

2

# Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе

Лечение наркотической зависимости



Canadian  
HIV/AIDS  
Legal  
Network

Réseau  
juridique  
canadien  
VIH/sida

# 2

Данный Модельный закон состоит из восьми модулей, освещающих следующие вопросы:

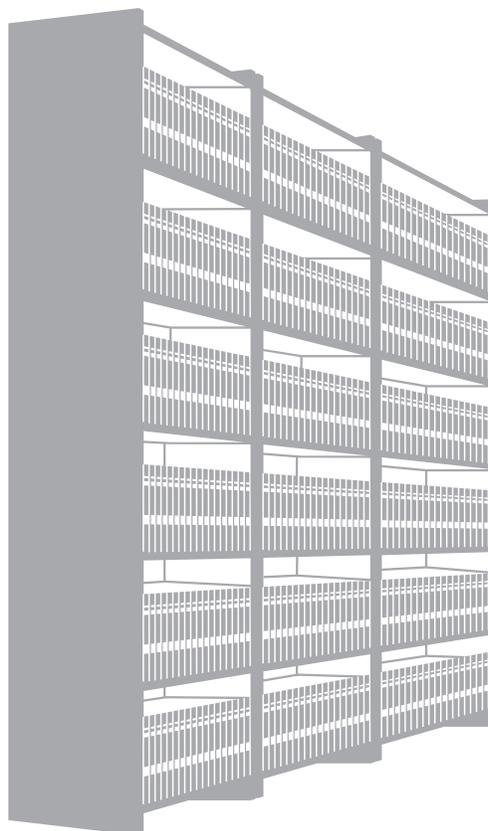
1. Вопросы уголовного права
2. Лечение наркотической зависимости
3. Программы обеспечения стерильными средствами для инъекций
4. Учреждения контролируемого употребления наркотиков
5. Тюрьмы
6. Аутрич работа и предоставление информации
7. Вопросы стигматизации и дискриминации
8. Программы отпуска героина по медицинскому рецепту

Этот модуль, как и все другие модули, размещен на вебстранице Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу: [www.aidslaw.ca/drugpolicy](http://www.aidslaw.ca/drugpolicy) на нескольких языках.



Canadian  
HIV/AIDS  
Legal  
Network

Réseau  
juridique  
canadien  
VIH/sida



# Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе

Лечение наркотической зависимости



# Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе 2 Модуль: Лечение наркотической зависимости

© 2006 Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу

Дополнительные копии документа расположены на вебсайте [www.aidslaw.ca/drugpolicy](http://www.aidslaw.ca/drugpolicy) или могут быть получены в Канадском Информационном Центре по ВИЧ/СПИДу (Canadian HIV/AIDS Information Centre) на [www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca).

## Canadian cataloguing in publication data

Module 2: ISBN 978-1-896735-75-7  
Complete series: ISBN 978-1-896735-73-3

## Авторство и признательность

Ричард Пиэрсхаус является основным автором данного документа. Ричард Эллиотт и Джоан Чете написали текст положений закона и предисловие, а также сделали обзор всего документа. Тим Франклин, Сэром Бак, Кэти Гибсон и Сара Кушнер оказали неоценимую помощь в проведении исследования.

Целый ряд привлеченных экспертов внесли свой вклад в обзор настоящего документа. Мы выражаем особую благодарность Скотту Баррису и Ане Саранг. Мы также благодарим всех участников консультационной встречи в Вильнюсе, Литва (ноябрь 2005 г.), которые предоставили нам свои замечания и предложения для подготовки проекта данного документа: Ларису Башмакову, Холли Катанья, Эстер Чернус, Румена Донски, Хозе Хирэна, Эрика Ирискулбекова, Айнагуль Исакову, Муртазокула Хидирова, Влада Клишу, Томасо Марилли, Давида Отиашвили, Екатерину Паниклову, Александра Румянцева, Атанаса Русева, Веру Сергунину, Алекса Шошикелашвили, Раминту Штуйките, Русудана Табатадзе, Андрея Толопило и Томаса Забрански. Мы благодарим также всех остальных, кто предоставил дополнительные комментарии по проекту законодательства.

Мы благодарим Гленна Беттериджа и Лию Утяшеву за их помощь. Лада Мирзалиева предоставила полезные ссылки на законодательства стран бывшего Советского Союза. Спасибо Давиду Гармайзе за техническое редактирование текста и Лиане Ибрагимовой за перевод документа на русский язык. Лия Утяшева провела окончательное редактирование документа на русском языке. Дизайн обложки Oblik Communications, оформление текста Важдан Сохейли.

Настоящий проект получил финансовую поддержку от ЮНЭЙДС, Управления международных дел Министерства здравоохранения Канады, фонда Джона Ллойда и Института Открытое Общество. Финансирование консультационной встречи в Вильнюсе, Литва (7–8 ноября 2005 г.) было предоставлено Секретариатом по проведению конференций Канадского Агентства международного развития (CIDA) и Институтом Открытое Общество. Мнения, выраженные в данной публикации, являются мнением автора, и могут отличаться от официальной позиции Министерства здравоохранения Канады.

## О Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу

Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу ([www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)) способствует защите прав людей живущих с ВИЧ/СПИДом и людей, уязвимых перед этой инфекцией в Канаде, и в других странах мира, путем проведения исследований, анализа законов и политик в этой области, просветительской деятельности и мобилизации сообщества. Канадская правовая сеть является ведущей адвокатской организацией Канады, работающей в области права и прав человека, связанных с ВИЧ/СПИДом.

## Введение

По оценке ЮНЭЙДС (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу) около 30% всех новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией в странах Африки, расположенных к югу от Сахары, происходят через использование общего инъекционного оборудования.<sup>1</sup> В Восточной Европе и Центральной Азии более 80% всех случаев заражения ВИЧ являются результатом использования зараженного инъекционного оборудования.<sup>2</sup> В то же время установлено, что во всем мире менее 5% людей, применяющих инъекционные наркотики, имеют доступ к услугам по профилактике ВИЧ<sup>3</sup> и, что даже в регионах с самым высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции, люди, употребляющие наркотики, обычно остаются за пределами программ лечения и услуг в связи с ВИЧ/СПИДом.

В большинстве стран, где эпидемия ВИЧ/СПИДа является результатом заражения через использование совместного инъекционного оборудования, преобладают уголовно-правовые подходы к решению данной проблемы вместо подходов, основанных на охране здоровья. Это замедляет, а иногда даже препятствует своевременному принятию эффективных мер по предотвращению распространения ВИЧ/СПИДа. Имеются многочисленные убедительные доказательства того, что существует много реальных мер по предотвращению передачи ВИЧ-инфекции и снижению вреда, связанного с инъекционным употреблением наркотиков. Эти меры эффективны, как средство охраны общественного здоровья и экономичны.<sup>4</sup> Несмотря на такие свидетельства, во всем мире миллионы людей, употребляющих наркотики, не имеют доступа к этим услугам из-за правовых и социальных барьеров.

Международные стандарты прав человека обязывают государства уважать, защищать и реализовывать право на наивысший достижимый уровень медицинского обслуживания для всех людей, включая тех, кто употребляет наркотики. В контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа соблюдение также и других прав человека является не менее важным. Когда права человека не защищены, труднее предотвратить распространение ВИЧ-инфекции, негативное воздействие эпидемии на отдельных людей и сообщество в целом намного тяжелее.

Страны, члены ООН приняли обязательство о том, чтобы:

---

<sup>1</sup> Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2006 Доклад о глобальной эпидемии СПИДа, май 2006, стр. 126. Русский текст размещен на: [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/2006-GR\\_ru.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_ru.asp).

<sup>2</sup> ЮНЭЙДС, 2006 Доклад о глобальной эпидемии СПИДа, стр. 126.

<sup>3</sup> United States Agency for International Development et al, *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*, июнь 2004. Размещено на: [www.futuresgroup.com/Documents/CoverageSurveyReport.pdf](http://www.futuresgroup.com/Documents/CoverageSurveyReport.pdf).

<sup>4</sup> См., например, N. Hunt, *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*, Forward Thinking on Drugs, 2003. На: [www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html](http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html).

Обеспечить принятие, укрепление и соблюдение соответствующего законодательства, положений и иных мер для ликвидации всех форм дискриминации в отношении лиц, инфицированных ВИЧ/СПИДом, и членов уязвимых групп....<sup>5</sup>

Страны, члены ООН, также приняли обязательство по обеспечению того, чтобы целый ряд профилактических программ по ВИЧ/СПИДу, стал доступным для всех, включая обеспечение стерильными инъекционными средствами и меры по снижению вреда в связи с употреблением наркотиков.<sup>6</sup>

Широкая распространенность негативных правовых, социальных и политических последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа диктует необходимость пересмотра и реформирования целого ряда законов. Некоторые страны приняли национальное законодательство, но эти положения часто игнорируют важные последствия применения этих законов и факты нарушения прав человека, которые усиливают негативное воздействие эпидемии ВИЧ. Это особенно относится к вопросу употребления запрещенных наркотических веществ. Службы профилактики ВИЧ, ухода за больными и лечения более эффективны, когда они работают в четких правовых рамках, конкретно защищающих права человека в отношении лиц, употребляющих наркотики, позволяя снизить воздействие ВИЧ-инфекции с помощью мер снижения вреда. Законодательная база может внести ясность в этот вопрос и сделать такие службы эффективными. Это особенно важно, учитывая доминирующий подход к решению данной проблемы, основанный на криминализации немедицинского употребления наркотиков и лиц, потребляющих наркотики, что создает дополнительные барьеры для предоставления медицинских услуг. Правовая реформа не является полным решением проблемы распространения эпидемии ВИЧ среди людей, употребляющих запрещенные наркотики, но она является необходимым и, очень часто, пренебрегаемым шагом.

## Проект модельного закона

В начале 2005 года Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу организовала Экспертный комитет и, после консультаций с комитетом, разработала план по созданию модельного закона, который сможет помочь государствам более эффективно решать проблемы, связанные с распространением ВИЧ/СПИДа (и другими опасными последствиями) среди лиц, употребляющих наркотики. Эта модель закона должна была опираться на конкретные примеры доказанных эффективных мер по защите и укреплению здоровья людей, в соответствии с обязательствами стран по соблюдению прав человека.

В период разработки проекта модельного закона были проведены обстоятельные консультации с экспертами. Проект модельного закона был рассмотрен во время

<sup>5</sup> Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принята резолюцией S-26/2, 27 Специальной сессии Генеральной Ассамблеи от 27 июня 2001 года, параграф 58. См. На: <http://www.un.org/russian/document/declarat/aidsdecl.htm>.

<sup>6</sup> Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, параграф 52.

встречи в Вильнюсе, Литва (7-8 ноября 2005 г.) группой экспертов по правовым вопросам, защитников подхода снижения вреда и представителями правительств из Центральной и Восточной Европы и стран бывшего Советского Союза. Документ затем был модифицирован в соответствии с рекомендациями, полученными на этой встрече. В начале 2006 г. электронная версия модельного закона была разослана широкому кругу людей и организаций, для дальнейшего обзора и совершенствования данного источника. Настоящая окончательная версия документа включает мнения широкого ряда экспертов в области ВИЧ/СПИДа, прав человека и наркополитики.

## Об этом документе

Данный документ представляет собой детальную структуру модельных положений закона и сопровождающих их комментариев. Он ссылается на примеры законов тех правовых систем, которые попытались создать четкие правовые рамки для решения вопросов, связанных с распространением ВИЧ/СПИДа среди лиц, употребляющих наркотики.<sup>7</sup> Данный документ опирается на принципы прав человека и обязательства государств соблюдать эти принципы. Документ включает комментарии, подчеркивающие основные вопросы и свидетельства, в поддержку предлагаемых мер.

Модельный закон предназначен служить в качестве источника информации для законодателей, лиц, ответственных за разработку политики и принятие решений, широкого ряда защитников и активистов, по мере их приближения к задаче реформирования законодательства или приведения его в соответствие с современными реалиями связанными с распространением ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих наркотики. Модельный закон не предназначен для какой-либо отдельной страны или группы стран. Скорее, он создан для того, чтобы его можно было адаптировать к потребностям отдельно взятой или широкого ряда национальных правовых систем. В некоторых случаях модельный закон представляет различные законодательные варианты для реализации государством своих обязательств по защите прав человека. Мы надеемся, что данный документ будет особенно полезным для тех стран, где инъекционное употребление наркотиков является основным фактором распространения эпидемии ВИЧ, и, в частности, для развивающихся стран и стран, переживающих переходный период, которые, возможно, испытывают нехватку законодательных источников.

Модельный закон состоит из восьми модулей, посвященных следующим вопросам:

---

<sup>7</sup> Для демонстрации реальности создания прогрессивной законодательной базы, мы включили в документ ссылки на национальные законы и подзаконные акты с тем, чтобы правовые реформы в других правовых системах могли опираться на информацию, полученную из этих примеров. Эти ссылки не означают, что фактическая практика в упомянутых правовых системах представляет собой «лучшую практику». Часто для обеспечения реального соответствия этим правовым инициативам требуется пройти долгий путь.

- (1) Вопросы уголовного права
- (2) Лечение наркотической зависимости
- (3) Программы обеспечения стерильными средствами для инъекций
- (4) Учреждения контролируемого употребления наркотиков
- (5) Тюрьмы
- (6) Аутрич работа и предоставление информации
- (7) Вопросы стигматизации и дискриминации
- (8) Программы отпуска героина по медицинскому рецепту

Каждый из восьми модулей в данной серии является отдельным документом. Каждый модуль начинается со введения, которое вы сейчас читаете; текст введения идентичен во всех модулях.

