случаях мы были вынуждены полагаться на те данные, которые были нам предоставлены. Точно также не удалось стандартизировать данные о числе клиентов проектов. Некоторые респонденты смогли привести лишь приблизительные цифры (например, Барнаул – около 200) или определенный диапазон (например, Ереван – 1000-1300) численности клиентов, охваченных проектами. В таких случаях мы использовали для расчетов имеющиеся или средние показатели. Результаты этого анализа приведены ниже.

Точная численность сообщества СР в зонах работы 31 проекта составляла 148 019 человек, проекты сообщали об охвате 21 300 клиентов (14% от общего числа). Уровень охвата по проектам колебался от 100% (Омск, Россия; Бухарест, Румыния; Пловдив и Варна, Болгария; Таллинн, Эстония) до 5% в Москве (Россия).

В соответствии с этими приблизительными оценками, основанными на данных исследований, 68% (n=21) организаций не достигли 60% охвата общего числа секс-работников в городах, где они действуют. Треть из этого 21 проекта охватывают 10% СР или менее. Еще треть проектов обеспечили охват 11-30% СР, и оставшаяся треть проектов охватывает от 31% до 60% СР. С другой стороны, 32%, согласно их данным, достигли охвата 60% всех потенциальных клиентов и выше. Это неплохие результаты, особенно если сравнить их с данными по охвату группы ПИН, информация о котором приведена выше. Они также показывают, что обеспечение хорошего охвата СР является реальной задачей, которая может быть достигнута даже небольшими проектами.

Следует отметить, что приведенные здесь данные могут не точно иллюстрировать реальную ситуацию на местах. Так, в больших городах, например, в Москве, профилактикой ВИЧ среди секс-работников занимается ряд организаций (Platt, 2003), но в данном отчете учитывалась информация только одного из проектов. Национальный корреспондент в Скопье (Македония) сообщил, что хотя по основным оценкам число секс-работников в городе составляет около 1000 человек, на улице работают только 100 человек, однако проект, действующий в городе, охватывает практически всех людей из этой наиболее уязвимой группы.

Это лишь два из множества примеров, показывающих, что информацию об уровне охвата следует интерпретировать с большой осторожностью. Что касается научных и статистических ограничений, сюда также можно отнести недостаток надежных оценок численности, использование разных и порой не вполне совершенных методов сбора данных, отсутствие стандартизированных систем мониторинга и расчетных показателей, а также

отсутствие согласованности в данных, поступавших от проектов, которые принимали участие в нашем исследовании.

4.6 Услуги проектов

4.6.1 Предоставление презервативов, информации и консультирования

В Части 2 данного отчета обсуждаются недавно полученные факты, свидетельствующие о возросшем значении сексуальной передачи, особенно среди сексуальных партнеров ПИН и среди ПИН, вовлеченных в секс-бизнес. Многие исследования, о которых идет речь в Части 2, сообщают о высокой распространенности инфекций, передающихся половым путем среди ПИН, вовлеченных в секс-бизнес, и о недостаточном охвате как ПИН, так и секс-работников, употребляющих инъекционные наркотики, проектами снижения вреда. В Таблице 12 в *Приложении* описан перечень услуг, которые предоставляются секс-работникам действующими в регионе проектами. В число услуг, предоставляемых всеми 39 проектами, принимавшими участие в исследовании, входит раздача презервативов (100%), а также информация и консультирование (100%).

В качестве неотъемлемой части существующих программ интервенции по профилактике ВИЧ среди секс-работников предлагаются различные комбинации действий и стратегий, направленных на повышение информированности секс-работников и их клиентов в сфере сексуального здоровья. Сюда можно отнести проведение кампаний по пропаганде презервативов, которые должны включать кампании в СМИ, рассчитанные на целевую аудиторию, развитие навыков переговоров о безопасном сексе и повышение доступности презервативов.

Непостоянное использование презервативов секс-работниками связано также с рядом других факторов, многие из которых практически не поддаются влиянию. Например, клиенты часто используют физическое или психическое давление для того, чтобы заставить секс-работников не использовать презерватив, другие клиенты, например, могут предложить дополнительную плату за секс без презерватива. Многие секс-работники также могут не использовать презерватив с регулярными некоммерческими партнерами, в том числе со жителями и мужьями. *(Более подробную информацию см. в Разделе 2.11).*

4.6.2 Программы обмена шприцев

Секс-работники, которые принимают инъекционные наркотики, сталкиваются с еще большей стигматизацией и подвергают свое здоровье большему риску, чем те, кто их не употребляет. По сравнению с другими секс-работниками среди СР-ПИН намного больше тех, кто работает на улице и зарабатывает меньше денег. Поэтому они часто не могут позволить себе платить за медицинские услуги. Из этого следует, что они редко или практически никогда не обращаются в учреждения здравоохранения. Отсутствие доступа к услугам здравоохранения вызывает беспокойство вследствие того факта, что употребление инъекционных наркотиков и связанное с ним рискованное поведение являются одним из основных факторов, которые могут увеличить уязвимость секс-работников для ВИЧ-инфекции. Поэтому важно предложить им возможность посещать программы снижения вреда (в том числе программы обмена шприцев, заместительную терапию, программы профилактики и направления в другие службы) в местах, где секс-работники обычно употребляют наркотики. Как уже обсуждалось в Части 2, проекты сообщают, что среди их клиентов, занятых в сфере секс-бизнеса, большую долю составляют ПИН. *(Подробнее см. в Таблице 8 в Приложении).*

Программы обмена шприцев вызывают противоречивую реакцию в разных странах. Как и во множестве других вопросов, связанных с употреблением наркотиков и с сексом, общественная мораль всегда находится в центре дискуссии. Противники, включая влиятельных политиков в правительстве США и некоторых важных чиновников в стра-

нах ЦВЕ/ЦА (особенно в России), утверждают, что обмен шприцев способствует распространению употребления нелегальных наркотиков, а последнее, как они уверены, абсолютно неправильно и безнравственно. С их точки зрения, этот взгляд важнее любой возможной или реально измеримой пользы для здоровья общества, например, сокращения распространения ВИЧ и ИППП среди ПИН. В ответ сторонники обмена шприцев называют противников безнравственными из-за отказа принять меры, которые могли бы предотвратить болезнь и смерть. С научной точки зрения и точки зрения общественного здоровья, здесь действительно нет никакого противоречия: снижение вреда (включая обмен шприцев) – это эффективный способ интервенции в сфере общественного здоровья. Данная стратегия поддерживается практически всеми ведущими международными организациями.

В регионе ЦВЕ/ЦА все же преобладают сторонники этого подхода. Обмен шприцев включен в качестве составляющей в программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом в большинстве стран региона, хотя его развитие происходит медленно и с перерывами. Среди 39 проектов, которые участвовали в исследовании, помощь, направленная на СР, употребляющих инъекционные наркотики, предоставлялась в 33 (см. Таблицу 12 в Приложении). Оставшиеся шесть проектов не занимаются обменом шприцев, хотя некоторые из них сообщают о значительной доле ПИН среди своих клиентов-секс-работников. Например, проект в Ташкенте (Узбекистан) сообщает, что 30% из более чем 1400 СР, являющихся клиентами проекта, употребляют наркотики, и 30% из них признались в том, что пользуются общими шприцами. Проект не мог организовать обмен шприцев, поскольку получал финансирование от USAID, который не позволяет использовать свои фонды для такой деятельности (см. Раздел 4.3).

В Москве (Россия) проект «Ясень» от НГО НАН объясняет отсутствие пунктов обмена шприцев тем, что программы обмена шприцев не санкционированы городским руководством в управлении здравоохранения. Следствием этого, согласно сотрудникам проекта, является низкий уровень осведомленности о риске, связанном с употреблением инъекционных наркотиков, и продолжающееся использование общих шприцев их клиентами. Среди других проектов, которые по тем или иным причинам не занимаются обменом шприцев, НГО «Jazas» из Белграда (Сербия и Черногория), НГО «Umbrella» из Кракова (Польша), НГО «БелАЮ» из Минска (Беларусь).

4.6.3 Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ/ИППП

Эпидемиологические данные, представленные и обсуждавшиеся в Части 2, указывают на высокую распространенность ИППП и существенную распространенность ВИЧ и гепатита С среди секс-работников в ЦВЕ/ЦА (см. Таблицу 6 в Приложении). В связи с этим ключевыми стратегиями профилактики ВИЧ в регионе остаются постоянное расширение и увеличение доступности служб необходимой медицинской помощи, добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) на ВИЧ и ИППП и организация своевременного и эффективного лечения ВИЧ/ИППП.

Согласно данным об общем числе тестов на ВИЧ, производимых ежегодно в целях диагностики (не считая анонимного тестирования и тестирования доноров крови), в 2002 г. число тестов на 1000 населения существенно различалась между странами: от менее чем 5 в Албании, Армении, Македонии, Польше и Таджикистане до 30 в Чешской Республике и более 100 в Российской Федерации. Самая удивительная перемена (к худшему) произошла в начале 1990-х годов, когда постепенно стало отменяться ширококомасштабное принудительное тестирование отдельных групп общества.

Даже сегодня качество тестирования на ВИЧ/ИППП сильно различается между странами региона. Оно не всегда проводится бесплатно, сохранение конфиденциальности не всегда возможно, анонимное тестирование все еще не очень распространено. В некоторых странах различия в числе тестов могут объясняться экономическими факторами и доступностью тест-систем (*EuroHIV, 2002*). Согласно нашему корреспонденту

в Таджикистане, там нет бесплатного тестирования на ВИЧ/ИППП, что, несомненно, ограничивает число тех, кто может сделать тест. Доступность и распространенность тестирования не всегда связаны с экономическим благосостоянием страны. Например, НГО «Odysseus» в Словакии сообщила, что 95 из 100 человек, опрошенных в 2003 г., полагали, что в прошлом уже делали тесты на ВИЧ, но на самом деле протестировано было всего 5 человек, и даже они прошли тесты только потому, что сдавали донорскую кровь.

Доступность тестирования для групп высокого риска, включая СР, далеко не всегда шире, чем для остальных. Например, в Эстонии действует всего лишь одна организация – Центр информации и поддержки по СПИД, которая предлагает секс-работникам бесплатное конфиденциальное и анонимное тестирование на ВИЧ и ИППП, а также услуги по лечению этих заболеваний. Респондент нашего опроса в Казахстане сообщил, что СР имеют доступ к тестированию, но качество услуг, которые предоставляются бесплатно, оставляет желать лучшего.

Респонденты из Армении, Грузии, Кыргызстана, России, Таджикистана, Украины и Узбекистана сообщают о практике принудительного тестирования на ВИЧ и ИППП главным образом в тех случаях, когда выясняется, что СР одновременно является потребителем инъекционных наркотиков, а также во время милицейских операций. Кроме того, поступают сообщения о принудительном тестировании на ВИЧ пациентов с ИППП из Нижнего Новгорода (Россия).

В Латвии, по данным отчета, подготовленного в апреле 2002 г. Информационной сетью по правовой и здравоохранительной политике, хотя тестирование на ВИЧ является добровольным и охраняется национальным законодательством, были инциденты, когда медицинские работники проводили пациентам тестирование, не получив их согласия. Более того, в Латвии и Венгрии, где секс-бизнес разрешен, но жестко контролируется законом, секс-работники обязаны проходить регулярное медицинское обследование. В обеих странах, таким образом, тест на ВИЧ в реальности не является ни добровольным, ни анонимным для секс-работников. Эта ситуация является прямым нарушением закона, и многие наблюдатели считают такую практику сомнительной, несмотря на все заслуги политики легализации и государственного регулирования секс-бизнеса.

В Балаково (Россия) действует Кризисный центр для социально незащищенных групп, который предоставляет широкий спектр услуг по охране здоровья, где СР могут пройти бесплатное тестирование. Эта программа является частью Городского комплексного плана по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Она дает возможность СР и другим получить консультации и направление на лечение.

В Грузии ассоциация «Танадгома» в сотрудничестве с «Кабинетом здоровья» предлагает бесплатное, анонимное и конфиденциальное тестирование и лечение ВИЧ/СПИДа и ИППП. В СПИД-центре в Нижнем Новгороде (Россия) СР могут пройти бесплатное анонимное тестирование на ВИЧ, сифилис и гепатит, получить консультации разных специалистов (инфекциониста, дерматовенеролога, гинеколога, дантиста, хирурга и невропатолога). Для дальнейшего консультирования и лечения ИППП налажено сотрудничество с городским Институтом кожно-венерологических заболеваний.

В Вильнюсе (Литва) центр социальных болезней «Деметра» (при СПИД-центре) предоставляет все формы помощи секс-работникам, главным образом, работающим на улице, такие как раздача презервативов, стерильного инъекционного оборудования, консультирование и тестирование на ИППП/ВИЧ. Однако это единственный центр такого рода во всей Литве.

4.6.4 Доступ к лечению ИППП и ВИЧ

Принимая во внимание роль ИППП как фактора, повышающего риск ВИЧ-инфекции, высокие уровни ИППП среди секс-работников могут рассматриваться как признак, свидетельствующий о сопутствующем или потенциально быстром развитии эпидемии (UNAIDS, 2002). Следовательно, профилактика и лечение ИППП и пропаганда общей ги-

гиены должны лежать в основе профилактики ВИЧ. Но даже при отсутствии ВИЧ высокая распространенность ИППП также является серьезной угрозой для здоровья секс-работников, поэтому доступ к бесплатному и полноценному лечению имеет принципиальное значение.

Предоставление конфиденциальных и анонимных услуг по лечению ИППП является успешным методом привлечения СР в клиники/службы, специализирующиеся на лечении ИППП. Данные по региону свидетельствуют о том, что анонимное лечение ИППП в большинстве случаев предоставляется не бесплатно. Опасения по поводу анонимности и конфиденциальности являются главной причиной того, что большинство секс-работников предпочитают обращаться к доверенным врачам, даже если они не относятся к системе здравоохранения, и пользоваться услугами частных клиник, которые гораздо лучше сохраняют анонимность и конфиденциальность. Однако многие СР не могут позволить себе частную медицину, поэтому улучшение услуг в сфере общественного здравоохранения должно стать приоритетным направлением.

Деятельность проектов в Македонии, Румынии, Словакии и Украине доказывает необходимость организации в этих странах более специализированных служб для работы с СР. Персонал проектов также отмечает низкое качество услуг и неразвитость системы общественного здравоохранения. А также отсутствие специалистов, которые бы понимали потребности и особенности образа жизни СР.

НГО «ARAS» сообщает, что в Румынии осуществляемый НГО проект «Ночь за ночью» является единственной специализированной медицинской службой для СР. В партнерстве с другими учреждениями этот проект проводит диагностику и лечение ИППП у своих клиентов. Также в мае 2004 г. «ARAS» стал сотрудничать с другими организациями, чтобы обеспечить комплексную медицинскую помощь для секс-работников.

Многие другие проекты, действующие в регионе, также добились определенных успехов в развитии партнерства с существующими службами и клиниками общественного здравоохранения. Предоставляя специализированные услуги в области ИППП секс-работникам на базе существующих учреждений здравоохранения, они в полной мере используют в своей работе профессиональные навыки персонала и оборудование этих учреждений. Подобное сотрудничество является очевидным прогрессом, однако оно связано с рядом проблем, поскольку требует тщательного планирования и согласования с процедурами, расписанием, кадровой политикой учреждений и т.д.

В Санкт-Петербурге (Россия) уже создана и продолжает успешно развиваться сеть дружественных медицинских учреждений (где находятся доверенные врачи), которая предоставляет следующие услуги:

- В Городской инфекционной больнице им. С.П. Боткина амбулаторная помощь включает консультации инфекциониста/хирурга, тестирование на ВИЧ, гепатит В и С и сифилис; стационарная помощь включает госпитализацию и лечение всех инфекционных заболеваний, а также помощь в лечении наркозависимости.
- В Кожно-венерологическом диспансере (Калининский, Кировский и Невский районы) амбулаторная помощь включает осмотр и лечение, если необходимо, то и госпитализацию.
- В Молодежном центре репродуктивного здоровья «Ювента» амбулаторная помощь в области ИППП включает также услуги гинеколога.
- В Медико-наркологическом диспансере консультации и стационарное лечение для потребителей наркотиков.

Деятельность проекта НГО «Мария» (Волгоград, Россия) предусматривает раздачу СР визитных карточек «доверенных врачей», предоставляющих анонимные и бесплатные медицинские услуги. Эти врачи имеют договоренность с кожно-венерологическим диспансером о предоставлении бесплатного тестирования и лечения ИППП 5-6 секс-работникам в месяц.

В Кыргызстане НГО «Подруга» выдает своим клиентам направления на бесплатное лечение ИППП к любому из трех доверенных врачей, с которыми у проекта есть договоренность. В течение последнего года такие направления были выданы 415 СР, 367 из которых прошли лечение ИППП.

В Софии (Болгария) действует низкопороговая клиника лечения ИППП и четыре мобильных медицинских пункта для работы с социально-уязвимыми группами, один из которых предназначен специально для обслуживания уличных СР. Болгарский проект Глобального фонда предусматривает создание еще 7 мобильных медицинских пунктов, которые будут работать в разных точках страны. Цель этих пунктов – попытаться заполнить брешь, разделяющую маргинализированные группы и систему общественного здравоохранения.

Данные проектов, участвующих в этом исследовании, не содержат подробной информации о доступности лечения ВИЧ. Однако, по результатам Регионального исследования, опубликованного ЦВЕ/ЦА («Потребители инъекционных наркотиков, лечение ВИЧ/СПИДа и необходимая помощь в Центральной и Восточной Европе и бывшем Советском Союзе»), доступ к антиретровирусной (АРВ) терапии любого вида, и в первую очередь к комбинированной терапии как стандарту лечения, установленному ВОЗ, весьма ограничен для всех людей в регионе, живущих с ВИЧ. По оценкам ВОЗ, к концу 2004 г. в регионе как минимум 150 000 человек нуждались в АРВ, но лишь 15 000 (10%) ее получали (WHO, 2004a).

Для людей из групп высокого риска и маргинализированных групп, таких как секс-работники и потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие секс с мужчинами, заключенные и, в некоторых случаях, приезжие и представители этнических меньшинств, лечение еще менее доступно, чем для остальных (WHO, 2004b). Дискриминация – это главная причина того, что среди людей, получающих на данный момент АРВ, доля членов группы высокого риска гораздо ниже, чем среди тех, кто нуждается в этой терапии. В России, например, последние данные говорят о том, что только 5% ВИЧ-позитивных россиян, получающих АРВ, являются бывшими или активными наркопотребителями, хотя они представляют подавляющее большинство среди ВИЧ-инфицированных¹⁵. Чтобы улучшить доступ этих групп к АРВ-терапии, необходимо повысить спектр и эффективность предоставляемых услуг и бескомпромиссно бороться со стигмой и дискриминацией на всех уровнях. Ключевое значение имеет интеграция услуг снижения вреда в сферу лечения ВИЧ-инфекции.

4.6.5 Доступ к социальным услугам

Уязвимость секс-работников и риск ВИЧ-инфицирования могут быть существенно снижены за счет улучшения доступа к социальным услугам (UNAIDS, 2002). Бедность и ограниченные экономические возможности, а также отсутствие образования, по-видимому, являются основными мотивами, которые толкают женщин в секс-бизнес. Это подтверждают и данные проектов, свидетельствующие о том, что секс-бизнес является единственным источником доходов для подавляющего большинства секс-работниц. Часто эта ситуация является следствием ограниченных возможностей трудоустройства, неспособности найти работу, низкой зарплаты и низкого уровня образования.

Центр «Танадгома» в Грузии сообщает, что из 2408 СР, прошедших консультацию в центре с 2001 по 2003 гг., 61% ссылались в качестве причины своего занятия секс-бизнесом на финансовый фактор, а 24% – на безработицу. НГО «Мария» в Волгограде (Россия) сообщает, что из 220 СР, участвовавших в опросе в августе 2004 г., 94% указали секс-бизнес как единственный источник своих доходов. В Тбилиси (Грузия) из 158 СР, принимавших участие в исследовании в 2002/2003 гг. (Stvilia et al., 2003), лишь около 10% сообщили, что имеют иные источники дохода. В качестве иных источников, как правило, назывались помощь родителей

¹⁵ UNAIDS, «AIDS Epidemic Update, December 2004». Дополнительная информация доступна на Интернетe по адресу: www.unaids.org.

или мелкая торговля. Подавляющее большинство (85%) СР имели иждивенцев (детей, родителей, представителей старших поколений), которым они оказывали финансовую поддержку. Кроме того, чуть более половины (52%) СР, имеющих иждивенцев, состояли в разводе или жили раздельно со своими партнерами; они также сообщали, что секс-бизнес является для них единственным источником доходов.

«Я приехала в город, чтобы найти работу. Жизнь в сельской местности было невозможно. Три ребенка с надеждой смотрели на меня. Здесь я ничего не могу сделать. Три месяца я работала в магазине и что... Что я могу сделать на сурочную зарплату...?»
– Секс-работница из Тбилиси, Грузия. Предоставлено НГО «Танадгома».

По результатам исследования, заключавшегося в наблюдении за поведением СР, связанном с ВИЧ/СПИДом/ИППП, которое проводилось в Латвии в 2002 г., из 92 СР, участвовавших в исследовании, лишь 41% получили среднее образование. НГО «РАН» в Таджикистане сообщает, что 26% из 493 опрошенных СР, не имеют никакого официального образования, а 49% закончили только среднюю школу.

Эти данные говорят о том, что обучение секс-работниц новым или дополнительным навыкам в качестве помощи в поиске других источников дохода могут быть одним из важных и приоритетных направлений работы для проектов в регионе. Результатом таких действий могло бы стать улучшение социального и экономического статуса секс-работников, что способствовало бы снижению их рискованного поведения и уменьшению их незащищенности. Это имеет тем большее значение, что вероятность заражения ВИЧ ниже среди тех секс-работников, для которых секс-бизнес не является единственным источником доходов (Longo et al., 1997).

Несмотря на очевидную важность социально экономических факторов, в регионе практически отсутствуют службы, которые занимались бы обеспечением альтернативных возможностей трудоустройства или профессиональной подготовки для секс-работников. Из наших респондентов лишь один (Центр информации и поддержки по СПИДу, Таллинн, Эстония) сообщил о своих планах предложить в ближайшем будущем своим клиентам обучение иностранным языкам и компьютерной грамотности. Еще одна ключевая проблема состоит в том, что даже если секс-работница владеет навыками, которые ценятся на рынке труда, она не всегда может получить работу из-за юридических ограничений. В некоторых странах официальное трудоустройство – не считая доступа к различным видам социальной и медицинской помощи – возможно только лишь при наличии необходимых документов, удостоверяющих личность, и разрешения на жительство. Многие, если не большинство СР, не имеют требуемых документов, что ограничивает их возможность найти иной источник дохода. Получение документов, даже если человек имеет на них право, может занять долгое время. По данным отчетов из Бишкека (Кыргызстан) обычная процедура оформления паспорта может длиться от нескольких месяцев до 1-2 лет.

