



Правовая зависимость: оценка лечения наркотической зависимости с точки зрения прав человека



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



Правовая зависимость: оценка лечения наркотической зависимости с точки зрения прав человека

Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу
2008



Правовая зависимость: оценка лечения наркотической зависимости с точки зрения прав человека

Джоан Чете и Ричард Пирсхаус

© 2008 Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу

Дополнительные копии находятся на сайте www.aidslaw.ca/ru.

Cataloguing in publication data

Чете Дж. и Пирсхаус Р. (2007). Правовая зависимость: Оценка лечения наркотической зависимости с точки зрения прав человека. Торонто, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу. (Оригинал: Csete J and R Pearshouse (2007). *Dependent on Rights: Assessing Treatment of Drug Dependence from a Human Rights Perspective*. Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network).

ISBN 978-1-896735-93-1

Благодарность

Авторы признательны Международной программе снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество» за финансовую поддержку в подготовке и публикации этого доклада. Даниел Вулф из Международной программы снижения вреда предоставил полезные комментарии к ранней версии документа. Мы также выражаем признательность Ричарду Эллиотту, Леону Мару и Лие Утяшевой из Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу за комментарии, и Вайдану Сохейли и Леону Мару за оформление текста и дизайн доклада.

Иллюстрации: Кони Швиндел

Переводчик: Ольга Вовк

Редактор издания: Лия Утяшева

О Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу

Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу (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 адвокационной организацией Канады, работающей в области права и прав человека, связанных с ВИЧ/СПИДом.

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

Веб-сайт: www.aidslaw.ca/ru

Содержание

| | |
|--|-----------|
| Аннотация | 1 |
| Введение | 3 |
| Общая информация: право человека на здоровье | 4 |
| Лечение наркотической зависимости как элемент права на здоровье | 7 |
| Замечание общего порядка № 14 о праве на здоровье | 9 |
| Оценка лечения наркотической зависимости с точки зрения прав человека | 10 |
| Доступ к услугам | 11 |
| <i>Физическая недоступность</i> | <i>16</i> |
| <i>Экономическая доступность лечения наркотической зависимости</i> | <i>18</i> |
| Недискриминация при лечении, включая внимание к гендерным вопросам | 19 |
| Приемлемость: научное качество, этика и культурная приемлемость | 22 |
| Согласие и участие в процессе принятия решений | 30 |
| <i>Суды по делам о наркотиках</i> | <i>32</i> |
| <i>Расширение участия людей, употребляющих наркотики</i> | <i>34</i> |
| Конфиденциальность информации о состоянии здоровья | 35 |
| Выводы и рекомендации | 36 |
| Приложение 1: Оценка методов и практик лечения наркотической зависимости с точки зрения прав человека | 40 |
| Приложение 2: Права людей, проходящих лечение наркотической зависимости | 43 |

Врач должен лишь в интересах пациента в процессе оказания медицинской помощи осуществлять вмешательства, способные ухудшить его физическое или психическое состояние.

– Международный кодекс медицинской этики,
Всемирная медицинская ассоциация, 1949



Аннотация

Каждый человек имеет право поддерживать самый высокий уровень физического и психического здоровья. Для людей, употребляющих вызывающие привыкание наркотики, лечение наркотической зависимости является существенным элементом этого права каждого человека. Хотя такое лечение не всегда может быть эффективным на 100 %, многочисленные исследования и практика свидетельствуют о том, что оно может кардинально изменить состояние психического и физического здоровья людей, получающих это лечение.

Лечение наркотической зависимости включает три главных условия, определенных в международном праве как необходимые для полной реализации права на здоровье:

- оно является важным элементом контроля над эпидемиями, благодаря роли такого лечения в снижении риска заражения ВИЧ/СПИДом и гепатитом С;
- оно предоставляет больным медицинское обслуживание; и
- лечение родителей и беременных женщин способствует улучшению здоровья и развитию детей младшего возраста.

Каждое правительство имеет определенную свободу действий при оценке того, какие меры являются наиболее подходящими, учитывая сложившуюся в стране конкретную ситуацию, для обеспечения «наивысшего достижимого уровня физического и психического здоровья». Однако правительства обязаны обеспечить для каждого человека доступ к медицинским товарам и услугам такого уровня, который позволит ему в кратчайшие сроки воспользоваться правом на наивысший достижимый уровень медицинского обслуживания. Для выполнения этого обязательства государства должны принять четко сформулированный и общенародно известный план реализации этого права и показать, что для достижения этих целей они выделяют ресурсы и предпринимают действия. Органы ООН предлагают ряд критериев для оценки того, выполняют ли правительства свои обязательства по уважению, защите и осуществлению этого права. В отношении лечения наркотической зависимости к таким критериям относятся следующие:

- Услуги должны быть физически доступными; для лечения наркотической зависимости это, по необходимости, означает своевременное оказание услуг, чтобы не терять потенциальных пациентов из-за вынужденного ожидания, и доступ к значительному числу различных вариантов лечения с учетом того, что не существует единого подхода, эффективного во всех случаях.
- Услуги должны быть равно доступными для несудимых и судимых лиц. Лица,

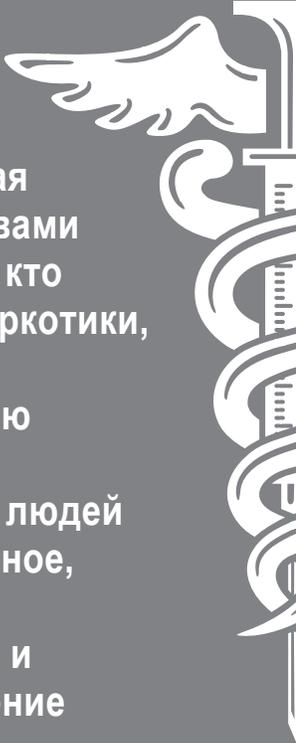
имеющие судимость или иным образом причастные к судебной системе, не должны бояться возмездия, когда они обращаются за медицинской помощью.

- Лечение наркотической зависимости не должно исключать тех, кто не может его оплачивать.
- Женщины должны иметь доступ к услугам, соответствующим их потребностям и ситуациям.
- Услуги, особенно оказываемые министерством юстиции или другими немедицинскими органами, должны быть принудительными только в качестве крайней меры. В терминах прав человека лечение без согласия больного редко можно считать этичным или оправданным.
- При лечении наркотической зависимости никогда не должны применяться пытки или жестокие, бесчеловечные и унижающие достоинство виды обращения или наказания.

С учетом этой сложной для здравоохранения задачи даже поверхностный обзор показывает, что многие страны не выполняют своих обязательств по прогрессивному осуществлению этого права. Проверенные методы лечения, которые международные органы считают жизненно необходимыми медицинскими услугами, такие как опиоидная заместительная терапия (ОЗТ), остаются недоступными для миллионов нуждающихся в них людей. Во многих странах услуги более высокого качества доступны только для богатых. Кроме того, в некоторых странах, особенно там, где правонарушения, связанные с наркотиками, высоко криминализированы, лечение наркотической зависимости относится к ведению системы уголовного правосудия, и оно может обуславливаться карательными целями и быть принудительным. Даже если такие услуги оказывают органы здравоохранения, элементы принуждения глубоко проникли во многие формы такого лечения. Органы здравоохранения не обеспечивают адекватного контроля над принудительными или какими-либо другими бесчеловечными элементами лечения наркотической

зависимости, и во многих местах пациентам, по-видимому, не предоставляется возможность потребовать возмещения вреда за злоупотребления или подать жалобу. Не существует согласованных международных стандартов, согласно которым можно было бы привлечь правительства к ответственности за эти нарушения. Международные правозащитные нормы могут и должны лечь в основу формулировки таких стандартов.

Социальные установки и криминализация людей, употребляющих запрещенные наркотики,



Уже рискованная ситуация с правами человека у тех, кто употребляет наркотики, усугубляется невозможностью для большого процента таких людей получать гуманное, эффективное, своевременное и доступное лечение наркотической зависимости.

[Л]юди, употребляющие запрещенные наркотики, часто не признаются законом или обществом в качестве полноценных людей, заслуживающих прав человека . . .

очевидно, влияют на практику и политику в отношении лечения наркотической зависимости во многих странах. Уже рискованная ситуация с правами человека у тех, кто употребляет наркотики, усугубляется невозможностью для большого процента таких людей получать гуманное, эффективное, своевременное и доступное лечение наркотической зависимости.

Перед Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) стоит неотложная задача по разработке стандартов лечения наркотической зависимости, основанных на правах человека. В этих стандартах следует прямо дать оценку принудительным элементам лечения и их представить их альтернативы, участие органов системы уголовного правосудия в лечении, и отношение такого лечения к

положениям конвенций ООН о наркотиках средствах. ВОЗ и Управление ООН по наркотикам и преступности (УНПООН) должны работать с двусторонними и многосторонними донорами над созданием эффективной системы мониторинга соблюдения этих стандартов.