Вслед за введением каждый модуль начинается с вступительного слова, модельных положений закона и списка источников (взяты вместе модельные правовые положения всех восьми модулей составляют модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе).

Вступительное слово является логическим обоснованием необходимости реформирования законов, подзаконных актов и правоприменительных практик в области, освещаемой в данном модуле. Затем следует обсуждение соответствующих конвенций ООН в области контроля за наркотиками и обязательств стран по защите прав человека в данной сфере.

Раздел представляющий модельные правовые положения состоит из статей, которые могут быть включены в модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Правовые положения разделены на главы, статьи и параграфы. Первая глава («Основные положения») описывает цель данного модуля модельного законодательства и дает определения многих терминов, включенных в положения.

Некоторые положения сопровождаются комментариями. Комментарии представляют дополнительную информацию или логическое обоснование рассматриваемого положения. Некоторые модельные положения закона представлены в двух вариантах; сноска в тексте означает, что (а) нужно выбрать не оба варианта, а один из двух; либо, что (б) можно выбрать один из двух или оба варианта. Кроме того, некоторые обозначены как «не обязательные». Это означает, что эти положения могут применяться по усмотрению, в зависимости от ситуации в стране.

В разделе источников содержится краткий список документов, которые Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу считает особенно полезными. Документ содержит два подраздела: один по статьям, отчетам и документам, относящимся к правоприменительной практике, а другой по правовым документам.

Модельный закон содержит огромное количество подстрочных примечаний. Примечания представляют дополнительную информацию по рассматриваемому вопросу, а также полные ссылки. Если примечания упоминают один тот же

источник более одного раза, вторая и последующие ссылки на этот источник представлены в несколько сокращенном варианте (обычно это просто имя автора или организации и название статьи или отчета).

## 2 Модуль: Лечение наркотической зависимости

*2 Модуль состоит из вступительного слова, в котором обсуждается логическое обоснование необходимости проведения реформы законов и политик в отношении лечения наркотической зависимости, в частности, с помощью опиоидной заместительной терапии (ОЗТ). В нем описываются соответствующие положения международного права и политики, включая обязательства по правам человека. Затем следует раздел с модельными положениями закона. 2 Модуль заканчивается списком рекомендуемых источников.*

### Вступительное слово

#### Обоснование проведения реформы

Исследования показали, что зависимость от наркотиков, включая их инъекционное употребление, не является результатом слабой воли или отсутствием характера, а представляет собой хроническое рецидивирующее медицинское состояние, которое может возникнуть у любого человека, и которое зависит от психологических и генетических предпосылок.<sup>8</sup> Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает, что наркотическая зависимость характеризуется сильным желанием потреблять психоактивные вещества, или компульсивное влечение к их потреблению, трудности в осуществлении контроля над поведением и потреблением; упорное посное потребление психо-активных веществ, несмотря на физические, психические, а иногда и социально негативные последствия, связанные с потреблением; симптомы толерантности, возникающей со временем и, иногда, возникновением синдрома отмены, если препарат внезапно становится недоступным.<sup>9</sup> Лечение наркотической зависимости играет важную роль в снижении риска передачи ВИЧ-инфекции в результате возможности снизить употребление наркотиков в целом и, в частности, снизить частоту инъекций и случаи, связанные с рискованным поведением.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> WHO, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*, 2004. На: [www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_E.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf). См. также, WHO, *Management of substance dependence* (Fact Sheet), 2003 (на: [www.who.int/substance\\_abuse](http://www.who.int/substance_abuse)).

<sup>9</sup> См. ICD-10 Руководство по диагностике (расположено на: [www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/)). Определение зависимости от наркотических веществ DSM-IV дается Американской Психиатрической Ассоциацией, (American Psychiatric Association, *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4*, 1994) (размещено на: <http://allpsych.com/disorders/substance/substancedependence.html>).

<sup>10</sup> ВОЗ, *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission Through Drug-Dependence Treatment — Evidence for Action on HIV/AIDS and Injection Drug Use*, 2004. Размещено на: [www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/drugdependencetreatmenten.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/drugdependencetreatmenten.pdf).

Методы лечения наркотической зависимости могут существенно различаться в зависимости от подхода и продолжительности лечения. Например, существуют программы амбулаторного лечения, которые могут длиться несколько месяцев, и более объемные программы пребывания в «лечебных коммунах» или других общественных учреждениях в течение более продолжительного периода. Исследования и практика реализации таких программ в различных странах показывают, что наиболее эффективные формы лечения наркотической зависимости включают сочетание медицинского лечения и психологической помощи и поддержки.<sup>11</sup> Также важно отметить, что для некоторых групп людей получение доступа к такому лечению представляет особую сложность. Так, например, часто женщины, страдающие зависимостью от наркотиков не стремятся к лечению из-за опасения, что у них отнимут детей или из-за страха перед насилием или другими репрессиями со стороны своих партнеров-мужчин.<sup>12</sup>

При разработке и реализации эффективных программ лечения наркотической зависимости, следует помнить о том, что права человека должны быть защищены. Эти права включают право лиц, употребляющих наркотики, на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья; права пациентов, включая право на конфиденциальность; право на получение информации о состоянии своего здоровья; право на информированное согласие на лечение; право прекратить лечение; право не подвергаться дискриминации в учреждениях здравоохранения и право не подвергаться пыткам или другому жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению. Процедуры и нормы, используемые для организации и деятельности программ лечения должны быть продиктованы этими соображениями, которые также должны управлять их реализацией.

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ), называемая иногда опиоидным заместительным лечением, является одной из программ лечения наркотической зависимости, и является важной составной частью всеобъемлющих мер направленных на предотвращение распространения ВИЧ/СПИДа в странах с высоким уровнем зависимости от опиоидных наркотиков. Следует отметить, что опиоидная зависимость является сложным заболеванием, и что не существует унифицированного подхода к лечению этой болезни, который был бы оптимальным для всех людей. Тем не менее, имеются последовательные доказательства того, что ОЗТ является одним из наиболее эффективных методов лечения наркотической зависимости.<sup>13</sup> ОЗТ была признана ВОЗ и многими национальными медицинскими ассоциациями эффективным, безопасным и экономичным средством управления опиоидной зависимостью и серьезным

---

<sup>11</sup> См. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Legal aspects of substitution treatment: an insight into nine EU countries*. 2003, стр. 19.

<sup>12</sup> U.S. National Institute on Drug Abuse. *NIDA InfoFacts: Treatment methods for women*. 1999 год с дополнениями. Размещено по адресу [www.nida.nih.gov/infofacts/treatwomen.html](http://www.nida.nih.gov/infofacts/treatwomen.html).

<sup>13</sup> *Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*, 2004; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Legal aspects of substitution treatment: an insight into nine EU countries*, стр. 40.

методом профилактики ВИЧ/СПИДа.<sup>14</sup> Кроме того, ВОЗ включила метадон и бупренорфин, используемые при ОЗТ, в свой Примерный перечень основных лекарственных средств, как альтернативу героину или другим опиатным производным.<sup>15</sup>

ОЗТ направлена на снижение или прекращение употребления запрещенных опиоидов путем стабилизации тяги к наркотикам на период, необходимый для достижения воздержания от прежней практики употребления наркотиков и связанного с этим вреда. В частности, ОЗТ предлагает людям и сообществам следующие краткосрочные и долгосрочные преимущества:

Преимущества для здоровья:

- При назначении правильной дозы, ОЗТ помогает снизить количество употребления запрещенных веществ.<sup>16</sup>
- ОЗТ стабилизирует тягу к наркотику у людей, принимающих опиоидные наркотические средства, способствуя улучшению физического и эмоционального состояния.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, 2004; стр. 32. Также см. P.G. Barnett, "The cost-effectiveness of methadone maintenance as a healthcare intervention," *Addiction* 94(4) (1999): 479–488.

<sup>15</sup> Примерный перечень основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения призван служить в качестве руководства для ответственных лиц, формирующих политику в области здравоохранения и быть справочником необходимых лекарств, которые необходимы для обеспечения здоровья населения этих стран. См. WHO, Примерный перечень основных лекарственных средств, пересмотрен в марте 2005 (русский текст размещен на: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a76618\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a76618_rus.pdf)). Как указано в введении в документ, что «как бупренорфин, так и метадон являются эффективными при лечении героиновой зависимости. Однако поддерживающая метадоновая терапия при правильном назначении дозы является наиболее эффективной в удержании пациента в программе лечения и подавления тяги к приему героина». Метадон и бупренорфин включены в ту часть примерного перечня, который называется «дополнительный список»: этот список не означает частичное или ограниченное одобрение метадона или бупренорфина, а скорее обозначает, что для такой терапии должны быть созданы специальные диагностические или мониторинговые учреждения или должен осуществляться специальный медицинский уход или специальное обучение.

<sup>16</sup> См., например, S.R. Yancovitz et al, "A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic," *American Journal of Public Health*; 81 (1991): 1185–1112; J. Keen et al, "Does methadone maintenance treatment based on the new national guidelines work in a primary care setting?," *British Journal of General Practice* 53(491) (2003): 461–467; V.P. Dole et al, "Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance," *Annals of the New York Academy of Science* 311 (1978): 181–9; V.P. Dole et al, "A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride," *Journal of the American Medical Association* 193 (1965): 646–50; W.H. McGlothlin et al, "Long-term follow-up of clients of high- and low-dose methadone programs," *Archives of General Psychiatry* 38 (1981):1055–1063; D.D. Simpson et al, "Effectiveness of treatment for drug abuse: an overview of the DARF research program," *Advances in Alcohol and Substance Abuse* 2 (1982): 7–29; E. Strain et al, "Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence," *Annals of Internal Medicine* 119 (1993):23–27; R.L. Hubbard et al, *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness* (University of North Carolina Press, 1998); E. Gottheil et al, "Diminished illicit drug use as a consequence of long term methadone maintenance program," *Journal of Addictive Diseases* 12(4) (1993): 45; J.C. Ball et al, *The Effectiveness of Methadone Treatment*, 1991.

- ОЗТ дает возможность контролировать количество и воздействие опиоидных заместителей и, тем самым, снижает риск передозировки.<sup>18</sup>
- ОЗТ снижает риск передачи ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь во время использования зараженных инъекционных средств, так как опиоидные заместители принимаются орально.<sup>19</sup>
- ОЗТ дает возможность направить людей, принимающих наркотики, в другие службы, например, в службу психологической поддержки, диагностики, реабилитации, консультирования в связи с ВИЧ/СПИДом, и другие.<sup>20</sup>
- Смертность среди лиц с опиоидной зависимостью, получающих поддерживающую метадонную терапию, составляет 25-33% аналогичного показателя среди не охваченных подобной программой.<sup>21</sup>
- Установлено, что по продолжительности удержания лиц с опиоидной зависимостью в лечебной программе ОЗТ более эффективна по сравнению с плацебо и с детоксификацией, используемой как отдельный метод лечения.<sup>22</sup>

<sup>17</sup> Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, 2004; стр. 14.

<sup>18</sup> «У индивидов с опиоидной зависимостью (которые часто употребляют инъекционные наркотики неизвестной мощности и непроверенного качества, а также в сочетании с другими психоактивными веществами) нередко случаются передозировки с высоким риском смертельного исхода. Результаты лонгитудинальных исследований свидетельствуют о том, что 2-3 % из них ежегодно умирают. Показатель смертности среди потребителей героина с синдромом зависимости в 6-20 раз превышает ожидаемый в общей популяции лиц того же возраста и пола». Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, стр. 5.

<sup>19</sup> См., например, A.S. Abdul-Quader et al, "Methadone maintenance and behavior by intravenous drug users that can transmit HIV," *Contemporary Drug Problems* 14 (1987): 425-433; D.R. Gibson et al, "Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users," *AIDS* 13(14) (1999):1807-1818; E. Drucker et al, "Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV," *AIDS* 12(suppl. A) (1998): 217-230; E. Wells, "Retention in methadone maintenance is associated with reductions in different HIV risk behaviours for women and men," *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 22(4) (1996): 519; S. Vanichseni et al, "A controlled trial of methadone in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV," *International Journal of the Addictions* 26(12) (1991):1313-1320; L. Gowing et al, "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection," in *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4 (2004).

<sup>20</sup> Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, стр. 27.

<sup>21</sup> Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, стр. 20.

<sup>22</sup> Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, стр. 20. См. также, R. Newman et al, "Double-blind comparison of methadone and placebo maintenance treatments of narcotic addicts in Hong Kong," *Lancet* 8 (1979): 485-488; E. Strain et al, "Dose-response effects of methadone in the treatment of opioid dependence," *Annals of Internal Medicine* 119 (1993): 23-27.

- У беременных женщин, получающих заместительную поддерживающую терапию, реже возникают осложнения (как для матери, так и для плода) по сравнению с не охваченными такой программой.<sup>23</sup>

Социальные преимущества:

- ОЗТ помогает снизить криминальную активность, связанную с приобретением запрещенного наркотика.<sup>24</sup>
- ОЗТ играет важную роль при применении подходов, основанных на участии сообщества, в том, что лечение может проводиться на амбулаторной основе, достигается высокий уровень приверженности программе лечения, участники программы ОЗТ получают возможность заняться самыми неотложными проблемами в отношении своего здоровья, психологического состояния, семейного благополучия, жилья, работы и финансовых и юридических вопросов, в период, пока они находятся в контакте со службами, обеспечивающими лечение.<sup>25</sup>
- ОЗТ снижает затраты системы здравоохранения, правоохранительных органов, и уголовной и судебной системы, помогая людям, принимающим наркотики, избежать длительного лечения в больнице, уголовного преследования и заключения в тюрьму.<sup>26</sup>
- ОЗТ помогает объединить сообщество и повышает качество жизни людей, употребляющих наркотики, и их семей.