По данным исследования, 51% проектов предлагают секс-работникам различные социальные услуги, включая консультирование и направление клиентов в другие центры для дальнейшей помощи, содействие при получении личных документов, социальную и гуманитарную помощь, психосоциальное консультирование и так далее. Центр информации и поддержки по СПИДу в Таллинне (Эстония) также имеет помещение, где секс-работники могут выпить кофе или чай, поесть горячей пищи, принять душ и выстирать белье.

Приезжие. Некоторые проекты сообщают, что проводили исследование среди большой группы секс-работников, которые являются приезжими (на временное или постоянное проживание). Данные о таких проектах частично представлены в Таблице

9 в *Приложении*; однако проекты не проинформировали нас о каких-либо конкретных услугах, предоставляемых этой группе СР. Эти данные говорят о необходимости получения большей информации от проектов и других организаций, предоставляющих помощь, относительно проблем мигрантов, особенно если учесть, что секс-работники, которые мигрируют или переезжают с места на место, чаще имеют более высокий риск ВИЧ-инфицирования и других вредных последствий для здоровья, чем те, кто работает на одном месте (*Mann et al., 1996*). Иммигранты часто работают в тех сегментах индустрии секс-бизнеса, где работники в наименьшей степени защищены, например, на улице. Их доступ к услугам и информации зачастую ограничен в связи с отсутствием гражданского или правового статуса, ограниченной свободой, поскольку во многих случаях они являются объектом торговли и ввезены в страну незаконно; языковыми и культурными барьерами или страхом и недоверием к властям.

Другой аспект, связанный с секс-бизнесом и миграцией, напрямую не рассматривался в этом отчете, но о нем стоит упомянуть. С момента крушения коммунистической системы эмигранты из Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии занимаются предоставлением сексуальных услуг в западноевропейских странах. Некоторые из них уехали и выбрали секс-индустрию добровольно, другие, однако, были вывезены и вовлечены в проституцию по принуждению. Вне зависимости от того, как и почему они оказались в Западной Европе, они лишены доступа к широкому спектру общественных служб и социальной помощи, которыми обеспечены местные секс-работники. Такое несоответствие вызывает большую озабоченность у многих НГО и организаций секс-работников в Западной Европе. Расширение сотрудничества между правительствами западноевропейских стран, социальными организациями и службами в Западной Европе и ЦВЕ/ЦА было бы полезно для того, чтобы найти тех, кто подвергается наибольшему риску, и помочь им получить необходимую помощь от программ снижения вреда и других служб.

Дети секс-работников. Данные наблюдений указывают на то, что значительная часть секс-работников в регионе имеют детей. По данным из Узбекистана, детей имеют 61% из 250 СР, охваченных проектом. В Кыргызстане примерно такие же данные (детей имеют 64% из 832). Кроме того, примерно треть из них имеют более одного ребенка. В Литве 58% из 154 СР сказали о том, что имеют детей, и 26% сообщили, что имеют 2-3 детей. В Македонии 56% из 53 участвовавших в наблюдении СР сказали, что у них есть дети.

В большинстве случаев дети СР живут в нищете, подвергаются стигме и дискриминации, если о занятии их матери знают в обществе. Кроме этого, вероятность деструктивного поведения, например, употребления наркотиков, у них выше, чем у других детей. В связи с этим есть острая необходимость в создании социальных служб, специально нацеленных на эту группу. Данные, полученные в ходе этого исследования, не содержат подробной информации по этой проблеме. Проекты в Зенице (Босния и Герцеговина), Вильнюсе (Литва) и Ташкенте (Узбекистан) – единственные из 39 проектов, которые сообщили о том, что они предоставляют специализированную социальную помощь для детей секс-работников. НГО «Маргина» из Зеницы (Босния и Герцеговина) оказывает детям содействие в школьном образовании, а также помогает проводить терапевтическую работу, часто при содействии других НГО. СПИД-центр в Вильнюсе проводит учебные тренинги по профилактике употребления наркотиков и алкоголя, профилактике ИППП и ВИЧ/СПИДа. На момент проведения исследования 36 женщин уже прошли эти тренинги. Центр также предлагает СР, которые имеют детей, помощь при заполнении документов, необходимых для получения социальных пособий или для отправки детей в школы-интернаты, если в этом есть необходимость. Сотрудники центра предоставляют и другую помощь – выдают продукты, одежду, средства гигиены и организуют для детей праздничные обеды.

4.6.6 Обучение «равных равными»

Эффективное обучение «равных равными» направлено на создание благоприятной для секс-работников среды, в которой они смогут применить ассертивные навыки, полезные для ведения переговоров о безопасном сексе, и на улучшение качества их жизни и условий работы. В случае широкого и целенаправленного применения этот подход может существенно повлиять на социальные нормы сообщества, вызвать их изменение, а также изменение политики и стратегии на высшем уровне (*UNAIDS, 2002*). Подход, основанный на привлечении равных, в целом более успешен, чем те, которые разработаны вне сообщества, пусть даже из наилучших побуждений, поскольку этот подход предлагает обратиться к внутренним силам, присущим членам группы, и к их способности помочь себе.

Половина проектов в регионе, принимавших участие в опросе, использовали в работе обучение «равных равными». Секс-работники в качестве обучающихся из числа равных регулярно распространяли информацию о ВИЧ/СПИДе, ИППП и безопасном сексе, раздавали презервативы, помогали обменивать шприцы, сопровождали секс-работников при посещении учреждений здравоохранения, участвовали в фокус-группах и круглых столах и т.д. Обучающие равных были особенно полезны для контактов с самыми уязвимыми секс-работниками, которые не могли добраться до проекта каким-либо другим образом.

Литовский СПИД-центр сообщил, что в 2003-2004 гг. 7 СР прошли профессиональную подготовку по обучению «равных равными» в рамках недавно учрежденного проекта «Generate». В Балаково российские волонтеры (секс-работники) приводили своих коллег для участия в фокус-группах и тренингах. Они раздавали печатные материалы, осуществляли вторичный обмен шприцев, распространяли информацию, полученную на тренингах, в ходе аутрич-работы среди своих клиентов, сутенеров и своих коллег.

В Таллинне (Эстония) Центр информации и поддержки по СПИДу привлек 18 СР в качестве равных обучающихся. Секс-работники также работают в проекте PSI в Ташкенте (Узбекистан).

Несколько организаций, принимавших участие в исследовании, сообщили о сложностях с привлечением секс-работников к своей деятельности в качестве обучающихся из числа равных. Часто неудачи в этой области объясняются отсутствием доверия и уважения со стороны других секс-работников, слишком жестким контролем и зависимостью от сутенеров, а также непостоянством ситуации в секс-бизнесе. Тем не менее организации не оставляют попытки интегрировать обучение «равных равными» в свою работу и укрепить отношения с сообществом секс-работников с помощью постоянных тренингов и другой деятельности, выходящей за пределы профилактики ВИЧ и ИППП.

4.6.7 Правовые услуги и защита прав СР

В Разделе 3.4 подробно обсуждаются вопросы, связанные с защитой здоровья, безопасности и прав секс-работников. Очевидно, что у большинства секс-работников в регионе повседневное насилие со стороны полиции, клиентов, сутенеров и страх за свою жизнь может вызывать значительно большую озабоченность, чем проблемы ВИЧ и здоровья. Это важный момент, который необходимо учитывать при разработке программ интервенции и возможных услуг, в том числе направленных на профилактику ВИЧ. В идеальном случае механизмы защиты прав человека и безопасности секс-работников должны стать центральным аспектом в любом виде помощи. К несчастью, в связи с различными ограничениями оказание юридической помощи не очень хорошо развито в ЦВЕ/ЦА. Лишь 36% (14 из 39) проектов осуществляют деятельность, направленную на повышение осведомленности секс-работников об их правах, и предоставляют непосредственную юридическую помощь, а также формируют благоприятную среду, которая способствует отстаиванию этих прав.

Одна из таких 14 организаций – это НГО «Таис Плюс», действующая в Бишкеке, Кыргызстан. В 2003 г. она начала пилотный проект «Юридическая поддержка для людей, вовле-

ченных в секс-бизнес», который предлагает СР широкий спектр услуг, таких как прямая юридическая помощь, работа с общественностью (работа со СМИ, участие в различных конференциях, публикация результатов и т.д.), разработка информационных и обучающих материалов для СР, организация тренингов для волонтеров. При оказании данных услуг организация тесно сотрудничала с муниципальными властями и департаментом милиции, а также с юристами и судьями. В первый год работы проект успешно провел 76 дел, касающихся различных людей и групп, прямо или косвенно связанных с секс-бизнесом (женщин и мужчин-СР, менеджеров проектов для СР, ПИН, а также владельцев баров и гостиниц).

В число других проектов/организаций, предоставляющих непосредственную юридическую поддержку, входят: «Сеним» в Чимкенте (Казахстан), «Гуманитарное действие» в Санкт-Петербурге (Россия), «РАН» в Душанбе (Таджикистан), «Социальное здоровье» в Полтаве (Украина) и «НОРС» в Скопье (Македония). Эти проекты предоставляют следующие услуги: экстренная помощь по телефону и консультации на дому по юридическим вопросам, подготовка юридических документов и посредничество при переговорах с правительственными учреждениями.

Права маргинализированных групп, таких как потребители наркотиков и секс-работники, отсутствуют в числе наиболее актуальных вопросов как для национальных правительств, так и для национальных правозащитных организаций. Проекты снижения вреда обычно становятся первыми организациями, которые устанавливают контакт с секс-работниками, потребителями наркотиков и людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, которые ищут помощь по юридическим или правовым вопросам. В некоторых странах крупные правозащитные агентства попытались изменить ситуацию, берясь за ведение дел о нарушении прав традиционно притесняемых групп. Например, в России Московская хельсинская группа ведет дела ряда проектов, связанных с ВИЧ/СПИДом, и в последнее время стала активным партнером национального движения снижения вреда. Такая динамика очень важна, и она должна стать более распространенной и масштабной. В то же время некоторые правозащитные организации пытаются откеститься от проблем секс-работников и потребителей инъекционных наркотиков, а другие признают, что им не хватает знаний и навыков, необходимых для работы с маргинальными группами.

4.7 Отстаивание интересов, адвокация и политика

Кроме той работы, которая описана выше в Разделе 4.6, дополнительный упор должен быть сделан на улучшение политической среды и той реальности, от которой зависит жизнь секс-работников. Во многих странах стигма и устоявшиеся социальные и культурные традиции серьезно мешают успешной работе и политическому развитию программ. Поэтому большое значение имеет информирование властных структур, правоохранительных органов, религиозных институтов, других групп гражданского населения, а также всего остального общества о важности и необходимости их участия и содействия в реализации программ профилактики ВИЧ и ИППП для секс-работников, подходящих для данного конкретного региона. По сообщениям большинства проектов, участвовавших в данном исследовании, они уделяют большое внимание работе с общественным мнением, которая направлена на создание более благоприятной среды для их деятельности. Эта работа включает в себя налаживание контактов с местными чиновниками, правоохранительными органами и СМИ.

Что касается взаимоотношений между проектами и правоохранительными органами, большинство проектов описали их как «нейтральные», то есть правоохранительные органы официально не поддерживают их деятельность, но и не пытаются ей препятствовать (по крайней мере, на официальном уровне). Большинство проектов достигли устной договоренности с правоохранительными ведомствами, после того как разъяснили им свои

цели и формы деятельности. Лишь несколько проектов зафиксировали такие отношения с помощью документов, подписанных обеими сторонами, что в некоторых случаях было совершенно необходимо. Ниже приводится пример НГО «ARAS» из Бухареста (Румыния):

«Вначале проекта (сентябрь 1999 г.) мы не поддерживали никаких отношений с полицией или другими представителями власти. Через некоторое время, столкнувшись с целым рядом проблем, мы осознали, что очень важно объяснить цели нашей инициативы, после чего подписали соглашение с муниципальной полицией. Следует отметить, что в настоящее время мы пользуемся минимальной поддержкой полиции. Мы проинформировали их о задачах и деятельности нашего проекта, о местах, где предоставляются услуги, и снабдили их общей статистикой, касающейся наших клиентов. Полиция избегает устраивать специальные операции в тех местах и в те моменты, когда аутрич-работники проекта «ARAS» встречаются с клиентами. Они не выдвигают обвинений в связи с обнаружением использованных шприцев у аутрич-работников, которые собирают их, чтобы сжечь.»

Другие организации сообщают, что им удалось разработать неплохие, а может даже успешные модели сотрудничества с правоохранительными органами. НГО «Доза любви» в Бургасе (Болгария) регулярно, каждые шесть месяцев, высылает информацию о деятельности своего проекта в местный муниципалитет и в полицию, благодаря этому поддерживая хорошие отношения с этими учреждениями. Организация «LET» в Загребе (Хорватия) договорилась о совместном проекте с полицией по очистке районов Загреба от шприцев.

Проекту снижения вреда в Полтаве (Украина) удалось добиться разрешения следить за случаями нарушения прав секс-работников во время милицейских операций/рейдов. Милиция обычно своевременно информирует их о месте и времени, на которое запланирована операция. Милиция собирает данные и сотрудничает с проектом по вопросам обеспечения доступа к услугам здравоохранения для секс-работников, предоставляет проекту свой транспорт и т.д. Проект осуществляет тренинги для сотрудников милиции по таким темам, как «Терпимость», «Особенности социальной работы с уязвимыми группами», «Психологические особенности ПИН и секс-работников».

Подобным же образом в Балаково (Россия) проект ежемесячно проводит тренинги для сотрудников милиции по вопросам ВИЧ/СПИДа, в том числе по принципам и философии снижения вреда. Милиция также участвует в деятельности НГО. Так, например, в 2003 г. 14 сотрудников милиции приняли участие в качестве волонтеров в акции по посадке деревьев на Аллее жизни, которая была посвящена повышению информированности населения в области СПИДа.

В Санкт-Петербурге (Россия) НГО «Гуманитарное действие» организовала тренинг по вопросам снижения вреда, ВИЧ/СПИДа, гепатита и ИППП, сформировав команду профессиональных преподавателей из психологов, работавших в Городском управлении внутренних дел. Главная цель программы заключалась в изменении отношения правоохранительных структур к программам снижения вреда.

Некоторые проекты для своей работы с общественным мнением пытаются привлечь в деятельность своих программ снижения вреда более широкий круг специалистов. Например, НГО «Мария» (Волгоград, Россия) организует семинары, где различные специалисты (социальные работники, психологи, работники просвещения) при участии представителей местного правительства обсуждают наболевшие вопросы. На российско-германской конференции «Укрепление общественного сотрудничества в деле защиты прав и интересов уязвимых групп», которая состоялась в Волгограде, особое внимание было уделено защите прав и интересов СР.

Организация «HOPS» (Скопье, Македония) обеспечила тесное сотрудничество с Институтом социальной работы и политики при Университете св. Кирилла и Мефодия; в ходе их совместного проекта студенты обучаются основным принципам снижения вреда и работы с маргинализированными группами.

4.8 Самоорганизации

Помощь в развитии возможностей и желания СР создавать самоорганизации должна стать одним из приоритетов в работе проектов снижения вреда и других организаций, работающих с СР. Необходима поддержка и помощь со стороны проектов, властных структур и других органов, а также уполномоченных лиц. Однако только сами секс-работники способны в полной мере выразить, что им нужно, и в полную силу защищать права, здоровье и благосостояние – свои собственные и своей группы. Как было отмечено авторами исследования:

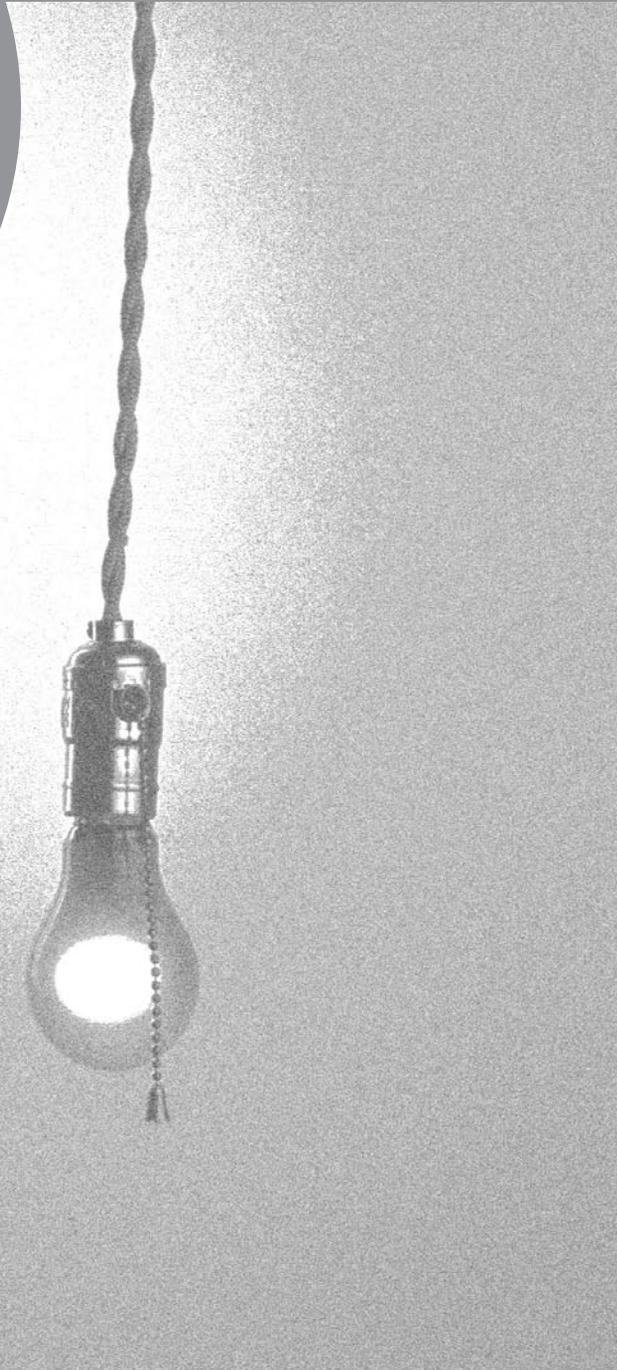
«Самоорганизации могут помочь преодолеть проблемы изоляции и низкой самооценки, связанные с маргинализацией и стигматизацией. Они также могут помочь развитию и укреплению норм безопасного секса и созданию более безопасных условий работы путем повышения способности секс-работников влиять на ту среду, в которой они работают. Некоторые организации секс-работников превратились в мощные адвокационные силы, которые активно противостоят нарушению прав человека и добиваются ликвидации причин уязвимости секс-работников. Организации секс-работников разработали и осуществили множество стратегий, направленных на улучшение условий для секс-работников; во многих случаях это произошло еще до того, как был выявлен ВИЧ, а также до получения подобными программами финансирования» – (Longo et al., 1997).

Развитие самоорганизаций секс-работников в регионе может рассматриваться как процесс, находящийся в самой начальной фазе. Судя по данным, собранным в ходе исследования, среди СР в регионе нет еще ни достаточной способности к самоорганизации, ни осознанной потребности в лучшей организации совместных усилий, направленных на защиту своих прав. Проекты сообщают лишь о весьма ограниченном числе групп самоподдержки секс-работников, организованных ими самими или для них.

Например, в апреле 2004 г. НГО «Odyssey» из Братиславы (Словакия) помогла организации группы самоподдержки для женщин, вовлеченных в секс-бизнес. Группа встречается два раза в месяц, однако ее встречи в течение нескольких первых месяцев посещали за раз всего 2-4 секс-работницы. Литовский СПИД-центр сообщил, что в 2002 г. была учреждена организация, в состав которой, помимо остальных членов, входят и секс-работники. Организация дала начало группе самопомощи, деятельность которой включает также проведение групповой терапии и релаксации. СПИД-центр сообщает, что группу посещают 6-15 женщин, но их деятельность не всегда хорошо организована, частично из-за нехватки лидерства среди секс-работниц.

В Николаеве (Украина) при поддержке местной благотворительной организации «Благодийность» была создана общественная организация «Орхидея», чья деятельность направлена на защиту прав секс-работников. В число активистов организации входят люди, имеющие опыт работы в области секс-бизнеса.

В связи с необходимостью взаимопомощи и лучшей самоорганизации некоторые СР создали небольшие неформальные группы, с помощью которых они пытаются решить некоторые из своих насущных проблем. В Полтаве (Украина) небольшая группа секс-работников создала организацию, члены которой делят между собой доходы от секс-бизнеса, заботятся друг о друге, если кто-то заболевает, и присматривают за ребенком одной из своих коллег.



5. Выводы и рекомендации

По мере того, как эпидемия ВИЧ/СПИДа набирает ход в большей части ЦВЕ/ЦА, улучшение ситуации с охраной здоровья, благосостояния и защитой прав секс-работниц приобретает большее значение, чем когда-либо. Вероятно, их всегда отвергали, дискриминировали и подвергали насилию, однако игнорирование или попустительство в этой ситуации может иметь последствия гораздо более разрушительные и аморальные, чем просто возмутительное невнимание к личности и правам человека в некоторой изолированной группе. Пока не ясно, могут ли СР являться своего рода «мостом», по которому ВИЧ передается от ПИН широким слоями населения, но очевидно, что угроза существует. ВИЧ проник в регион, и все стали чрезвычайно уязвимы. Здоровье и безопасность всех граждан, таким образом, зависит от работы с секс-работницами и для них, чтобы помочь им защитить себя. Это потребует большей готовности от всех членов общества принять и поддержать создание всесторонних практических служб помощи для наиболее нуждающихся. Это также будет зависеть от понимания того, что соблюдение международных стандартов по правам человека является ключевым для успешных попыток преодолеть стигму и дискриминацию.

Вообще говоря, секс-работницы являются и должны рассматриваться как нормальные члены общества – и поэтому они имеют те же права и достойны такой же заботы, как и все остальные. Этот принцип положен в основу рекомендаций, следующих из данного отчета, которые разбиваются на взаимосвязанные, но все еще отдельные категории: рекомендации для тех, кто занимается политикой, для руководителей из системы здравоохранения, для руководителей правоохранительных органов, для служб социальной помощи и для исследователей. Многие рекомендации ориентированы на руководителей высокого ранга, координаторов проектов или тех, кто не связан с секс-бизнесом, но от кого, тем не менее, могут напрямую зависеть жизни секс-работниц. И в то же самое время важно признать, что весь успех рекомендаций также полагается до некоторой степени на устранение барьеров, которые мешают секс-работницам объединяться или доверять друг другу, не говоря уже о деятельности правоохранительных органов и других официальных структур. Когда секс-работницы будут чувствовать себя в целом более уверенно и меньше бояться, они, возможно, будут более тесно взаимодействовать друг с другом и будут более последовательно отстаивать свои права. Кроме того, эта тенденция может оказать положительное влияние на их здоровье и здоровье тех, кто рядом с ними.