Введение

Настоящая работа является попыткой применить принципы и нормы прав человека к оценке практики и методики лечения наркотической зависимости. Во многих странах в отношении людей, употребляющих наркотики, систематически и безжалостно допускаются ряд грубых нарушений прав человека. Законы о запрете наркотиков в ряде стран настолько репрессивны, что эти законы невозможно соблюдать без нарушений прав человека людей, употребляющих наркотики¹. Часто они становятся первой и самой легкой добычей полиции, когда необходимо выполнить план по задержаниям, или когда полицейские занимаются вымогательством. В некоторых странах наркоманам после задержания не обеспечивается право на судебное разбирательство без неоправданных задержек, и они часто не имеют доступа к компетентным адвокатам защиты. Они могут находиться в заключении в течение длительных сроков за малозначительные правонарушения². На стыке «войны с террором» и «войны с наркотиками» они могут оказаться объектами антитеррористических кампаний, и их аресты могут оправдываться интересами национальной безопасности³. Помимо обращения с ними правоохранительных органов, людей, употребляющих наркотики, могут оставить или предать ostracismu их семьи и сообщества. Короче говоря, люди, употребляющие запрещенные наркотики, часто не признаются законом или обществом в качестве полноценных людей, заслуживающих прав человека, особенно в рамках правовой системы и системы здравоохранения.

Те, кто оказывает социальные или медицинские услуги людям, употребляющим наркотики, должны учитывать реальное положение дел с маргинализацией этих людей обществом и их криминализацией

¹ А. Нейер, «Акцент на правах человека» [“Focus on human rights”], *Harm Reduction News* 2003; 4(1): 1.

² Хьюман Райтс Уотч утверждает, что «в других случаях законное наказание, такое как заключение под стражу, может являться жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство наказанием, если его суровость (например, продолжительность) не пропорциональна тому преступлению, за которое оно назначено». См.: Хьюман Райтс Уотч, *Жесток и необычно: Непропорциональные приговоры нью-йоркским наркоманам [Cruel and Unusual: Disproportionate sentences for New York drug offenders]*. Нью-Йорк, 1997, глава 6. См. На сайте: www.hrw.org.

³ Дж. Чете, «СПИД и общественная безопасность: обратная сторона медали» [“AIDS and public security: the other side of the coin”], *Lancet* 2007; 369(9563): 720–721.

по закону. В отношении этих факторов следует проявлять особую деликатность и старание, чтобы добиться эффекта при лечении наркотической зависимости. Такое лечение не только «не должно наносить никакого вреда» в клиническом смысле, но также никоим образом не должно способствовать социальному отчуждению людей, употребляющих наркотики, или использовать их маргинализированный статус.

В декларациях ООН об употреблении наркотиков государства-участники неоднократно призывались к приданию приоритетного статуса мерам по сокращению спроса на контролируемые наркотики, включая «меры по информированию, воспитанию, просвещению населения, раннему вмешательству, консультированию, лечению, реабилитации, предупреждению рецидивов, последующему наблюдению и социальной реинтеграции»⁴. В то время как в последние десятилетия появилось множество публикаций об исследованиях в области лечения наркотической зависимости, международные и национальные стандарты в сфере практического лечения наркотической зависимости разработаны не так хорошо, как в отношении лечения других расстройств, оказывающих влияние на здоровье миллионов людей. Лишь в нескольких странах разработаны нормы медицинской этики при лечении наркотической зависимости⁵. Однако национальные и международные органы обычно не пытаются анализировать или определять нормы для лечения наркотической зависимости с использованием системы прав человека⁶.

Медицинские этические нормы необходимы, но иногда они не включают нормы прав человека в такой полной мере, как следовало бы. Права человека и нормы медицинской этики частично совпадают, но это далеко не одинаковые системы. Этические правила являются базовыми основами для норм прав человека, но сфера прав человека распространяется за рамки области медицинской этики. Нормы прав человека проистекают из совокупности законов, влекущих за собой правовые обязательства со стороны национальных правительств. В определенных случаях права человека являются юридически действительными в судах, и в отношении их нарушений имеются средства правовой защиты. Различием между правами человека и медицинской этикой является также то, что права человека включают заботу о правосудии и достоинстве человека за рамками медицинских учреждений и за рамками элементов медицинской практики. Например, в основанной на правах человека оценке лечения наркотической зависимости обязательно будет рассматриваться вопрос о том, повлияет ли на доступность медицинских услуг страх произвольного ареста или других нарушений прав человека, и это приведет к выводам относительно того, каким образом следует реформировать законы и политику, чтобы устранить это препятствие для реализации права человека на медицинские услуги. Принципы медицинской этики могут не включать такие факторы.

⁴ См., например, Генеральная Ассамблея ООН, Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики, Резолюция II, принята Специальным комитетом полного состава на основе проекта в A/S-20/4, с. V, s. A, на сессии Генеральной Ассамблеи, посвященной совместной борьбе с мировой проблемой наркотиков, 8-10 июня 1998 г.

⁵ См., например, описание предпринимаемых в этом отношении усилий некоторых европейских стран в: Л. Гуггенбуль и др. *Адекватность лечения и ухода за наркоманами в Европе, часть I: Этические аспекты лечения и ухода за наркоманами [Adequacy in drug abuse treatment and care in Europe (ADAT), Part I: Ethical aspects in the treatment and care of drug addicts]*. Цюрих: Институт исследований зависимости, 2000.

⁶ Исключениями являются Гуггенбуль (ibid.) и Панамериканская организация здравоохранения, а также Межамериканская комиссия по борьбе со злоупотреблениями наркотиками, *Стандарты ухода при лечении наркотической зависимости: опыт в Америке [Standards of care in the treatment of drug dependence: Experience in the Americas]*, 2000. См. на сайте: www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/eng/DRprojects/Normas/standardsmain.asp. В последнем документе предлагается ряд показателей прав человека в качестве элементов оценки программ лечения наркотической зависимости, включая конфиденциальность медицинских записей, осознанное согласие для всех процедур, а также право пациента поддерживать контакты с членами семьи. В документе упоминается Всеобщая декларация прав человека (1948), но в нем нет инструкций о том, как следует использовать принципы из Всеобщей декларации или о разработке процедур обжалования, которыми могли бы воспользоваться пациенты в случаях нарушений их прав человека.

Цель настоящей работы состоит в том, чтобы начать дискуссию о применении норм прав человека в науке и практике лечения наркотической зависимости. В работе предпринимается попытка ответить, хотя бы предварительно, на следующие вопросы:

- Какие критерии следует использовать при оценке того, согласуется ли лечение наркотической зависимости с нормами в области прав человека?
- Какие шаги следует предпринять для обеспечения или повышения вероятности того, чтобы лечение наркотической зависимости проводилось в соответствии с нормами прав человека?



[Н]а всех людей, включая и тех, кто употребляет наркотики, распространяются экономические, социальные и культурные права, в том числе и право на здоровье.

Общая информация: право человека на здоровье

Как отмечалось выше, гражданские и политические права людей, употребляющих наркотики, часто нарушаются во многих странах. В дополнение к гражданским и политическим правам, таким как право на справедливое судебное разбирательство и право не подвергаться насилию, на всех людей, включая и тех, кто употребляет наркотики, распространяются экономические, социальные и культурные права, в том числе и право на здоровье. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах («Пакт»), ратифицированный многими странами договор ООН, является юридически обязывающим документом, налагающим как позитивные, так и негативные обязательства на те государства, которые его ратифицировали – это значит, что данный договор обязывает правительства предпринимать определенные действия и воздерживаться от других действий.

Пакт устанавливает право на здоровье, которое описывается, как «право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья»⁷. Государства должны обеспечивать осуществление этого права без какой бы то ни было дискриминации⁸. Творцы права на здоровье в международном праве признавали, что нецелесообразно предполагать, что все правительства могут в короткий срок обеспечить полный спектр надлежащих медицинских услуг для всех людей. Поэтому в Пакте разъясняется, что право на здоровье подлежит «прогрессивной

⁷ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12(1). Статья 25.1 Всеобщей декларации прав человека гласит: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи». Право на здоровье также признается в Конвенции о ликвидации расовой дискриминации (1963), Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1979) и в Конвенции о правах ребенка (1989).

⁸ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 2200 А, 16 декабря 1966 г., в статье 2(2).

реализации» со стороны государства в соответствии с «максимально возможными ресурсами»⁹. Прогрессивное осуществление скорее означает, что государства-участники имеют конкретное обязательство продолжающегося характера как можно более оперативно и эффективно продвигаться по пути к достижению полного осуществления этого права¹⁰. Это означает, что правительства должны продемонстрировать, что у них имеются планы для движения в этом направлении, и что они выделяют средства и предпринимают действия для выполнения своих планов.

Право на здоровье не следует понимать как право быть здоровым. В законодательстве о правах человека признается, что существуют факторы, находящиеся вне сферы контроля правительства, которые оказывают влияние на здоровье человека, такие как генетическая наследственность или личная предрасположенность к определенным видам рисков¹¹. Соблюдение права на здоровье требует, чтобы государства уважали, защищали и осуществляли это право. Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, независимый экспертный орган, контролирующий соблюдение государствами положений Пакта, определил, что:

[o]бязательство *уважать* требует от государств воздерживаться от прямого или косвенного посягательства на право на здоровье. Обязательство *защищать* требует от государств принимать меры для недопущения посягательств на предусмотренные в статье 12 [т.е. на право на здоровье] гарантии третьими сторонами. И, наконец, обязательство *осуществлять* требует от государств принятия соответствующих законодательных, административных, бюджетных, судебных, стимулирующих и иных мер для полного осуществления права на здоровье¹².