В разных странах назначение ОЗТ имеет свои особенности. ОЗТ может осуществляться врачами общей практики, специально подготовленными фармацевтами, клиниками, занимающимися исключительно ОЗТ, или учреждениями по реабилитации наркозависимых. В ряде правовых систем успешно развивается предоставление ОЗТ с использованием мобильных микроавтобусов<sup>27</sup>, во многих странах действуют программы ОЗТ в исправительных учреждениях.<sup>28</sup>

<sup>23</sup> Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, стр. 20; J. McCarthy et al, “High-dose methadone maintenance in pregnancy: maternal and neonatal outcomes,” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193 (2005): 606–610.

<sup>24</sup> См., например, N. Hunt et al, “Patterns of criminal activity among methadone clients and current narcotics users not in treatment,” *Journal of Drug Issues* 14 (1984): 687–702; L. Gowing et al, *Australian National Council on Drugs Research Paper 3: Evidence supporting treatment: The effectiveness of interventions for illicit drug use*, 2001; J. Bell et al, “Changes in criminal activity after entering methadone maintenance,” *British Journal of Addiction* 87 (1992): 251–258.

<sup>25</sup> Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, стр. 20.

<sup>26</sup> P.G. Goldschmidt, “A cost-effectiveness model for evaluating health care programs: application to drug abuse treatment,” *Inquiry* 13 (1976): 29–47; National Institute on Drug Abuse [U.S.], *Principles of drug addiction treatment: a research based guide*, National Institutes of Health, Publication No. 00-4180, October 1999, pp. 21, 23–25 (размещено на: [www.nida.nih.gov/PDF/PODAT/PODAT.pdf](http://www.nida.nih.gov/PDF/PODAT/PODAT.pdf)).

<sup>27</sup> См. A. Vertser et al, *Methadone Guidelines*, Euro-Methworks, June 2000. Размещено на: [www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesuk/methadone%20guidelines%20english.pdf](http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesuk/methadone%20guidelines%20english.pdf).

<sup>28</sup> В руководящих указаниях ВОЗ в отношении инфекции ВИЧ и СПИД в тюрьмах приводится рекомендация о том, что «[з]аключенные, до их изоляции проходившие терапию метадонем, должны иметь возможность продолжать такое лечение, находясь в тюрьме. В странах, где терапия метадонем в рамках сообщества доступна для лиц, страдающих зависимостью от опиатов, такое

Хотя ОЗТ и оказалась простой для применения в самых разных условиях и эффективной, как при лечении героиновой зависимости, так и при снижении вреда, связанного с употреблением инъекционных наркотиков, в некоторых странах метадон и другие опиоидные заместители продолжают относиться к запрещенным веществам.<sup>29</sup>

## Международное право и политика

Несколько международных правовых документов относятся к праву на лечение наркотической зависимости. Государства заинтересованы в предоставлении такого лечения, включая ОЗТ, не только из-за соображений сохранения общественного здоровья, но и на для выполнения взятых на себя международных обязательств. Реализация мер снижения вреда, таких как ОЗТ и программы обеспечения стерильными средствами для инъекций, не только разрешена в рамках международных договоров по контролю за наркотиками, но также соответствует международным стандартам прав человека и является обязательством государств в рамках международного права.

Декларации ООН о наркотиках призывает государства-члены ООН отдать приоритет мерам по снижению спроса на контролируемые наркотики, включая «раннее вмешательство, консультирование, лечение, реабилитацию, профилактику рецидивов, поддержку после лечения и социальную ре-интеграцию».<sup>30</sup>

---

лечение должно также предоставляться и в тюрьмах». См. *Руководство ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах* (WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons) UNAIDS/99.47/E, 1993. Пункт 23. услуги доступные в тюрьмах значительно различаются, в некоторых странах можно начать метадонную терапию в тюрьме, в других можно лишь продолжить лечение в тюрьме, если они проходили метадонное лечение до попадания в тюрьму, в третьих странах, продолжение метадонного лечения, начатого на воле, возможно только в течение определенного ограниченного срока. В некоторых редких случаях, прохождение заместительной терапии может являться альтернативой тюремному заключению. См. Н. Stöver, *Study On Assistance To Drug Users in Prisons. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, EMCDDA/2001, 2001 (Расположено на: [www.archido.de/eldok/docs\\_en/stoever\\_habil\\_2000.htm](http://www.archido.de/eldok/docs_en/stoever_habil_2000.htm)); К. Dolan et al, "An International Review of Methadone Provision in Prisons," *Addiction Research*; 4(1) (1996): 85–97; К. Dolan et al, "Methadone maintenance reduces injecting in prison," *British Medical Journal* 312 (1996): 1162; А. Byrne, "Methadone treatment is widely accepted in prisons in New South Wales," *British Medical Journal* 316(7146) (1998).

<sup>29</sup> См. Документ Международной программы снижения вреда Института Открытое Общество, Развитие в области снижения вреда 2005: страны где эпидемия ВИЧ/СПИДа распространяется через употребление инъекционных наркотиков, 2005. (Harm Reduction Development Program (IHRD), *Harm Reduction Developments 2005: Countries with Injection-Driven HIV Epidemics*, Open Society Institute, 2005). В Российской Федерации, лечение наркотической зависимости с помощью наркотических веществ запрещено законом. Согласно российскому законодательству, метадон запрещен к использованию потому, что включен в Список I. Бупренорфин включен в менее строго регулируемый Список II, однако использование веществ из Списка II для лечения наркомании также запрещено. См. Постановление правительства Российской Федерации. 30.06.1996 N 681, и федеральный закон Российской Федерации «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 08.01.1998 N 3-ФЗ (с поправками от 09.05.2005 N 45-ФЗ), Сатья 31.

<sup>30</sup> См., например *Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики*, Принята Резолюцией S-20/3 Генеральной Ассамблеи ООН от 10 июня 1998 года.

Государства должны обеспечить, чтобы их политика в этой области, национальное законодательство и правоприменительная практика не способствовали распространению эпидемии ВИЧ и других социальных проблем, связанных со здоровьем, в результате употребления наркотиков. Кроме того, государства должны обеспечить, чтобы законодательство и политика по контролю за наркотиками не мешали предоставлению услуг, таких как ОЗТ, которая направлена на укрепление здоровья людей, употребляющих наркотики. Следующий раздел дает краткое описание международного права и политики в области наркотиков, права на здоровье и прав человека, который относится к обязательствам государств в отношении лечения наркотической зависимости, включая ОЗТ.

## Конвенции ООН по наркотикам

В *Единой Конвенции ООН о наркотических средствах* 1961 года метадон отнесен к Списку I - категории веществ, подлежащих «всемерам контроля, применимым к наркотическим средствам на основании настоящей Конвенции».<sup>31</sup> Однако многие национальные органы государственного управления, а также эксперты ООН критикуют или игнорируют эту классификацию метадона, отмечая выдающиеся успехи применения метадона в течение нескольких десятилетий клинического опыта и, особенно, его важнейшую роль в борьбе с ВИЧ/СПИДом, которую невозможно было предвидеть в 1961 году, когда принималась *Единая Конвенция*.<sup>32</sup>

Статья 4(с) Конвенции 1961 г. призывает государства «ограничить исключительно медицинскими и научными целями производство, изготовление, вывоз, ввоз, распределение наркотических средств, торговлю ими и их применение и хранение». Так как термин «медицинские цели» в Конвенции далее не определен, это оставляет возможность государствам, подписавшим договор, определить какое распределение, применение и хранение метадона и других наркотиков применяемых в ОЗТ, служит для «медицинских целей». В соответствии со Статьей 30 Конвенции, если государства считают, что назначение контролируемого вещества (например, метадона) является «необходимым», они могут отрегулировать механизм его назначения с помощью лицензирования, разработку процедуры, использование официальных форм, регистрации, и других мер контроля. Таким образом, многие ответственные лица, формулирующие политику, и специалисты-практики считают заместительную терапию законной формой лечения, которая соответствует обязательствам государств в рамках Статьи 38 о принятии «всех возможных мер, направленных на предотвращение злоупотребления наркотическими средствами и на ранее выявление, лечение, воспитание, восстановление трудоспособности, возвращение в общество соответствующих лиц».

<sup>31</sup> *Единая Конвенция о наркотических средствах* 1961 года с поправками, внесенными в нее Протоколом о поправках к Единой Конвенции о наркотических средствах 1972 года, ООН, статья 2(1). Русский текст размещен на: <http://www.un.org/russian/document/convents/single1961.pdf>.

<sup>32</sup> Программа ООН по международному контролю за наркотиками (UNDCP), *Гибкость положений международных договоров по отношению к программам снижения вреда*, Решение 74/10, E/INCB/2002/W.13/SS.5, 30 сентября 2002.

*Протокол 1972 года о поправках к Единой Конвенции*, поясняет, что в узком смысле термин «лечение» включает «процесс, направленный на прекращение потребления злоупотребляемого наркотика, или, где необходимо, процесс помогающий лицу ограничить потребление наркотического средства до минимума, медицински оправданного состоянием его/ее здоровья».<sup>33</sup> Из этого определения вытекает официальный комментарий Конвенции о том, что в рамках Статьи 38, «медицински оправданные поддерживающие программы» подходят под определение «лечение».<sup>34</sup>

Бупренорфин, другой опиодный заместитель, включенный в Список III *Конвенции ООН о психотропных веществах* 1971 г.<sup>35</sup>, охватывает «вещества, представляющие риск злоупотребления, создающие серьезную опасность общественному здоровью, которые имеют умеренную или высокую терапевтическую ценность».<sup>36</sup> Статья 9 гласит, что «стороны должны требовать, чтобы вещества в Списке II, III и IV поставлялись или распределялись для применения только по медицинскому рецепту...». Во многих странах бупренорфин применяется в ОЗТ.

*Конвенция ООН 1988 г. о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ* ничего более не говорит в отношении заместительного лечения.<sup>37</sup>

Рассматривая соответствие различных видов программ снижения вреда международным договорам, Программа ООН по международному контролю за наркотиками (UNDCP), в составе Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC), в 2002 г. пришла к заключению о том, что «в своем более традиционном подходе заместительное/поддерживающее лечение едва ли может восприниматься, как противоречащее тексту и духу международных договоров. Это лечение является общепринятым методом лечения наркотической зависимости, имеющим

<sup>33</sup> *Протокол, вносящий поправки в Единую Конвенцию о наркотических средствах.*

<sup>34</sup> *Комментарий к Единой Конвенции о наркотических средствах*, ООН, 1973.

<sup>35</sup> *Конвенция о психотропных веществах*, Генеральная Ассамблея ООН 1971, размещено на: <http://www.un.org/russian/documen/convents/substances1971.pdf>.

<sup>36</sup> ВОЗ, *Доклад Комитета экспертов ВОЗ по лекарственным средствам, вызывающим зависимость*, тридцать третий доклад, 2002. (*WHO Expert Committee on Drug Dependence: thirty-third report*, 2002.) «Руководство также предоставляет инструкции для выбора соответствующего Списка психотропных препаратов в рамках Конвенции 1971 г.: Список I: Вещества, представляющие особенно серьезный риск для здоровья общества при злоупотреблении, и, которые имеют незначительную или вообще не имеют терапевтической ценности. Список II: Вещества, представляющие значительный риск для здоровья общества и, которые имеют слабую или умеренную терапевтическую ценность. Список III: Вещества, представляющие значительный риск для здоровья общества и, которые имеют умеренную и большую терапевтическую ценность. Список IV: Вещества, представляющие слабый, но все еще значительный риск для здоровья общества, терапевтическая ценность которых варьируется от слабой до высокой» (п. 3). Размещено на: [www.unicri.it/min.san.bollettino/dati/915-en.pdf](http://www.unicri.it/min.san.bollettino/dati/915-en.pdf). См. также, European Legal Database, *Classification of controlled drug* (размещено на: <http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=5622&sLanguageISO=EN>).

<sup>37</sup> *Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ*, ООН, 19 декабря 1988, размещено на: [http://www.un.org/russian/documen/convents/illicit\\_drugs.pdf](http://www.un.org/russian/documen/convents/illicit_drugs.pdf).

много преимуществ и несколько недостатков. Хотя существуют смешанные результаты, которые зависят от многих факторов, реализация этого метода при соблюдении разумных медицинских инструкций не является нарушением положений договора».<sup>38</sup>

Международный комитет по контролю за наркотиками (INCB) признал, что программы снижения вреда способствуют реализации широкой программы снижения спроса на наркотики. В своем *Ежегодном отчете* за 2003 год, Комитет отметил, что «применение заместительного лечения и поддерживающей терапии ... не означают нарушения положений договора, независимо от того, какое вещество может применяться для такого лечения, если оно соответствует признанной национальной медицинской практике.....как и в случае с понятием медицинского применения, предоставление лечения не регулируется договорами (о наркотиках)».<sup>39</sup>

### **Обязательства по правам человека**

Согласно Уставу ООН<sup>40</sup> все государства, члены ООН имеют обязательство «принимать совместные и самостоятельные действия» для достижения целей ООН, включая содействие «разрешению международных проблем в области ...здравоохранения» и «всеобщему уважению и соблюдению прав человека и основных свобод для всех» (Статьи 55 и 56). Устав ООН также четко заявляет, что в случае когда обязательства Членов Организации по Уставу окажутся в противоречии с их обязательствами по какому-либо другому международному соглашению, преимущественную силу имеют обязательства по Уставу (Статья 103). Это означает, что страны не могут правомерно реализовывать международные договора по наркотикам, если это противоречит их обязательствам по решению проблем охраны здоровья и соблюдения прав человека.