5.1 Рекомендации для тех, кто формирует политику

- **Правительственные чиновники всех уровней и подразделений должны приложить больше усилий и личной ответственности в решении проблем социальной изоляции, экономического угнетения и насилия, шире используя для этого свои полномочия.**

Факты, приведенные в этом отчете, указывают на важную роль, которую играют внешние факторы для эффективности профилактики ВИЧ и ИППП среди секс-работников в ЦВЕ/ЦА. В число этих факторов входит экономическая нестабильность, бедность, высокий уровень безработицы, репрессивные политика и законодательство, социальное неравенство, несоблюдение прав человека, широкое распространение и равнодушное отношение к насилию над женщинами, дискриминация приезжих и недостаток эффективной помощи в области здравоохранения. Правительства стран региона должны искать пути решения этих проблем, чтобы снизить негативное влияние ВИЧ/СПИДа в своих странах, особенно в наиболее неблагополучных группах.

- **Должны быть созданы механизмы, лучше всего совместно с правозащитниками и гражданским обществом, которые могли бы усилить независимый контроль за соблюдением прав человека, защитить права уязвимых групп населения, наказать нарушителей этих прав.**

Права секс-работников, особенно тех, кто работает на улицах и употребляет инъекционные наркотики, постоянно нарушаются (в первую очередь сотрудниками правоохранительных органов, сутенерами, клиентами, СМИ, организациями общественного здравоохранения). Кроме того, поскольку защита прав человека важна сама по себе, соблюдение прав секс-работников должно стать важным элементом общей стратегии борьбы с ВИЧ в каждой стране. Возможность и желание секс-работников посещать основные программы снижения вреда существенно ограничиваются, когда их права постоянно нарушаются. Они заслуживают равных со всеми прав и справедливости, а также возможности получить соответствующую юридическую поддержку для их защиты.

- **Репрессивное национальное законодательство в отношении употребления наркотиков и эффективной интервенции, такой как программы снижения вреда, должно быть пересмотрено с тем, чтобы оно соответствовало политике практической пользы и сострадания. И самое главное, жестокие наказания за употребление наркотиков должны быть отменены, так как они лишают связанных с ними людей возможности и желания получать информацию и помощь, чтобы сохранить свое здоровье и здоровье тех, кто рядом с ними.**

Эпидемиологические данные подтверждают, что употребление инъекционных наркотиков остается основным путем передачи ВИЧ в большинстве стран региона. Как сказано в Руководящих принципах ООН по ВИЧ/СПИДу и правам человека, национальное законодательство и политика должны быть выстроены таким образом, чтобы создать благоприятные условия для эффективной борьбы с ВИЧ. Правительства стран должны усилить свою работу по осуществлению эффективной профилактики и лечения ВИЧ в целом и, особенно, в части реализации программ снижения вреда, как это указано в Декларации ООН по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

- **Секс-бизнес должен быть декриминализован, и та национальная политика, которая негативно сказывается на правах человека секс-работников и на доступности для них системы здравоохранения, должна быть изменена или устранена.**

Исключение секс-бизнеса из числа преступлений – первый и необходимый шаг к повышению доступности для секс-работников медицинской помощи и программ профилактики ВИЧ, а также к сокращению того унижения и насилия, с которыми они регулярно сталкиваются. Достижение этой цели может потребовать проведения различных мероприятий в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии, так как правовой статус секс-бизнеса и секс-работников различается между странами. Там, где секс-бизнес не запрещен, федеральные и местные власти должны следить за тем, чтобы проводимая ими политика и ее реализация в конечном итоге не нарушали прав секс-работников, как, например, в случае с бесосновательным задержанием и арестом. В странах, где секс-бизнес разрешен, должны быть предприняты усилия, чтобы должным образом регулировать секс-индустрию и устранить существующие препятствия для тех, кто официально занимается секс-бизнесом. Там, где секс-бизнес официально запрещен законом, политикам рекомендуется тщательно изучить, каким образом такой закон влияет на сферу общественного здоровья; как показывает опыт, это влияние почти всегда отрицательно – и затем пересмотреть их в соответствии с международными стандартами прав человека.

Все эти меры на пути к декриминализации должны быть приняты одновременно с усилиями, направленными на информирование потенциально враждебной широкой публики о пользе и необходимости перевода секс-бизнеса на легальное положение. Венгрия и Латвия, где секс-бизнес официально разрешен, могли бы служить в качестве примеров, хотя некоторую практику этих стран необходимо изменить (например, не сохранение конфиденциальности информации о здоровье СР и невыполнение закона, предписывающего создавать «зоны терпимости», где может осуществляться секс-бизнес).

При разработке или изменении законов, регулирующих секс-бизнес, должны быть предприняты совместные усилия, чтобы ослабить власть сутенеров. Сутенеры часто применяют насилие, принуждение, занимаются вымогательством; жизнь большинства секс-работников стала бы намного лучше, если бы они могли прекратить отношения с сутенерами и работать самостоятельно. Этот шаг также способствовал бы возможности и желанию секс-работников создавать самоорганизации и группы поддержки «равных равными».

- **Участие секс-работников во всех инициативах, организованных правительством по проблеме ВИЧ/СПИДа и правам человека, должно стать обязательным и приоритетным.**

Секс-работники должны быть представлены в комитетах по правам человека; включены в основные координационные органы своих стран и областей по вопросам ВИЧ/СПИДа, в том числе в те, которые отвечают за профилактику и лечение; а также в координационные механизмы страны (ССМ) в тех странах, где идут проекты Глобального фонда. Кроме того, все политические решения, касающиеся секс-работников, должны приниматься или обсуждаться при участии и с согласия их представителей.

5.2 Рекомендации для руководителей системы здравоохранения

- **Тестирование на ВИЧ должно быть добровольным и конфиденциальным для всех людей, включая секс-работников, ПИН и всех тех, кто имеет высокий риск инфицирования.**

Принудительное или обязательное тестирование, введенное правоохранительными или медицинскими учреждениями, влечет за собой растущее недоверие и опасение со стороны секс-работников и членов других маргинализированных групп. По этой причине они могут избегать государственных медицинских учреждений и лечебных центров. Как следствие, они могут выпасть из сферы общественного здравоохранения. Это существенно ограничивает возможности органов здравоохранения в проведении комплексных мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

- **Службы снижения вреда, включая пункты обмена шприцев, должны быть доступны во всех медицинских учреждениях.**

Численность и возможности существующих программ снижения вреда очень ограничены в большинстве стран ЦВЕ/ЦА, особенно в странах бывшего Советского Союза. Учреждения здравоохранения должны предоставлять такие услуги в порядке нормы в качестве одного из усилий по предотвращению распространения ВИЧ. Эти услуги должны включать: добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ и ИППП; раздачу презервативов; обучение безопасному сексу; обмен шприцев; заместительную терапию для наркозависимых; лечение ВИЧ и ИППП. Секс-работники, употребляющие наркотики, должны обязательно быть проинформированы о существовании этих служб и о том, как до них можно добраться.

- **Необходимо облегчить доступ иммигрантов к услугам здравоохранения.**

Внутренние или внешние иммигранты, которые составляют большинство среди секс-работников во многих странах региона, особенно уязвимы перед ВИЧ/ИППП, а услуги здравоохранения для них почти недоступны. Чаще всего они не имеют медицинской страховки из-за отсутствия регистрации или документов, удостоверяющих личность, и вынуждены обращаться за помощью в частные клиники и платить за их услуги, чего большинство из них не могут себе позволить. Учреждения общественного здравоохранения должны обеспечивать работу специальных низкопороговых служб для приезжих вне зависимости от их правового статуса. Они должны проводить бесплатное и анонимное тестирование и консультирование на ВИЧ, лечение по медицинским показаниям, а также направлять своих клиентов в соответствующие социальные службы.

- **Те процедуры в системе здравоохранения, которые дискриминируют ПИН и секс-работниц, должны быть выявлены и устранены.**

Исследования, проводимые для данного отчета, выявили регулярность случаев отказа в помощи секс-работникам и ПИН со стороны врачей и работников здравоохранения. Такое проявление дискриминации является явным нарушением права человека на здоровье и не должно допускаться ни в коем случае. Органы здравоохранения должны провести обучение всего персонала и разработать такие механизмы контроля, которые позволили бы полностью и конфиденциально рассмотреть все жалобы.

Факты также говорят о том, что антиретровирусная (АРВ) терапия обычно недоступна для ПИН либо они находятся в конце списка на ее получение. Такой подход является безнравственным, поскольку он основан на стигме, дискриминации и непонимании того, что большинство ПИН способны и готовы соблюдать сложные режимы лечения. ПИН и секс-работники должны иметь наравне со всеми доступ к АРВ-терапии, лечению ИППП и другим возможностям.

5.3 Рекомендации для руководителей правоохранительных органов

- **Необходимо проводить политику, которая помогла бы остановить преследования и злоупотребления по отношению к секс-работницам со стороны полиции.**

Во всех странах, где проводился опрос, нарушение полицией прав секс-работниц было определено как основная проблема этой группы. Полицейское преследование и насилие часто включали в себя физическое насилие, в том числе избивание; незаконные задержания и аресты; принуждение к сексу; вымогательство взяток; перемещение секс-работников с места на место; принуждение к тестированию на ВИЧ/ИППП; отказ в законной защите секс-работников и других людей, вовлеченных в секс-бизнес. Такое положение вещей требует немедленного вмешательства со стороны всех правоохранительных властей в регионе. Сотрудники полиции, оказавшиеся виновными в нарушении прав секс-работниц и всех других граждан, должны быть наказаны. Должны быть разработаны процедуры контроля, гарантирующие безопасность и конфиденциальность тем, кто подает жалобу, и проведена общественная кампания, стимулирующая граждан сообщать о нарушениях и притеснениях со стороны полиции.

- **Все сотрудники полиции и других правоохранительных органов должны проходить регулярное обучение по темам, связанным с ВИЧ, с употреблением наркотиков, с законами о правах человека, действительных для всех людей, в частности для секс-работников и других социально незащищенных групп. Полиции следует также направлять секс-работниц и ПИН – но только не в принудительной или угрожающей форме – в программы, проекты и приюты, где они могут получить соответствующую помощь.**

Особенно полезными могут оказаться усилия, направленные на обучение сотрудников правоохранительных органов, поскольку полицейские имеют регулярные контакты с секс-работниками и ПИН. При определенной подготовке и мотивации они могли бы играть очень позитивную роль в профилактике ВИЧ, предоставляя информацию об охране здоровья, а также добровольные направления в службы здравоохранения. В регионе уже есть хорошие примеры сотрудничества полиции с сектором здравоохранения, в первую очередь с организациями снижения вреда. Руководители полицейских подразделений могли бы ускорить этот процесс с помощью регулярных встреч между полицией и службами здравоохранения.

5.4 Рекомендации для служб помощи и предоставления услуг

- **Необходимо создать более обширные и разнообразные целевые программы для секс-работников и для определенных групп в сообществе секс-работников.**

По оценкам данного исследования, охват секс-работников программами снижения вреда несколько выше охвата ПИН. Однако в большинстве случаев он все же не достигает уровня. Некоторые эксперты установили, что он составляет около 60% для данного сообщества, который необходим для эффективного контроля и снижения эпидемии ВИЧ/ИППП среди секс-работников. Существующие программы должны усилить аутрич-работу и расширить сферу предоставляемых услуг, включая раздачу презервативов, обмен шприцев, а также социальные услуги, такие как решение жилищных проблем, уход за ребенком, помощь с оформлением документов, профессиональная подготовка, а также обучение и помощь в правовых вопросах.

- **Работники сервисных программ должны стремиться установить более тесный контакт с организациями/активистами, защищающими права человека, и другими подобными организациями в регионе для усиления контроля за их нарушением.**

Постоянное нарушение прав секс-работников, включая насилие, угрозы, незаконное задержание и отказ от помощи, отрицательно влияет на жизнь секс-работников всех стран. Правозащитные организации часто отказывались серьезно рассматривать и контролировать нарушения прав секс-работников, но по некоторым признакам их реакция изменилась, став более адекватной. Организациям, предоставляющим услуги для секс-работников, необходимо более активно обращаться за помощью и наладить более тесное сотрудничество с правозащитными организациями, чтобы предать гласности злоупотребления и повлиять на проведение политических реформ. Они должны также прилагать больше усилий для отстаивания своих прав среди широких кругов населения, например, в сфере образования и среди чиновников федерального и местного уровней в качестве еще одной попытки повысить уровень безопасности и состояния здоровья секс-работников.

- **Более качественный контроль со стороны программы и оценка ситуации были бы полезным шагом на пути улучшения планирования и функционирования служб помощи в целом.**

Многие проекты оказались неспособны регулярно и с достаточной надежностью собирать данные по своим программам. Это может существенно ограничить эффективность их работы и помешать решению проблемы ВИЧ/СПИДа на местном и государственном уровнях. Отстающие в этом смысле проекты должны искать финансовую и техническую поддержку, чтобы улучшить свою процедуру мониторинга и оценки; другие должны следить, чтобы их процедуры оставались на должном уровне.

5.5 Рекомендации для внешних доноров

- **Доноры, особенно иностранные программы по развитию, должны проводить оценку проектов и их финансирование, основываясь на реальной ситуации и на научных данных, а не на внутренних идеологических концепциях собственных стран.**

Политика доноров может, и в значительной степени влияет, на эффективность борьбы с ВИЧ/СПИДом в регионе, особенно в странах с низким доходом. Доноры должны осознавать и понимать природу эпидемии и то, какой тип интервенции будет самым подходящим и эффективным в плане профилактики распространения ВИЧ и лечения ВИЧ-инфицированных. В ЦВЕ/ЦА это означает, что они должны поддерживать программы снижения вреда, в том числе обмен шприцев для ПИН, многие из которых также занимаются секс-бизнесом. Отказ выделять средства на устранение факторов наибольшего риска, возможно, является худшей политикой, чем полный отказ от финансирования, так как напрямую влияет на общегосударственную стратегию борьбы.

- **Сотрудники многосторонних и двусторонних агентств, как и работники из системы здравоохранения всех уровней, должны поощряться в критике несостоятельного руководства, использования ресурсов вне соответствии с приоритетами и дискриминации. Они должны иметь возможность представлять свои возражения конфиденциально и без риска последствий, таких как увольнение.**

Персонал, связанный с Глобальным фондом, Всемирным банком, агентствами ООН и двусторонними фондами, часто имеет возможность положительно влиять на распределение выделяемой помощи федеральными, региональными и местными властями. Способность и готовность этих людей помогать в наблюдении за оказываемой помощью и развитием программы может гарантировать, что фонды и услуги достигают тех, кому они предназначаются. Однако субъекты международной помощи не должны вмешиваться в политику и приоритеты национального здравоохранения. Местные чиновники должны также чувствовать себя в праве критиковать международные фонды без риска потерять работу или возможность участия в будущих проектах.

- **Программы и политика различных доноров должны быть лучше организованы и скоординированы, чтобы обеспечить непрерывность работы, особенно в тех странах, где существование служб помощи в основном зависит от донорской помощи.**

Во многих случаях свою стратегию помощи доноры основывают на предположении, что через несколько лет ответственность за финансирование программ будет переложена на национальное правительство. К сожалению, десятилетний опыт работы в области ВИЧ в регионе доказал, что эта стратегия не всегда надежна. Во многих случаях национальное правительство не готово принять ответственность за проект из-за отсутствия финансовых или иных возможностей, недостатка компетентных сотрудников на всех уровнях или из-за того, что не была получена ожидаемая поддержка из других источников. Доноры должны стремиться гарантировать гибкий подход к проблеме, чтобы оказание жизненно важной помощи социально незащищенным группам не прерывалось из-за перебоев в финансировании.

5.6 Рекомендации для исследователей

- **Ученые, исследователи, правительства стран и многосторонние организации в сотрудничестве друг с другом должны сформировать профессиональную и жизнеспособную исследовательскую команду, которая публиковала бы наиболее конкретные и точные данные по эпидемии ВИЧ/СПИДа и по социально незащищенным группам населения, включая секс-работников, в ЦВЕ/ЦА.**

Как показали ответы респондентов, опрошенных по данному опроснику, данные, необходимые для получения множества ключевых показателей, имеющих отношение к ВИЧ, часто оказываются неточными или трудными для сбора. Они включают следующие показатели: общее число людей, инфицированных вирусом, общее число ПИН в стране и в области, векторы и кривые передачи вируса, особенно касающиеся употребления наркотиков и секса, общее число секс-работников в стране, области и муниципальном округе, число секс-работников с ВИЧ и ИППП, распространенность ВИЧ среди секс-работников и динамика инфицирования, общее число нуждающихся в антиретровирусной терапии (в том числе среди секс-работников) и число реально получающих препараты, процент секс-работников, имеющих медицинскую страховку, показатели злоупотребления и насилия по отношению к секс-работникам со стороны полиции и многие другие.

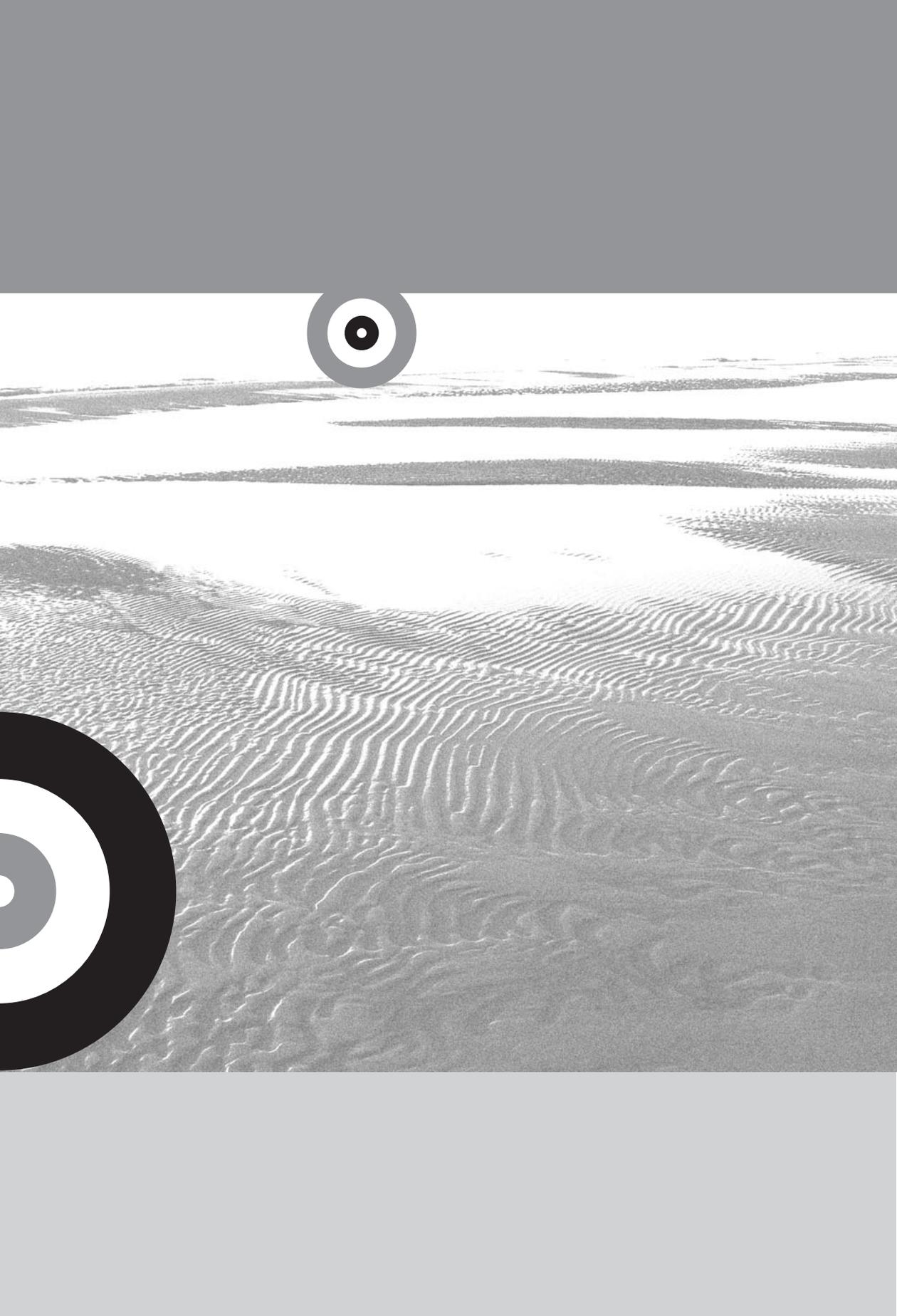
Этот список ни в коем случае не полон. Но даже в таком виде, тем не менее, он представляет ясные доказательства того, что предпринятые усилия по сбору данных являются недостаточными. Все те, кто принял участие в этом исследовании, проявляют огромный интерес к дополнительной информации относительно широты и степени развития эпидемии, а так же к тем, кого она касается. Научно-исследовательский институт или агентство ООН, вероятно, должны взять на себя инициативу создания в регионе ЦВЕ/ЦА эпидемиологической и социальной исследовательской структуры в сфере ВИЧ/СПИДа. Эта попытка может оказаться слишком сложной и напрасной, учитывая размах политических, экономических и социальных различий в данной области, например, политику изоляции в Туркменистане и проблемы в других странах, связанные с принудительным тестированием, конфиденциальностью и насилием. В конечном счете, однако, комплексное и целенаправленное оказание социальной помощи может быть достигнуто, только опираясь на достаточно точную статистику. Кроме того, точные данные могли бы помочь правительствам стран и донорам спланировать будущую деятельность касательно распределения финансов, медицинских поставок и адресатов профилактики.

- **Эффект декриминализации секс-бизнеса должен быть внимательно проанализирован, и полученные результаты должны стать доступными для широких слоев населения. Особое внимание нужно обратить на опыт в других странах региона (особенно Венгрия и Латвия).**

Правительства многих стран в ЦВЕ/ЦА с особенным упорством отказываются декриминализовать секс-бизнес, опасаясь, что численность секс-работников и/или показатели ВИЧ и ИППП сразу же вырастут. Большинство исследований в других странах говорят о том, что ни одно из этих опасений не оправдывается; фактически вообще оказывается, что декриминализация ведет к улучшению состояния здоровья секс-работников и снижает среди них уровень передачи ВИЧ-инфекции. Другие страны в регионе, вероятно, нуждаются

в более сильном убеждении, и они могут потребовать предоставить им примеры проведения политики декриминализации и соответствующего регулирования секс-бизнеса где-то в другом месте.

Исследование, безусловно, должно проводиться абсолютно объективно, чтобы рекомендовать внести изменения в существующие законодательные акты в Венгрии и Латвии. Например, вызывает беспокойство то, что в этих двух странах принудительное тестирование секс-работников на ВИЧ/ИППП и отсутствие конфиденциальности при постановке диагноза могут вызвать еще большую маргинализацию этой группы и ухудшить их доступ к лечению ВИЧ и ИППП. Этим важным проблемам, связанным с правами человека, необходимо уделить должное внимание, чтобы декриминализация секс-бизнеса могла достичь своих самых важных целей: лучшей охраны здоровья секс-работников и уменьшения их притеснений, преследований и дискриминации.