Таким образом, это право человека понимается как включающее обязанность правительств обеспечивать определенный уровень медицинских товаров, услуг и информации. Точное определение того, что из перечисленного является самым главным, и что представляет собой «прогрессивное осуществление» этого права, относится к сфере оценочных суждений, но как в международном договорном праве, так и в комментариях органов ООН содержатся важные рекомендации о том, как следует оценивать прогрессивное осуществление этого права.

В Пакте определен ряд областей, в которых необходимо работать, чтобы обеспечить полное осуществление права на здоровье. Тремя главными областями являются следующие:

1. «предупреждение, лечение и контроль эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней»;
2. «создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни»; и
3. «сокращение детской смертности и обеспечение здорового развития ребенка»¹³.

Кроме того, Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам в 2000 году разработал обязанности правительств по работе в направлении полного осуществления права на здоровье в Замечании общего порядка (№ 14). Главными обязанностями государств по статье 12

⁹ Там же, в статье 2 (1).

¹⁰ Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам. Замечание общего порядка № 14: Право на наивысший достижимый уровень здоровья. UN doc. D/C.12/2000/4, 4 июля 2000, п. 31.

¹¹ Замечание общего порядка № 14, в пунктах 8 и 9.

¹² Пункт 33.

¹³ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12 (2) (a), (c) и (d).

Комитет определил следующие:

- обеспечение права физического и экономического доступа к объектам, товарам и услугам в области здравоохранения на недискриминационной основе, в особенности для уязвимых и социально отчужденных групп;
- обеспечение доступа к минимальному базовому питанию, являющемуся адекватным с точки зрения питательной ценности и безопасным, с целью обеспечения каждому человеку свободы от голода;
- обеспечение доступа к базовому жилью и санитарно-гигиеническим услугам и адекватное снабжение безопасной питьевой водой;
- обеспечение основными медикаментами, периодически определяемыми в Программе действий Всемирной организации здравоохранения по основным медикаментам;
- обеспечение справедливого распределения всех объектов, товаров и услуг здравоохранения;
- принятие на основе имеющихся эпидемиологических данных и осуществление общенациональной государственной стратегии по охране здоровья и плана действий, учитывающих потребности в сфере здравоохранения всего населения¹⁴.

Лечение наркотической зависимости как элемент права на здоровье

Лечение наркотической зависимости мало анализировалось в юридических трудах о праве на здоровье. Поэтому, в качестве предварительного, следует рассмотреть вопрос о том, обоснованно ли лечение наркотической зависимости рассматривается как элемент права на здоровье.

Спектр подходов к лечению наркотической зависимости огромен. С учетом характера наркотической зависимости услуги могут существовать в виде детоксикационных и других услуг по месту жительства или не связанных с местом жительства, психологической помощи или лечения, стационарного или амбулаторного лечения, лечения в приемных врачей или в специализированных учреждениях или больницах, программ «12 шагов» и других групп поддержки, терапевтических общин, долгосрочных и краткосрочных стратегий и разных форм консультаций, помимо прочих видов услуг¹⁵. Как отмечалось

¹⁴ Замечание общего порядка № 14, пункт 43. Различные версии права на здоровье также включены в региональные правозащитные инструменты, а также во многие национальные конституции. В статье 16 Африканской хартии прав человека и народов (27 июня 1981 г., OAU doc. CAB/LEG/67/3) закрепляется «право пользоваться наивысшим достижимым уровнем физического и психического здоровья». В Американской декларации прав и обязанностей человека, принятой на Конференции американских государств (1948), закрепляется «право на сохранение... здоровья посредством санитарных и социальных мер, имеющих отношение к обеспечению питанием, одеждой, жильем и медицинским обслуживанием в таком объеме, который возможен с учетом государственных ресурсов и возможностей сообществ» (статья 11). Европейская социальная хартия Совета Европы (1961 г., пересмотрена в 1996 г.) гарантирует право на «защиту здоровья», при этом отмечается, что государства-участники будут «по мере возможности» устранять причины ухудшения состояния здоровья и предупреждать «эпидемические, эндемические и другие болезни, а также несчастные случаи». Европейская социальная хартия ратифицирована рядом государств бывшего советского блока, включая Литву, Молдавию, Румынию и Болгарию, Россия подписала, но не ратифицировала эту Хартию.

¹⁵ Всемирная организация здравоохранения, Программа Организации Объединённых Наций по международному контролю над наркотиками, и Европейский центр мониторинга по вопросам наркотиков и наркозависимости.

выше, опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) для людей с зависимостью от героина или других опиатов эффективно применяется в течение долгого срока, что подтверждается многочисленными научными исследованиями¹⁶. Оценка эффективности различных методов лечения наркотической зависимости выходит за рамки настоящей работы.

Чтобы лечение наркотической зависимости рассматривалось как элемент права на здоровье оно должно явно улучшать физическое или психическое здоровье пациента. Три органа ООН считают, что ОЗТ очень хорошо отвечает этому критерию. В соответствии с Меморандумом с изложением позиции ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС 2004, замещение опиатов не только помогает бороться с ВИЧ/СПИДом и гепатитом С, оно также может сократить употребление героина в долгосрочной перспективе, снизить уровень смертности людей, принимающих героин, сократить осложнения при беременности и проблемы со здоровьем у детей, рожденных женщинами, употребляющими наркотики, сократить уровень преступности и повысить способность людей, употребляющих наркотики, сохранить работу и зарабатывать себе на жизнь¹⁷. В июле 2005 года ВОЗ включила метадон и бупренорфин, еще один заменитель опиоидов, в свой Перечень Основных лекарственных средств, предназначение которого – отражать «минимальные потребности в лекарственных средствах для основных систем здравоохранения»¹⁸. Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам определил обеспечение основными лекарственными средствами как одно из «основных обязательств» права на здоровье¹⁹.

Посредством подробного изучения результатов различных исследований ВОЗ оценила данные об оздоровительном воздействии методов медикаментозного лечения не-опийных зависимостей, в том числе от кокаина и амфетаминов. В обзоре ВОЗ о методах лечения кокаиновой зависимости, проведенном в 2000 году, делается вывод о том, что испытания различных применявшихся фармакологических средств (на тот момент) не дали обнадеживающих результатов, но что следует провести исследование средств, которые блокировали бы тягу к кокаину²⁰. Было предложено, чтобы психотерапевтическая поддержка добавлялась к любому фармакологическому методу. В отношении амфетаминов обозреватели ВОЗ пришли к выводу, что определенные лекарственные средства, по-видимому, вызвали снижение тяги в краткосрочной перспективе или повышали приверженность к программам лечения в среднесрочной перспективе, но что не появилось какого-либо единого фармакологического подхода в качестве предпочтительного метода лечения зависимости от

Международные требования к оценке медицинских услуг и систем для лечения нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ [International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders]. WHO doc. WHO/MSD/MSB/00.5, с 7. См. На сайте: www.who.int.

¹⁶ Совместная позиция Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Управление ООН наркотикам и преступности (УНП ООН) и ЮНЭЙДС. *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. : [Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: WHO/UNODC/UNAIDS position paper].* Женева: ВОЗ, 2004. Русский текст на http://www.unodc.org/pdf/publications/report_2004-03-15_1_ru.pdf.

¹⁷ Там же, сс. 18-19.

¹⁸ Всемирная организация здравоохранения. Перечень основных лекарственных средств: Модельный список ВОЗ [Essential medicines: WHO model list] (пересмотрен в 2005 г.). См. на сайте: http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf ; см. также: Европейская группа по лечению СПИДа, ВОЗ включает метадон и бупренорфин в Список основных лекарственных средств [WHO puts methadone and buprenorphine on the Essential Drugs List], 4 июля 2005 г., см. на сайте: www.eatg.org/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=468

¹⁹ Замечание общего порядка № 14, пункт 43.

²⁰ Всемирная организация здравоохранения. Систематический обзор методов фармакологического лечения от кокаиновой зависимости [Systematic review of pharmacological treatment of cocaine dependence]. WHO doc. no. WHO/MSD/MSB00.1, 2000, на с.101.

амфетаминов, психоза или синдрома отмены²¹. В этих двух обзорах, а также в других публикациях ВОЗ²² подкрепляется широко распространенный консенсус относительно того, что в лечении наркотической зависимости, даже для опиатов, нет единого предпочтительного метода и нет метода, эффективного на 100 процентов. Поэтому важно предлагать спектр услуг с признанием того, что люди, употребляющие наркотики, могут по-разному реагировать на лечение.