В течение более пятидесяти лет все страны, члены ООН, неоднократно подтверждали и признавали свои обязательства в рамках *Всеобщей декларации прав человека*<sup>41</sup>, которая конкретизирует обязательства по защите прав человека государств, членов ООН, в рамках Устава ООН. *Всеобщая декларация* гласит, что «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая ...медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания его здоровья и благосостояния» (Статья 25). Принятие

---

<sup>38</sup> Программа ООН по международному контролю за наркотиками *Гибкость положений международных договоров по отношению к программам снижения вреда* (UNDCP, Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches), п. 17. См также, D. Wolfe et al, Illicit drug policies and the global HIV epidemic: Effects of UN and national government approaches, Институт Открытое Общество, стр. 24–27.

<sup>39</sup> Ежегодный отчет Международного Комитета по контролю за наркотиками (INCB), 2003, параграф 222. [www.incb.org/incb/annual\\_report\\_2003.html](http://www.incb.org/incb/annual_report_2003.html).

<sup>40</sup> Устав Организации Объединенных Наций, UNTS 993 (введен в силу 24 октября 1945).

<sup>41</sup> *Всеобщая Декларация прав человека*, UN GA Resolution 217 A(III), UN GAOR, 3<sup>rd</sup> Session, 183<sup>rd</sup> plenary meeting, 71, UN Doc. A/910 (1948), размещено на: <http://www.un.org/russian/documen/declarat/declhr.htm>.

и реализация национального законодательства и политики по контролю за наркотиками должны отражать эти неоднократно выраженные обязательства.

Государства, члены *Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах* (ICESCR),<sup>42</sup> признали право каждого человека на «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» (Статья 12). Эти страны имеют обязательное для выполнения правовое обязательство предпринимать шаги для полного осуществления этого права, включая мероприятия, «необходимые для...предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними» и «создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни» (Статья 12). Кроме того, *Международный пакт о гражданских и политических правах* (ICCPR)<sup>43</sup> гласит, что каждый человек имеет неотъемлемое право на жизнь (Статья 6). Комитет по правам человека, экспертный орган, уполномоченный следить за соблюдением странами обязательств в рамках *Международного пакта о гражданских и политических правах*, поясняет, что это право «не должно интерпретироваться в узком смысле» и, что государства должны принять позитивные и активные меры для защиты жизни людей, включая меры, которые могут помочь снизить распространение эпидемий.<sup>44</sup>

На Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по наркотикам государства, члены ООН, заявили, что действия по борьбе с наркотиками требуют «интегрированного и сбалансированного подхода в полном соответствии с целями *Устава Организации Объединенных Наций* и международного права и, в частности, при полном уважении ...всех прав человека и фундаментальных свобод».<sup>45</sup> *Меморандум ООН о предотвращении распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков* однозначно отмечает, что *Всеобщая Декларация прав человека* и принципы прав человека являются частью усилий по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции в этой области.<sup>46</sup>

Документы ООН, включая *Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, единогласно принятую в 2001 году, признают право людей, употребляющих наркотики на получение широкого ряда услуг по лечению, включая доступ к стерильному инъекционному оборудованию и услугам по снижению вреда.<sup>47</sup> Позиционный документ ЮНЭЙДС по вопросам политики *Усиление профилактики ВИЧ*, одобренный Координационным Советом ЮНЭЙДС

<sup>42</sup> *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах* (ICESCR), 993 UNTS 3 (1966).

<sup>43</sup> *Международный пакт о гражданских и политических правах*, (ICCPR), 999 UNTS 171 (1966).

<sup>44</sup> Комитет ООН по правам человека *Право на жизнь (статья 6)*, Общий комментарий 6, UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.1, 6 (1982). Размещено на: [www.ohchr.org/english/bodies/hrc/comments.htm](http://www.ohchr.org/english/bodies/hrc/comments.htm).

<sup>45</sup> Генеральная Ассамблея ООН, Политическая Декларация, Резолюция A/RES/S-20/2, UN GAOR, 20<sup>th</sup> специальная сессия, 9-е Пленарное заседание, 10 июня 1998.

<sup>46</sup> ООН, *Меморандум ООН о предотвращении распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков: E/CN.7/2002/CRP.5*, 12 марта 2002. Размещено на: [www.cicad.oas.org/en/Resources/UNHIVaids.pdf](http://www.cicad.oas.org/en/Resources/UNHIVaids.pdf).

<sup>47</sup> *Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, принята резолюцией S-26/2, 2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 27 июня 2001 года, пункт. 52.

в 2005 г., однозначно отмечает, что предоставление лечения наркотической зависимости является важной частью широкого интегрированного подхода к профилактике распространения ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики, который должен опираться на поддержку, защиту, и уважение прав людей, потребляющих наркотики.<sup>48</sup>

Резолюция ООН, *Принципы защиты психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи*, которая выделяет ряд принципов по уходу и лечению на основе уважения прав человека, непосредственно относится к лечению наркотической зависимости.<sup>49</sup> Она гласит:

- Все лица имеют право на защиту от пыток, физического или иного насилия или унижительного обращения, а также от экономической, сексуальной и других форм эксплуатации.
- Любое лечение и уход должны соответствовать нормам гуманности и уважения достоинства человека.
- Никакое лечение любого пациента не должно проводиться без его информированного согласия.
- Каждый человек имеет право на медицинское обслуживание и лечение в соответствии с едиными нормами для всех больных и на защиту от вреда, в том числе от непроверенного лекарственного средства, дурного обращения со стороны других пациентов или персонала, или иных действий, вызывающих психический стресс или физический дискомфорт. Физические ограничения или принудительная изоляция не должны применяться, кроме случаев использования официально утвержденных процедур, и только в тех случаях, когда они являются единственным доступным средством, позволяющим избежать непосредственного вреда.
- Каждый человек имеет право на справедливое разбирательство в беспристрастном суде, прежде чем он будет признан недееспособным или неправомочным принимать решения от собственного имени, каждый человек имеет право на услуги адвоката. При этом, в случае признания недееспособности, для содействия принятию решения о лечении должен назначаться ответственный представитель.

---

<sup>48</sup> Усиление профилактики ВИЧ, Позиционный документ ЮНЭЙДС по вопросам политики (UNAIDS, *Intensifying HIV prevention: UNAIDS policy position paper*), 2005, стр. 34. [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1165-Intensif\\_HIV-NewStyle\\_ru.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1165-Intensif_HIV-NewStyle_ru.pdf).

<sup>49</sup> Генеральная Ассамблея ООН, *Принципы защиты психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи*, резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 46/119, принята 17 декабря 1991. Размещено на: <http://www.un.org/russian/documen/gadocs/convres/r46-119.pdf>.

# Модельные положения закона

## Статья I. Основные положения

### Статья 1. Цель настоящей части

Цель настоящей части состоит в том, чтобы предоставить правовую основу для обеспечения программ лечения наркотической зависимости, включая опиоидную заместительную терапию, путем:

- (a) расширения возможности использования и доступности этого лечения;
- (b) защиты прав человека лиц, получающих лечение;
- (c) обеспечения высокого качества медицинского ухода при лечении;
- (d) улучшения физического и психического здоровья людей, стремящихся получить лечение.

### Статья 2. Определения

Для целей данной Части используются следующие определения:

«Опиоидный заместитель» - означает препарат одобренный [соответствующим регулирующим органом] для применения в медицинских целях для заместительного лечения опиатами, включая метадон и бупренорфин, но не ограничиваясь только этими препаратами.

«Жестокое, негуманное или унижительное отношение или наказание» - означает любое жестокое или небрежное отношение, которое может навредить физическому или психическому здоровью человека или любое наказание с целью вызвать физическую или душевную боль или страдания или унижить или оскорбить человека;

«Зависимость» - означает соответствие критериям опиоидной зависимости в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10) или критериям Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-IV);<sup>50</sup>

«Фармацевт» (аптекарь) - означает фармацевт уполномоченный в соответствии с законодательством (лицензией), выдавать утвержденные опиаты;

<sup>50</sup> Руководящие указания МКБ-10 по диагностике, расположены на: [www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/). Определение DSM-IV дано в *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4*. Washington DC: American Psychiatric Association (AMA), 1994.

«Лечение наркотической зависимости» - означает программу, включающую конкретные медицинские или психо-социальные методы, направленные на управление или снижение зависимости пациентов от одного или нескольких контролируемых веществ, улучшающие общее состояние здоровья пациента. Такие программы могут включать опиоидную заместительную терапию, стационарные или амбулаторные услуги, назначение лекарств для снижения тяги или смягчения вредного воздействия контролируемых веществ, психиатрические и психо-социальные услуги, контролируемые группы взаимной поддержки.

«Медицинская помощь» - означает услуги, предоставляемые медицинскими профессионалами в рамках официальной системы здравоохранения по профилактике и лечению психических или физических болезней или состояний.

«Медицинский работник» - означает медицинский специалист, уполномоченный [согласно соответствующему Закону] оказывать медицинские услуги. Термин медицинский работник включает врачей, сертифицированных медсестер и другой обученный медицинский персонал.

«План медицинского страхования» - означает любой полис медицинского страхования или план медицинских услуг, предлагаемый медицинской страховой компанией в соответствии с определением в [соответствующем законе], включая любой план медицинских услуг, предложенный или введенный государством или любым государственным органом.

«Опиоидная заместительная терапия» - означает назначение опиоидного заместителя, фармакологически родственного опиату, вызвавшему первоначальную зависимость, человеку, страдающему от наркотической зависимости, для достижения определенной цели лечения<sup>51</sup>, включая поддерживающее лечение.

«Пациент» - означает любое лицо, вовлеченное в программу лечения наркотической зависимости.

«Врач» - означает медицинский работник, специально уполномоченный, назначать утвержденные опиоиды.

«Специальная клиника для опиоидного заместительного лечения» - означает учреждение, имеющее лицензию, на предоставление заместительного лечения опиоидами.

«Штат» программы лечения наркотической зависимости, включает:

---

<sup>51</sup> Адаптировано на основе *Совместной позиции ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*, 2004; стр. 12.

- (a) координатора или менеджера программы;
- (b) лицо, назначенное координатором или менеджером программы, предоставлять услуги в данном учреждении по договору найма или иным образом;
- (c) лицо, назначенное координатором или менеджером программы, предоставлять добровольную помощь в данном учреждении.

«Контролируемое употребление» - означает применение назначенного заместителя опиата под непосредственным наблюдением в специальной клинике опиоидного лечения, кабинете врача, аптеке, больнице или в другом медицинском учреждении.

«Доза, выдаваемая пациенту на дом» - означает любую дозу назначенного опиоидного заместителя, которая может употребляться пациентом без непосредственного наблюдения медицинского работника.

«Пытка» - означает любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная боль или страдание, физическое или нравственное, чтобы получить от него или от третьего лица сведения или признания, наказать его за действие, которое совершило оно или третье лицо или в совершении которого оно подозревается, а также запугать или принудить его или третье лицо, или по любой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве, или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия. В это определение не включаются боль или страдание в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Данное определение взято из Статьи 1 *Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания*. ООН, 1984. Похожее определение термина «пытка» содержится в национальном законодательстве многих стран.

## Глава 2. Права пациентов

### Статья 3. Право на лечение наркотической зависимости

Государство должно гарантировать доступ к лечению наркотической зависимости для всех, кто в этом нуждается.

### Статья 4. Основные права пациентов

Каждый пациент имеет право:<sup>53</sup>

- (a) на полный курс высококачественного лечения и последующий уход, предоставляемые в соответствии с принятой клинической практикой;
- (b) на лечение без дискриминации;
- (c) на активное участие при определении целей своего лечения, которые могут включать (но не ограничиваются) полный отказ от употребления наркотиков или изменение практики употребления наркотиков, минимизирующие вред от зависимости;
- (d) на активное участие в процессе принятия всех решений, связанных с лечением, включая время и способ начала лечения, а также прекращение лечения;
- (e) осуществлять свои права в качестве пациента, включая:
  - (i) информировать, не боясь негативных последствий, о любых случаях подозрений о злоупотреблениях, пренебрежении обязанностями или эксплуатации пациентов в рамках программы;
  - (ii) жаловаться и обжаловать решения, в соответствии с национальными законами и подзаконными актами;
  - (iii) участвовать в разработке политики, практики предоставления услуг в рамках программ лечения наркотической зависимости;
  - (iv) добровольный отказ от лечения в любое время;

<sup>53</sup> Права, перечисленные в данной статье, взяты из различных источников. Определенные руководства по ОЗТ непосредственно говорят о правах пациентов. В частности, *Guidelines and Protocol for the Administration of Methadone in the Treatment of Opiate Addiction*, октябрь 2001, стр. 21–22 (размещено на: <http://www.ceehrn.org/index.php?ItemId=12518>); Министерство здравоохранения Новой Зеландии, *Opioid Substitution Treatment: New Zealand Practice Guidelines*, февраль 2003, стр. 23 (размещено на: [www.moh.govt.nz](http://www.moh.govt.nz)); Колледж врачей и хирургов Онтарио, *Руководство по метадонной поддержке (Methadone Maintenance Guidelines)*, ноябрь 2005, стр. 6, 11 (размещено на: [www.cpso.on.ca/publications/methguidenov05.htm](http://www.cpso.on.ca/publications/methguidenov05.htm), на русском языке на [http://www.ceehrn.org/EasyCEE/sys/files/canadian\\_methadone\\_guide\\_rus.doc](http://www.ceehrn.org/EasyCEE/sys/files/canadian_methadone_guide_rus.doc)).