Список использованной литературы

AIDS Infoshare (2001). Basic Characteristics of the commercial sex industry in four regions in Russia where HIV/STI prevention activities have been established under AIDS Infoshare project activities (Основные характеристики индустрии коммерческого секса в четырех регионах России, где действуют проекты по профилактике ВИЧ в рамках деятельности организации «СПИД-Инфосвязь»).

AIDS Infoshare (2003). Expert survey: «Needs of regions in legislative and normative regulation of commercial sex work (prostitution)» (Потребности регионов в законодательном и нормативном регулировании коммерческого секс-бизнеса (проституции)). Можно получить в ССВЦБЕ.

AFEW (2003). Summary Report of Baseline Characteristics of NGO Counterparts in Uzbekistan, Tajikistan and Kyrgyzstan (Итоговый отчет об исходных характеристиках НГО, работающих в Узбекистане, Таджикистане и Кыргызстане). Подготовлен программой снижения спроса на наркотики в Центральной Азии.

AFEW (2003a). Report on the Rapid Assessment and Response to Sex Work, Drug Use, and HIV In the Central Asian Republic of Tajikistan (Отчет об экспресс-оценке и ответных мерах в отношении секс-бизнеса, употребления наркотиков и ВИЧ в центрально-азиатской республике Таджикистан). Подготовлен программой снижения спроса на наркотики в Центральной Азии.

Andrushchak, LI and Khodakhevich, LN (2000). «The reduction of the HIV vulnerability of women involved in the sex business in Ukraine through social mobilization and the creation of self support networks» (Снижение риска заражения ВИЧ среди женщин, вовлеченных в секс-бизнес на Украине, с помощью социальной мобилизации и создания сетей взаимопомощи). Журнал «Микробиология, эпидемиология и иммунология», №4, стр. 118-119.

Arsova T., (2000) «The prostitution and the sex workers in Bulgaria: Analysis of the situation and the risk with regards to HIV/AIDS/STDs» (Проституция и секс-работники в Болгарии: анализ ситуации и риска заражения ВИЧ/СПИДом/ИППП). Фонд здоровья и социального развития, UNDP; PROJECT No BUL/98/005; National HIV/AIDS Strategy Planning.

Asia Pacific Women's Consultation on Prostitution press release (1997) (Пресс-релиз по консультированию по вопросам проституции для женщин Азиатско-Тихоокеанского региона). В Интернете: <http://www.hartford-hwp.com/archives/50/008.html> (доступен с 16 января 2005).

Benotsch, E, Somlai, AM, Pinkerton, SD, Kelly, JA, Ostrovski, D, Gore-Felton, C and Kozlov, AP (2004). «Drug Use and sexual risk behaviours among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs» (Употребление наркотиков и поведение, связанное с сексуальным риском среди российских женщин-ПИИ, которые обменивают секс на деньги или наркотики). International Journal of STD & AIDS; 15: 343-347.

Borisenko, K, Safarova, E, Shegay, M, Filatova, E and Sheilihov, N (1999). Socio-demographic characteristics of female sex workers attending the clinical centre «Sanam» in Moscow for STI care (Социальные и демографические характеристики женщин-секс-работниц, посещающих клинический центр «Санам» в Москве для получения лечения ИППП). International Conference on HIV/STIs, Denver, USA.

Burris S, Villena D (2002). Adapting to the reality of HIV difficult policy choices in Russia, China, and India (Адаптация к реальности сложных политических выборов в отношении ВИЧ в России, Китае и Индии). *Human Rights Magazine*, Winter 2002.

CEEHRN (2004). Проект «Карты». В Интернете: <http://www.ceehrn.org/index.php?ItemId=12227>.

CEEHRN (2002). Injecting Drug Users, HIV/AIDS Treatment and Primary Care in Central and Eastern Europe and Former Soviet Union (Потребители инъекционных наркотиков, лечение ВИЧ/СПИДа и необходимая помощь в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза). July, 2002.

Council of Europe, Legal Affairs, Croatia: Relevant Provisions of the Criminal Code (Совет Европы, отдел по правовым вопросам, Хорватия: соответствующие положения Уголовного кодекса). В Интернете: <http://www.coe.int>.

Davies, AG, Dominy, NJ, Peters, AD and Richardson, AM (1996). «Gender differences in HIV risk behaviour of injecting drug users in Edinburgh» (Гендерные различия в поведении, связанном с риском заражения ВИЧ, среди потребителей инъекционных наркотиков в Эдинбурге). *AIDS Care*; 8: 517-527.

Dehne, K and Kobyshcha, Y (2000). The HIV epidemic in Central and Eastern Europe – Update 2000 (Последние данные по эпидемии ВИЧ в Центральной и Восточной Европе, 2000 г.): 20.

Dehne, K, Kobyshcha, Y, Hamers, F and Schwartlander, B (1999). «The HIV/AIDS epidemic in eastern Europe: recent patterns and trends and their implications for policy-making» (Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе: последние модели и тенденции и их значение для формирования политики). *AIDS*; 13: 741-749.

Dreizin, A (2000). «Work with «street» prostitutes in the framework of a harm reduction project in Kaliningrad» (Работа с «уличными» проститутками в рамках проекта снижения вреда в Калининграде). *Russian Journal of HIV/AIDS and related issues*; 4(1): 134.

EU (2004). Action Needed to Deal with the Spread of Sex Industry (Деятельность, необходимая для решения проблемы распространения секс-индустрии), European Parliament. В Интернете: http://www.europarl.eu.int/comparl/femm/news_docs/2004/200404_eriksson_pr_en.pdf.

EU (2001), Justice and Home Affairs. Trafficking in Women: The Misery Behind the Fantasy. From Poverty to Slavery (Справедливость и внутренние дела. Торговля женщинами: страдания за пределами разумного. От бедности к рабству), A Comprehensive European Strategy. В Интернете: http://europa.eu.int/comm/justice_home/news/8mars_en.htm.

EuroHIV (2002). HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-Year Report 2002 (Эпиднадзор за ВИЧ/СПИДом в Европе, годовой отчет, 2002 г.), N68.

Europar/ Tampere (1999). Hustling for Health, Developing Services for Sex Workers in Europe (Выпрашивая здоровье – развитие услуг для секс-работников в Европе), by European Network for HIV/STD Prevention in Prostitution. London, 1999.

GFATM (2004) The Global Fund progress reports (Отчет о ходе работы Глобального фонда). В Интернете: www.theglobalfund.org/en/funds_raised/reports/.

Hamers, FF and Downs, AM (2003). «HIV in central and eastern Europe» (ВИЧ в Центральной и Восточной Европе), *Lancet*; 361(9362): 1035-44. Review.

- Hazizaj, AH (2002). Education versus HIV/AIDS and gender-baed violence in post communist Albania (Образование против ВИЧ/СПИДа и гендерного насилия в посткоммунистической Албании). XIV International AIDS Conference, July 7-12, 2002, Barcelona.
- HOPS (2002), survey conducted by Project Marija (Исследование, проведенное проектом «Мария»), HOPS. Skopje, Macedonia. Отчет можно получить в HOPS или ССВЦБЕ.
- Human Rights Watch (2005). «HIV/AIDS at the 48th U.N. Commission on Narcotic Drugs (CND)» (ВИЧ/СПИД на 48-ой Комиссии ООН по наркотическим веществам (CND)). Human Rights Watch Brief.
- Human Rights Watch Report (2003). «Fanning the Flames: How human rights abuses are fuelling the epidemic in Kazakhstan» (Игра с огнем: как нарушение прав человека подогревает эпидемию в Казахстане), p. 29.
- Human Rights Watch (2002). «Hopes betrayed: Trafficking of women and girls to post-conflict Bosnia and Herzegovina for Forced Prostitution» (Потерянная надежда: торговля женщинами и девушками для принудительной проституции в Боснии и Герцеговине после конфликта), Vol. 14 (9) (D).
- Human Rights Watch (2001). Press Backgrounder on Tajikistan (Позиция правительства по Таджикистану, изложенная для прессы).
- IHRD, OSI (2001). Sex Worker Harm Reduction Initiative Mid-Year Report, A Guide to Contacts and Services in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union (Промежуточный отчет сети снижения вреда среди секс-работников: руководство по обеспечению контактов и предоставлению услуг в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза), International Harm Reduction Development (IHRD) and Open Society Institute (OSI).
- Into focus (2003). A Central Asian newsletter for professionals working in the field of HIV/AIDS prevention (Центрально-азиатский бюллетень для специалистов, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа), №8, March: p.6.
- Jiresova, K (2003). Sex work, drug use and harm reduction in Central and Eastern Europe and the Newly Independent States (Секс-бизнес, употребление наркотиков и снижение вреда в Центральной и Восточной Европе и Новых Независимых Государствах). Presented at the International Harm Reduction Conference in Chiang Mai, Thailand.
- Kalikov, Juri (2002). Survey of sex workers in the Baltic states conducted for the AIDS Information and Support Center (Опрос секс-работников в государствах Балтии, проведенный для СПИД-Центра по информации и поддержке), Tallinn, Estonia.
- Kandzhikova, V (2004). Health and Social Development Foundation, Bulgaria, Project Coordinator, personal communication (Фонд медицинского и социального развития, Болгария, координатор проекта, из личной корреспонденции бесед).
- Karapetyan, AF, Sokolovsky, YV, Araviyskaya, ER, Zvartau, EE, Ostrovsky, DV and Hagan, H (2002). «Syphilis among intravenous drug-using population: epidemiological situation in St Petersburg, Russia» (Сифилис в группах потребителей внутривенных наркотиков: эпидемиологическая ситуация в Санкт-Петербурге, Россия). *International Journal of STD & AIDS*; 13: 618-623.
- Kelly, JA, Amirkhanian, Y (2003). «The newest epidemic: A review of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe» (Новейшая эпидемия: обзор по ВИЧ/СПИДу в Центральной и Восточной Европе). *International Journal of STD & AIDS*; 14: 361-371.
- Khromova, Y, Safarova, E, Dubovskaya, L, Averchenko, SA, Dugasheva, L, Ryan, C, Aral, SO, St Lawrence, J, Lewis, J, Braxton, J and Shakarishvili, A (2002). High rates of sexually transmitted diseases (STDs), HIV and risky behaviours among female detainees in Moscow, Russia (Высокие уровни инфекций, передающихся половым путем (ИППП), ВИЧ и рискованное поведение среди женщин, задержанных в Москве, Россия). XIV International AIDS Conference, July 7-12, 2002, Barcelona.

- Konings, E (1996). Prostitution and HIV/AIDS in CEE/CIS (Проституция и ВИЧ/СПИД в ЦВЕ/ЦА), UNAIDS.
- Kungurov, N, Sirneva, T and Nikitina, M (1999). «Medical and Social Psychological aspects of Prostitution in Sverdlovsk Oblast» (Медицинские и социально психологические аспекты проституции в Свердловской области). *Sexually Transmitted Infections*; 3: 31-34.
- Kurmanova, G (1999). On providing technical assistance to the pilot project «Strengthening of HIV/AIDS/STDs prevention among vulnerable groups of young women in Turkmenistan» (О предоставлении технического содействия пилотному проекту «Укрепление профилактики ВИЧ/СПИДа/ИППП среди уязвимых групп молодых женщин в Туркменистане»). Ashgabad, Turkmenistan.
- Kurmanova, G (2000). Report on the assessment of HIV/AIDS/STDs prevalence among commercial sex workers in Dushanbe (Отчет об оценке распространенности ВИЧ/СПИДа/ИППП среди работников коммерческого секса в Душанбе). Dushanbe, Tajikistan.
- Kurmanova, G (2004). Short overview of legal regulations of sex work in Kyrgyzstan (Краткий обзор правового регулирования секс-бизнеса в Кыргызстане). Можно получить в ССВЦВЕ.
- Kurova, T, Malceva, SM and Mardh, PA (1998). «Prostitution in Riga, Latvia – a socio-medical matter of concern» (Проституция в Риге, Латвия – социо-медицинские вопросы) *Acta Obstetricia Gynecologica, Scandinavia*; 77(1): 83-86.
- Ladnaya, NN, Pokrovsky, VV and Sokolova, YV (2002). HIV Epidemiology in Russian Regions in 2002 (Эпидемиология ВИЧ в российских регионах в 2002 г.), Federal Scientific and Methodical Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation to Preent and Combat AIDS, Moscow.
- Lakhulamani, V (1997). «The Prostitution situation in a number of cities of Russia, Ukraine and Byelarus» (Ситуация с проституцией в ряде городов России, Украины и Беларуси). *Zhurnal Mikrorbiologii I Immunobiologii*; 1: 102-104.
- Letyagina V., Senior Coordinator of the Open Health Institute, 2003, personal communication cited in (старший координатор Фонда «Открытый Институт здоровья населения», 2003 г., из личных бесед).
- Sarang A, Stuikyte, R, Bykov R, Implementation of harm reduction measures in Eastern Europe and Central Asia: Lessons learned.
- Longo, P and Overs, C (1997). «Making Sex Work Safe» (Сделать секс-бизнес безопасным), AHRTAG and Network of Sex Work Projects.
- Loseva, O and Nashkoev, M (1999). «Sex Workers: Social origins, sexual behavior, potential for spreading STIs» (Секс-работники: социальное происхождение, сексуальное поведение, потенциал распространения ИППП). *Dermatology and Venerology Bulletin*; 3: 16-22.
- Lowndes, CM, Rhodes, T, Judd, A, Mikhailova, L, Sarang, A, Rylkov, A, Tichonov, M, Platt, L and Renton, A (2002). Female injection drug users who practise sex work in Togliatti City, Russian Federation: HIV prevalence and risk behaviour (Женщины-потребители инъекционных наркотиков, практикующие секс-бизнес в Тольятти, Российская Федерация: распространенность ВИЧ и рискованное поведение). World AIDS Conference, 2002.
- Lowndes, C, Alary, M and Platt, L (2003) Injection Drug Use, Commercial Sex Work, and the HIV/STI Epidemic in the Russian Federation (Употребление инъекционных наркотиков, секс-бизнес и эпидемия ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации). *Sexually Transmitted Diseases*. January: 46-48.
- Mann, J and Tarantola, D (1996). «Aids in the World» (СПИД в мире). Oxford University Press, New York.

- Mariner, W (2000). Legal Issues in HIV Prevention Among Sex Workers in the Russian Federation (Правовые вопросы профилактики ВИЧ среди секс-работников в Российской Федерации). Boston University School of Public Health, p. 2-3.
- Marketing and Consulting, OK (2000). Study of Sexual Behaviour among female commercial sex workers in Saratov Oblast (Исследование сексуального поведения среди женщин – секс-работниц в Саратовской области). Saratov, Russia.
- Ministry of Interior of Macedonia (2002). Department for Analytics and Research. Internal periodical reports cited by the representative of the National UNODC Office in Skopje, Macedonia (Внутренние периодические отчеты, приведенные представителями Национального управления UNODC в Скопье, Македония).
- Momot, O, Rashkinova, E and Blinovskaya, E (1997). «The role of Prostitution in the spread of HIV infection in Kaliningrad Oblast» (Роль проституции в распространении ВИЧ-инфекции в Калининградской области). *Narcology Issues*; 3: 57-58.
- Morton, A, Tabrizi, S, Garland S, Lee P et al (2002). «Will the legalization of street sex work improve health?» (Улучшит ли здоровье легализация уличного секс-бизнеса?). *Sexually Transmitted Infections*; 78: 309.
- Nashkoev, MR (2002). Social-Psychological and Behavioral characteristics of sex workers and the prevention of sexually transmitted infection in this group (Социо-психологические и поведенческие характеристики секс-работников и профилактика инфекций, передающихся половым путем, в этой группе). Central Academic Research Institute of Dermatovenerology, Ministry of Health, Russian Federation. Moscow, The Russian University of Friendship of the People.
- Office of the United Nations High Commissioner for human rights and the Joint United Nations Program on HIVAIDS, «HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines» (Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека (со второй международной консультации по ВИЧ/СПИДу и правам человека) (September 23 – 25, 1996, Geneva), U.N.Doc. HR/PUB/98/1, p. 29 (e).
- Oostvogels, R (1997). Assessment of Commercial Sex Circuits in Bishkek, Kyrgyzstan (Оценка схемы оборота коммерческого секса в Бишкеке, Кыргызстан). Bishkek, UNAIDS.
- Oostvogels, R (1999). Assessment of Commercial Sex circuits in Karaganda, Kazakhstan (Оценка схемы оборота коммерческого секса в Караганде, Казахстан). Karaganda, UNDP.
- Oostvogels, R (2001). Assessment of Female Sex workers and Clients in Tashkent, Republic of Uzbekistan (Оценка схемы оборота коммерческого секса в Ташкенте, Республика Узбекистан). Tashkent, UNDP.
- Palmira project (2004). Legal Support for People Involved in Sex Work, Final report for the Project Palmira I (Правовая поддержка для людей, вовлеченных в секс-бизнес, финальный отчет для проекта «Пальмира I» (es), 28 November, 2003 – 28 May, 2004.
- Platoshina, O and Chaika, N (1995). Study of the main risk for sexual transmission of STD agents. (Исследование основного риска сексуальной передачи возбудителей ИППП). Nordic Conference on Prostitution.
- Platt, L, Rhodes, T, Lowndes, CM, Madden, P, Sarang, A, Mikhailova, L, Renton, A, Pevzner, Y, Sullivan, K and Khutorskoy, M (2004). «The impact of gender and sex work on sexual and injecting risk behaviours and their association with HIV positivity amongst injecting drug users in an HIV epidemic in Togliatti City, Russian Federation» (Влияние пола и секс-бизнеса на рискованное поведение, связанное с сексуальной активностью и инъекциями, и их связь с положительным ВИЧ-статусом среди потребителей инъекционных наркотиков в эпидемии ВИЧ в Тольятти, Российская Федерация). Submitted.

- Platt, L (1998). Profile of Sex Workers in Moscow (Профиль секс-работников в Москве). Moscow, AIDS Infoshare.
- Pokrovsky, V (2000-2001). «HIV in Russia: a specialist's forecast» (ВИЧ в России: прогноз специалиста). *Harm Reduction in Russia*: 10-12.
- Prosecutor v. Anto Furundzija (Обвинитель против Анто Фурундзия) [December 10, 1998], 38 I.L.M. 317 (1999).
- Renton, AM, Borisenko, K, Meheus, A and Gromyko, AE (1998). «Epidemics of syphilis in the newly independent states of the former soviet union» (Эпидемия сифилиса в новых независимых государствах бывшего Советского Союза). *Sexually Transmitted Infections* (74): 165-166.
- Rhodes, T, Sarang, A, Bobrik, A, Bobkov, E, Platt, L, (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug user in the Russian Federation (Передача ВИЧ и профилактика ВИЧ, связанного с потребителями инъекционных наркотиков в Российской Федерации). *International Journal of Drug Policy*, 15: 39-54.
- Rhodes, T, Ball, A, Stimson, G, Kobyschka, Y, Fitch, C, Pokrovsky, V, Bezruchenko-Novachuk, M, Burrows, D, Renton, A and Andrushchak, L (1999). «HIV infection associated with drug injecting in the Newly Independent States, eastern Europe: the social and economic context of epidemics» (ВИЧ-инфекция, связанная с употреблением инъекционных наркотиков, в Новых Независимых Государствах, Восточной Европе: социальный и экономический контекст эпидемии). *Addiction*; 94: 1323-1336.
- Rhodes, T, Lowndes, CM, Judd, A, Mikhailova, L, Sarang, A, Rylkov, A, Tichonov, M, Lewis, K, Ulyanova, N, Alpatova, T, Karavashkin, V, Khutorskoy, M, Hickman, M, Parry, JV and Renton, A (2002). «Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia» (Вспышки и высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Тольятти, Россия). *AIDS*; 16: F25-F31.
- Rhodes, T, Simic, M, Grund, JP, Simon, S, Jankovic, K, Djuretic, T, Kastelic, A and Fitch, C (2004). HIV Prevention among vulnerable populations in Serbia and Montenegro (Профилактика ВИЧ среди уязвимых групп в Сербии и Черногории), The HIV Prevention among vulnerable populations initiative in Serbia and Montenegro: 51.
- Rodina, T and Valieva, S (2002). The response to HIV and STI epidemic among commercial sex workers in the town of Shymkent (Деятельность в ответ на эпидемию ВИЧ и ИППП среди работников коммерческого секса в городе Чимкент). XIV International AIDS Conference, July 7-12, 2002, Barcelona.
- Ryabenko, S (2001). Services for Sex Workers (Услуги для секс-работников). 12th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, India.
- Sarang, A, Stuiyke, R, Bykov, R (2004). «Implementation of harm reduction measures in Eastern Europe and Central Asia: Lessons learned» (Осуществление мер по снижению вреда в Восточной Европе и Центральной Азии: усвоенные уроки).
- Schonning, S and Buzurokov, A (1999). Needs Assessment – Kazakhstan (Оценка потребностей – Казахстан). *Doctors of the World*: 32.
- Stvilia, K, Dershem, L, Gurrola Vonilaa, S, Tsereteli, N and Dallabetta, G (2003). «Characteristics, High-Risk Behaviors and Knowledge of STI/HIV/AIDS and STI/HIV Prevalence of Street-Based Female Sex Workers in Tbilisi, Georgia-2002» (Характеристики, высоко рискованное поведение и знания об ИППП/ВИЧ/СПИДе и распространенность ИППП/ВИЧ среди уличных секс-работниц в Тбилиси, Грузия, – 2002 г.). Tblisi: 48. Report on the Behavioral and Biomarker Surveillance Survey. Можно получить в ССВЦВЕ.