Бурно развивающиеся в некоторых частях света эпидемии ВИЧ/СПИДа и гепатита С, связанные с небезопасными методами инъекций наркотиков, привлекли беспрецедентное внимание – и, в некоторых случаях, ресурсы, – к медицинскому обслуживанию людей, употребляющих наркотики. В Декларации Генеральной Ассамблеи ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом от 2001 года признается право людей, употребляющих наркотики, на полный спектр услуг по предупреждению и лечению ВИЧ/СПИДа, включая доступ к стерильным шприцам и к услугам по снижению вреда²³. В Позиционном документе ЮНЭЙДС, «Усиление профилактики ВИЧ», который был утвержден в 2005 году советом стран, входящих в ЮНЭЙДС, четко утверждается право людей, употребляющих наркотики, на участие в программах по снижению вреда, включая «заместительную терапию»²⁴. Как организации ООН, так и многие национальные правительства, считают опиоидную заместительную терапию центральным элементом предупреждения заражения ВИЧ и гепатитом С людей, которые принимают опиаты путем инъекций²⁵. Другие выступают за обеспечение доступа к антиретровирусной терапии для ВИЧ-инфицированных наркоманов, основываясь на соображениях общественного здравоохранения и соблюдения прав человека²⁶.

По заключению органов ООН, некоторые методы лечения наркотической зависимости явно способствуют улучшению физического или психического здоровья (или и того, и другого) людей, получающих такое лечение. Место лечения наркотической зависимости в ряду услуг, обеспечивающих права человека, поддерживается огромным числом свидетельств важности этого лечения для предупреждения ВИЧ/СПИДа и для более строгого соблюдения режима антиретровирусной терапии²⁷. Кроме того, лечение зависимости, как минимум ОЗТ, проводимое беременным женщинам и родителям, явно способствует сокращению заболеваемости детей, родившихся у женщин, употребляющих наркотики, и улучшению здоровья и развития детей младшего возраста²⁸.

²¹ Всемирная организация здравоохранения. Систематический обзор методов лечения от нарушений, связанных с употреблением амфетамина [Systematic review of treatment for amphetamine-related disorders]. WHO doc. no. WHO/MSD/MSB/01.5, на с. 3.

²² Совместная позиция ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС, см. выше, с.2.

²³ Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. UN doc. No. A/RES/S-26/2, 2 август 2001, см. пункт 52.

²⁴ Усиление профилактики ВИЧ. Позиционный документ Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). [Intensifying HIV prevention: ЮНЭЙДС policy position paper]. Женева: ЮНЭЙДС, 2005, на с. 34.

²⁵ Совместная позиция ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС, на с. 2.

²⁶ См., например, наглядный подбор примеров в: Международная программа по снижению вреда Института «Открытое общество». *Разрушая барьеры: уроки о лечении больных ВИЧ, употребляющих инъекционные наркотики* [Breaking down barriers: lessons on providing HIV treatment to injection drug users]. Нью-Йорк: Институт «Открытое общество», 2004.

²⁷ М. Фаррел и др. Эффективность лечения наркотической зависимости для предупреждения ВИЧ [Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention]. *International Journal of Drug Policy* 2005; 16S:S67-S75.

²⁸ Совместная позиция ВОЗ/УНПООН/ЮНЭЙДС: *Заместительная поддерживающая терапия в введении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*, 2004, с. 18; Дж. МакКарти и др., “High-dose methadone maintenance in pregnancy: maternal and neonatal outcomes,” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005; 193: 606–610.

Таким образом, в лечении наркотической зависимости присутствуют три условия, определенные в статье 12 Пакта, как необходимые для полного осуществления права на здоровье – это лечение способствует контролю над эпидемическими или хроническими болезнями, обеспечивает медицинскую помощь в случае болезни и способствует сокращению мертворождаемости и детской смертности и здоровому развитию ребенка.

Замечание общего порядка № 14 о праве на здоровье

В настоящей работе используются некоторые главные положения Замечания общего порядка № 14 для разработки основных критериев оценки того, соответствует ли лечение наркотической зависимости нормам прав человека. В следующих параграфах обобщаются некоторые ключевые идеи из Замечания общего порядка, имеющие отношение к лечению наркотической зависимости.

В Замечании общего порядка содержится напоминание правительствам о том, что существует несколько измерений обеспечения права людей на ряд товаров, услуг и информации в сфере здравоохранения. Это следующие измерения²⁹:

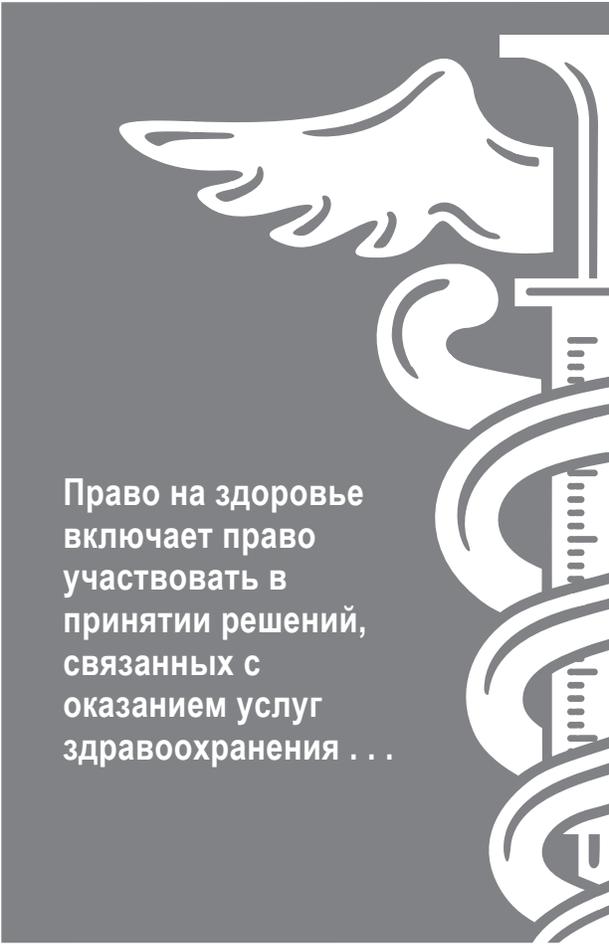
- Медицинские услуги должны быть **доступны в достаточном количестве** – включая достаточное число учреждений, где оказываются услуги и достаточное количество **важнейших лекарственных средств**, определяемых в Программе действий ВОЗ в отношении основных медикаментов.
- Услуги здравоохранения должны быть **доступны** для всех. Доступность включает несколько компонентов:
 - Услуги предоставляются **без дискриминации** по признаку пола, материального положения, национальности, физических или психических недостатков, социального происхождения, религии или по любым другим основаниям для недискриминации, перечисляемым в международном праве. «**Наиболее уязвимым и социально отчужденным** слоям населения, по закону и фактически» должна обеспечиваться особая защита от дискриминации в доступе к услугам здравоохранения. Государства также должны обращать особое внимание на обеспечение равного доступа к услугам здравоохранения для **женщин и девочек**.
 - Услуги должны быть **хорошего качества**, т.е. они должны быть «**приемлемыми с научной и медицинской точек зрения**». Для этого, в частности, требуется наличие «квалифицированного медицинского персонала», научно проверенных и пригодных медикаментов и медицинского оборудования, а также медицинских процедур. (Если медицинские процедуры не имеют научного подтверждения и характеризуются как опыты, каждый человек имеет право не подвергаться медицинским опытам без его свободного согласия³⁰).
 - Услуги должны соответствовать «**принципам медицинской этики**» и **культурным критериям**. Они должны быть «направленными на сохранение конфиденциальности и улучшение состояния здоровья соответствующих лиц». Право человека на дачу осознанного **согласия** на участие в медицинских

²⁹ Следующие параграфы адаптированы из Замечания общего порядка № 14, пункты 12 (a) – (d), 17, 18, 20 и 28.

³⁰ Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 7.

процедурах является центральным принципом прав человека.

- Услуги должны быть физически доступными, т.е. «находиться в безопасной физической досягаемости для всех слоев населения», включая «уязвимые или социально отчужденные группы», «инвалидов и лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом».
- Услуги должны быть **экономически доступными** или **приемлемыми** для всех, кто в них нуждается. «Принцип справедливости означает, что менее обеспеченные домашние хозяйства не должны нести непропорционально высокие затраты на медицинское обслуживание по сравнению с более состоятельными домашними хозяйствами», и в вопросе приемлемости особое внимание следует уделить «социально отчужденным группам».
- Если государство отказывает в предоставлении товаров, услуг или информации по соображениям «**национальной безопасности** или охраны общественного порядка», оно обязано обосновать такие действия четко определенными причинами. Более того, отказ или ограничения должны вводиться лишь на основании закона, отвечать интересам достижения законных целей и являться необходимыми исключительно для содействия общему благосостоянию.
- Право на здоровье включает **право участвовать** в принятии решений, связанных с оказанием услуг здравоохранения, включая участие «в принятии как на национальном, так и на местном уровне стратегических решений, касающихся права на здоровье».



Право на здоровье
включает право
участвовать в
принятии решений,
связанных с
оказанием услуг
здравоохранения . . .