В более широком смысле законы отдельных стран часто содержат положения, относящиеся к правам пациентов, которые могут быть применены к заместительному лечению с помощью опиоидов. См., например, *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан*, 22 июля 1993, N 5487-1, с поправками от 31 декабря, 2005); Закон Кыргызской Республики *Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике*, 9 января 2005, No 6. См. также, WHO Europe, *A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*, ICP/HLE 121, 28, июнь 1994 (размещено на: [www.who.int/genomics/public/patientrights/en/](http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/)). Документы многих стран о правах пациентов также размещены на этом сайте.

- (f) на конфиденциальность медицинских записей и результатов клинических анализов;
- (g) на полную информированность, включая, но не ограничиваясь, правом получать информацию о:
  - (i) состоянии своего здоровья;
  - (ii) своих правах и обязательствах в качестве пациента, перечисленных в настоящей Части и в соответствующем законодательстве;
  - (iii) процедуре представления жалоб в отношении услуг, полученных в рамках программы;
  - (iv) стоимости и условиях оплаты, а также возможности медицинского страхования и других доступных льгот и пособий.

## **Статья 5. Информированное согласие**

- (1) Информированное добровольное согласие пациента является необходимым предварительным условием лечения и профилактического или диагностического вмешательства.
- (2) Ниже приводятся обязательные элементы для дачи информированного согласия на проведение лечения:
  - (a) Согласие должно непосредственно касаться назначаемого лечения;
  - (b) Согласие должно быть полностью информированным;
  - (c) Согласие должно быть добровольным;
  - (d) Согласие должно быть в письменном виде;
  - (e) Согласие не должно быть получено путем предоставления ложной информации или обмана.
- (3) Согласие на лечение считается полностью информированным, если перед дачей согласия:
  - (a) пациент получил информацию о содержании пункта (4), включая вопросы, ответы на которые благоразумный человек захочет узнать ответы в подобных обстоятельствах, чтобы принять решение о лечении;
  - (b) пациент получил ответы на свои просьбы о предоставлении дополнительной информации.
- (4) Вопросы пункта (3), на которые дается ссылка включают:
  - 1. характер лечения;
  - 2. ожидаемую пользу лечения;
  - 3. материальные риски лечения;
  - 4. материальные побочные эффекты лечения;
  - 5. альтернативные варианты действий;

## Статья 6. Прекращение лечения

- (1) Пациент или его законный представитель должны иметь право в любой момент добровольно прекратить лечение.<sup>55</sup>
- (2) Медицинский работник должен в полной мере проинформировать пациента или его законного представителя о потенциальных рисках и пользе прекращения лечения, а также должен проработать с пациентом вопросы обеспечения безопасности и поддержки пациента в период прекращения лечения.<sup>56</sup>
- (3) Медицинский работник не должен прекращать предоставление необходимых услуг, если пациент не требует этого; пациенту предоставлены альтернативные услуги, или дана разумная возможность организовать альтернативное обслуживание.<sup>57</sup>
- (4) В случае прекращения лечения, в медицинском журнале делается соответствующая запись с объяснением возможных последствий. Пациент или его законный представитель, а также медицинский работник должны подписать данное заявление.
- (5) Следует избегать принудительной отмены лечения за исключением случаев, когда для этого имеются убедительные причины. Правила, определяющие основания для принудительной отмены, должны быть четко доведены до сведения пациента с самого начала лечения.<sup>58</sup>

<sup>54</sup> Данная формулировка взята из *Health Care Consent Act*, 1996, Онтарио [Канада], п.11. Положения о согласии на лечение можно также найти в Законе Кыргызской Республики *Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике*, Статья 74. См. также, *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан*, Статья 33; Колледж врачей и хирургов, Онтарио, *Руководство по метадоновой поддержке*, стр. 10–11.

<sup>55</sup> См. *Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан* N 5487-1, с поправками от 31 декабря, 2005, Статья 33.

<sup>56</sup> Руководства должны включать рекомендованное постепенное снижение доз наркотического средства при прекращении лечения. См., например, S Henry-Edwards et al. *Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence*. August 2003, стр. 5.

<sup>57</sup> Это положение основано на *Руководстве по метадоновой поддержке*, 2001, Колледж врачей и хирургов Онтарио, Канада, стр. 38.

<sup>58</sup> См. документ Министерства здравоохранения Канады, *Best practices: methadone maintenance treatment*. стр. 46. Правила должны включать точные, не подлежащие расширительному толкованию критерии для принудительного прекращения лечения. Сюда могут относиться документально зафиксированные угрозы или агрессивное поведение по отношению к персоналу или пациентам. См. также Колледж врачей и хирургов Онтарио, Канада. *Руководство по метадоновой поддержке*, 2001, стр. 26.

## Статья 7. Конфиденциальность

- (1) Информация обо всех медицинских услугах должна быть конфиденциальной. Записи о личности пациента, диагнозе, прогнозе лечения или лечении, составленные в ходе лечения наркотической зависимости, являются:
  - (a) конфиденциальными;<sup>59</sup>
  - (b) не подлежат общественной проверке или обнародованию;
  - (c) не должны передаваться другим лицам или ведомствам; и
  - (d) не должны подвергаться раскрытию или быть допустимыми в качестве доказательства в ходе судебного разбирательства.
  
- (2) Никакая запись, упомянутая в пункте (1) настоящей статьи, не может быть использована:
  - (a) для предъявления обвинения в совершении уголовного преступления
  - (b) пациентом;
  - (c) или быть основанием для проведения расследования в отношении
  - (d) пациента.
  
- (3) Персонал программы не может быть принужден [в соответствии с уголовно процессуальным законодательством] давать свидетельские показания, касающиеся информации, которая была им доверена или стала известна во время выполнения ими своих обязанностей в рамках программы.<sup>60</sup>
  
- (4) Любое использование личной информации о пациентах и персонале программы для исследований или проведения оценки должно осуществляться при обеспечении полной анонимности и, любая такая информация должна регулироваться в соответствии с пунктом (2) данной Статьи.

---

<sup>59</sup> Руководство по ОЗТ Чешской Республики содержит специальное положение, устанавливающее, что личная информация должна использоваться только в соответствии с существующими правовыми рамками в отношении личной информации. Положение обеспечивающее конфиденциальность включается контракт между пациентом и врачом об условиях сотрудничества, правах и обязанностях сторон. См. Министерство здравоохранения Чешской Республики. *Czech Substitution Treatment Guidelines*, июнь 2000. Руководство по ОЗТ было принято специальным Декретом министерства в 2001.

<sup>60</sup> Приведенная формулировка основана на Уголовно-процессуальном кодексе ФРГ, подпункт 3b, пункт 1, статья 53.

## Комментарий к статье 7

Требование о конфиденциальности признает право каждого на невмешательство в личную жизнь, сформулированное в нескольких международных документах.<sup>61</sup> Кроме того, многие страны и учреждения, например больницы, имеют правила и руководства или инструкции, касающиеся прав пациентов, включая право на конфиденциальность.<sup>62</sup> Это важно в контексте опиоидной заместительной терапии, так как раскрытие диагноза может привести к тому, что люди не будут стремиться к прохождению медицинского осмотра, получению лечения, к раскрытию точной информации о своем здоровье или участию в медицинских исследованиях из-за опасений, что информация о состоянии их здоровья, включая ВИЧ статус, может стать публичной. В частности, они могут опасаться того, что информация об их зависимости от наркотиков может быть передана в полицию.

Информация о состоянии здоровья пациента, должна быть доступна только самому лицу и тем лицам, которым информация об этом абсолютно необходима в силу их профессии, например, врачу, если эта информация относится к лечению, ради которого пациент обратился к врачу.<sup>63</sup> Обеспечение конфиденциальности информации о статусе здоровья и любой медицинской информации является очень важным аспектом соблюдения прав человека, в отношении лиц, употребляющих наркотики, включая людей, страдающих наркотической зависимостью.

## Статья 8. Принцип не-дискриминации в предоставлении медицинской помощи

- (1) Ни один медицинский работник не должен отказывать в медицинской помощи (которая включает лечение ВИЧ) ни одному лицу, только на основании действительной или предполагаемой наркотической зависимости данного лица.
- (2) Ни один медицинский работник не должен отказывать в лечении наркозависимости ни одному лицу только на основании действительной или предполагаемой инфицированности данного лица вирусами, передающимися через кровь или другими заболеваниями (включая ВИЧ и диагноз СПИД).<sup>64</sup>

<sup>61</sup> См., например, Статья 12 *Всеобщей декларации прав человека*; Статья 8(1) *Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод*; Статья 17(1) *Международного пакта о гражданских и политических правах*.

<sup>62</sup> См., например, региональное Европейское бюро ВОЗ, *A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*, стр. 12; *Israel Patient's Rights Act 1996*, статьи 19 и 20. Размещено на: <http://waml.haifa.ac.il/index/reference/legislation/israel/israel1.htm>.

<sup>63</sup> В деле *Smith v. Jones* ([1999] 1 S.C.R. 455) at para. 74 et seq., Верховный Суд Канады рассматривал ситуацию, в которых разглашение конфиденциальной информации о состоянии здоровья сторонам, не имеющим отношения к лечению пациента, может быть оправдано. Конфиденциальность может быть нарушена, когда существует явный риск для конкретного лица или группы лиц; существует риск нанесения серьезного физического вреда, или смерти; существует непосредственная опасность; и когда предлагаемое раскрытие информации минимально нарушит право на личную жизнь вовлеченного лица.

<sup>64</sup> Парламент Европейского Союза призвал государства-члены “обеспечить, что люди, зависимые от наркотиков имеют доступ к медицинскому лечению и необходимой заместительной терапии без

## Комментарий к статье 8

Доступ, к спасающему жизнь лечению ВИЧ, ограничен во всем мире, а для людей, употребляющих наркотики, такой доступ ограничен в еще большей степени. Даже в регионах, где большинство ВИЧ инфицированных - это люди, употребляющие наркотики, они обычно бывают исключены из программ лечения ВИЧ.<sup>65</sup> Власти часто оправдывают такое исключение, ссылаясь на проблемы слабой приверженности лечению или отсутствие мотивации у людей, употребляющих наркотики. Однако исследования и практика лечения четко демонстрируют, что люди употребляющие наркотики, включая тех, кто потребляет инъекционные наркотики, могут строго соблюдать режим антиретровирусного лечения (АРВ) так же, как и другие люди, живущие с ВИЧ.<sup>66</sup> Обширный опыт и многочисленные исследования документально зафиксировали, что программы медицинской помощи при ВИЧ специально разработанные для людей потребляющих наркотики, бывают чрезвычайно успешными.<sup>67</sup> Вследствие этого, нельзя категорически исключать

---

дискриминации.” См. European Parliament resolution on the situation as regards fundamental rights in the European Union (2002), параграф 21.

<sup>65</sup> ВОЗ, *Progress on global access to HIV antiretroviral therapy: a report on “3x5” and beyond*, March 2006, стр. 8. Отчет ВОЗ гласит, что несмотря на то, что в конце 2005 г. около 36 000 человек, употребляющих инъекционные наркотики, получали АРВ лечение; из них более 80 % (30 000) человек живет в Бразилии. Оставшиеся 6000 пациентов проживают в других 45 странах. Эти цифры говорят о большом количестве неудовлетворенной потребности, в частности в странах Европы и Средней Азии, где люди, употребляющие инъекционные наркотики составляют 70 % всех ВИЧ-инфицированных, но только 24 % пациентов в настоящее время получают лечение. См. также, С. Aceijas et al, “Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users,” *AIDS* 18(17) (2004): 2295–2303.

<sup>66</sup> Е. Oppenheimer et al, *Treatment and care for drug users living with HIV/AIDS*, доклад подготовлен для Компетентной группы ООН по лечению и уходу за людьми, употребляющих наркотики и живущих с ВИЧ/СПИДом, Центр исследований по наркотикам и поведению в отношении здоровья, Imperial College, декабрь 2003, стр. 5–9.