- Tais Plus (2004). Legal status of sex workers in Bishkek, Kyrgyzstan (Правовой статус секс-работников в Бишкеке, Кыргызстан), технический отчет по результатам исследования. Можно получить в ССВЦБЕ.
- Tchoudomirova, K, Domeika, M and Mardh, PA (1997). «Demographic data on prostitutes from Bulgaria – a recruitment country for international (migratory) prostitutes» (Демографические данные по проституткам из Болгарии – стране вербовки международных (приезжих) проститутток). *International Journal of STD & AIDS*; 8(3): 187-91.
- Thomas, RM (1996). Assessment of Commercial Sex Scene in Almaty, Kazakhstan (Оценка ситуации с коммерческим сексом в Алма-Аты, Казахстан). Almaty, UNAIDS.
- Thomas, RM (1997). Assessment of Commercial Sex Scene in Tashkent, Uzbekistan (Оценка ситуации с коммерческим сексом в Ташкенте, Узбекистан). Tashkent, UNAIDS.
- UHRA (2004). Отчет о ситуации с соблюдением прав человека в отношении наркозависимых и ВИЧ-положительных в Украине. Ukrainian Harm Reduction Association project report. Можно получить в ССВЦБЕ.
- UNAIDS (1999). UN-facilitated response to HIV/AIDS, STD and drug use in Central Asian Countries (Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan) (Деятельность в ответ на ВИЧ/СПИД, ИППП в странах Центральной Азии (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан) при поддержке ООН. Almaty, Kazakhstan, UNAIDS.
- UNESCO (2000). UNESCO Courier, February 2000, issue 14. В Интернете: UNESCO, <http://www.unesco.org>.
- UNAIDS (2002). Sex work and HIV/AIDS (Секс-бизнес и ВИЧ/СПИД), UNAIDS Technical Update, June 2002.
- UNFPA (1994). Program of Action of the International Conference on Population and Development (Программа действий Международной конференции населения и развития). В Интернете: UNFPA, http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm#ch7.
- UNHCR, UNICEF (2002). Organization for Security and Cooperation in Europe, Trafficking in Human Beings in Southeastern Europe, Current Situations and Responses to Trafficking in Human Beings in: Albania, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, The Federal Republic of Yugoslavia, FYR of Macedonia, Moldova, Romania (Организация безопасности и сотрудничества в Европе, торговля людьми в Юго-Восточной Европе, настоящая ситуация и ответные меры на торговлю людьми в Албании, Боснии и Герцеговине, Болгарии, Хорватии, БРЮ Македонии, Молдове, Румынии). В Интернете: www.unhchr.ch/women/trafficking.pdf.
- UNICEF (2001). Communication for HIV/AIDS Prevention in Lithuania (Письмо о профилактике ВИЧ/СПИДа в Литве), UNICEF.
- UNICEF (2001). Estonia Rapid assessment on obstacles and opportunities for HIV/AIDS communication for young people (Эстония: Экспресс-оценка по препятствиям и возможностям для общения по вопросам ВИЧ/СПИДа для молодых людей).
- UNICEF (2001). HIV/AIDS in South Eastern Europe (ВИЧ/СПИД в Юго-Восточной Европе), UNICEF: 2-78.
- UNICEF (2001). Walking on two legs: a developmental and emergency response to HIV/AIDS among young drug users in the CEE/CIS/Baltic and Central Asia Region (Ходить на двух ногах: эволюционная и чрезвычайная деятельность в ответ на ВИЧ/СПИД среди молодых потребителей наркотиков в ЦВЕ/СНГ/Балтийском и Центрально-Азиатском регионе): A review paper Geneva, 2001.

UNICEF (2002). Rapid Assessment and Response on HIV/AIDS Among Especially Vulnerable Young People in Serbia (Экспресс-оценка и ответные меры в области ВИЧ/СПИДа среди особенно уязвимых молодых людей в Сербии). Belgrade, UNICEF: 1-85.

USAID (2004). Guidance On The Definition And Use Of The Child Survival And Health Programs Fund And The Global HIV/AIDS Initiative Account FY 2004 Update (Руководство по определению и использованию Фонда программ охраны детского здоровья и детской выживаемости и Глобальной инициативы, отчет 2004 г., последние данные), USAID.

Validate, Foundation, PHaSD and AFEW (2003). HIV/AIDS Awareness, and attitudes toward people living with HIV/AIDS (Осведомленность о ВИЧ/СПИДе и отношение к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом). Moscow: 28.

WHO (2002). Overview of HIV/AIDS/STI situation in WHO European Region Update: January 2002 (Обзор ситуации с ВИЧ/СПИДом/ИППП в европейском регионе ВОЗ, последние данные: 2002 г.), WHO. 2002.

WHO (2004a). Coverage of Adults in Developing Countries on antiretroviral treatment by WHO Region, situation as of July 2004 (Охват совершеннолетних пациентов, получающих антиретровирусную терапию, региональной программой ВОЗ в развивающихся странах, ситуация на июль 2004 г.).

WHO (2004b). «3 by 5» (3 к 5), Progress Report, WHO, December 2004.

Zhusupov, B (2000). Women, Youth and HIV/AIDS in Kazakhstan (Женщины, молодежь и ВИЧ/СПИД в Казахстане). Expert Group Meeting on «The HIV/AIDS Pandemic and its Gender Implications», Windhoek, Namibia.

Zieler, S (1994). «Women, sex and HIV» (Женщины, секс и ВИЧ). *Epidemiology*; 5: 565-567.

Международные соглашения

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (Конвенция ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин) 19, UN GAOR, 1992, Doc. N A/47/38.

В Интернете: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>. На русском языке: http://constitution.garant.ru/DOC_2440229.htm.

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (Конвенция ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин). 24, UN GAOR, 1999, Doc. N A/54/38 Rev. 1.

Rome Statute of the International Criminal Court (Римский статут международного уголовного суда), U.N. Doc. A/CONF.183/9.

International Covenant on Civil and Political Rights (Международный пакт о гражданских и политических правах), G.A. res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) at 52, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171, вступил в силу 23 марта 1976.

В Интернете: http://193.194.138.190/html/menu3/b/a_ccpr.htm.
На русском языке: http://constitution.garant.ru/DOC_2440295.htm.

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах), G.A. res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (N 16) at 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3, вступил в силу 3 января 1976.

В Интернете: http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm.
На русском языке: http://constitution.garant.ru/DOC_2440291.htm.

United Nations. Convention for the Suppression of the Traffic in Persons and the Exploitation of the Prostitution of Others (Конвенция ООН о борьбе с торговлей людьми и эксплуатацией проституции третьими лицами), UN GA RES 317 (IV) (1949), вступила в силу 25 июля 1951.

United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women G.A. res. (Конвенция ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин) 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (N 46) at 193, U.N. Doc. A/34/46, вступила в силу 3 сентября 1981.
В Интернете: www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm.

Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention Against Transnational Organized Crime (Протокол о предупреждении и пресечении торговли людьми, особенно женщинами и детьми, и наказании за нее, дополняющий Конвенцию Организации Объединенных Наций против транснациональной организованной преступности), G.A. Res. 25, annex II, U.N. GAOR, 55th Sess., Supp. N 49, at 60, U.N. Doc. A/45/49 (Vol. I) (2001), вступил в силу 9 сентября 2003.

Universal Declaration of Human Rights (Всеобщая декларация прав человека), G.A. res. 217A (III), U.N. Doc A/810 at 71 (1948). В Интернете: <http://193.194.138.190/udhr/lang/eng.pdf>.
На русском языке: http://constitution.garant.ru/DOC_10035532.htm.

UNGASS (2001) Declaration of Commitment on HIV/AIDS (Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом). В Интернете: <http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>.
На русском языке: <http://www.un.org/russian/documen/declarat/aidsdecl.htm>.

Национальные законы

Беларусь

Административный кодекс Республики Беларусь, Статья 17.5.

Болгария

Criminal Code of Bulgaria, Section VIII, Debauchery, Article 155 (Уголовный кодекс Болгарии, Раздел VIII, Дебоширство, Статья 155), (с изменениями – SG, Nos. 28/1982, 10/1993, 62/1997).

Латвия

Criminal Code of Latvia, Article 164 (Уголовный кодекс Латвии, Статья 164).

Latvijas Vestnesis (1998). N336 «Regulations to Limit prostitution» (Постановления, направленные на ограничение проституции).

Македония

The Law on Misdemeanors against Public Peace and Order of the Republic of Macedonia, article 27.9 (Закон о нарушениях общественного спокойствия и порядка Республики Македония, Статья 27.9).

Российская Федерация

Административный кодекс Российской Федерации, Статья 6.11.



7. Приложения

Таблица 1

Новые зарегистрированные случаи ВИЧ в ЦВЕ/ЦА, 1997-2003 гг.*

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Кол-во на миллион в 2003 г.	Всего
Албания	3	5	4	10	20	26	21	6.6	119
Армения	37	9	35	29	29	41	29	9.5	239
Азербайджан	13	66	81	64	128	105	116	13.9	597
Беларусь	653	554	411	527	578	915	713	72.1	5485
Болгария	30	26	27	49	40	43	63	8.0	465
Босния и Герцеговина	2	23	9	2	6	8	12	2.9	70
Венгрия	71	74	62	47	84	80	63	6.4	1104
Грузия	18	24	34	79	93	95	100	19.5	475
Казахстан	437	299	185	347	1175	694	747	48.4	4001
Кыргызстан	2	6	10	16	151	160	130	25.3	494
Латвия	25	162	242	466	807	542	403	174.7	2710
Литва	31	52	66	65	72	397	110	31.9	845
Македония (БРЮ)	0	9	5	7	5	4	1	0.5	64
Молдова	404	408	155	176	234	209	258	60.5	1946
Польша	579	637	527	629	560	577	610	15.8	8495
Россия	4377	4062	19,851	59,281	87,177	50,529	39,470	275.5	268,367
Румыния	650	648	364	290	440	335	244	10.9	5708
Сербия и Черногория	103	105	85	71	97	88	96	9.1	1816
Словакия	8	11	2	19	8	11	13	2.4	192
Словения	8	14	15	13	16	22	14	7.1	220
Таджикистан	1	1	0	7	34	29	42	6.7	119
Туркменистан								-	2
Турция	145	108	120	159	184	192	197	2.8	1,712
Украина	8913	8575	5827	6212	7000	8756	10,009	206.3	62,365
Узбекистан	7	3	28	154	549	981	1836	70.4	3596
Хорватия	17	36	48	32	29	42	45	10.2	416
Чешская Республика	63	31	50	57	51	50	61	6.0	662
Эстония	9	10	12	390	1474	899	541	-	3400
Всего	16,594	15,942	28,229	69,195	101,003	55,944	65,831	-	375,684

Источник: EuroHIV, «Эпидемиологический надзор за ВИЧ/СПИДом». Годовой отчет 2003 г. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2004. № 70.

* Данные включают только официально зарегистрированные случаи ВИЧ. В большинстве стран региона точное число людей, живущих с ВИЧ/СПИД тем не менее намного выше.

Таблица 2

Число зарегистрированных случаев сифилиса на 100 000 населения в ЦВЕ/ЦА с 1994 по 2003 гг.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Албания	0	0.03	0.06	0.54	0.26	0.32			0.32	0.19
Армения	11.48	11.92	17.39	16.61	13.12	11.62	6.92	5.83		
Азербайджан	8.27	8.84	7.13	9.14	7.26				2.95	
Беларусь	71.98	148.66	209.57	197.7	163.03	127.86	103.34	79.08	57.75	47.79
Болгария	14.42	20.08	27.3	15.24	33.37	31.21	20.32	18.5		
Босния и Герцеговина									0.41	
Венгрия	2.35	2.34	2.15	2.92	3.1	2.59	3.66	4.31		
Грузия	14.13	16.39	16.28	40.16	41.62	22.27	16.59	21.86	25.42	
Казахстан	32.73	122.39	229.88	257.87	220.47	167.31	148.38			
Кыргызстан	22.06	72.29	161.96	164.74	141.08	110.54	86.94	59.92		38.29
Латвия	59.67	93.7	125.52	121.9	105.98	63.27	42.18	24.69	28.39	32.96
Литва	57.55	90.96	101.37	84.87	62.79	45.28	31.68	23.88	11.49	12.52
Македония (БЮ)	0.1	0.05	0.25	0	0.15	0.1	0.15	0.1	0.05	
Молдова	118.07	174.5	200.62	188.04	155.3	115.33	97.27	85.89		
Польша	4.6	4.06	3.88	3.14	2.71	2.75	2.51	2.74	3.02	
Румыния	29.04	35	32.2	34.17	34.46	36.86	45.17	56.01	57.01	43.54
Российская Федерация	85.25	176.8	262.73	275.38	233.38	185.83	164.54	143.2	120.67	
Сербия и Черногория	0.95	1.44	1.25	1.03	0.82	0.73	0.71	1.92	0	
Словакия	1.66	2.13	2.85	3.55	3.17	4.56	5.71			
Словения	2.27	2.36	2.31	1.45	2.01	0.55	0.55	1.21	0.66	0.56
Таджикистан	7.89	20.1	19.39	19.65	22.94	17.2	13.14	12.04	0.57	
Туркменистан									0.71	
Украина	69	119	15.6	147.7	138.9	115.6	-	-	-	-
Узбекистан	11.34	24.82	39.35	46.73	44.75	37.55	29.27	27.31		
Хорватия	0.35	1.08	0.34	0.43	0.3	0.43	0.21	0.43	0.24	
Чешская Республика	3.57	4.19	5.34	5.86	5.5	7.11	9.41			8.16
Эстония	56.6	69.68	66.39	76.03	73.54	57	43.42	29.64	21.02	15.61

Источник: Всемирная организация здравоохранения. Компьютеризованная информационная система по инфекционным заболеваниям – Социальные заболевания, наблюдения и отчет. Европейское региональное бюро;
 В режиме онлайн <http://data.euro.who.int/cisid/>

Таблица 3

Распространенность ВИЧ среди секс-работников по данным стандартного тестирования

Страна/город	Год	Автор / источник	Размер выборки	% ВИЧ
Болгария	1999/2000	Dehne and Kobyshcha, 2000	274	0.0
Чешская Республика	1999/2000	Dehne and Kobyshcha, 2000	2,927	0.1
Грузия	1999/2000	Dehne and Kobyshcha, 2000	860	0.5
Россия	1995	Ladnaya et al., 2002	138,370*	0.0
Россия	1996	Ladnaya et al., 2002	135,504*	0.001
Россия	1997	Ladnaya et al., 2002	152,915*	0.02
Россия	1998	Ladnaya et al., 2002	172,927*	0.0
Россия	1999	Ladnaya et al., 2002	90,571*	0.1
Москва, Россия	2000	Pokrovsky, 2001	Данные недоступны	15
Словакия	2000	Dehne and Kobyshcha, 2000	75	0.0
Украина	1998	Dehne and Kobyshcha, 2000	54,166	0.6
Украина	1999	Dehne and Kobyshcha, 2000	29,034	0.8
Украина	1996	Konings, 1996	Данные недоступны	1993: 0.004% 1996: 0.4%

* Выборка: группа людей, имеющих случайных половых партнеров.

Таблица 4

Распространенность ВИЧ в выборках секс-работников и секс-работников потребителей инъекционных наркотиков

Страна/город	Год	Автор / источник	Характеристики выборки	Размер выборки	% ВИЧ
Ереван, Армения	1999	Dehne and Kobyshcha, 2000	СР, посещающие клиники по лечению ИППП, в основном уличные секс-работники	200	7.5
Ереван, Армения	2000	Dehne and Kobyshcha, 2000	Уличные работники, употребляющие инъекционные наркотики	128	2.3
Беларусь	1998	Dehne and Kobyshcha, 2000	Женщины, имеющие несколько половых партнеров	1,800	0.0
Чешская Республика и Словакия	1998	Kacena et al., 1998	Тестирование мочи на ВИЧ с использованием иммуноферментного анализа, подтвержденного Всемирным банком	35	0
Грузия	2002	Stvilia et al., 2003	Женщины уличные секс-работники	158	0.0
Латвия	1997	Kurova et al, 1998	Скрининг в частном медицинском центре	1,080	0.0
Рига, Латвия	1998	Dehne and Kobyshcha, 2000	Секс-работники	198	0.5
Литва	2001	UNICEF, 2001	Уличные секс-работники, по оценке Клиники социальных заболеваний «Деметра»	Данные недоступны	2.5
Вильнюс, Литва	2002	Kriksciukaiyte, 2002	Уличные секс-работники ПИН	142	1.4
Гданьский регион, Польша	1992	Towianska et al., 1992	Секс-работники, посещающие клинику по лечению ИППП	349	0
Калининград, Россия	1997	Dehne and Kobyshcha, 2000	Секс-работники, употребляющие инъекционные наркотики	300	65
Калининград, Россия	1997	Momot et al., 1997	Уличные секс-работники	Данные недоступны	84.0
Москва, Россия	2000	Dehne and Kobyshcha, 2000	Секс-работники, охваченные аутрич	123	15.4
Москва, Россия	2002	Shakarishvili et al., 2002	Кросс-секционное исследование популяции бездомных людей с рискованным сексуальным поведением	400 (F-200, M-200)	1.0 всего; 3.0 среди женщин, сообщивших о секс-работе

Страна/город	Год	Автор / источник	Характеристики выборки	Размер выборки	% ВИЧ
Москва, Россия	2002	Khromova et al, 2002	Кросс-секционное исследование женщин, задержанных в возрасте 15-45 лет. 47,5% из них сообщили, что обменивали секс на деньги (СР)	400 190 (СР)	2.8 (СР)
Санкт-Петербург, Россия	1998	Dehne and Kobyshcha, 2000	Секс-работники, употребляющие инъекционные наркотики	83	0.0
Санкт-Петербург, Россия	1999	Dehne and Kobyshcha, 2000	Секс-работники, употребляющие инъекционные наркотики	192	16.6
Тольятти, Россия	2001	Platt et al., 2004	Женщины секс-работники ПИН	77	62.0
Волгоград, Россия	2002	Ryabenko, 2002	Женщины секс-работники ПИН	102	3.0
Донецк, Украина	1999	Dehne and Kobyshcha, 2000	Дозорный эпиднадзор	53	13.2
Одесса, Украина	1997	Dehne and Kobyshcha, 2000	Секс-работники в центре доверия и поддержки	240	2.5
Стамбул, Турция	1996	Dehne and Kobyshcha, 2000	Незарегистрированные проститутки нетурецкого происхождения (румыны, украинцы, россияне)	2,000	0.2

Таблица 5

Распространенность ИППП в выборках секс-работников

Страна/город	Год	Автор / источник	Характеристики	Размер выборки	Распространенность (%)	Заметки
Тбилиси, Грузия	2003	Stvilia et al.	Исследование распространенности ИППП/ВИЧ и поведения среди женщин уличных проституток	158	17.1% гонорея; 25.3% хламидия; 27.8% сифилис	
Вильнюс, Литва	2001	Brunet et al.	Отчет ЮНИСЕФ, включая данные из службы лечения ИППП	96	97%	Проблемы со здоровьем, связанные с ИППП, за последние 12 месяцев
Калининград, Россия	Данные недоступны	Brunet et al.	Распространенность сифилиса среди уличных секс-работников	103	32%	32% были ПИН
Москва, Россия	1998	Salamov	Сообщения уличных секс-работников об ИППП	70	31% (4) сифилис; 29% (20) гонорея; 10% хламидия (10%)	22.8% (18) вирусный гепатит В или ВГС
Москва, Россия	1999	Borisenko et al.	Скрининг на сифилис и гонорею среди секс-работников, посещающих частную клинику по лечению ИППП	149	35%	
Москва, Россия	2000	Kurova et al.	Тестирование на ВГС, ВГВ и сифилис среди мужчин и женщин секс-работников	неизвестен	26% ВГС; 22% ВГВ; 33.3% сифилис	
Москва, Россия	2001	Dehne and Kobyshcha	По рекомендации Управления внутренних дел	550	34%	
Москва, Россия	2002	Shakarishvili et al.	Кросс-секционное исследование в популяции бездомных людей	200 (жен.) 200 (муж.)	32% сифилис; 11% хламидия; 17% гонорея; 21% HSV-2	
Москва, Россия	2002	Khromova et al.	Кросс-секционное исследование среди задержанных женщин, 47,5% сообщили об обмене сексуальных услуг (секс-работники)	400,190 (CP)	Сифилис: 41.2% (CP); 23.7% (не CP) ($p < 0.01$). Гонорея: 29.5% (CP); 24.9% (не CP) ($p < 0.05$). Любое бактериальное ИППП: 69.5% (CP); 48% (не CP) ($p < 0.01$).	

Страна/город	Год	Автор / источник	Характеристики	Размер выборки	Распространенность (%)	Заметки
Москва, Россия	2003	Trubnikov	Женщины ПИН	82	84%	Сообщения о симптомах ИППП
Саратов, Россия	2000	O&K Marketing	Опросник, самостоятельно заполненный секс-работниками	385	25%	Сообщили, что имели ИППП в прошлом году, 50% продолжали секс-бизнес во время лечения
Санкт-Петербург, Россия	2001	Dehne and Kobyshcha	Уличные проститутки ПИН	91	33%	
Санкт-Петербург, Россия	2002	Karapetyan et al.	Женщины ПИН, 66% из которых когда-либо обменивали секс на наркотики, товары или деньги	285	28% сифилис	Вероятность сифилиса среди СР была в 9 раз выше, чем среди не СР (OR: 8.6 CI 2.5-31.2)
Волгоград, Россия	2001	Ryabenko	Скрининг секс-работников ПИН, посещающих проект обмена шприцев	83	30% сифилис; 24% гонорея	Когда-то имели ИППП
Одесса, Украина	2001	UNAIDS	Посетители центра доверия и поддержки	240	8%	

Таблица 6

Данные программ: Распространенность ВИЧ/ИППП/ВГС среди секс-работников и секс-работников, употребляющих инъекционные наркотики в ЦВЕ/ЦА

Город/страна	Год	Характеристика выборки	Размер выборки	ВИЧ	Сифилис	ВГС
Ереван, Армения	2002	Уличные СР, работающие без сутенеров	4000-5000	3%	Данные недоступны	Данные недоступны
Минск, Беларусь	2002-2003	Уличные секс-работники	1,200	4%	~ 4.2%	-
Зеница, Босния и Герцеговина	2004	Секс-работники	64	0	4.7% (3)	6.3% (6)
Бургас, Болгария	2001	Уличные, квартирные, клубные секс-работники	1,000	0	6.0%	1.0%
Пловдив, Болгария	Данные недоступны	Уличные СР, работающие под руководством	1,096	0	3.0%	0
Загреб, Хорватия	2004	Уличные секс-работники	25	0	0	4% (1)
Таллинн, Эстония	2004	Секс-работники	250	1.6% n=4	0.8% n=2	
Кустанай, Казахстан	2003	Секс-работники	90-120	n=15	25-30%	
Павлодар, Казахстан	2003	Уличные секс-работники	350-500	12%	8%	30.0%
Чимкент, Казахстан	2003	Уличные секс-работники	800	n=14	n=22	Данные недоступны
Вильнюс, Литва	2002	Уличные секс-работники	150-200	Данные недоступны	n=40	n=60
Красноярск, Россия	2004	Секс-работники, 31% ПИН	638	2.3%	10%	25%
Нижний Новгород, Россия	2004	Секс-работники, 31% ПИН	370	1.1%	14%	13%
Санкт-Петербург, Россия	2003	Уличные секс-работники	8,000	48%	32%	-
Братислава, Словакия	2004	Уличные секс-работники	~350	1 известный случай	Данные недоступны	Данные недоступны
Душанбе, Таджикистан	2004	Секс-бизнес на улицах, в гостиницах, отелях по вызову	5000	14%	38%	79%
Одесса, Украина	2003	Секс-работники, включая уличных и мобильных секс-работников	2,500	35%	Данные недоступны	Данные недоступны
Полтава, Украина	2003	Мобильные секс-работники	Данные недоступны	Около 40%	70%	Данные недоступны