Оценка лечения наркотической зависимости с точки зрения прав человека

В Замечании общего порядка № 14 подчеркивается, что даже самые лучшие услуги здравоохранения не способствуют прогрессивной реализации права человека на здоровье, если они недоступны или ими невозможно воспользоваться. Чтобы оценить любую медицинскую программу или вмешательство с точки зрения прав человека важно понять элементы наличия и доступности, характерные для такого вмешательства. В случае лечения наркотической зависимости в научной литературе приводятся два основных аспекта понятия общего количественного доступа, которые должны быть центральными в любой оценке:

1. своевременность наличия жизненно важна, т.е. наличие услуг в подходящий момент, когда употребляющий наркотики человек хочет ими воспользоваться, и
2. наличие должно означать существование спектра услуг, потому что, как уже отмечалось, недостаточно какого-либо одного подхода.

В любых дальнейших рассуждениях о наличии, относящихся к критериям из Замечания общего порядка № 14, необходимо учитывать эти две главные характеристики – своевременность и разнообразие – «наличия» лечения наркотической зависимости.

Доступ к услугам

Людам, употребляющим наркотики, может понадобиться много времени, чтобы дойти до того момента, когда у них появляются стимулы самостоятельно искать возможность лечиться. Если в такой момент им отказать в услугах, например, попросив их подождать несколько недель или месяцев, пока не будет открыта программа лечения, это может привести к тому, что такие люди будут навсегда потеряны для лечения. По данным проводившихся в Соединенных Штатах исследований, от 25 до 50 процентов людей, обратившихся с просьбой о лечении от зависимости, уходят с листов ожидания, и не удивительно, что этот показатель растет с увеличением срока ожидания³¹.

Даже в богатых странах с хорошо развитой системой общественного здравоохранения спрос на большинство базовых услуг по лечению наркотической зависимости намного превышает предложение. В Соединенных Штатах, например, где с ростом коммерциализации системы здравоохранения и снижением обеспечения медицинского страхования доступ ко многим видам медицинского обслуживания становится проблематичным, лечение наркотической зависимости не является исключением. В проведенном в 2002 году национальном обзоре поставщиков амбулаторных медицинских услуг отмечается, что в то время как число учреждений, предоставляющих «лечение по требованию» увеличивалось в 1990-х гг. вплоть до 2000 года, более четверти поставщиков медицинских услуг не могли обеспечивать своевременное лечение³². В 2000 году коммерческие учреждения отказали 31,3 процентов тех, кто обращался к ним за медицинскими услугами, в то время как частные некоммерческие структуры были вынуждены отказать 9 процентам пациентов³³. Авторы обзора сообщают, что большинство людей, которым было отказано в медицинской помощи в американских амбулаторных учреждениях, остались без помощи из-за того, что не имели возможности оплачивать медицинские услуги.

В Европе противозаконной зависимостью от наркотиков, чаще всего нуждающейся в лечении, является зависимость от героина, хотя в некоторых странах ситуация меняется с ростом употребления кокаина и метамfetамина³⁴. Поэтому интересно узнать, как в странах этого относительно обеспеченного региона обстоят дела с наличием ОЗТ. По данным Европейского центра мониторинга наркотиков и наркотической зависимости (EMCDDA), в регионе ситуация неоднозначная. В частности, новые члены Европейского Союза (ЕС) – страны Центральной и Восточной Европы менее успешны, чем предыдущие 15 членов ЕС. В новых государствах-членах проживает более 20 процентов населения ЕС, но лишь 1,3 процента клиентов, получающих заместительную терапию³⁵. Учитывая, что в новых государствах-членах большое по численности население относится к группам риска заражения ВИЧ и гепатитом С, EMCDDA считает, что недостаток метадоновых программ является «основанием для беспокойства»³⁶.

³¹ Фридман и др., см. выше, с. 887.

³² П.Д.Фридман и др. Доступность лечения от зависимости: результаты национального обзора амбулаторных организаций, проводящих лечение наркотической зависимости [Accessibility of addiction treatment: results from a national survey of outpatient substance abuse treatment organizations]. *Health Service Research* 2003; 38(3):887-903.

³³ Там же.

³⁴ Европейский центр мониторинга наркотиков и наркотической зависимости (EMCDDA). *Годовой отчет за 2005 год: состояние проблемы наркотиков в Европе*.

³⁵ Там же.

³⁶ Там же.

Хотя EMCDDA не анализировалось лечение по требованию, очень малая численность участников метадоновых программ явно указывает на то, что в большинстве новых членов ЕС не предоставляются услуги по ОЗТ по требованию. Например, в Польше, где по некоторым оценкам проживает до 70 000 «проблемных наркоманов» (как их называют в EMCDDA), менее 5 процентов из них получают ОЗТ³⁷. Новые члены ЕС – Словакия, Эстония, Латвия, Болгария и Румыния – сообщают, в лучшем случае, о сотнях людей, получающих медикаментозное лечение наркотической зависимости, хотя в каждой из этих стран насчитываются тысячи героиновых наркоманов. По оценке EMCDDA, в 2003 году в Литве было 332 человека, получавших метадон, и ни одного, получавшего бупренорфин, хотя формально он имелся в наличии³⁸. Данные EMCDDA также указывают на вызывающее беспокойство отсутствие сведений о численности людей, употребляющих наркотики и о распространенности ОЗТ в ряде государств-членов ЕС.

В вопросе предоставления разнообразных услуг, даже при лечении от употребления опиатов, европейские данные также неоднозначны. Из 26 стран, в которых EMCDDA проводился мониторинг в 2005 году, в шести – Венгрии, Польше, Румынии, Литве, Латвии и Ирландии – метадон предлагался как единственное возможное медикаментозное лечение зависимости от опиатов. Четырнадцать стран сообщили о применении бупренорфина, хотя теоретически бупренорфин был доступным для применения в 18 странах³⁹. Из 23 стран, по которым имелась информация, в 13 разрешалось, чтобы врачи общей практики выписывали заменители опиатов в своих приемных, в дополнение к программам, требующим посещения специализированных учреждений. Не удивительно, что в большинстве стран, где такая практика была разрешена, наблюдались самые высокие уровни распространения услуг по ОЗТ⁴⁰.

В EMCDDA был собран необычно большой объем информации о наличии лечения наркотической зависимости в Европе. В других регионах мира, в частности, в развивающихся странах и странах переходного периода, часто трудно найти какие-либо систематически собираемые данные о наличии медицинских услуг по лечению наркотической зависимости. Однако при отсутствии более полной информации, наличие ОЗТ является некоторым показателем, при помощи которого можно оценить прогрессивное осуществление права на здоровье, особенно в странах с высоким числом людей, употребляющих героин.

Россия представляет один из самых вопиющих случаев отказа от ОЗТ в мире. В Российской Федерации около 4 миллионов человек употребляют героин, но при этом в стране законом запрещено применение метадона или других заместителей опиатов⁴¹. По сообщению Хьюман Райтс Уотч, в 2004 году высокопоставленный представитель Министерства здравоохранения заявил, что метадон

³⁷ EMCDDA, Годовой отчет за 2005 год, страновые отчеты, см. на сайте: <http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=7676&sLanguageISO=EN>.

³⁸ В Литве, стране с тысячами людей, употребляющих героин, в течение нескольких месяцев 2002 года произошла вспышка 321 нового случая ВИЧ. См.: ЮНЭЙДС Отчет о вспышке инфекции ВИЧ в литовской тюремной системе: оценка ситуации и ответные меры [ЮНЭЙДС. Report on outbreak of HIV infection in the Lithuanian prison system: assessment of the situation and the developing response]. Вена, 2002.

³⁹ Европейский центр мониторинга по вопросам наркотиков и наркозависимости. Реакции на употребление наркотиков: обзоры методов лечения наркотической зависимости (по странам) [Responses to drug use: Drug treatment overviews (by country)]. См. на сайте: <http://www.emcdda.eu.int>.

⁴⁰ Там же.

⁴¹ Вольф и Малиновска-Семпрух, см. выше, с. 58. В соответствии с действующим в Российской Федерации национальным законодательством о наркотиках, метадон запрещен в силу того, что он включен в Список I. Бупренорфин включен в менее ограничительный Список II, хотя употребление веществ, включенных в Список II, для лечения наркотической зависимости явно запрещено. См.: Федеральный закон Российской Федерации о наркотических средствах и психотропных веществах, 1997, статья 31.



Россия представляет собой один из самых вопиющих случаев отказа от ОЗТ в мире.

– это более опасный наркотик, чем героин, и нельзя допустить, чтобы он появился на улицах российских городов⁴². Такая политика, вероятно, стала результатом давления со стороны должностных лиц, не относящихся к системе здравоохранения, например, из структур по борьбе с распространением наркотиков. После того как в 2005 году ВОЗ включила метадон и бупренорфин в Модельный Перечень Основных лекарственных средств, более 200 экспертов и организаций со всего мира призвали руководство ВОЗ, ЮНЭЙДС и Управления ООН по наркотикам и преступности (УНПООН) оказать давление на Россию, чтобы там было легализовано терапевтическое применение метадона с пользой для самой большой, по мнению экспертов, группы населения, употребляющей инъекционные наркотики в какой-либо стране⁴³.