<sup>67</sup> Исследование подтверждает, что существуют простые и низко затратные меры по предоставлению специальных программ АРВ терапии для потребителей наркотиков, в которых участники лечения соблюдают режим лечения с таким же успехом, как и пациенты, не потребляющих наркотики. Наилучшие результаты по соблюдению режима АРВ терапии опиоидными потребителям наркотиков наблюдались в тех программах, где имелся доступ к заместительной терапии с помощью метадона и других опиоидов. Усилия, направленные на оказание помощи клиентам побороть и контролировать зависимость, может стать эффективным способом достижения и поддержания высокого уровня приверженности режиму приема лекарств. См. Open Society Institute, *Breaking Down Barriers: Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users*, July 2004; N.C. Ware et al., “Adherence, stereotyping and unequal HIV treatment for active users of illegal drugs,” *Social Science and Medicine*, 51 (2005): 565–576; J.P. Moatti et al., “Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment,” *AIDS* 14(2) (2000): 151–155; A. Mocroft et al., “A comparison of exposure groups in the EuroSIDA study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART and survival,” *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 22(4) (1999): pp. 369–378; M.D. Stein et al, “Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected methadone patients: effect of ongoing illicit drug use,” *American Journal on Drug Alcohol Abuse*, 26 (2000): 195–205; M. Tyndall et al, “High rates of adherence to antiretroviral therapy among injection drug users in comprehensive support programs,” BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, Vancouver, British Columbia, oral presentation at Canadian Association for HIV Research Conference, 2006, Québec; R. Therrien, “Implementation of modified directly observed antiretroviral therapy program in active intravenous cocaine users,” Centre Hospitalier Universitaire de Montréal, Montréal, oral presentation at Canadian Association for HIV Research

этих людей из категорий, которым оказывается помощь. Все пациенты, обратившиеся за помощью и отвечающие клиническим критериям лечения, должны получать такое лечение, включая людей, употребляющих наркотики.<sup>68</sup> Государства обязаны выполнять ратифицированные ими международные договоры, запрещающие дискриминацию в оказании медицинской помощи и предоставлении медицинских услуг, и особенно в свете необходимости соблюдать фундаментальные обязательства, касающиеся права на здоровье.<sup>69</sup>

## Статья 9. Запрещение пыток или жестокого, негуманного и унижающего обращения или наказания

Каждый медицинский работник или каждое лицо, действующее под подстрекательством, с молчаливого или явного согласия медицинского работника, которые осуществляет пытки или жестоко, бесчеловечно обращается или унижает достоинство любого другого лица, является виновным в преступлении в соответствии [с уголовным законодательством] и подлежит тюремному заключению на срок не превышающий [x].<sup>70</sup>

### Комментарий к статье 9

Во многих странах, в частности там, где индивидуальное употребление контролируемых веществ сильно криминализировано, существует срочная необходимость в обеспечении правовой защиты наркозависимых, которые стремятся получить лечение. Запрещение пыток и другого жестокого, негуманного или унижающего обращения или наказания можно найти в международных соглашениях и конвенциях, нормах международного права и многих национальных конституциях.<sup>71</sup> Европейский суд по правам человека толкует термин «пытка», как

---

Conference, 2006, Québec (abstracts available in *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology* 17(Приложение А) (2006)).

<sup>68</sup> WHO, *HIV/AIDS Treatment and Care Protocol for Countries of the Commonwealth of Independent States*, 2004, pp. 33–38. размещено на: [www.eurasiahealth.org/eng/health/resources/82082/](http://www.eurasiahealth.org/eng/health/resources/82082/).

<sup>69</sup> Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, Право на наивысший достижимый стандарт физического и психического здоровья, Общий Комментарий 14, UN Doc. E/C.12/2000/4 11, август 2000, п. 18, 19. Дискриминация также запрещена в соответствии со Статьями 2 и 26 *Международного пакта о гражданских и политических правах*. Статья 26 гласит: «Все люди равны перед законом и имеют право без всякой дискриминации на равную защиту закона. В этом отношении всякого рода дискриминация должна быть запрещена законом, и закон должен гарантировать всем лицам равную и эффективную защиту против дискриминации по какому бы то ни было признаку, как-то расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или иного обстоятельства» Комиссия ООН по правам человека часто подтверждала, что термин «иные обстоятельства» в антидискриминационных положениях международного права о правах человека должен включать состояние здоровья, включая ВИЧ/СПИД статус.

<sup>70</sup> Данное определение взято из Уголовного кодекса Канады, раздел 269.1. Такое же определение содержится в Уголовном кодексе Кыргызской Республики, поправка от 15 ноября 2003, No 223, Ст. 305-1.

<sup>71</sup> Международные договоры и конвенции включают *Международный пакт о гражданских и политических правах*, Статья 7, *Европейскую Конвенцию о защите прав человека и основных свобод*, Статья 3, и *Конвенцию ООН против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания*. Похожие положения можно найти в

намеренное негуманное обращение, приводящее к серьезным и жестоким страданиям<sup>72</sup>, а термины «унижающий» и «негуманный» интерпретированы этим судом для обозначения обращения или наказания, которое приводит к глубоким психическим и физическим страданиям и унижению помимо этого, что связано с наказанием в целом.<sup>73</sup>

В контексте лечения наркозависимости существует опасность плохого отношения к пациентам, которые, могут испытывать боль или тяжелые психические страдания, и могут быть временно неспособны адекватно реагировать на происходящее в результате синдрома отмены или других проблем. В некоторых странах организации по защите прав человека и другие учреждения обладают документальными свидетельствами случаев жестокого, негуманного и унижающего достоинство «лечения» наркотической зависимости.<sup>74</sup> Отказ в предоставлении другого лечения, пока человек не пройдет курс лечения от наркотической зависимости, также был признан национальными судами, как жестокое и необычное наказание.<sup>75</sup> Международные и национальные организации разработали руководство по лечению наркотической зависимости. В некоторых случаях эти организации непосредственно выступают за сочетание лечения наркотической зависимости с профилактикой и лечением ВИЧ/СПИДа.<sup>76</sup>

---

широко применяемых правовых документах, например, в *Стандартах ООН о минимальных правилах обращения с заключенными*, п. 31, и *Всеобщей Декларации по правам человека*, статья 5. Хотя эти последние источники не являются обязательными для исполнения, они имеют большое влияние и отражают международный консенсус по данному вопросу. Национальные Конституции, запрещающие жестокое обращение или наказание включают *Хартию прав и свобод* Канады, п. 12, и *Конституцию США (восьмую поправку)*.

<sup>72</sup> Решение Европейского суда по правам человека по делу *Aydin v. Turkey* (1997), 23178/94 [1997] ECHR 75.

<sup>73</sup> Решение Европейского суда по правам человека по делу *Soering v. The United Kingdom* (1998), 14038/88 [1989] ECHR 14.

<sup>74</sup> См., например, Human Rights Watch. *Locked doors: the human rights of people living with HIV/AIDS in China*. 2003, стр. 42-28; Human Rights Watch. *Повторение пройденных ошибок: ВИЧ/СПИД и нарушения прав человека в Российской Федерации*. 2004, стр. 42-43. Русский текст на: <http://hrw.org/russian/reports/russia/2004/russia-aids.htm>.

<sup>75</sup> См, например, *Domenech v. Goord* 20 A.D.3d 416; 797 N.Y.S.2d 313; 2005 N.Y. App. Div. В решении было признано, что к заключенному, которому было отказано в лечении гепатита С, пока он не пройдет курс лечения наркотической зависимости, применялось жестокое и необычное наказание.

<sup>76</sup> WHO, *HIV/AIDS Treatment and Care: WHO protocols for CIS countries*, Version 1, 2004, стр. 33–38 На: [www.eurasiahealth.org/attaches/94/9435/WHO%20HIV%20Protocols%20for%20CIS%20En.pdf](http://www.eurasiahealth.org/attaches/94/9435/WHO%20HIV%20Protocols%20for%20CIS%20En.pdf); [U.S.] National Institute on Drug Abuse, *Principles of drug addiction treatment: a research based guide*, National Institutes of Health, publication No. 00-4180, Октябрь 1999. Размещено на: [www.nida.nih.gov/PDF/PODAT/PODAT.pdf](http://www.nida.nih.gov/PDF/PODAT/PODAT.pdf).

## Глава III. Опиоидная заместительная терапия

### Статья 10. Право на получение опиоидной заместительной терапии

- (1) Право на получение опиоидной заместительной терапии определяется назначающим врачом.
- (2) Определение такого права должно опираться исключительно на следующие критерии:
  - (a) наличие опиоидной зависимости, в соответствии с принятыми медицинскими определениями;
  - (b) информированное добровольное согласие пациента.

#### Комментарий к статье 10

Лица, страдающие опиоидной зависимостью, пользуются такими же правами, как и все остальные, на наивысший достижимый уровень обеспечения услугами учреждений здравоохранения. Во многих странах действует политика, которая четко определяет необходимость того, чтобы прием в программы ОЗТ был как можно более открытым.<sup>77</sup> ВОЗ и другие агентства ООН подчеркивают, что поскольку многие люди, применяющие опиоиды, становятся участниками программ ОЗТ в момент кризиса, свободный доступ к программам является важнейшим элементом для предотвращения дальнейшего и еще более серьезного кризиса или «для того чтобы воспользоваться мотивацией, возникшей ... в результате кризиса».<sup>78</sup> Лечение на основе ОЗТ должно быть доступно без какой-либо дискриминации по признаку возраста, пола, экономического статуса, социальных обстоятельств или других критериев, включая ВИЧ-положительный статус. Практически никакие медицинские состояния не являются противопоказанием для ОЗТ.<sup>79</sup> Более того, беременность и серьезные риски для

<sup>77</sup> См., например, Министерство здравоохранения Канады, Health Canada. *Best practices: methadone maintenance treatment*. Министерство здравоохранения Канады отмечает: «С учетом доступных ресурсов критерии приема должны быть как можно более открытыми и должны обеспечивать своевременный доступ к поддерживающему лечению метадонном», стр. 36. См. на: [www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-droguies/methadone-bp-mp/methadone-bp-mp\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-droguies/methadone-bp-mp/methadone-bp-mp_e.pdf). В проведенном в Австралии исследовании на протяжении 2–3 лет отслеживалось состояние лиц, которые не были приняты в программу заместительной терапии метадонном. «Главным последствием отказа в принятии в программу, была существенная отсрочка начала лечения метадонном. В результате большинство лиц плохо интегрированы в общество, и, либо проходят ОЗТ, либо по-прежнему принимают запрещенные наркотические средства». См. J Bell et al. Who should receive methadone maintenance? *British Journal of Addiction* 1992; 87: 689-694.

<sup>78</sup> Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, 2004, стр. 9.

<sup>79</sup> Метадон должен быть доступен каждому пациенту, которому он, по мнению врача, может принести пользу, и кто добровольно выражает согласие на его прием. Не существует заболеваний при которых есть противопоказания к назначению метадона. Нерационально требовать от пациентов, что они сначала должны безуспешно пройти другие виды лечения; быть зависимыми от опиоидов в течении определенного количества лет; быть старше определенного возраста; или

здоровья, например ВИЧ или гепатит часто являются показаниями для приоритетного приема на лечение или снижения критериев для приема на лечение. В некоторых странах существуют специальные программы для беременных женщин и женщин, употребляющих наркотики и имеющих детей.<sup>80</sup> Пациент не должен быть исключен из ОЗТ на том основании, что он продолжает применять запрещенные наркотики. Кроме того, инъекционное введение метадона или употребление других наркотических средств не должно быть автоматическим показанием для принудительного прекращения программы лечения.<sup>81</sup> Для тех, кто не в состоянии или не желает прекратить применение наркотиков, лечение должно быть направлено на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности, вызванной или связанной с употреблением наркотиков.<sup>82</sup> В таких случаях опиоидная заместительная терапия помогает людям если не полностью прекратить, употребление наркотиков то, по крайней мере, стабилизировать их употребление.

## Статья 11. Продолжительность лечения и дозировка

- (1) Назначающий врач должен определять соответствующую дозу после консультаций с пациентом и в соответствии с лучшей медицинской практикой. Цель подбора оптимальной дозы заключается в том, чтобы она позволяла добиться эффективного уровня физического и психологического комфорта при минимальной вероятности передозировки.

---

соответствовать другим произвольным и непредсказуемым критериям для принятия в программу.” Роберт Ньюман, *Methadone Treatment: Common Questions, A Common Answer*, Институт Открытое Общество, 8 апреля 2003, размещено на: [www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles\\_publications/articles/methadone\\_20030408](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/articles/methadone_20030408). Выводы приведенные ниже были сделаны и преданы огласке в октябре 1994, на специальной согласительной конференции состоявшейся под эгидой Министерства Здравоохранения Бельгии. “Не существует противопоказаний [для лечения метадона], однако определенные психические состояния (алкоголизм, наркотическая зависимость от нескольких наркотиков, депрессия, психоз) требуют диагностики и соответствующего ухода. Беременность не является противопоказанием.” See *Traitement de substitution a la méthadone: conférence de consensus* (Conclusion of the Belgian Consensus Conference on Methadone Treatment), октябрь 1994.

<sup>80</sup> У беременных женщин, получающих ОЗТ и у плода наблюдается меньше осложнений по сравнению с теми, кто не получает лечения. См. *Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС*, стр. 15, 18, 26. Бельгия, Франция и Ирландия предоставляют специальные программы для беременных женщин и женщин, употребляющих наркотики у которых есть дети. См. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Legal aspects of substitution treatment: an insight into nine EU countries*, стр. 16.

<sup>81</sup> См. Колледж врачей и хирургов Онтарио, *Руководство по метадонной поддержке*, стр. 25. См также, *Opioid Substitution Treatment: New Zealand Practice Guidelines*, стр. 40. «Недобровольное прекращение лечения представляет серьезный риск для здоровья пациента и может также иметь последствия для других людей, включая широкую общественность. В определении подходов к прекращению лечения необходима гибкость и стратегическое мышление, а не автоматическое исключение. Приверженность программе ОЗТ является важным критерием оценки результата. Принудительное прекращение лечения должно быть самым последним из вариантов и решение о прекращении лечения должно приниматься только после тщательного рассмотрения группой специалистов и консультаций с рядом других экспертов».

<sup>82</sup> *Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*, стр. 9.

- (2) Доза препарата ни при каких обстоятельствах не должна выдаваться в качестве поощрения, или удерживаться в качестве наказания пациента.
- (3) Продолжительность лечения должна быть достаточно адекватной, чтобы обеспечить эффективность лечения в соответствии с наилучшей медицинской практикой.<sup>83</sup>

### Комментарий к статье 11

Не существует установленных международных стандартов для оптимальной продолжительности ОЗТ или дозировок заместителей опиоидов. В определении длительности лечения и дозировки опыт «лучших практик» показывает важность и большое значение консультаций с пациентом, принятия во внимание его/ее мнения, а также поиска решений, которые дают пациенту возможность жить без физического дискомфорта.