Таблица 7

Оценки численности секс-работников и общее население в некоторых городах ЦВЕ/ЦА

Город/страна	Автор / источник	Население города	Оценочное число секс-работников	Оценочная распространенность секс-работников (%)
Ереван, Армения	Dehne and Kobyschka, 2001	1,200,000	7,000-8,000	0.6
Ереван, Армения	HIV surveillance, 2002	1,305,000	4,000-5,000 (ср. 4500)	0.3
Минск, Беларусь	IHRD, 2001	1,671,600	10,000-20,000 (ср. 15,000)	0.9
Зеница, Босния и Герцеговина	UNICEF, 2003	398,862	120-150	0.03
Бургас, Болгария	Оценка программы, 2004	199,470	1000	0.5
Пловдив, Болгария	Оценка программы, 2004	344,326	1096	0.3
София, Болгария	Оценка программы, 2004	1,220,000	300-340	0.03
Рийека, Хорватия	Оценка программы, 2004	167,964	110-200 (ср. 155)	0.1
Загреб, Хорватия	Оценка программы, 2004	694,100	170-250	0.03
Таллинн, Эстония	RAR, 2003	400,000	2,500-3,000 (ср. 2,750)	0.7
Тбилиси, Грузия	Stvilia et al., 2003	1,398,968	2,408	0.2
Будапешт, Венгрия	Dehne and Kobyschka, 2001	1,900,000	3,000-5,000 (ср. 4,000)	0.2
Алма-Аты, Казахстан	Thomas, 1996	1,150,000	2,500	0.2
Кустанай, Казахстан	Оценка программы, 2003-2004	220,000	280-350 (ср. 265)	0.1
Павлодар, Казахстан	UNAIDS, 2000	342,500	350-500 (ср. 425)	0.1
Чимкент, Казахстан	Оценка программы, 2001	404,000	1,500	0.4
Чимкент, Казахстан	Rodina, 2002	500,000	1,500	0.3
Клайпеда, Литва	Оценка программы, 2004	202,480	250-350 (ср. 300)	0.1
Вильнюс, Литва	RAR, 2001	322,861	1,000-3,000 (ср. 2,000)	0.6
Скопье, Македония	Оценка программы, СМИ, 2003	469,800	1,000 (3,000 в Македонии)	0.2
Струмица, Македония	Качественное исследование, 2003	45,300	80-100 (ср. 90)	0.2
Бухарест, Румыния	Оценка программы, 2004	1,926,334	500 (открытые СР)*	0.03
Балаково, Россия	Research RAR, 2002	234,357	600	0.3
Барнаул, Россия	Оценка СПИД-Центра, 2002	602,000	1,000	0.2
Красноярск, Россия	Милиция, 2004	3,500,000	1,200	0.03
Москва, Россия	AIDS Infoshare, 2001	8,800,000	30,000-150,000 (ср. 90,000)	1
Нижний Новгород, Россия	RAR, 2004	1,361,500	3,500-5,000	0.3



Таблица 7, продолжение

Город/страна	Автор / источник	Население города	Оценочное число секс-работников	Оценочная распространенность секс-работников (%)
Омск, Россия	Оценка программы, 2004	1,157,600	> 1,000	0,1
Санкт-Петербург, Россия	RAR, 2003	4,596,000	8,000 (на улицах)	0,2
Санкт-Петербург, Россия	Benotsch et al., 2004	4,596,000	11,100 женщин СР ПИН	0,2
Волгоград, Россия	RAR, 2002	1,025,900	1,500	0,1
Белград, Сербия и Черногория	СМИ	1,594,483	3,000	0,2
Братислава, Словакия	Оценка программы, 2004	449,547	450	0,1
Душанбе, Таджикистан	Городской СПИД-центр, 2003	602,000	5,000	0,8
Душанбе, Таджикистан	Kurmanova, 2000	582,400	2,725	0,5
Ашхабад, Туркменистан	Kurmanova, 1999	580,000	700	0,1
Киев, Украина	Kozlov, 2000	2,600,000	10,000	0,4
Одесса, Украина	Ukrainian Institute of Social Research, 2003	1,029,000	2,500	0,2
Полтава, Украина	Ukrainian Institute of Social Research, 2002	317,000	400	0,1
Ташкент, Узбекистан	RAR UNAIDS, 2003	2,121,000	6,000	0,3
Ташкент, Узбекистан	Dehne and Kobyshcha 2001	2,300,000	5,000	0,2
Бельцы, Молдова	Данные недоступны	2,354,500	Данные недоступны	—

* Более точное число будет доступно в конце 2005, когда ARAS закончит оценку населения, занимающихся секс работой в Бухаресте.

Таблица 8

Данные программ: Оценка численности секс-работников, употребления наркотиков и виды наркотиков среди секс-работников, посещающих программы снижения вреда в ЦВЕ/ЦА

Страна	Город	Организация	Оценка секс-бизнеса в городе	Клиенты, охваченные услугами	% Оценочный охват	% Клиенты проекта ПИН	Тип употребляемого наркотика	Рискованное поведение, связанное с инъекциями
Российская Федерация	Балаково	НАН	600	380	63.3	Данные недоступны	Данные недоступны	Исследования показали, что 48% (размер выборки неизвестен) принимали инъекционные наркотики; 27% сообщили, что имели передозировки и другие проблемы со здоровьем, связанные с употреблением инъекционных наркотиков; 29% принимали наркотики в качестве платы за сексуальные услуги; совместное использование игл и шприцев не отмечается.
	Барнаул	Сибирская инициатива	1,000	~200	20.0	80	Героин	Данные недоступны
	Красноярск	Мы против СПИДа	1,200	638	53.2	47	Героин	71% респондентов сообщили об инъекциях использованными иглами/шприцами; 29% совместно используют шприцы со случайными знакомыми; 43% делали инъекции использованными иглами/шприцами близких друзей; 86% повторно использовали тот же шприц/иглу более одного раза; 100% совместно использовали инъекционный инструментарий; 14% делали инъекции заранее наполненными шприцами; 29% сообщили, что когда-либо переживали передозировку.
	Москва	НАН	30,000-150,000 (ср. 90,000)	4,320	4.8	Данные недоступны	Героин/винт	Из-за отсутствия легальных программ СВ в Москве доступна лишь скудная информация о менее рискованных типах поведения среди СР. Распространенными практиками являются инъекции использованными иглами/шприцами и совместное использование инъекционного инструментария.

→

Таблица 8, продолжение

Страна	Город	Организация	Оценка секс-бизнеса в городе	Клиенты, охваченные услугами	% Оценочный охват	% Клиенты проекта ПИН	Тип употребляемого наркотика	Рискованное поведение, связанное с инъекциями
Российская Федерация	Нижний Новгород	Областной СПИД-Центр	3,500-5,000 (ср. 4,250)	370	8.7	23.6	Опиаты домашнего приготовления/винт	Нет свидетельств, указывающих на инъекции использованными иглами/шприцами или совместное использование инструментария. Около 56% секс-работников, употребляющих инъекционные наркотики, сообщили, что когда-либо испытывали передозировку, что, по их мнению, связано с низким качеством героина.
	Омск	Будущее без наркотиков	> 1,000	~1,000	100	Данные недоступны	Данные недоступны	Инъекции использованными иглами/шприцами и передозировки, по-видимому, весьма распространены.
	Санкт-Петербург	Гуманитарное действие	8,000 (уличные)	Данные недоступны	–	95%	Героин	Инъекции использованными иглами/шприцами: Часто – 27%; иногда – 44%; никогда – 29%; повторное использование игл/шприцев: Часто – 2%; иногда – 66%; никогда – 32%
	Тула	НАН	1,500	Данные недоступны	–	Данные недоступны	Героин	Редкие сообщения об инъекциях использованными иглами/шприцами, но частой практикой является совместное использование инструментария.
	Волгоград	Мария	1,500	220	14.7	Данные недоступны	Героин/эфедрин	Инъекции использованными иглами/шприцами и совместное использование инструментария являются частыми практиками. О случаях передозировок не сообщается.
Беларусь	Минск	Встреча	300 (мужчины секс-работники)	150	50.0	40	Данные недоступны	Данные недоступны
	Минск	БелАЮ	10-20,000 (ср. 15,000)	1,400-1,500 (ср. 1,450)	9.7	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны

Страна	Город	Организация	Оценка секс-бизнеса в городе	Клиенты, охваченные услугами	% Оценочный охват	% Клиенты проекта ПИН	Тип употребляемого наркотика	Рискованное поведение, связанное с инъекциями
Литва	Клайпеда	Наркологический центр	250-350	Данные недоступны	–	Данные недоступны	Опиаты	Клиенты сообщают, что инъекции одними и теми же иглами/шприцами распространены, несмотря на осведомленность о риске ВИЧ-инфекции.
	Вильнюс	СПИД-Центр	1,000-3,000 (ср. 2,000)	150-250 (ср. 200)	10,0	80	Опиаты домашнего приготовления/героин/амфетамины	Выборка опиатов из общего контейнера – распространенная практика. Часто отмечаются передозировки, особенно среди женщин. Инъекции использованными иглами/шприцами распространены.
Эстония	Таллинн	Центр по профилактике СПИДа и поддержке	2,500-3,000 (ср. 2,750)	2,500-3,000 (ср. 2,750)	100	10-14 (n = 150)	Амфетамины	Данные недоступны
Босния и Герцеговина	Зеница	Margin	120-150 (ср. 135)	64	47.4	8	Героин, метадон	Совместное использование инструментария и инъекции использованными иглами/шприцами партнеров являются распространенными практиками.
Македония	Струмица	ИЗБОР	80-100 (ср. 90)	35	38.9	3	Героин, метадон	Совместное использование игл и шприцев раньше происходило более регулярно, но отдельные случаи отмечаются и в настоящее время.
	Скопье	Здоровый выбор	1,000	100	10.0	47.1	Героин, метадон	Инъекции использованными иглами/шприцами и совместное использование инструментария – распространенные практики. Абсцессы также частое явление.
Сербия и Черногория	Белград	JAZAS – Ассоциация против СПИДа	3,000	2,000	66.7	Данные недоступны	Каннабис, героин, экстази	19% делают инъекции использованными иглами/шприцами
Хорватия	Загреб	Let	170-250 (ср. 210)	25	11.9	4	Героин и марихуана	Нет сообщений о рискованном поведении, связанном с инъекциями
	Рийека	Terra	110-200 (ср. 155)	11	7.1	11	Героин	Распространенной практикой является совместное использование инъекционного инструментария

→

Таблица 8, продолжение

Страна	Город	Организация	Оценка секс-бизнеса в городе	Клиенты, охваченные услугами	% Оценочный охват	% Клиенты проекта ПИН	Тип употребляемого наркотика	Рискованное поведение, связанное с инъекциями
Словакия	Братислава	SA Odysseus	450	350	77.8	80	Героин и винт	
Молдова	Бельцы	Молодежь за права на жизнь	Данные недоступны	108	–	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны
Румыния	Бухарест	Румынская ассоциация против СПИДа	500	500	100.0	35	Героин	72.5% ПИН сообщили об инъекциях использованными иглами/шприцами в прошлом месяце. (Исследование BSS, проведенное Румынской сетью снижения вреда).
Болгария	Пловдив	Фонд «Панацея»	1,096	1,096	100.0	5	Героин	Инъекции использованными иглами и шприцами и передозировки – распространенные явления.
	Бургас	Ассоциация «Доза любви»	1,000	150	15.0	0	Стимуляторы	
	София	Здоровье и социальное развитие	300-340 (ср. 315)	250	79.4	40	Героин/клей	Сообщается об инъекциях использованными иглами/шприцами
	Варна	Фонд «SOS Families in Risk»	89	89	100.0	12	Героин/марихуана	Данные недоступны
Армения	Ереван	Союз по профилактике ВИЧ	4,000-5,000 (ср. 4,500)	1,000-1,300 (ср. 1,150)	25.6	17	Данные недоступны	Данные недоступны
Украина	Одесса	Дорога к дому	2,500	600	24.0	Данные недоступны	Опиаты домашнего приготовления	58% сообщают об инъекциях только новыми иглами/шприцами; 42%, по оценкам, раз в три месяца делают инъекции использованными иглами/шприцами

Страна	Город	Организация	Оценка секс-бизнеса в городе	Клиенты, охваченные услугами	% Оценочный охват	% Клиенты проекта ПИН	Тип употребляемого наркотика	Рискованное поведение, связанное с инъекциями
Украина	Полтава	Общественное здоровье	400	239	59.8	Данные недоступны	Опиаты домашнего приготовления, димедрол, героин, винт	Данные недоступны
Узбекистан	Ташкент	PSI	6,000	1,400	23.3	28	Героин, гашиш	
Таджикистан	Душанбе	РАН	5,000	493	9.9	75	Героин/ опиаты домашнего приготовления	96% клиентов сообщили, что могут делать инъекции использованными иглами/шприцами, несмотря на осведомленность о ВИЧ. 28% клиентов сообщили, что периодически пользуются общим инъекционным оборудованием, когда делают инъекции наркотиками.
Казахстан	Павлодар	Туран	350-500 (ср. 425)	Данные недоступны	—	30	Героин/ опиаты домашнего приготовления	До 70 % сообщили о совместном использовании инструментария и воды с клиентами или друзьями.
	Чимкент	Сеним	1,500	800	53.3	22	Героин	Несколько сообщений об инъекциях использованными иглами/ шприцами, частые сообщения об инъекциях с помощью других ранее использовавшихся предметов инъекционного инструментария.
Казахстан	Кустанай	Помощь	280-350 (ср. 265)	90-120 (ср. 105)	39.6	60	Героин/ опиаты домашнего приготовления	Инъекции использованными иглами/шприцами и передозировки распространены, по-видимому, в связи с низким качеством наркотиков.
Польша	Краков	Учебно-профилактический центр	214	200	93.5	Несколько человек	Данные недоступны	Данные недоступны

→

Таблица 9

Данные программ: Сообщения о поведении, связанном с сексуальным риском, и демографические характеристики секс-работников, посещающих программы снижения вреда в ЦВЕ/ЦА

Страна	Город	Организация	Кол-во	Рискованное сексуальное поведение	Тип СР	Возраст	Характеристики
Российская Федерация	Балаково	НАН	380	24% утверждают, что клиенты часто отказываются использовать презервативы, дополнительно оплачивают секс без презервативов	Уличные СР	74.5% < 25 лет	51.5% состоят в браке
	Барнаул	Сибирская инициатива	~200	Данные недоступны	Уличные, квартирные СР	Данные недоступны	Данные недоступны
	Красноярск	Мы против СПИДа	638	10% не пользуются презервативами с клиентами, чтобы получить больше денег	Уличные, квартирные СР	60% 20-24 лет	35% - приезжие из стран региона
	Москва	НАН	4,320	Большинство стараются пользоваться презервативами. Отказ от них происходит по инициативе клиента или из-за недостаточных знаний о ВИЧ.	Уличные СР	16-40 лет	Большинство – приезжие из Украины, Молдовы, Беларуси, регионов РФ
	Нижний Новгород	Областной СПИД-центр	370	59% сообщили, что продолжают работать во время лечения ИППП	Уличные, квартирные СР	26% < 18 лет	30% - приезжие из других городов
	Омск	Будущее без наркотиков	~1,000	Не станут использовать презервативы, чтобы получить больше денег	Уличные, квартирные СР	Данные недоступны	Данные недоступны
	Санкт-Петербург	Гуманитарное действие	Данные недоступны	Не станут использовать презервативы, чтобы получить больше денег, но 92% имели при себе презервативы	Уличные	17-37 лет, средний возраст – 24 года	Большинство – жители города, 20% состоят в браке или имеют постоянных партнеров
	Тула	НАН	Данные недоступны	Не станут использовать презервативы, чтобы получить больше денег. Считают, что использование презервативов обеспечивает безопасность их клиентам, а не им самим	Уличные СР	Данные недоступны	Жители города

Страна	Город	Организация	Кол-во	Рискованное сексуальное поведение	Тип СР	Возраст	Характеристики
Российская Федерация	Волгоград	Мария	220	Не станут использовать презервативы, чтобы получить больше денег	Уличные СР	19-30 лет, средний возраст 24 года	50% - жители города, 48% сообщают об использовании презервативов с партнерами, которые не оплачивают сексуальных услуг
Беларусь	Минск	Встреча	150	Не станут использовать презервативы, чтобы получить больше денег. 0% сообщили, что всегда пользуются презервативами	Уличные СР, СР, работающие в барах	15-30 лет	Мужчины секс-работники, учащиеся
	Минск	БелАЮ	1,400-1,500	72.4% сообщили, что пользуются презервативами с клиентами	Уличные, вокзальные СР	20-30 лет	Большинство – приезжие
Литва	Клайпеда	Наркологический центр	250-350	Большинство сообщили о непостоянном использовании презервативов, сказав, что будут работать без презервативов по настоянию клиента или за большую плату	Портовые, уличные работники	Большинство – 17-20 лет	Начали заниматься секс-бизнесом, чтобы оплачивать употребление наркотиков
	Вильнюс	СПИД-центр	150-250	Большинство сообщают о постоянном использовании презервативов	Независимые уличные работники	20-29 лет	40% - литовцы, 30% - поляки
Босния и Герцеговина	Зеница	Margina	64	Не будут пользоваться презервативами за большую плату		Средний возраст - 23 года	Большинство – приезжие, некоторые – из России, Украины, Молдовы
Македония	Струмица	IZBOR	35	Низкий уровень осведомленности о ИППП/ВИЧ. Сообщается о сексе без презервативов за дополнительную плату	Уличные СР, работающие под руководством	16-40 лет	75% - женщины; 40% - приезжие из западной Македонии
	Скопье	Здоровый выбор	100	Распространен секс без презервативов за дополнительную плату	Уличные СР, работающие под руководством	30% < 25 лет	Многонациональный состав: 30% македонцы, 43% цыгане, а также сербы, турки, албанцы

→

Таблица 9, продолжение

Страна	Город	Организация	Кол-во	Рискованное сексуальное поведение	Тип СР	Возраст	Характеристики
Сербия и Черногория	Белград	JAZAS – Ассоциация борьбы с ВИЧ/СПИДом	2,000	Сообщается о сексе без презервативов за дополнительную плату. Среднее число клиентов в месяц – 38,3	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны
Хорватия	Загреб	LET	25	Некоторые сообщают, что не используют презервативы, если настаивают клиенты или сутенеры	Уличные СР, работающие под руководством	Средний возраст – 24-28 лет	Большинство – местные, некоторые – цыгане и приезжие из Боснии и Герцеговины
	Рийека	Terra	11	Данные недоступны	Независимые уличные СР и работающие под руководством	Средний возраст – 24-25 лет	Большинство – местные женщины, незамужние;
Словакия	Братислава	SA Odysseus	350	Секс без презервативов за дополнительную плату	94% – уличные СР	Средний возраст – 27 лет	8% - мужчины секс-работники; большинство из Братиславы
Молдова	Бельцы	Молодежь за право на жизнь	108	Данные недоступны	Уличные, квартирные, гостиничные СР, СР, работающие в барах	Средний возраст – 24 года	Большинство состоят в браке, приезжие из сельских областей
Румыния	Бухарест	Румынская ассоциация борьбы со СПИДом (ARAS)	500	Администраторы договариваются об использовании презервативов, однако случаи незащищенного секса без принуждения нередки	Уличные СР, работающие под руководством	Средний возраст – 20 лет	Приезжие из сельских областей и областных городов

Страна	Город	Организация	Кол-во	Рискованное сексуальное поведение	Тип СР	Возраст	Характеристики
Болгария	Пловдив	Фонд «Панацея»	1,096	Не станут пользоваться презервативами, чтобы заработать больше денег	Уличные СР		32% не состоят в браке
	Бургас	Ассоциация «Доза любви»	150	Не станут пользоваться презервативами, чтобы заработать больше денег	СР, работающие в публичных домах, квартирах, на улицах с сутенерами	Средний возраст – 23 года	90% – приезжие
	София	Здоровье и социальное развитие	250	Не станут пользоваться презервативами, чтобы заработать больше денег	Уличные работники	Средний возраст – 20 лет	Цыгане и приезжие из стран Южной и Восточной Европы
	Варна	Фонд «SOS Families in Risk»	89	Не станут пользоваться презервативами, чтобы заработать больше денег; отсутствие солидарности среди СР, выступающих за использование презервативов по фиксированной цене	Уличные СР	16-37 лет	
Армения	Ереван	Союз профилактики ВИЧ	1,000-1,300	68% клиентов отказываются пользоваться презервативами	Уличные СР	30% < 25 лет	46% из Еревана; 13% состоят в браке
Украина	Одесса	Дорога к дому	600	Большинство сообщают о высоком уровне использования презервативов. Некоторые сообщают о сексе без презервативов с клиентами за дополнительную плату, а также о том, что не следят за этим, когда находятся под действием наркотиков	Уличные СР (на автодорогах и в портах); большинство работают независимо	18-35 лет	60% – приезжие из других регионов Украины, России, Молдовы; сезонные колебания численности
	Полтава	Общественное здоровье	239	Некоторые сообщают о сексе без презервативов с клиентами за дополнительную плату	Уличные СР (на автодорогах)	18-35 лет	50% – приезжие из деревень

→

Таблица 9, продолжение

Страна	Город	Организация	Кол-во	Рискованное сексуальное поведение	Тип СР	Возраст	Характеристики
Узбекистан	Ташкент	PSI	1,400	Некоторые сообщают о сексе без презервативов с клиентами за дополнительную плату; низкий уровень использования презервативов с партнерами, которые не платят за секс	Большинство – уличные СР	18-24 лет (63%)	
Таджикистан	Душанбе	РАН	493	Все типы сексуальных услуг (оральные, анальные), в зависимости от желания клиента	Уличные СР	13-40 лет; большинство от 17 до 25 лет	57% не состоят в браке
Казахстан	Павлодар	Туран	-	Большинство уличных работников обычно не пользуется презервативами под воздействием алкоголя		Средний возраст - 26	
	Чимкент	Сеним	800	Большинство утверждают, что пользуются презервативами, но не имели их при себе, так что, вероятно, их использование имеет непостоянный характер; 70% говорят, что не станут пользоваться презервативами, чтобы заработать больше денег	Уличные СР	Средний возраст - 24-28 лет	Большинство – приезжие из областных городов
	Кустанай	Помощь	90-120	Не станут пользоваться презервативами, чтобы получить больше денег, если существует угроза насилия	Данные недоступны	Данные недоступны	Большинство – приезжие из других городов

Таблица 10

Правовое регулирование секс-бизнеса

По состоянию на ноябрь 2004 – январь 2005

Сокращения: АК – Административный кодекс; УК – Уголовный кодекс

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Албания	<u>Уголовное преступление</u> Статья 113 УК. Штраф или тюремное заключение на срок до 3 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 114 УК Штраф или тюремное заключение на срок до 5 лет. <i>В отношении малолетнего или по принуждению:</i> тюремное заключение на срок от 5 до 10 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 115 УК. <i>Использование помещений для занятия проституцией:</i> Штраф или тюремное заключение на срок до 10 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 114/а УК. Тюремное заключение на срок от 7 до 15 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 114/б УК. <i>Торговля женщинами в целях проституции:</i> тюремное заключение на срок от 7 до 15 лет. <i>Если преступление совершается повторно, в соучастии с другими лицам, связано с жестоким обращением, угрозами в адрес пострадавших женщин применить различные меры либо причинением серьезного вреда их здоровью:</i> тюремное заключение на срок не менее 15 лет. <i>В случае смерти пострадавшего:</i> пожизненное тюремное заключение.
Армения	<u>Административное правонарушение</u> Статья 179.1 АК. Штраф. <i>Повторное правонарушение в течение года:</i> повышение размера штрафа.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 262 УК. Штраф или исправительные работы на срок до 1 года, либо содержание под стражей сроком 1-3 месяца, либо тюремное заключение на срок до 5 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 262 УК. <i>Содержание притона и сводничество:</i> штраф или исправительные работы на срок до 1 года, либо содержание под стражей сроком 1-3 месяца, либо тюремное заключение на срок до 5 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 261 УК. <i>Принуждение к занятию проституцией:</i> штраф или исправительные работы на срок до 1 года, либо содержание под стражей сроком 1-3 месяца, либо тюремное заключение на срок до 2 лет. <i>Если преступление совершено в отношении малолетнего или в составе организованной группы:</i> штраф, либо исправительные работы на срок до 2 лет, либо тюремное заключение на срок от 3 до 6 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 132 УК. <i>Торговля людьми.</i> Штраф или исправительные работы на срок до 1 года, либо содержание под стражей сроком до 2 месяцев, либо тюремное заключение на срок от 1 до 4 лет. <i>Если преступление совершено группой по предварительному сговору, с применением насилия или угроз, в отношении малолетнего или двух и более человек:</i> исправительные работы сроком до 2 лет либо тюремное заключение на срок от 4 до 7 лет. <i>Если преступление совершено организованной преступной группой или привело к гибели потерпевшего либо другим серьезным последствиям:</i> тюремное заключение на срок от 5 до 8 лет.