Доступ к ОЗТ ограничен и в других бывших советских республиках. По данным за ноябрь 2005 года число людей в Центральной и Восточной Европе и в странах бывшего Советского Союза, употребляющих инъекционные наркотики, оценивалось как немногим менее 3 млн. человек, и лишь немногим более 2000 человек получали ОЗТ⁴⁴. В обзоре ВОЗ за 2004 год относительно ОЗТ в странах Центральной и Восточной Европы сообщается, что метадон запрещен также в Белоруссии⁴⁵. По данным того же обзора, в Украине, стране с самым высоким уровнем распространения ВИЧ в Европе, метадон зарегистрирован, но его использование в организованных программах не санкционировано⁴⁶. В 2005 году в Украине начались

испытания по применению бупренорфина, хотя уровень этих испытаний никоим образом не соответствует спросу на такое лечение⁴⁷. Правительство Казахстана предложило провести первое испытание метадоновой терапии в 2004 году, как часть работы, получившей поддержку Всемирного Фонда, но по данным проводившейся в мае 2006 года в Москве Региональной конференции по борьбе со СПИДом, в Казахстане все еще не было метадоновой программы, несмотря на сведения о быстром распространении ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики⁴⁸.

⁴² Хьюман Райтс Уотч. Уроки не извлечены: *Нарушения прав человека и ВИЧ/СПИД в Российской Федерации [Lessons not learned: Human rights abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation]*. Нью-Йорк, 2004, с.23.

⁴³ Making methadone accessible beyond the listing in the WHO EDL (letter), 19 августа 2005, см. на сайте: www.aidsinfonyc.org/tag/activism/methadoneaccess.html.

⁴⁴ *Международная программа по снижению вреда 2005: Страны с эпидемиями ВИЧ вследствие инъекционного употребления наркотиков. [Harm Reduction Developments 2005: Countries with Injection-driven HIV Epidemics]*. 2006, с. 61.

⁴⁵ Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Практика и контекст фармакотерапии опиатной зависимости в Центральной и Восточной Европе [The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in central and eastern Europe]. WHO doc. WHO/MSD/MSB/04.1, 2004, с. 10, 12.

⁴⁶ Там же.

⁴⁷ Хьюман Райтс Уотч. Запрет метадона может стать препятствием в борьбе с ВИЧ/СПИДом [“Banning methadone would jeopardize HIV/AIDS fight”] (письмо к премьер-министру Украины Ю. Тимошенко), 15 июля 2005 г. См. на сайте: www.hrw.org.

⁴⁸ К Элкорн. «Запрет метадона для наркоманов в Восточной Европе – самое большое препятствие для лечения» [“Block on methadone for drug users in Eastern Europe biggest barrier to treatment”], *Aidsmap News*, 22 мая 2006 г. См. на сайте: www.aidsmap.com. См. также: «Казахстан: борьба с ВИЧ/СПИДом продолжается» [“Kazakhstan: Fight against HIV/AIDS continues”], *Irin News*, 23 августа 2005 г. См. на сайте: www.irinnews.org.

В 2002 году ВОЗ изучала положение с применением опиоидной заместительной терапии в Юго-Восточной Азии и в регионе западной части Тихого океана (включая Китай)⁴⁹. Все страны этого региона сообщают о высоком уровне употребления героина, и в большинстве этих стран наблюдался экспоненциальный рост употребления героина в 1990-х гг. В отношении наличия ОЗТ в странах Юго-Восточной Азии и региона западной части Тихого океана в отчете ВОЗ отмечается:

Наблюдается значительное противодействие развитию программ заместительной терапии. Большинство врачей общей практики и большая часть общественности скептически относятся к роли заместительной терапии. Высказывается мнение, что такие методы лечения считаются слишком мягкими по отношению к наркоманам, поэтому они непривлекательны для политиков и лиц, определяющих политику, придерживающихся более суровых взглядов⁵⁰.

Одним из важных выводов, содержащихся в этом обзоре, является то, что в некоторых странах этого региона многие программы лечения наркотической зависимости относятся к ведению системы уголовного правосудия⁵¹.

С точки зрения прав человека, противодействие со стороны правительств или общественности проверенным методам лечения, таким как ОЗТ, на том основании, что они недостаточно карательные, вызывает серьезную озабоченность и противоречит международным обязательствам государств в области прав человека. Обязательства уважать, защищать и осуществлять права человека не лишаются юридической силы из-за того, что государственные чиновники или общественность клеймят позором определенные методы лечения. Действительно, к правам социально отчужденных и наиболее уязвимых групп – часто именно из-за подобного отношения – необходимо проявлять особое внимание.

После опубликования в 2002 году отчета ВОЗ ситуация в Азии претерпела некоторые изменения в том, что касается наличия ОЗТ. В 2004 году Китай торжественно объявил о создании 1000 метадоновых клиник, которые должны осуществлять программы поддерживающего лечения⁵². Д-р Ву Занью из китайского Национального центра по контролю и профилактике ВИЧ/СПИДа получил приз Международной ассоциации по снижению вреда [International Harm Reduction Association – IHRA] за его усилия по созданию программ метадоновой терапии⁵³. Однако остается неясным, насколько доступно метадоновое лечение для наиболее социально отчужденных и криминализованных опиатных наркоманов, предлагается ли им долгосрочное метадоновое поддерживающее лечение или только краткосрочная детоксикация, и знают ли люди, употребляющие наркотики, об этих методах лечения⁵⁴.

⁴⁹ Западная часть Тихого океана, в понимании ВОЗ, включает Китай, островные страны Тихого океана, Австралию, Новую Зеландию, Папуа Новую Гвинею, Монголию, Лаос, Камбоджу, Японию, Вьетнам, Республику Корею, Сингапур и Филиппины. См. на сайте: www.wpro.who.int.

⁵⁰ Там же., стр. 16.

⁵¹ Всемирная организация здравоохранения. Практика и контекст фармакотерапии опиатной зависимости в странах Юго-Восточной Азии и западной части Тихого океана [The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in South-East Asia and Western Pacific regions]. WHO doc. WHO/MSD/MSB/02.1, 2002, с. 14.

⁵² Созданы метадоновые клиники для помощи наркоманам [Methadone clinics established to help addicts]. *China Daily*, 18 ноября 2004 г., см. на сайте: www.china.org.cn/english/government/112570.htm.

⁵³ Призы IHRA представлены в Белфасте [IHRA awards presented in Belfast]. *IHRA E-Newsletter* июнь 2005 г., см. на сайте: <http://www.ihra.net/pdf/ENewsletterJune05English.pdf>.

⁵⁴ Ван Янхай, Пекинский медицинский институт [Beijing Aizhixing Institute for Health Education], личное сообщение.

В отчете ВОЗ за 2002 год отмечается, что в Таиланде ОЗТ применялась, главным образом, как краткосрочная метадоновая детоксикация, и что более длительная метадоновая поддерживающая терапия применялась реже и была доступной только для тех, кто трижды лечился другими методами⁵⁵. С тех пор правительство разработало новое руководство относительно ОЗТ⁵⁶. В ярком свете XV Международной конференции по СПИДу (СПИД 2004), проходившей в Бангкоке, тогдашний премьер-министр Таиланда торжественно пообещал, что Таиланд будет относиться к «наркоманам» как к «пациентам, а не преступникам»⁵⁷. Тем не менее, до сих пор оценки показывают, что в Таиланде очень малый процент лиц, употребляющих героин, имеют доступ к ОЗТ, а метадон применяется, главным образом, как метод детоксикации⁵⁸. Выступая на одном из сопутствующих мероприятий в рамках СПИД 2004, Пайсан Суваннавонг, один из основателей Тайской сети лиц, употребляющих наркотики [Thai Drug Users' Network – TDN], сказал, что многие члены TDN не имели доступа к гуманному лечению наркотической зависимости. Если кто-то хотел попытаться отказаться от наркотиков, члены Сети помогали такому человеку, они искали чистую комнату, обеспечивали его снотворными таблетками и оказывали поддержку своим присутствием⁵⁹.

Некоторые страны объясняют ограниченный доступ или полное отсутствие доступа к ОЗТ ссылками на Единую конвенцию ООН о наркотических средствах 1961 года («Единая конвенция»), в которой требуется установить контроль над производством, распространением, применением и хранением длинного списка наркотических средств, включая опиаты, в том числе метадон. Россия и несколько азиатских стран в разное время заявляли, что причиной ограничения ОЗТ является соблюдение Единой конвенции⁶⁰. Однако в Единой конвенции нет какого-либо положения, которое могло бы препятствовать или угрожать продолжению программ ОЗТ. В статье 4(с) производство, изготовление, вывоз, ввоз, распределение наркотических средств, торговля ими и их применение и хранение ограничиваются «исключительно медицинскими и научными целями»⁶¹. Многие политики и врачи считают заместительную терапию легитимной формой лечения, которая соответствует обязательству государств по статье 38, согласно которой государства «принимают все возможные меры, направленные на предотвращение злоупотребления наркотическими средствами и на раннее выявление, лечение, воспитание, восстановление трудоспособности, возвращение в общество соответствующих лиц»⁶².