Широко признан тот факт, что иногда при ОЗТ требуется длительное лечение, но ни при каких обстоятельствах ОЗТ не должна рассматриваться, как лечение, имеющее заранее установленную продолжительность.<sup>84</sup> Например, обширные исследования по метадону, не дали никаких доказательств того, что контролируемое потребление метадона имеет негативные последствия для здоровья. Лица, страдающие зависимостью от опиоидов, вправе оставаться участниками программ ОЗТ до тех пор, пока такие программы будут им полезны.

Основной принцип лучших практик ОЗТ состоит в том, что корректировка доз, особенно снижение дозы, ни при каких обстоятельствах не должна использоваться в качестве наказания или поощрения за изменение поведения.<sup>85</sup> Идеальной

<sup>83</sup> Совместная позиция ООН по ОЗТ отмечает, что «продолжение лечения в течение определенного периода времени имеет важное значение для эффективности лечения», преждевременный уход из программ ОЗТ связан с негативными последствиями, включая возвращение к употреблению нелегальных наркотиков небезопасным путем. См. Совместная позиция ВОЗ/УОНН/П/ЮНЭЙДС: Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, стр. 9.

<sup>84</sup> В документе Министерства здравоохранения Канады (Health Canada), *Best practices: methadone maintenance treatment*, отмечается: «Невозможно определить оптимальную продолжительность лечения для всех лиц. Оптимальной продолжительностью лечения для каждого является такой срок, в течение которого сохраняется польза от такого лечения. Для некоторых клиентов/пациентов одним из вариантов является поддерживающая терапия в течение неопределенного времени или пожизненно», стр. 45.

<sup>85</sup> См. S Maxwell and M Shinderman. Optimizing response to methadone maintenance treatment: use of higher-dose methadone. *Journal of psychoactive drugs* 1999; 31: 95-102. Авторы отмечают, что в США «[в] 1980-х годах на медицинских работников оказывалось огромное давление, с целью вынудить их применять ограничительные и карательные меры в ходе лечения наркотической зависимости. В рамках программ ПЛМ [поддерживающего лечения метадонем] предпринимались попытки использовать дозировку на определенных условиях и очень низкие предельные дозы, при этом было показано, что они имеют недостаточную эффективность. Во многих исследованиях сделан вывод о том, что положительные результаты токсикологического анализа мочи на запрещенные опиаты демонстрируют устойчивую обратную корреляцию с дозой метадона ... Наблюдается четкая корреляция между возрастающей дозой метадона и постоянством участия в лечении», стр. 97.

считается такая доза, которая обеспечивает отсутствие пристрастия, не приводя к всплескам и спадам эйфории и седативного состояния.<sup>86</sup> Это означает, что невозможно определить идеальную дозу без детальной и доверительной консультации с лицом, принимающим заместители опиоидов.<sup>87</sup> Лица, вовлеченные в программы ОЗТ, имеют право участвовать в процессе определения дозы, которую они получают. Клинические исследования показали, что при проведении доверительных консультаций, участники программ ОЗТ не обязательно стремятся получать более высокие или более возбуждающие дозы, а уверенно стараются потреблять стабильный уровень опиоидных заместителей.<sup>88</sup>

## Статья 12. Право получать дозы, отпускаемые на дом

- (1) Определение права на получение дозы, отпускаемой на дом, должно опираться исключительно на следующие критерии:
- (a) клиническую стабильность пациента;
  - (b) способность соблюдать процедуры, установленные программой.<sup>89</sup>

---

<sup>86</sup> См. Холли Катанья, О метадоне (H Catania. *About methadone (2<sup>nd</sup> edition)*. New York: Drug Policy Alliance, 2003, стр.10. Документ на русском языке находится на: [http://www.drugpolicy.ru/?page=publications/publ\\_hr60\\_methadon](http://www.drugpolicy.ru/?page=publications/publ_hr60_methadon).

<sup>87</sup> См., например, документ Министерства Здравоохранения Канады (Health Canada), *Best practices: methadone maintenance treatment*, где отмечается: «[п]ринимая во внимание, что реакция на дозы метадона может быть индивидуальной у разных лиц, программа должна предусматривать гибкую, персонализированную политику в отношении дозировки. Каждый участник должен проходить тщательный осмотр клинициста, который имеет опыт лечения опиоидной зависимости, и начальная дозировка должна определяться на индивидуальной основе. При определении дозировки следует учитывать информацию, предоставленную клиентом/пациентом», стр. 42. См. S Maxwell and M Shinderman. Optimizing response to methadone maintenance treatment: use of higher-dose methadone. *Journal of psychoactive drugs* 1999; 31:95-102, где продемонстрирована достоверность само-оценки клиентов эффективности различных доз ОЗТ.

<sup>88</sup> См. E Robles et al. Implementation of a clinic policy of client-regulated methadone dosing. *Journal of substance abuse treatment* 2001; 20: 225-30, стр. 226: «[н]и один пациент не продолжал просить об увеличении дозы метадона после достижения уровня клинической стабилизации». В действительности, отмечают авторы, беспокоиться можно об обратном: «получив разрешение самим устанавливать собственную дозу метадона, пациенты стремятся поддерживать свое состояние за счет субтерапевтических доз». См. также S Maxwell and M Shinderman. Optimizing response to methadone maintenance treatment: use of higher-dose methadone. *Journal of psychoactive drugs* 1999; 31: 95-102.

<sup>89</sup> В документе Министерства здравоохранения Канады предлагается, что: «[п]рограммы должны представлять собой баланс преимуществ соблюдения требований программы и постоянного контакта с клиентами/пациентами, с необходимостью гибкого, ориентированного на клиентов/пациентов лечения, которое учитывает жизненную ситуацию клиента/пациента». Исследования показывают, что гибкие отпускаемые на дом дозы являются важным фактором постоянного участия пациента в программе. См. Health Canada. *Best practices: methadone maintenance treatment* стр. 44 и 58. 2002. Правила должны определять, каким образом оценивается выполнение таких требований. Примеры методов оценки перечислены в документе Министерства здравоохранения Новой Зеландии. *Opioid substitution treatment: New Zealand practice guidelines*. February 2003, стр. 28. См. также указания “Carry Policy” Коллегии врачей Онтарио. *Methadone maintenance guidelines*. 2001, стр. 18-21.

- (2) Назначающий врач должен иметь право выдавать дозы на дом пациентам, которые не соответствуют квалификационным критериям подпункта (1), когда:
  - (a) медицинские состояние или инвалидность ограничивают возможность передвижения пациента;
  - (b) расстояние, которое нужно преодолеть пациенту, чтобы добраться до клиники или медицинского учреждения или другие обстоятельства, ограничивают возможность осуществления контроля за каждым приемом препарата пациентом.<sup>90</sup>
- (3) Назначающий врач должен в письменной форме установить порядок отпуска доз на дом в рамках программы и обеспечить, чтобы и пациент и распределяющий фармацевт имели копию этого документа.<sup>91</sup>

### Комментарий к статье 12

Доза, выдаваемая на дом, имеет большое значение для удержания пациентов в программе лечения, предотвращения скопления пациентов в пунктах распределения препарата и улучшения доступа к лечению, так как это устраняет трудности, связанные с необходимостью ежедневного посещения пункта раздачи.<sup>92</sup> Медицинским работникам разрешена определенная гибкость в решении вопросов, касающихся удовлетворения нужд отдельных пациентов.

Доза, выдаваемая на дом, улучшает доступ к лечению и позволяет пациентам сохранять анонимность в отношении своей личной жизни. Она помогает пациентам поддерживать личные отношения, продолжать работу и выполнять другие личные обязательства. Дозы, выдаваемые на дом, должны назначаться специально обученным медицинским персоналом после проведения оценки соответствия критериям приема в программу и соответствующего обучения пациента. Кроме того, дозу выдаваемую на дом, ни при каких обстоятельствах нельзя удерживать в качестве наказания. Риск, связанный с выдачей препарата на дом (например, попадание на черный рынок, передозировка) можно снизить путем мониторинга прогресса состояния пациента и пересмотра выдаваемого количества через некоторое время.

### Статья 13. Прекращение заместительной терапии

- (1) Пациент или его законный представитель должен иметь право в любой момент добровольно прекратить лечение.
- (2) Назначающий врач должен в полной мере проинформировать пациента о потенциальных рисках и пользе прекращения лечения, а также должен

<sup>90</sup> Данные указания взяты из документа Коллегии врачей Онтарио. *Руководство по метадоновой поддержке*. 2001, стр. 30–37.

<sup>91</sup> Данное требование заимствовано из документа Министерства здравоохранения Новой Зеландии. *Opioid substitution treatment: New Zealand practice guidelines*. Февраль 2003, стр. 28.

<sup>92</sup> Эти преимущества отражены в New South Wales [Australia], *Guidelines for Prescribing Methadone for Unsupervised Administration Take-Away Doses*. Размещено на: [www.health.nsw.gov.au/public-health/dpb/publications/pdf/guidelines\\_takeaway.pdf](http://www.health.nsw.gov.au/public-health/dpb/publications/pdf/guidelines_takeaway.pdf).

совместно с пациентом разработать меры по обеспечению безопасности и поддержки пациента в период прекращения лечения.<sup>93</sup>

- (3) Назначающий врач не должен прекращать предоставление необходимого для пациента лечения, если пациент не требует этого; пациенту предоставлены альтернативные услуги, или пациенту предоставлены достаточные возможности для получения альтернативного лечения.<sup>94</sup>
- (4) Прекращение лечения с объяснением возможных последствий должно быть зарегистрировано в медицинских документах и подписано пациентом или его законным представителем и медицинским работником.
- (5) Следует избегать принудительной отмены лечения за исключением случаев, когда для этого имеются убедительные причины. Правила, определяющие основания для принудительной отмены, должны быть четко доведены до сведения пациентов с самого начала лечения.<sup>95</sup>

## Вариант: Статья 14. Анализ мочи

Организация и проведение отбора проб мочи, анализ и интерпретация результатов должны проводиться таким образом, чтобы:

- (a) обеспечить максимальное постоянство участия пациента в программе и другие положительные результаты лечения, а также безопасность пациента;
- (b) уважать достоинство пациента;
- (c) свести к минимуму периодичность таких анализов, ограничивая их пробами, необходимыми для регулирования лечения;
- (d) признать, что такой анализ имеет ограничения, включая ложноположительные и ложноотрицательные результаты;
- (e) запретить использование результатов анализа в качестве наказания.

<sup>93</sup> Правила должны включать рекомендации постепенного снижения доз при прекращении лечения. Например, см. S Henry-Edwards et al. *Clinical guidelines and procedures for the use of methadone in the maintenance treatment of opioid dependence*. Август 2003, стр. 5.

<sup>94</sup> См. Колледж Врачей и Хирургов Онтарио, Канада. Руководство по метадоновой поддержке (The College of Physicians of Ontario. *Methadone maintenance guidelines*). 2001, стр. 25.

<sup>95</sup> При принятии решения об исключении пациента из программы лечения, следует применять направленные на решение проблемы подходы, вместо применения наказания. В идеале, пациенты должны оставаться в программе до тех пор, пока лечение приносит им пользу. См. Health Canada. *Best practices: methadone maintenance treatment* стр. 46. Правила должны включать четкие, не подлежащие расширительному толкованию, критерии для принудительной отмены лечения. К ним могут относиться случаи документально подтвержденных угроз или агрессивного поведения по отношению к персоналу или пациентам. См. Колледж Врачей и Хирургов Онтарио, Канада. Руководство по метадоновой поддержке, стр. 26.

## Комментарий к статье 14

Некоторые руководства по ОЗТ предлагают, чтобы, по крайней мере, один анализ мочи проводился при первичной оценке до начала лечения и, чтобы затем он проводился по определенному графику или произвольно.<sup>96</sup> Результаты анализа мочи на содержание наркотического вещества часто используются для подтверждения, информации, предоставленной самим пациентом в отношении приема наркотиков, и оценки того, как пациент отвечает на лечение и выполняет ли он/она требования программы. Однако некоторые специалисты считают, что анализ мочи имеет незначительную клиническую пользу и предпочитают установление доверительных отношений с пациентами. Ненасильственные методы проведения анализа, например, мазок, взятый из ротовой полости, являются более ценной альтернативой анализу мочи. С точки зрения прав человека, проведение анализа мочи на содержание наркотика вызывает озабоченность, в частности, в связи с уважением права пациента на личную жизнь. Если принимается решение о том, что сбор мочи для анализа будет являться частью ОЗТ, то пациенту необходимо четко описать перед началом лечения, почему и как будет проводиться такой анализ, и как будут использоваться его результаты. Сбор анализа мочи на содержание наркотического вещества должно проводиться как можно менее агрессивным методом.<sup>97</sup> Кроме того, сдача мочи на анализ должна быть ограничена только ситуациями, когда, по мнению назначающего врача, это является клинически необходимым.

## Вариант: Статья 15. Предотвращение попадания опиоидных заместителей, применяемых для заместительной терапии на черный рынок

- (1) Назначающий врач может применять практику, которая сводит к минимуму утечки разрешенных опиоидов на черный рынок и попадания их в руки, тех, для кого они не предназначены. Такая практика включает одну или несколько следующих мер:

<sup>96</sup> См. Колледж Врачей и Хирургов Онтарио, Канада. Руководство по метадоновой поддержке, 2001, стр. 28.