→

Таблица 10, продолжение

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Азербайджан	Не регулируется.	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 243 УК.</p> <p>Штраф, исправительные работы в течение 160-240 часов либо тюремное заключение на срок до 3 лет.</p> <p>При наличииотягчающих обстоятельств (если преступление совершено в отношении инвалидов или лиц с психическими или соматическими заболеваниями либо организованной группой): тюремное заключение на срок от 3 до 6 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 244 УК.</p> <p>Направление на общественно-полезные работы на 200-240 часов, либо исправительные работы сроком до 2 лет, либо тюремное заключение на срок до 3 лет.</p> <p>При повторном совершении преступления, совершении его группой по предварительному сговору или организованной группой: тюремное заключение на срок от 3 до 6 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 243 УК.</p> <p>Штраф, исправительные работы в течение 160-240 часов или тюремное заключение на срок до 3 лет.</p> <p>При наличииотягчающих обстоятельств (если преступление совершено в отношении инвалидов или лиц с психическими или соматическими заболеваниями либо в составе организованной группы): тюремное заключение на срок от 3 до 6 лет.</p> <p>В отношении малолетнего: тюремное заключение на срок от 3 до 8 лет (в зависимости от наличияотягчающих обстоятельств) (Статья 171 УК).</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 173 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 3 до 8 лет.</p> <p>В случае смерти потерпевшего: тюремное заключение на срок от 8 до 12 лет.</p>

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Беларусь ¹	<u>Административное правонарушение</u> Статья 17.5 АК.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 171 УК.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 171 УК.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 171.1 УК.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 181 УК.
	Штраф. <i>За повторное нарушение в течение года: повышение размера штрафа.</i>	Тюремное заключение на срок от 3 от 5 лет. При наличии отягчающих обстоятельств (действия, связанные с нелегальной перевозкой лиц через границу, совершение преступления повторно, в отношении малолетнего, официальным лицом с использованием служебного положения либо организованной группой): тюремное заключение на срок от 7 до 10 лет с конфискацией имущества.	Тюремное заключение на срок от 3 до 5 лет. При наличии отягчающих обстоятельств (действия, связанные с нелегальной перевозкой лиц через границу, совершение данного преступления повторно, в отношении малолетнего, официальным лицом при использовании служебного положения либо организованной группой): тюремное заключение на срок от 7 до 10 лет с конфискацией имущества.	Тюремное заключение на срок от 1 до 3 лет. При наличии различных отягчающих обстоятельств (совершение преступления в отношении малолетнего, повторно, по принуждению или под угрозой принуждения, родителями, учителями, либо иными лицами в отношении малолетних, которые находятся на их попечении, либо организованной группой): тюремное заключение на срок от 3 до 10 лет.	10-12 лет тюрьмы с конфискацией имущества. <i>При совершении преступления организованной группой или при действиях, повлекших смерть, либо тяжёлые телесные повреждения потерпевшего: тюремное заключение на срок от 12 до 15 лет.</i> <i>При похищении лица в целях сексуальной эксплуатации: тюремное заключение на срок от 5 до 15 лет с конфискацией имущества. При наличии отягчающих обстоятельств – тюремное заключение на срок от 10 до 15 лет (при совершении преступления организованной группой или действиях, повлекших смерть, либо тяжёлые телесные повреждения потерпевшего) (Статья 182 УК).</i>

→

¹ По состоянию на 1 июня 2005 г. (после внесения 4 мая 2005 г. соответствующих поправок в Уголовный кодекс).

Таблица 10, продолжение

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Босния и Герцеговина ²	Национальным законодательством не регулируется; <u>административное правонарушение</u> (нарушение общественного порядка) в соответствии с законодательством субъектов, входящих в состав государства.	Национальным законодательством не регулируется; <u>уголовное преступление</u> в соответствии с Уголовными кодексами субъектов, входящих в состав государства. <i>Федерация Боснии и Герцеговины:</i> Статья 210 УК. Тюремное заключение на срок от 1 до 5 лет. При наличии отягчающих обстоятельств (<i>совершение преступления с применением силы, в отношении малолетнего и т.д.</i>): тюремное заключение на срок до 15 лет.	Данная статья в законодательстве отсутствует.	Национальным законодательством не регулируется; <u>уголовное преступление</u> в соответствии с Уголовными кодексами субъектов, входящих в состав государства. <i>Федерация Боснии и Герцеговины:</i> Статья 229 УК. <i>Склонение женщин к занятию проституцией:</i> тюремное заключение на срок от 3 месяцев до 3 лет. Тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет при наличии отягчающих обстоятельств (<i>если преступление совершено в отношении несовершеннолетних лиц женского пола, либо с применением насилия или под угрозой насилия, либо путем обмана</i>).	<u>Уголовное преступление</u> Статья 186 УК Боснии и Герцеговины. Тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет. <i>Организация незаконной торговли проститутками на международном уровне:</i> тюремное заключение на срок от 6 месяцев до 5 лет. <i>В отношении малолетних:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет (Статья 187 УК Боснии и Герцеговины).

² Босния и Герцеговина – сложное государственное образование, состоящее из двух политически самостоятельных субъектов, а именно – Федерации Боснии и Герцеговины и Сербской Республики при особом статусе района Бреско.

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Болгария	Законодательно не регулируется.	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 155 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 3 лет и штраф.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 155 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 5 лет и штраф.</p> <p><i>В случае предоставления для этих целей помещения за плату или размещения с этой целью открытой рекламы: тюремное заключение на срок от 1 до 6 лет.</i></p> <p><i>В отношении малолетнего: тюремное заключение на срок от 2 до 8 лет.</i></p> <p>Суд также может назначить наказание в виде наложения обязательства о невыезде.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 155 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 3 лет и штраф.</p> <p><i>За вовлечение малолетних: тюремное заключение на срок от 2 до 8 лет.</i></p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 156 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 10 лет и штраф.</p> <p>При наличии отягчающих обстоятельств (если преступление совершено в отношении лиц, не достигших 18 лет, если похищенное лицо насильно принуждается к участию в развратных действиях либо похищение производится в целях принуждения к развратным действиям за рубежом): тюремное заключение на срок от 3 до 12 лет.</p> <p>Могут также применяться статьи 159а, б, с.</p>

→

Таблица 10, продолжение

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Хорватия	<p><u>Административное правонарушение</u> Статья 12, Закон о нарушениях общественного правопорядка и законности.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок до 30 суток.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 195 (части 1, 3, 4) Закона об уголовной ответственности.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок до 1 года.</p> <p><i>В отношении несовершеннолетних:</i> тюремное заключение на срок от 0,5 до 5 лет.</p> <p><i>В отношении детей:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 8 лет.</p>	<p>Конкретная статья, предусматривающая наказание за содержание притона, отсутствует, но могут применяться две другие статьи: 195 и 175 Закона об уголовной ответственности.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 195 (части 2, 3, 4) Закона об уголовной ответственности.</p> <p><i>При совершении преступления с применением насилия, под угрозой применения насилия или путем обмана:</i> штраф или тюремное заключение сроком до 3 лет.</p> <p><i>В отношении несовершеннолетних:</i> тюремное заключение на срок от 0,5 до 5 лет.</p> <p><i>В отношении детей:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 8 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 175 Закона об уголовной ответственности.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет.</p> <p><i>Если преступление совершено в отношении малолетнего, либо группой или преступной организацией, либо в отношении большого числа людей, либо в случае убийства одного или нескольких человек:</i> тюремное заключение на срок не менее 5 лет.</p> <p><i>За вовлечение в проституцию на международном уровне (Статья 178):</i> тюремное заключение на срок от 0,5 до 5 лет.</p> <p><i>За вовлечение в проституцию на международном уровне с применением насилия, под угрозой применения насилия или путем обмана:</i> тюремное заключение сроком от 1 до 8 лет.</p> <p><i>За вовлечение детей или малолетних в проституцию на международном уровне:</i> тюремное заключение на срок не менее 3 лет.</p>
Чешская Республика	<p>Само по себе занятие проституцией не считается преступлением и не регулируется законодательством.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 204 УК.</p> <p>Тюремное заключение сроком на 3 года.</p> <p><i>При совершении преступления членом организованной группы или в отношении лиц, не достигших 18 лет:</i> тюремное заключение на срок от 2 до 8 лет.</p> <p><i>В отношении лиц, не достигших 15 лет:</i> тюремное заключение на срок от 5 до 12 лет.</p>	<p>Данная статья в законодательстве отсутствует.</p>	<p>Данная статья в законодательстве отсутствует.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 246 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 1 до 5 лет.</p> <p><i>При совершении преступления организованной группой, в отношении малолетнего или для эксплуатации в целях проституции:</i> тюремное заключение на срок от 3 до 8 лет.</p> <p><i>В случае смерти, нанесения тяжких телесных повреждений или иных серьезных последствий либо намерения получить значительную прибыль:</i> тюремное заключение на срок от 5 до 12 лет.</p>

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Эстония	Не регулируется.	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 268 УК.</p> <p>Денежный штраф или тюремное заключение на срок до 3 лет либо как дополнительное наказание - штраф в размере стоимости имущества.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 268 УК.</p> <p>Денежный штраф или тюремное заключение сроком до 3 лет либо как дополнительное наказание – штраф в размере стоимости имущества.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 175-176 УК.</p> <p><i>При совершении преступления в отношении малолетнего (за вовлечение лиц, достигших 18 лет, никакого наказания не предусмотрено):</i></p> <p>Денежный штраф или тюремное заключение на срок до 5 лет.</p> <p><i>При совершении юридическим лицом:</i> денежный штраф.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 134 УК.</p> <p>Денежный штраф или тюремное заключение на срок до 5 лет.</p> <p><i>В отношении двух или более лиц либо в отношении лица, не достигшего 18 лет:</i> тюремное заключение на срок от 2 до 10 лет.</p>
Грузия	Не регулируется.	Данная статья в законодательстве отсутствует.	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 254 УК.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок до 4 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 253 УК.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок до 2 лет.</p> <p><i>При совершении преступления организованной группой:</i> тюремное заключение на срок до 5 лет.</p> <p><i>Вовлечение малолетнего в занятие проституцией:</i> тюремное заключение на срок от 2 до 5 лет (статья 171 УК).</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статьи 143 и 172 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 5 до 12 лет.</p> <p><i>При наличии отягчающих обстоятельств:</i> тюремное заключение на срок до 20 лет.</p>

→

Таблица 10, продолжение

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Венгрия	<p><u>Допускается со многими ограничениями.</u></p> <p>С 1999 г. регулируется в рамках закона 1999 г.: Закон LXXV от 1 сентября 1999 г. «О мерах противодействия организованной преступности и отдельным явлениям, связанным с ней» с соответствующими поправками.</p> <p>Лицам, оказывающим платные сексуальные услуги, разрешено обслуживать клиентов в специально отведенных местах и запрещается оказывать такие услуги в отдельных закрытых зонах (например, вблизи школ, церквей и т.д.), такие лица обязаны иметь при себе действующее медицинское свидетельство о состоянии здоровья (статьи 7–14 закона LXXV 1999 г.).</p>	<p><u>Уголовное преступление</u></p> <p>Раздел 206 УК.</p> <p><i>Использование доходов от занятия проституцией в качестве основного заработка:</i> тюремное заключение на срок до 3 лет. В качестве дополнительного наказания может применяться ссылка.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u></p> <p>Раздел 205 УК.</p> <p><i>Склонение к занятию проституцией:</i> тюремное заключение сроком до 5 лет.</p> <p><i>Наем малолетнего или содержание притона преступной организацией:</i> тюремное заключение на срок от 2 до 8 лет.</p> <p><i>Предоставление помещения для занятия проституцией:</i> тюремное заключение на срок до 3 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u></p> <p>Раздел 207 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 3 лет.</p> <p><i>Организация бизнеса, связанного с вовлечением/ принуждением к проституции:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 5 лет.</p> <p><i>В отношении малолетнего, при применении насилия или в рамках деятельности преступной организации:</i> тюремное заключение на срок от 2 до 8 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u></p> <p>Раздел 175/В УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 1 до 5 лет.</p> <p>При наличии отягчающих обстоятельств (<i>совершение преступления в отношении малолетнего, преступной организацией и т.д.</i>): тюремное заключение сроком от 2 лет до пожизненного, в зависимости от тяжести преступления.</p>

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Венгрия	Нарушение правил, регулирующих проституцию, является административным правонарушением и наказывается штрафом или арестом на срок от 1 до 60 суток (максимально на 90 суток, если задержанное лицо имеет несколько приводов и в сумме период задержания превышает 60 суток) (статья 143 Закона LXIX об административных правонарушениях 1999 г.).				
Казахстан	Не регулируется.	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 271 УК.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок до 3 лет (за сводничество в корыстных целях).</p> <p>Тюремное заключение на срок от 3 до 5 лет при наличии отягчающих обстоятельств (<i>действие в составе организованной группы или совершении данного преступления лицом, ранее судимого за преступление, связанное с проституцией</i>).</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 271 УК.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок до 3 лет.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 3 до 5 лет при наличии отягчающих обстоятельств (<i>действие в составе организованной группы или совершении данного преступления лицом, ранее судимым за преступление, которое связано с проституцией</i>).</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 270 УК.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок до 5 лет (<i>за вовлечение в занятия проституцией с применением насилия или под угрозой насилия, пользуясь зависимым положением лица, путем шантажа, уничтожения или порчи имущества либо путем обмана</i>).</p> <p>Тюремное заключение на срок от 3 до 7 лет при наличии отягчающих обстоятельств (<i>действие в составе организованной группы, повторное совершение преступления, связанного с проституцией</i>).</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 128 УК.</p> <p>Штраф, лишение свободы на срок до 2 лет, заключение под стражу сроком до 6 месяцев либо тюремное заключение на срок до 1 года.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 5 лет при наличии отягчающих обстоятельств (<i>действия в составе группы по предварительному сговору или в отношении малолетнего</i>).</p> <p>Тюремное заключение на срок от 3 до 8 лет с конфискацией или без конфискации имущества <i>при совершении преступления в составе организованной группы, нелегальной перевозке проституток через границу или в передлах страны</i>.</p>



Таблица 10, продолжение

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Кыргызстан	Не регулируется.	Данная статья в законодательстве отсутствует.	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 261 УК.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок от 2 до 5 лет с конфискацией имущества.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 260 УК.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок до 3 лет (за вовлечение в проституцию путем физического насилия или под угрозой насилия, шантажа, уничтожения или порчи имущества либо путем обмана).</p> <p>Увеличение размера штрафа или тюремное заключение на срок от 3 до 5 лет при совершении преступления в составе организованной группы.</p> <p>При вовлечении в занятие проституцией несовершеннолетнего (статья 57 УК): арест на срок содержания под стражей в течение 3-6 месяцев или тюремное заключение на срок до 3 лет.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 5 лет за повторное совершение преступления, применение силы или угрозы насилия.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 124 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 3 до 8 лет с конфискацией или без конфискации имущества.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 5 до 20 лет с конфискацией имущества при наличии отягчающих или сильно отягчающих обстоятельств (совершение преступления несколькими лицами, в отношении малолетнего, повторное, в составе группы по предварительному сговору, при злоупотреблении служебным положением, в отношении лица, находящегося на шдживении, нелегальном пересечении границы или с применением насилия либо угрозы применения насилия, которое может представлять опасность для жизни и здоровья, организованной группой с использованием оружия, наркотиков или психотропных веществ, в отношении беременных женщин под угрозой или с применением насилия, которое может быть опасным для жизни и здоровья, является причиной смерти или других серьезных последствий, причиненных по неосторожности).</p>

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Латвия	<p><u>Разрешено законом со многими ограничениями.</u></p> <p>Регулируется «Правилами, ограничивающими проституцию», принятыми кабинетом министров в соответствии с нормативным актом N427 от 4 ноября 1998 г., который был заменен законом N10 от 22 мая 2001 г.</p> <p>Заниматься проституцией запрещено малолетним и несовершеннолетним, иностранцам, лицам, не имеющим медицинскую справку о здоровье, группой, за пределами установленных властями территорий или в местах, где могут находиться малолетние; лица, оказывающие платные сексуальные услуги, обязаны ежемесячно проходить медицинский осмотр и т.д.</p> <p>Несоблюдение указанных правил является <u>административным правонарушением</u> и наказывается штрафом (статья 174.4 АК).</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 165 УК.</p> <p><i>Использование лиц, занимающихся проституцией, в целях извлечения материальной выгоды.</i></p> <p>Тюремное заключение на срок до 4 лет с конфискацией или без конфискации имущества.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 8 лет с конфискацией имущества за совершение преступления в составе группы по предварительному сговору или в отношении несовершеннолетнего.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 5 до 12 лет с конфискацией имущества за совершение преступления в отношении малолетнего.</p>	<p><u>Административное правонарушение или уголовное преступление</u> Статья 174.4 АК.</p> <p>Штраф.</p> <p>Содержание под стражей, направление на общественно-полезные работы или штраф при повторном совершении преступления в течение года (статья 163 УК).</p> <p><i>В отношении несовершеннолетнего:</i> тюремное заключение на срок до 6 лет с конфискацией или без конфискации имущества (статья 164 УК).</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 164 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 3 лет, задержание или штраф с конфискацией или без конфискации имущества. Тюремное заключение на срок до 5 лет или штраф с конфискацией или без конфискации имущества при наличииотячающих обстоятельств (совершение преступления при злоупотреблении доверием, путем мошенничества в отношении лиц, находящихся на иждивении или в безвыходной ситуации).</p> <p><i>В отношении несовершеннолетнего или малолетнего:</i> тюремное заключение на срок до 6 лет или от 5 до 12 лет с конфискацией или без конфискации имущества.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 165.1 УК.</p> <p><i>Направление лиц в иностранное государство в целях сексуальной эксплуатации:</i></p> <p><i>С согласия самого лица:</i> тюремное заключение на срок до 4 лет.</p> <p><i>В целях обогащения при использовании несовершеннолетнего:</i> тюремное заключение на срок до 10 лет с конфискацией или без конфискации имущества.</p> <p><i>Совершение преступления организованной группой или в отношении малолетнего:</i> тюремное заключение на срок от 8 до 15 лет с конфискацией имущества.</p>

→

Таблица 10, продолжение

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
	Повторное нарушение правил в течение одного года считается <u>уголовным преступлением</u> и наказывается заключением под стражу, направлением на общественные работы или штрафом (статья 163 УК).				
Литва	<u>Административное правонарушение</u> Статья 182(1) АК. Штраф. Увеличение суммы штрафа или арест в связи с административным правонарушением на срок до 30 суток в случае <i>повторного преступления</i> .	<u>Уголовное преступление</u> Статья 307 УК. <i>Использование лиц, занимающихся проституцией, в целях получения материальной выгоды: штраф, лишение свободы, арест или тюремное заключение на срок до 4 лет.</i> <i>За организацию или управление бизнесом, связан с проституцией: тюремное заключение на срок до 6 лет.</i> От 2 до 8 лет тюрьмы за <i>совершение преступления в отношении малолетнего</i> .	<u>Административное правонарушение</u> Статья 182 АК. Штраф (за <i>содержание притона, без конкретного упоминания о проституции</i>). Увеличенные размер штрафа или арест в связи с административным правонарушением на срок до 30 суток в случае <i>повторного правонарушения</i> .	<u>Уголовное преступление</u> Статья 308 УК. Штраф или тюремное заключение на срок до 3 лет. Тюремное заключение на срок от 2 до 7 лет за совершение преступления в отношении малолетнего, лица, которое находится в материальной зависимости по причине занимаемой должности или иной причине, путем физического или психологического насилия либо обмана.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 307 УК. Тюремное заключение на срок до 6 лет за нелегальную перевозку лиц через границу в целях торговли. Тюремное заключение на срок от 2 до 8 лет за <i>совершение преступления в отношении малолетнего</i> .