⁵⁵ ВОЗ, Опиатная зависимость в странах Юго-Восточной Азии и западной части Тихого океана [Opioid dependence in SE Asia and Western Pacific], с. 74.

⁵⁶ С. Беззичери и П. Бренни. ВИЧ/СПИД и употребление наркотиков: перспективы Таиланда [HIV/AIDS and drug abuse: looking forward in Thailand]. *Eastern Horizons* (публикация Регионального центра УНП ООН по странам Юго-Восточной Азии и Тихого океана), № 20, весна 2005 г., с. 30.

⁵⁷ Р. Уолгейт. Таиланд игнорирует эпидемию ВИЧ среди наркоманов [Thailand ignores HIV epidemic in drug users]. *British Medical Journal* 2004; 329:127 (17 июля).

⁵⁸ П. Кан. Thai Drug Users Network, СПИД и права человека: беседа с Кэрин Каплан [AIDS and human rights: A conversation with Karyn Kaplan]. В П. Канн, ред. *Справочник по вакцине от СПИДа: глобальные перспективы [AIDS vaccine handbook: global perspectives]* (2-е изд.). Нью-Йорк: AIDS Vaccine Advocacy Coalition, 2005, chapter 27, с. 192; Хьюман Райтс Уотч, *Мало могил: война с наркотиками, ВИЧ/СПИД и нарушения прав человека [Not enough graves: The war on drugs, HIV/AIDS and violations of human rights]*. Нью-Йорк, 2004, с. 34.

⁵⁹ П. Суваннавонг, Права человека на окраине [Human rights at the margins], 9 июля 2004. Один из авторов (Дж.Ч.) присутствовала на данной презентации.

⁶⁰ Вольф и Малиновска-Семпрух, сс. 24-25.

⁶¹ Единая конвенция ООН о наркотических средствах, 30 марта 1961 г., 520 UNTS 204, с добавлениями и исправлениями согласно Протоколу 1972 года о поправках к Единой конвенции ООН о наркотических средствах, 25 марта 1972 г., 976 UNTS 3.

⁶² Действительно, в *Протоколе 1972 года о поправках к Единой конвенции ООН о наркотических средствах* разъясняется, что в узком смысле «лечение» включает «процесс отказа от запрещенных наркотических средств или,

В 2004 году ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС заявили, что ОЗТ «в системе признанной медицинской практики, утвержденной компетентными органами, соответствует» конвенциям ООН о борьбе с наркотиками⁶³. Проверая различные виды программ снижения вреда на их соответствие международным договорам, Международная программа ООН по контролю над наркотиками (МПКН ООН, относящаяся к структуре УНП ООН, в 2002 году пришла к следующему выводу:

В своем более традиционном подходе заместительная/поддерживающая терапия едва ли может восприниматься как противоречащая букве или духу этих договоров. Это повсеместно принятое лечение зависимости, имеющее ряд достоинств и несколько недостатков. Хотя результаты противоречивы и зависят от многих факторов, применение такого лечения наряду с твердыми инструкциями медицинской практики не будет составлять нарушения положений договора⁶⁴.

Международный комитет по контролю над наркотиками, орган, ответственный за контроль соблюдения конвенций ООН о наркотиках, отмечал, что «заместительная и поддерживающая терапия... не является каким-либо нарушением положений договора, независимо от того, какое вещество может применяться в таком лечении в соответствии с твердо установленной национальной медицинской практикой»⁶⁵. Кроме того, как отмечалось выше, метадон и бупренорфин включены ВОЗ в Перечень Основных лекарственных средств.

Несмотря на эти факторы, привлечение некоторыми странами Единой конвенции в качестве аргумента против ОЗТ свидетельствует о необходимости стратегии, которая послала бы однозначный сигнал о том, что в конвенциях ООН о наркотиках не содержится никакого оправдания отказу от ОЗТ. ВОЗ должна работать с государствами-участниками, чтобы обеспечить подготовку и представление такой стратегии в ее руководящий орган.

Физическая недоступность

Физическая недоступность программ лечения наркотической зависимости может оказаться главным барьером для эффективности лечения и соблюдения лечебного протокола. Во многих странах медицинские услуги по лечению наркотической зависимости ограничиваются крупными городами. Программы лечения зависимости, не связанные с местом жительства, могут находиться в труднодоступных местах и работать только в ограниченные часы, даже если от пациентов требуется часто и регулярно являться на лечение. Жители более благополучных микрорайонов могут воспользоваться политическим влиянием, чтобы программы лечения наркотической зависимости не располагались по соседству с ними. Такие факторы могут отрицательно сказаться на людях,

при необходимости, стимулирование человека, употребляющего наркотики, к ограничению приема наркотических средств до таких минимальных количеств, которые могут быть оправданными с медицинской точки зрения с учетом его состояния здоровья». Генеральная Ассамблея ООН, *Протокол о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах (Schedules)*, 9 декабря 1975 г. A/RES/3444(XXX), (см. на сайте: www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_en.pdf). На основе этого определения в официальном комментарии к Конвенции признается, что «оправданные с медицинской точки зрения поддерживающие программы» подпадают под определение «лечения» в значении статьи 38 Единой конвенции. ООН, *Комментарии к Единой конвенции о наркотических средствах [Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs]*, 1973, E/CN.7/588.

⁶³ Совместная позиция ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС, см. выше, с.13.

⁶⁴ UNDCP, *Гибкость положений договора в отношении методов снижения вреда [Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches]*, п. 17. См. также Д. Вульф и др., *Политика в отношении запрещенных наркотиков и глобальная эпидемия ВИЧ: действенность подходов ООН и национальных правительств [Illicit drug policies and the global HIV epidemic: Effects of UN and national government approaches]*, Институт «Открытое общество», с. 24–27.

⁶⁵ Международный комитет по контролю над наркотиками, *Отчет Международного комитета по контролю над наркотиками за 2003 год [Report of the International Narcotics Control Board for 2003]*, Вена, 2004 г., п. 222.

заботящихся о детях (преимущественно на женщинах) или людях, стремящихся сохранить работу.

В некоторых правовых системах органы здравоохранения пытаются решить эти проблемы. Пациенты, получающие ОЗТ, могут, например, освобождаться от требования прямого наблюдения за приемом заместителя опиата на ежедневной основе, и им может быть предоставлено достаточное количество метадона или другого заменителя на неделю, или им может быть разрешено получать метадон в аптеке, а не в лечебном центре. В анализе таких требований, который был проведен в процессе разработки модельных практик и стратегий на основе прав человека⁶⁶, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу выделяет ряд пунктов, относящихся к понятию дозы «на вынос» в программах ОЗТ, включая следующие:

- Определение возможности получения доз «на вынос» должно основываться на клинических факторах и не должно применяться дискриминационно по признаку пола, наличия судимости, возраста, расовой или этнической принадлежности или по любому другому признаку⁶⁷.
- В программе следует разрешать выдавать дозы «на вынос» пациентам, (1) состояние здоровья или инвалидность которых ограничивает их мобильность и (2) которые вынуждены преодолевать большие расстояния или сталкиваются с другими трудностями, препятствующими им посещать программы с контролируемым приемом⁶⁸.
- Сотрудники программы должны давать пациентам четкие устные и письменные объяснения о приеме доз «на вынос», они должны обеспечить наличие копий таких



**Физическая
недоступность
программ лечения
наркотической
зависимости
может оказаться
главным
барьером для
эффективности
лечения и
следования
лечебным
протоколам.**

⁶⁶ Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, Законодательство в области здравоохранения и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе – Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, 2006. См. на сайте: www.aidslaw.ca.

⁶⁷ Министерство здравоохранения Канады предлагает: «[в] программах следует уравновешивать преимущества от обеспечения соблюдения и регулярных контактов с клиентами/пациентами и потребность в гибком, ориентированном на клиента/пациента лечении, учитывающем реалии жизни клиентов/пациентов». Исследование показало, что гибкое применение доз, которые можно взять с собой, является важным фактором удержания пациентов». См.: Министерство здравоохранения Канады. *Передовой опыт: поддерживающая метадонная терапия [Best practices: methadone maintenance treatment]* сс. 44 и 58. 2002. См. на сайте: www.cds-sca.com. Эти требования сформулированы Министерством здравоохранения Новой Зеландии. *Опиоидная заместительная терапия: практическое руководство для Новой Зеландии [Opioid substitution treatment: New Zealand practice guidelines]* с. 27–28, февраль 2003 г. См. на сайте: www.moh.govt.nz. В нормативных документах должно быть указано, как следует оценивать эти требования. Примеры инструментов для оценки приводятся в публикации Министерства здравоохранения Новой Зеландии. *Опиоидная заместительная терапия: практическое руководство для Новой Зеландии*, с. 28, февраль 2003 г. См. на сайте: www.moh.govt.nz. См. также: Руководство «Осуществление политики», Медицинский колледж Онтарио. *Руководство по метадонной поддерживающей терапии [Methadone maintenance guidelines]*, с. 18–21. 2001. См. на сайте: www.cpso.on.ca.

⁶⁸ Эти инструкции разработаны в Медицинском колледже Онтарио. *Руководство по метадонной поддерживающей терапии*, с. 18–21. 2001. См. на сайте: www.cpso.on.ca.