<sup>97</sup> В Руководстве Министерства Здравоохранения Новой Зеландии рекомендуется: «[е]сли есть необходимость проводить отбор проб мочи, необходимо обеспечить соответствующие условия для такого отбора и привлечь персонал соответствующего пола». См. New Zealand Ministry of Health. *Opioid substitution treatment: New Zealand practice guidelines*. Февраль 2003, стр. 31. Вместе с тем другие комментаторы полагают, что в наблюдении нет необходимости: «Пробы мочи и другие образцы должны отбираться только в отсутствие других лиц, если это вообще необходимо, и их результаты должны оцениваться только с точки зрения результатов лечения, но не использоваться в карательных целях. Наблюдение за отбором пробы унижает достоинство, в нем нет необходимости, и его нет нужды использовать в настоящее время, когда доступны другие методы, например, мазки слизистой рта». См. The Methadone Alliance. “Service User’s Charter.” Размещено по адресу [www.m-alliance.org.uk](http://www.m-alliance.org.uk).

- (a) периодическое предоставление пациентам подробной информации о дозировке, политике отпуска препаратов на дом и о мерах в случае попадания препаратов на черный рынок;
- (b) требовать от пациентов предъявления неповторимого идентификационного кода (идентификатора) в пункте выдачи наркотика;<sup>98</sup>
- (c) осуществлять прием препаратов под наблюдением;
- (d) разделить зоны ожидания и распределения.<sup>99</sup>

### Комментарий к статье 15

Несанкционированная выдача, предоставление в долг или продажа заместителей опиоидов, таких как метадон, считается утечкой контролируемого препарата, попаданием его на черный рынок. Несмотря на то, что опиоидные заместители могут сами по себе вызвать зависимость и многие страны классифицируют их как контролируемые препараты даже там где они разрешены для использования в медицинских целях, многие страны решили, что польза для здоровья от программ ОЗТ намного превышает риски утечки этих препаратов на черный рынок.<sup>100</sup> Существует также опасение, что политика чрезмерных ограничений может негативно отразиться на удержании пациентов в программе лечения и привести к повышению смертности в результате увеличения числа лиц, зависимых от опиоидов не вовлеченных в лечение. Государства должны обеспечить, чтобы национальное законодательство и политика, направленные на предотвращение попадания препаратов на черный рынок, не способствовали распространению эпидемии ВИЧ и других социальных опасностей и вреда, связанного с употреблением наркотиков, преграждая доступ к лечению или усложняя условия для участия в программе лечения. При реализации мер по снижению утечки препаратов на черный рынок, права пациентов не должны нарушаться, в частности, право на конфиденциальность диагноза и право на получение адекватной дозировки необходимого препарата.

### Вариант: Статья 16. Централизованный лечебный список

- (1) Когда врач впервые собирается назначить пациенту разрешенный опиоид, он не должен выписывать рецепт на разрешенный опиоид, пока он не присвоит пациенту неповторимый идентификационный код (номер) и не сообщит в [ответственный орган здравоохранения] этот идентификационный код пациента.

<sup>98</sup> Идентификационный код можно, например, составить из букв фамилии пациента и его даты рождения.

<sup>99</sup> Изложенная выше практика сформулирована в документе United States Institute of Medicine. *Federal regulation of methadone treatment*. Washington: National Academy Press, 1990, стр. 115.

<sup>100</sup> United States Institute of Medicine, *Federal regulation of methadone treatment*, стр. 115; Колледж врачей и хирургов Онтарио, Канада, *Руководство по метадонной поддержке*, стр. 31.

- (2) [Ответственный орган здравоохранения] должен вести централизованный лечебный перечень, который должен содержать информацию, переданную ему в соответствии с пунктом (1).<sup>101</sup>
- (3) Если уведомление направлено в [ответственный орган здравоохранения] в соответствии с пунктом (1), то [ответственный орган здравоохранения] должен проинформировать назначающего врача о том, был ли ранее пациент включен в централизованный лечебный перечень.
- (4) Конфиденциальность всех медицинских работников и пациентов должна соблюдаться.<sup>102</sup> Любая информация, полученная [ответственным органом здравоохранения] или любым другим органом, которая может использоваться для идентификации пациентов должна регламентироваться с тем, чтобы не нарушать права на конфиденциальность.

### Комментарий к статье 16

Там, где необходимо ввести систему мониторинга, например, централизованный лечебный перечень, предназначенный для предотвращения утечки контролируемых препаратов, используемых для лечения наркотической зависимости, включая ОЗТ, следует выделить два важных момента. Первое, разработка и реализация системы мониторинга должна производиться в рамках международных стандартов прав человека. В частности, при разработке и реализации системы мониторинга, должно соблюдаться право пациента на конфиденциальность. Второе, управление системой мониторинга обязательно должно осуществляться соответствующим органом здравоохранения, а не правоохранительными органами.<sup>103</sup>

<sup>101</sup> По словам эксперта, «Регистрация/аккредитация учреждений, предоставляющих лечение и лиц, получающих лечение, являются полезными подходами в обеспечении качества услуг и минимизации риска того, что назначенный препарат уйдет по нелегальным каналам»; См. *Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*, стр. 28. В Европе, “[контроль за назначением и распределением достигается, в основном, с помощью централизованной регистрации (страны, которые требуют регистрацию, включают Австрию, Финляндию, Францию в отношении метадона, Ирландию и Испанию) и/или через специальные формы рецептов, выдаваемые врачам (Франция, Ирландия). Регистрация также используется для проведения оценки результатов». См. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Legal aspects of substitution treatment: an insight into nine EU countries*, стр. 16.

<sup>102</sup> В соответствии с Руководством по ОЗТ Литвы Вильнюсский наркологический центр ведет журнал пациентов, получающих ОЗТ и отвечает за конфиденциальность информации о лечении пациентов в соответствии с Законом о психическом здоровье. См. Приказ № 702 Министерства Здравоохранения Литовской Республики от 22 декабря 1997 года «Об утверждении порядка применения заместительной терапии к больным опиоидной зависимостью». Размещено на: [http://www.ceebrn.org/EasyCEE/sys/files/met1\(rus\).doc](http://www.ceebrn.org/EasyCEE/sys/files/met1(rus).doc). См. также Czech Republic Ministry of Health, *Czech Substitution Treatment Guidelines*, июнь 2000.

<sup>103</sup> Например, в Ирландии, Централизованный Список лечения был учрежден Законом № 225 (Minister for Health and Children, 1998), и явился результатом отчета Ревизионной группы о Метадоновом лечении (*Report of the Methadone Treatment Services Review Group 1998*). Этот список ведется Советом центра по лечению наркотической зависимости от имени главы Службы здравоохранения и является полным реестром всех пациентов в Ирландии, получающих метадон.

## Вариант: Статья 17. Ответственность перед ответственными органами здравоохранения

- (1) Распределяющий фармацевт или назначающий врач должны регулярно направлять в [ответственный орган здравоохранения]:
  - (a) по каждому случаю выдачи разрешенного опиоида:
    - (i) рецепт, на основании которого была произведена выдача разрешенного опиоида;
    - (ii) заявление, в котором подтверждается или устанавливается личность лица, которому был выписан рецепт;
  - (b) подробную информацию по каждой поставке разрешенного опиоида назначающему врачу.
- (2) [Ответственный орган здравоохранения] должен вести регистрацию всех рецептов, полученных в соответствии пунктом (1).<sup>104</sup>

### Комментарий к статье 17

Там, где необходимо, ввести систему мониторинга (например, требующую чтобы выдающий фармацевт или назначающий врач отчитывались перед органами здравоохранения), с целью предотвращения попадания контролируемых препаратов используемых в лечении наркотической зависимости, включая ОЗТ, на черный рынок, органы здравоохранения должны принять все доступные меры, чтобы обеспечить конфиденциальность информации и не допустить использования данной информации для ненадлежащих целей. Информация должна собираться в соответствии с неповторимым идентификационным кодом клиента, присвоенным участникам метадоновых программ.

---

<sup>104</sup> Формулировки приведенных выше пунктов, касающихся централизованного лечебного перечня, взяты из документа Ирландии *Misuse of drugs (supervision of prescription and supply of methadone) regulations*, 1988, пп. 3-10. См. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Legal aspects of substitution treatment: an insight into nine EU countries*. 2003, стр. 16.

## Глава IV. Планы медицинского страхования

### Статья 18. Лечение наркотической зависимости в рамках медицинского страхования

Любое лицо, имеющее право на медицинское обслуживание в рамках программы медицинского страхования [согласно Закону о медицинском страховании] имеет право на услуги, связанные с лечением наркотической зависимости, которые необходимы для ведения больного, предоставления ухода, диагностики и лечения в соответствии с настоящим Законом.

#### Комментарий к статье 18

Целью данного раздела является обеспечение покрытия стоимости лечения наркотической зависимости планами государственного и частного медицинского страхования. Планы медицинского страхования должны быть комплексными. Они должны покрывать весь спектр клинически эффективных и надлежащих услуг, предоставляемых лицензированными специалистами, а также должны предоставлять компенсации аналогичные компенсациям при других заболеваниях.<sup>105</sup> В некоторых случаях планы медицинского страхования не покрывают лечение наркотической зависимости или, если такое покрытие обеспечивается, политика страхования предусматривает высокую плату, отчисления и более ограниченный доступ.<sup>106</sup> Как было сказано выше, каждый человек имеет право на наивысший достижимый уровень здоровья без риска подвергнуться дискриминации. Если человек, вынужден пользоваться планом медицинского страхования, который предусматривает менее благоприятные условия для покрытия стоимости лекарств, назначенных для лечения определенного состояния, как например, наркотическая зависимость, то такая ситуация является дискриминационной.

<sup>105</sup> Данная формулировка взята из закона штата Вермонт: Act Relating to Health Insurance for Mental Health and Substance Abuse Disorders, Act No. 25 of 1997, State of Vermont (U.S.A.), section (b).

<sup>106</sup> См. [US] National Mental Health Association. Substance Abuse Insurance Parity: A guide for advocates. Весна 2002, стр. 1.

## Источники

Данный раздел представляет список источников, которые Канадская правовая сеть по ВИЧ\СПИДу считает наиболее полезными.

### Статьи, отчеты и документы

Barnett, P.G. “The cost-effectiveness of methadone maintenance as a healthcare intervention.” *Addiction* 94(4) (1999): 479–488.

British Institute of International and Comparative Law. *Draft fourth framework convention on risk management*. 2003. Расположено на: [www.senliscouncil.net/documents/BIICL\\_HR\\_Framework#search=%22Draft%20fourth%20framework%20convention%22](http://www.senliscouncil.net/documents/BIICL_HR_Framework#search=%22Draft%20fourth%20framework%20convention%22).

Council of the European Union. *Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence*, 18 июня 2003. 2003/488/EC.

Министерство Здравоохранения Чешской Республики. *Инструкция по осуществлению заместительной терапии в Чехии*, июнь 2000. Русский текст на: <http://www.ccehrn.org/index.php?ItemId=12518>.

European Parliament. *Recommendation to the Council and the European Council on the EU drugs strategy (2005-2012)*. A6-0067/2004, 15 декабря 2004.

Health Canada. *Best practices: Methadone Maintenance Treatment*, 2002.

Henry-Edwards, S. et al. *Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid Dependence*. Australian Government Department of Health and Aging, 2003.

Macedonia Ministry of Health. *Guidelines and Protocol for the Administration of Methadone in the Treatment of Opiate Addiction*, октябрь 2001.

Mattick, R. P. et al. “Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence.” *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 2) (2003).

Mattick R et al. “Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence.” In *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002.

New Zealand Ministry of Health. *Opioid Substitution Treatment: New Zealand Practice Guidelines*, февраль 2003.

Колледж врачей и хирургов Онтарио, Канада, *Руководство по метадоновой поддержке (Methadone Maintenance Guidelines)*, ноябрь 2005

Ward J et al (ed). *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*, 1998.

Совместная позиция ВОЗ/УОННП/ЮНЭЙДС: заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, 2004.

WHO. *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission Through Drug-Dependence Treatment — Evidence for Action on HIV/AIDS and Injection Drug Use*, 2004.

Всемирная организация здравоохранения, Примерный перечень основных лекарственных средств (*Model List of Essential Medicines*) пересмотрен в марте 2005, размещено на: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_rus.pdf).

## Правовые документы

Постановление Верховной Рады Украины, О Рекомендациях парламентских слушаний на тему: «Социально-экономические проблемы ВИЧ/СПИДа наркомании и алкоголизма в Украине и пути их решения» 3 февраля, 2004, No 1426-IV. [Украина].

*Decree-Law No. 183/2001*, 21 июня 2001. [Португалия].

*Закон Российской Федерации от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»*. [Российская Федерация].

*Закон Украины «О предупреждении заболевания СПИД и социальной защите населения»*, N 1972-XII of 12.12.1991, с поправками от 03.03.1998 No 155/98-ВР. [Украина].

*Public Health Service Act*, 42 U.S.C. 290ee-3. [США].

Seyed Mahmood Hashemi Sharoudi, Head of the Judiciary. *Executive Order to All Judicial Authorities Nationwide*, 24 January 2005. Ref 1-83-14434. [Исламская Республика Иран].

*The US Federal Alcohol/Drug Confidentiality Regulations*, 42 C.F.R. Part 2: Confidentiality of alcohol and drug abuse patient records. [США].





Canadian  
HIV/AIDS  
Legal  
Network | Réseau  
juridique  
canadien  
VIH/sida

**Canadian HIV/AIDS Legal Network**  
1240 Bay Street, Suite 600  
Toronto, Ontario  
Canada M5R 2A7  
Телефон: +1 416 595-1666  
Факс: +1 416 595-0094  
Эл. почта: [info@aidslaw.ca](mailto:info@aidslaw.ca)  
[www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)