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Македония	<p><u>Административное правонарушение</u> Статья 27 Закона о нарушении общественного порядка и спокойствия.</p> <p>Штраф.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 191 УК.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок до 1 года.</p> <p><i>При использовании силы или серьезной угрозы применить силу, насилия или обмана либо в отношении несовершеннолетнего:</i> тюремное заключение на срок от 0,5 до 5 лет.</p> <p><i>Если преступление совершено в отношении ребенка:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 5 лет.</p> <p><i>Организация преступления</i> карается тюремным заключением на срок от 1 до 10 лет.</p> <p>Статья 192: <i>Склонение несовершеннолетнего к половому акту:</i> тюремное заключение на срок от 3 месяцев до 5 лет.</p> <p><i>Создание условий для вступления в половую связь с несовершеннолетними:</i> тюремное заключение на срок от 3 месяцев до 3 лет.</p>	<p>Данная статья отсутствует в законодательстве.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 191 УК.</p> <p><i>Вербовка, принуждение или склонение к занятию проституцией:</i></p> <p>Тюремное заключение на срок от 0,5 до 5 лет.</p> <p><i>Совершение преступления в отношении ребенка:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 5 лет.</p> <p><i>Организация преступления</i> карается тюремным заключением на срок от 1 до 10 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 418/а, УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 4 лет.</p> <p><i>При совершении преступления в отношении детей, несовершеннолетних или в составе организованной группы:</i> тюремное заключение на срок до 5 лет.</p> <p><i>Кроме того, за пользование сексуальными услугами лиц, о которых известно, что они являются предметом незаконной торговли:</i> тюремное заключение на срок от 0,5 до 5 лет (в отношении несовершеннолетнего или детей: тюремное заключение на срок не менее 5 лет).</p>

→

Таблица 10, продолжение

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Молдова	<p><u>Административное правонарушение</u> Статья 171/1 АК.</p> <p>Штраф или заключение под стражу на срок до 20 суток. Увеличение суммы штрафа или заключение под стражу сроком до 30 суток в случае повторного правонарушения.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 220, УК.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок от 2 до 5 лет.</p> <p><i>При совершении преступления в отношении малолетнего, в составе организованной группы или преступной организации либо с тяжкими последствиями:</i> тюремное заключение на срок от 4 до 7 лет.</p>	<p>Данная статья отсутствует в законодательстве.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 220 УК.</p> <p>Штраф или тюремное заключение на срок от 2 до 5 лет.</p> <p><i>Если преступление совершено в отношении малолетнего, в составе организованной преступной группировки или организации либо привело к тяжким последствиям:</i> тюремное заключение на срок от 4 до 7 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 206 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 10 до 15 лет.</p> <p><i>С использованием силы или под серьезной угрозой насилия:</i> тюремное заключение на срок от 15 до 20 лет.</p> <p><i>Повторное преступление:</i> Тюремное заключение на срок от 20 до 25 лет либо пожизненное.</p>
Польша	<p>Не регулируется.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 204 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 3 лет.</p> <p><i>В отношении малолетнего:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет.</p>	<p>Отдельной статьи нет, но может применяться статья 204 УК.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статьи 204 и 203 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок до 3 лет.</p> <p><i>При совершении преступления в отношении малолетнего, с применением насилия, угроз или незаконных средств, в отношении иждивенцев либо лиц, оказавшихся в тяжелом положении:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 253 УК.</p> <p>Тюремное заключение сроком не менее 3 лет.</p>

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Россия	<u>Административное правонарушение</u> Статья 6.11 АК. Штраф.	<u>Административное правонарушение</u> Статья 6.12 АК. Штраф или арест на 10-15 суток.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 241 УК. Штраф или лишение свободы на срок до 3 лет либо тюремное заключение на срок до 5 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 240 УК. Штраф, либо лишение свободы на срок до 3 лет, либо тюремное заключение на срок до 3 лет. При наличии отягчающих обстоятельств (применение насилия, нелегальная перевозка за границу): тюремное заключение на срок до 6 лет. В отношении малолетнего: тюремное заключение сроком от 3 до 8 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 127.1 УК. Тюремное заключение на срок до 5 лет. <i>При наличии отягчающих обстоятельств, включая преступление в отношении малолетнего, при использовании силы или угрозы насилия:</i> тюремное заключение на срок от 3 до 10 лет. <i>В случае угрозы жизни или здоровью либо действий в составе организованной группы:</i> тюремное заключение на срок от 8 до 10 лет.
Румыния	<u>Уголовное преступление</u> Статья 234 УК. Тюремное заключение на срок от 3 месяцев до 1 года или штраф.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 235 (части 1 и 3) УК. Тюремное заключение на срок от 2 до 7 лет и лишение некоторых прав. <i>Если преступление совершено в отношении малолетнего или сопряжено с другим преступлением:</i> тюремное заключение на срок от 15 до 20 лет.	Даная статья в законодательстве отсутствует.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 235 (части 1 и 3) УК. Тюремное заключение на срок от 2 до 7 лет и лишение некоторых прав. <i>Если преступление совершено в отношении малолетнего или сопряжено с другим преступлением:</i> тюремное заключение на срок от 15 до 20 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 235 (части 2 и 3) УК. Тюремное заключение на срок от 3 до 10 лет и лишение некоторых прав. <i>Если преступление совершено в отношении малолетнего или сопряжено с другим преступлением:</i> тюремное заключение на срок от 15 до 20 лет.

→

Таблица 10, продолжение

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Сербия и Черногория	<p><u>Административное правонарушение</u> Статья 14 Закона об общественном порядке. Арест на срок до 30 суток.</p> <p><i>В отношении малолетнего:</i> арест на срок до 60 суток.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 251 УК. Тюремное заключение на срок от 3 месяцев до 5 лет.</p> <p><i>С применением насилия или в отношении малолетнего:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет.</p>	<p><u>Административное правонарушение</u> Статья 14 Закона об общественном порядке. Арест сроком до 30 суток.</p> <p><i>В отношении малолетнего:</i> арест на срок до 60 суток.</p>	<p><u>Уголовно преступление</u> Статья 251 УК. Тюремное заключение на срок от 3 месяцев до 5 лет.</p> <p><i>С применением силы или в отношении малолетнего:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 111b УК. Тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет.</p>
Словакия	<p>Не регулируется.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 204 УК. Тюремное заключение на срок от 2 до 8 лет.</p>	<p>Данная статья отсутствует.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 204 УК. Тюремное заключение на срок до 3 лет.</p> <p><i>Если преступление совершено с применением насилия, под угрозой насилия или нанесения серьезной травмы либо в отношении лица, находящегося в безвыходной ситуации или имеющего пагубные привычки:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 5 лет.</p> <p><i>Если преступление совершено в составе организованной группы или в отношении малолетнего:</i> тюремное заключение на срок от 2 до 8 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 204 УК. Тюремное заключение на срок от 1 до 5 лет.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 3 до 8 лет, <i>если преступление совершено в составе организованной группы или в отношении женщин моложе 18 лет.</i></p>

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Словения	Частично легализована в 2004 г.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 185 УОН. Тюремное заключение на срок от 3 месяцев до 5 лет. <i>В отношении несовершеннолетнего:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет.	Данная статья отсутствует.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 186 УОН. Тюремное заключение на срок от 3 месяцев до 5 лет. <i>В случае применения силы, угроз или обмана:</i> тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 387 УОН. Тюремное заключение на срок от 1 до 10 лет.
Таджикистан	Не регулируется.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 239 УК. Штраф или тюремное заключение на срок до 5 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 239 УК. Штраф или тюремное заключение на срок до 5 лет.	<u>Уголовное преступление</u> Статья 238 УК. Штраф, домашний арест на срок до 3 лет либо лишение свободы на срок до 2 лет. <i>В случае совершения преступления повторно или в составе организованной группы:</i> штраф или тюремное заключение на срок от 2 до 5 лет. <i>В отношении малолетнего:</i> до 1 года исправительных работ либо до 2 лет тюрьмы; при наличии отягчающих обстоятельств: тюремное заключение на срок до 5 лет с лишением некоторых прав (статья 166 УК).	<u>Уголовное преступление</u> Статья 132 УК. Штраф, домашний арест сроком до 2 лет или тюремное заключение на срок от 2 до 5 лет. <i>При наличии отягчающих обстоятельств:</i> тюремное заключение сроком до 12 лет.

→

Таблица 10, продолжение

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Туркменистан	<p><u>Административное правонарушение и уголовное преступление</u> Статья (номер не известен) АК; статья 138 УК.</p> <p>Штраф.</p> <p><i>В случае повторного преступления в течение года: увеличение суммы штрафа, исправительные работы на срок до 2 лет либо тюремное заключение на срок до 2 лет.</i></p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 142 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 2 до 6 лет с конфискацией или без конфискации имущества.</p> <p><i>За повторно совершенное преступление: тюремное заключение на срок от 3 до 8 лет с конфискацией или без конфискации имущества.</i></p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 140 УК.</p> <p>Тюремное заключение сроком до 5 лет с конфискацией или без конфискации имущества.</p> <p><i>За повторно совершенное преступление (например, в отношении малолетнего): тюремное заключение на срок от 3 до 8 лет с конфискацией или без конфискации имущества.</i></p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 139 УК.</p> <p>Исправительные работы сроком до 2 лет или тюремное заключение сроком до 2 лет.</p> <p><i>При наличии отягчающих обстоятельств: тюремное заключение на срок от 3 до 8 лет.</i></p>	Не регулируется.
Украина	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 303 УК.</p> <p>Штраф или исправительные работы в течение 120 часов.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статьи 302-303 УК.</p> <p>Штраф или лишение свободы на срок до 2 лет.</p> <p><i>За совершение преступления в составе организованной группы: тюремное заключение на срок от 5 до 7 лет.</i></p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 302 УК.</p> <p>Штраф или лишение свободы сроком до 5 лет.</p> <p><i>За совершение преступления в составе организованной группы или ранее судимым лицом: тюремное заключение сроком до 5 лет.</i></p> <p><i>В отношении малолетнего: тюремное заключение сроком от 2 до 7 лет.</i></p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 303 УК.</p> <p>Штраф или арест сроком до 6 месяцев либо тюремное заключение сроком от 1 до 3 лет.</p> <p><i>За совершение преступления в отношении малолетнего или в составе организованной группы: тюремное заключение на срок от 3 до 5 лет.</i></p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 149 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 3 до 8 лет.</p> <p><i>При наличии отягчающих обстоятельств (при совершении преступления в отношении малолетнего, в составе организованной группы, повторное или по предварительному сговору в отношении ребенка): тюремное заключение на срок от 5 до 15 лет с конфискацией или без конфискации имущества.</i></p>

Страна	Индивидуальная проституция	Сводничество	Содержание притона	Вовлечение/ принуждение к проституции	Торговля людьми
Узбекистан	<p><u>Административное правонарушение</u> Статья 190 АК.</p> <p>Штраф. За повторное совершение преступления в течение года: увеличение суммы штрафа.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 131 УК.</p> <p>Штраф или исправительные работы на срок до 3 лет.</p> <p>За вовлечение малолетних либо преступление, совершенное ранее судимым лицом: арест на срок до 6 месяцев или тюремное заключение сроком до 5 лет.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 131 УК.</p> <p>Штраф или исправительные работы на срок до 3 лет.</p> <p>За вовлечение малолетних либо преступление, совершенное ранее судимым лицом: арест на срок до 6 месяцев или тюремное заключение сроком до 5 лет.</p>	<p>Данная статья отсутствует в законодательстве.</p>	<p><u>Уголовное преступление</u> Статья 135 УК.</p> <p>Тюремное заключение на срок от 5 до 8 лет.</p>

Таблица 11

Оценка охвата секс-работников услугами сервисных программ*

Город/страна	Организация	Оценка числа СР в городе (в среднем)	Оценка числа охваченных клиентов (в среднем)	Оценка охвата
Ереван, Армения	Союз профилактики ВИЧ	4,500	1,150	25.6
Минск, Беларусь	Встреча	15,000	150	1.0
Бургас, Болгария	Ассоциация «Доза любви»	1,000	150	15.0
Пловдив, Болгария	Фонд «Панацея»	1,096	1,096	100
София, Болгария	Здоровье и социальное развитие	320	250	78.1
Зеница, Босния и Герцеговина	Margina	135	64	47.4
Кустанай, Казахстан	Помощь	315	105	33.3
Чимкент, Казахстан	Сеним	1,500	800	53.3
Вильнюс, Литва	СПИД-центр	2,000	200	10
Скопье, Македония	Проект «Здоровый выбор»	1,000	100	10
Струмица, Македония	IZBOR	90	35	38.9
Балаково, Россия	НАН	600	380	63.3
Барнаул, Россия	Сибирская инициатива	1,000	200	20.0
Волгоград, Россия	Мария	1,500	220	14.7
Красноярск, Россия	Мы против СПИДа	1,200	638	53.2
Москва, Россия	НАН	90,000	4,320	4.8
Нижний Новгород, Россия	Областной СПИД-центр	4,250	370	8.7
Омск, Россия	Будущее без наркотиков	1,000	1,000	100
Бухарест, Румыния	Румынская ассоциация борьбы со СПИДом (ARAS)	500	500	100
Белград, Сербия и Черногорие	JAZAS – Ассоциация борьбы с ВИЧ/ СПИДом	3,000	2,000	66.7
Братислава, Словакия	CA Odysseus	450	350	77.8
Душанбе, Таджикистан	РАН	5,000	493	9.9
Одесса, Украина	Дорога к дому	2,500	600	24.0
Полтава, Украина	Общественное здоровье	400	239	59.8
Ташкент, Узбекистан	PSI	6,000	1,400	23.3
Рийека, Хорватия	Terra	100	11	11
Загреб, Хорватия	LET	210	25	11.9
Всего		144,666	16,846	11.6
В среднем		5,358	624	39.3

* Источник: отчеты проектов, принимавших участие в исследовании ССВЦВЕ (2004 г.).

Таблица 12

Данные программ: Услуги, предоставляемые секс-работникам, клиентам сервисных программ

Страна	Город	Органи- зация	Услуги проектов										
			Раздача презервативов	Обмен игл	Тестирование на ВИЧ	Тестирование на ВГС	Тестирование и лечение ИППП	Информирование и консультирование	Правовая помощь	Социальная помощь детям СР	Другие виды социальной помощи	Контакты с медицинскими учреждениями	Другие
Армения	Ереван	Союз профилактики ВИЧ	Да	Да	Да	/	Да	Да	/	/	/	/	Да ¹
Беларусь	Минск	Встреча	Да	Да	Да	/	Да	Да	/	/	/	/	/
	Минск	БелАЮ	Да	/	/	/	Да	Да	/	/	/	/	/
Босния и Герцеговина	Зеница	Margina	Да	Да	Да	Да	Да ²	Да	/	Да	Да	Да	Да ³
Болгария	Пловдив	Фонд «Панацея»	Да	Да	Да	/	Да	Да	Да	/	/	Да	/
	Бургас	Ассоциация «Доза любви»	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	/	Да	Да	Да ⁴
	Плевен	Фонд «Pleven 21 Century»	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	/	Да	Да	/
	София	Здоровье и социальное развитие	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	/	Да	Да	/
	Варна	Фонд «SOS Families in Risk»	Да	Да	/	/	/	Да	/	/	/	Да	/
Хорватия	Загреб	LET	Да	Да	/	/	/	Да	/	/	Да	Да	/
	Рийека	Terra	Да	Да	Да	Да	/	Да	/	/	Да	Да	/
Эстония	Таллинн	Центр профилактики СПИДа и поддержки	Да	Да	Да	/	Да	Да	Да	/	Да	Да	Да ⁵



¹ Организация группы взаимопомощи.

² Тест только на хламидиоз, сифилис, гонорею.

³ Бесплатное стандартное освидетельствование и тесты PAP.

⁴ Бесплатный гинекологический осмотр и бесплатные lubricants.

Таблица 12, продолжение

Страна	Город	Организация	Услуги проектов										
			Раздача презервативов	Обмен игл	Тестирование на ВИЧ	Тестирование на ВГС	Тестирование и лечение ИППП	Информирование и консультирование	Правовая помощь	Социальная помощь детям СР	Другие виды социальной помощи	Контакты с медицинскими учреждениями	Другие
Грузия	Тбилиси	Ассоциация «Танад-гома»	Да	/	Да ⁶	Да ⁷	Да ⁸	Да	/	/	/	Да	Да ⁹
Казахстан	Павлодар	Туран	Да	Да	Да	/	Да	Да	Да	/	/	Да	/
	Чимкент	Сеним	Да	Да	Да	/	Да	Да	/	/	Да	Да	Да ¹⁰
	Кустанай	Помощь	Да	Да	Да	/	/	Да	/	/	/	Да	/
Кыргызстан	Бишкек	Пальмира	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны
	Ош	Подруга	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны
Латвия	Рига	Центр профилактики СПИДа	Да	Да	Да	/	Да	Да	/	/	Да	/	/

⁵ В центре доверия и поддержки (работает ежедневно) предоставляются следующие услуги: душ, стиральная машина, видео, кофе/чай, возможность приготовить пищу; в скором будущем – курсы изучения компьютера и языков.

⁶ Система направления в СПИД-центр.

⁷ Для заключенных исправительных учреждений.

⁸ Система направлений в «Кабинет здоровья».

⁹ Скоро откроется первичный скрининг в мобильной лаборатории, а также будут созданы учебно-информационные материалы, предназначенные для каждой из целевых групп (СР, ПИН в тюрьмах, подростки, широкие слои населения).

¹⁰ Осмотры СР ПИН и гинекологические осмотры.

Страна	Город	Органи- зация	Услуги проектов										
			Раздача презервативов	Обмен игл	Тестирование на ВИЧ	Тестирование на ВГС	Тестирование и лечение ИППП	Информирование и консультирование	Правовая помощь	Социальная помощь детям СР	Другие виды социальной помощи	Контакты с медицинскими учреждениями	Другие
Литва	Клайпеда	Центр зависимости	Да	Да	/	/	/	Да	/	/	Да	Да	/
	Вильнюс	СПИД-центр	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	Да	Да	Да	/
	Вильнюс	Центр зависимости	Да	Да	/	/	/	Да	/	/	Да	Да	/
Македония	Скопье	Проект «Здоровый выбор»	Да	Да	С января 2005	С января 2005	С января 2005	Да	С января 2005	/	Да ¹¹	Да	Да ¹²
	Струмица	IZBOR	Да	Да	/	/	/	Да	/	/	Да	/	/
Молдова*	Бельцы	Молодежь за право на жизнь	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Данные недоступны	Да ¹³
Польша	Краков	UMBRELLA – Учебно-профилактический центр	Да	/	/	/	/	Да	/	/	Да	Да	/
Румыния	Бухарест	ARAS (Румынская ассоциация борьбы со СПИДом)	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	/	Да	Да	Да ¹⁴

→

- ¹¹ Направления и переговоры с социальными услугами, помощь и сопровождение во время различных процедур, финансовая помощь для покрытия разных административных расходов, посещение клиентов на дому, психосоциальная поддержка, комплекс гигиенических услуг и т.д.
- ¹² Бесплатный гигиенический осмотр и бесплатные средства контрацепции для клиентов, не имеющих медицинской страховки; лечение абсцессов для СР ПИН; центр доверия и поддержки, в котором предоставляются различные услуги (социальные, юридические и медицинские); возможность принять душ и постирать с января 2005 г.
- ¹³ Диагностика, информационные материалы и распространение фармацевтических товаров, консультирование и т.д.
- ¹⁴ Первичный медицинский уход, психологическая поддержка, вакцинация против ВГА, ВГВ, бесплатная доставка для оказания медицинских и социальных услуг.

Таблица 12, продолжение

Страна	Город	Органи- зация	Услуги проектов											
			Раздача презервативов	Обмен игл	Тестирование на ВИЧ	Тестирование на ВГС	Тестирование и лечение ИППП	Информирование и консультирование	Правовая помощь	Социальная помощь детям СР	Другие виды социальной помощи	Контакты с медицинскими учреждениями	Другие	
Россия	Балаково	НАН	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	/	Да	Да ¹⁵
	Барнаул	Сибирская инициатива	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	/	Да	/
	Красноярск	Мы против СПИДа	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	/	/	Да	/
	Москва	НАН	Да	/	Да	Да	/	Да	Да	Да	/	/	Да	/
	Нижний Новгород	Областной СПИД-Центр	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	/	/	Да	/
	Омск	Будущее без наркотиков	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	/	/	Да	/
	Санкт-Петербург	Гуманитарное действие	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	Да	Да	Да ¹⁶
	Тула	НАН	Да					Да	Да	/	/	Да	Да ¹⁷	
	Волгоград	Мария	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	/	/	Да	/
Сербия и Черногория	Белград	JAZAS – Ассоциация борьбы с ВИЧ/СПИДом	Да	/	Да	/	/	Да	/	/	/	/	/	
Словакия	Братислава	CA Odysseus	Да	Да	Только в декабре каждого года	Июль-сентябрь 2004+	Тесты на сифилис и помощь при лечении	Да	Да	/	Да	Да	/	

¹⁵ Индивидуальное и групповое консультирование, семинары, организация и осуществление тренинга для равных, распространение информационных материалов. Осведомление о режиме работы и расположении медицинских учреждений, бесплатное консультирование и тестирование на ИППП в кабинете анонимного приема, бесплатное лечение в соответствии с руководящими принципами проекта.

¹⁶ Медицинская и психосоциальная поддержка.

¹⁷ Психологическая помощь.

Страна	Город	Организация	Услуги проектов										
			Раздача презервативов	Обмен игл	Тестирование на ВИЧ	Тестирование на ВГС	Тестирование и лечение ИППП	Информирование и консультирование	Правовая помощь	Социальная помощь детям СР	Другие виды социальной помощи	Контакты с медицинскими учреждениями	Другие
Таджикистан	Душанбе	РАН	Да	Да	Да	Да	/	Да	Да	/	/	/	/
Украина	Одесса	Дорога к дому	Да	Да	Да ¹⁸	/	/	Да	Да	/	Да ¹⁹	Да	Да ²⁰
	Полтава	Общественное здоровье	Да	Да	Да ²¹	/	Да ²²	Да	Да	/	Да	Да	Да ²³
Узбекистан	Ташкент	PSI	Да	/	Да	/	Да	Да	/	Да	/	Да	/

* Молдова – данные по опроснику недоступны, использованы только данные национальных исследований, диагностики, информационных материалов, распространения фармацевтических товаров, консультирования и т.д.

¹⁸ Отправка на бесплатное тестирование на ВИЧ, где женщины могут сдать тесты на базе кожно-венерологического диспансера (КВД). Однако в Одессе бесплатное тестирование в КВД НЕ АНОНИМНОЕ (!). Анонимное тестирование может быть только платным.

¹⁹ Гуманитарная помощь, распространение медикаментов.

²⁰ Помощь при приобретении лабораторных материалов для тестов на ВИЧ/ИППП (лабораторные красители, реагенты) для медицинских учреждений, приобретение медицинских средств для государственных больниц и туберкулезных клиник.

²¹ Направление в КВД для бесплатного и анонимного тестирования на ВИЧ (по договоренности с КВД).

²² Направление на лечение в КВД и гинекологическое отделение Больницы «Пятого города» (по договоренности с Больницей «Пятого города»).

²³ Работа с потенциальными клиентами – лекции и консультации в транспортных предприятиях, военных подразделениях, учебных учреждениях.

Перевод на русский язык: Юлия Батлук, Елена Смирнова
Редакторы издания на русском языке: Александр Левин, Раминта Штуйките
Дизайн и макет: Дональдас Андзюлис, Бируте Вилутене, Ex Arte, Литва
Обложка: меры, используемые румынской НПО «ARAS» для усиления сообщества секс-работников. Надпись на футболке говорит: «Я занимаюсь защищенным сексом»
Фотографии: Мариан Уршан, ARAS; Раминта Штуйките, ССВЦБЕ; Дональдас Андзюлис, Литва; Александр Гяделов, Украина

Отпечатано: Ex Arte, Литва

ISBN 9955-9791-0-0