инструкций у пациента и фармацевта, выдающего дозы⁶⁹.

Еще один элемент физической доступности, который может быть важным для людей, употребляющих наркотики, это размещение лечебных учреждений в местах, находящихся под полицейским наблюдением, или там, где полиция может их преследовать. Документальные свидетельства, относящиеся к программам обеспечения стерильными шприцами, показательны, хотя эти программы и не являются разновидностью лечения наркотической зависимости. Во многих исследованиях и отчетах установлено, что контакты полиции с людьми, употребляющими наркотики, ограничивают эффективность программ обеспечения стерильными шприцами и создают дополнительный фактор риска заражения ВИЧ⁷⁰. Во избежание подрыва инициатив по охране здоровья правоохранительным органам и программам обеспечения стерильными шприцами следует заключить соглашения о методах работы полиции в тех местах, где действуют программы обеспечения стерильными шприцами⁷¹.

Подобно этому, следует прилагать все усилия для обеспечения того, чтобы лечебные учреждения размещались в местах, где пациенты не должны бояться арестов или преследований со стороны правоохранительных органов. Муниципальные уставы или стратегии – или региональные либо областные уставы, если они регламентируют действия полиции – должны защищать клиентов лечебных учреждений от любых таких злоупотреблений. Кроме того, поставщики услуг должны работать с местными объединениями и другими представителями жителей, а также с предпринимателями своего района, чтобы информировать их о важности своих услуг и о необходимости невраждебного окружения для людей, которые хотят лечиться от наркотической зависимости.

Экономическая доступность лечения наркотической зависимости

Экономическая доступность – это еще один важный аспект доступа к лечению зависимости, так как употребление наркотиков часто приводит к обнищанию наркомана. Хотя имеется лишь несколько глобальных и региональных исследований об экономической доступности лечения наркотической зависимости, ясно, что в большинстве стран существует огромная разница между частными услугами

⁶⁹ Это требование сформулировано Министерством здравоохранения Новой Зеландии. *Опиоидная заместительная терапия: практическое руководство для Новой Зеландии*, с. 28, февраль 2003 г. См. на сайте: www.moh.govt.nz.

⁷⁰ С.Р. Фридман и др., “Relationships of deterrence and law enforcement to drug related harms among drug injectors in US metropolitan areas,” *AIDS* 20(1) (2006): 93–99; Р. Блюменталь и др. «Побочный вред в войне с наркотиками: поведение, связанное с риском заражения ВИЧ, среди инъекционных наркоманов» [“Collateral damage in the war on drugs: HIV risk behaviours among injection drug users”]. См. также, Л. Махер и Д. Диксон, «Полиция и здравоохранение: правоохранительные органы на уличном рынке наркотиков» [“Policing & public health: law enforcement in a street-level drug market”], *British Journal of Criminology* 39(4) (1999): 488–512; Л. Махер и Д. Диксон, «Цена крутых мер: действия полиции на рынке героина в Кабраматта» [“The cost of crackdowns: Policing Cabramatta’s Heroin Market”] *Current Issues in Criminal Justice* 13(1) (2001): 5-22; Т. Родес, Л. Михайлова и А. Саранг, Ситуационные факторы, влияющие на прием наркотиков, снижение вреда и обмен шприцев в городе Тольятти, Российская Федерация: качественный анализ окружения с элементами микро-риска» [“Situational factors influencing drug injecting, risk reduction, and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment”], *Social Science and Medicine* 57 (2003): 39–54; Хьюман Райтс Уотч, *Жестокое обращение с наркоманами: полицейский произвол, снижение вреда и ВИЧ/СПИД в Ванкувере [Abusing the User: Police Misconduct, Harm Reduction and HIV/AIDS in Vancouver]*, 2003; Хьюман Райтс Уотч, *Разум инъекционно: права человека и профилактика ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков (Калифорния) [Injecting Reason: Human Rights and HIV Prevention for Injection Drug Users (California)]*, 2005; Международная программа по снижению вреда, *Ненамеренные последствия: политика в отношении наркотиков способствует росту эпидемии ВИЧ в России и Украине [Unintended Consequences: Drug Policies Fuel the HIV Epidemic in Russia and Ukraine]*, 2003.

⁷¹ ЮНЭЙДС рекомендует налаживать соответствующие контакты с полицией и проводить тренинги, *Руководство для законодателей по вопросам ВИЧ/СПИДа, законодательства и прав человека [Handbook for Legislators on HIV/AIDS], Law and Human Rights*, 1999, с. 54. См. также: Министерство здравоохранения, жилищного строительства и социального обеспечения (Австралия), *Заключительный отчет юридической рабочей группы межправительственного комитета по СПИДу [The final report of the legal working party of the intergovernmental committee on AIDS]*, 1992, рекомендация 8.4.

для людей с деньгами и услугами (обычно государственными) для остальных⁷². В руководстве, разработанном при поддержке ВОЗ/Европа, повторяется главный принцип из документов ООН:

Должно быть возможным организовать финансирование желательного или подходящего лечения в течение полезного срока, и оно не должно становиться долгосрочным бременем для потенциальных клиентов или их родственников. Каждый клиент имеет право получать медицинское обслуживание на основе его/ее клинических потребностей, а не на основе его/ее возможности оплачивать лечение. Финансовые соображения не должны превалировать над профессиональными критериями при выборе определенного метода лечения.

Одной из главных задач для всех стран, связанных с достижением этой цели экономически доступного лечения, является то, что не существует согласованных на международном уровне норм, определяющих основной или минимальный набор услуг, которые должны предоставляться сектором общественного здравоохранения. Такие нормы необходимы, чтобы определять, выполняют ли правительства свою обязанность по прогрессивному осуществлению права на наивысший достижимый уровень здоровья. Они также необходимы для информирования налогоплательщиков о затратах и выгодах услуг по лечению зависимости, а также для контроля над медицинскими страховщиками. В частных планах медицинского страхования часто не предусматривается оплата лечения наркотической зависимости или, если она предусматривается, то выплаты по страховому полису существенно возрастают, применяются высокие собственные удержания страхователя и ограничения в доступе⁷³.

Как для частных схем медицинского страхования, так и для государственных, планы должны быть всесторонними, т.е. они должны охватывать весь диапазон клинически эффективных и соответствующих услуг, предоставляемых квалифицированными профессионалами, и они должны обеспечивать полноту охвата и финансирование, идентичные тем, которые обеспечиваются при других физических заболеваниях⁷⁴. Социальное и правовое отчуждение людей, употребляющих наркотики, и политическая непопулярность оказываемых им услуг во многих странах делают международные нормы еще более важными и необходимыми.

В заключение, во многих странах поддерживаются ограничения на доступ к лечению наркотической зависимости, и о таких странах нельзя сказать, что они прогрессивно осуществляют право людей, употребляющих наркотики, на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Опиоидная заместительная терапия, наиболее изученный метод лечения людей, употребляющих опиаты, недоступна или недостаточно доступна в слишком многих странах. Помимо таких стран, как Россия, где законом запрещено применение опиатных заместителей, в других странах в программы ОЗТ инвестируется так мало средств, что они практически недоступны. В формулировке Замечания общего порядка № 14 «действия, стратегии или законы государства, которые идут вразрез со стандартами, изложенными в статье 12 Пакта, и которые могут привести к причинению телесных повреждений, неоправданной заболеваемости и предотвратимой смертности» относятся к числу нарушений обязательства уважать право на здоровье. Правовой запрет метадона и бупренорфина, классифицируемых ВОЗ как «лекарственные препараты первой необходимости»

⁷² См., например, Дж. Вилер и Т.А. Нара, «Частные и государственные структуры по амбулаторному лечению наркотической зависимости: существует ли у нас двухуровневая система?» [“Private and public ownership in outpatient substance abuse treatment: Do we have a two-tiered system?”] *Administration and Policy in Mental Health* 2000; 27(4):197–209.

⁷³ См.: [США] National Mental Health Association, *Паритет в страховании от наркологической зависимости: справочник для адвокатов* [Substance Abuse Insurance Parity: A guide for advocates], весна 2002, с. 1.

⁷⁴ См., например, *Закон о медицинском страховании психического здоровья и расстройств, связанных с наркологической зависимостью* [An Act Relating to Health Insurance for Mental Health and Substance Abuse Disorders], Закон № 25 от 1997 года, Вермонт (США), s. (b).

[С]ледует прилагать все усилия для обеспечения того, чтобы лечебные учреждения размещались в местах, где пациенты не должны бояться арестов или преследований со стороны правоохранительных органов.

является ясным примером такого нарушения. Подобно этому, неспособность обеспечить хотя бы некоторое приближение наличия ОЗТ к спросу на такую терапию, является явным нарушением обязательства по выполнению права на здоровье.

Недискриминация при лечении, включая внимание к гендерным вопросам

Существует очень мало данных о программах лечения наркотической зависимости в разных странах, но еще меньше информации о том, как эти программы работают. В литературе редко обсуждаются дискриминационные практики в лечении наркотической зависимости. В своих рекомендациях относительно оценки программ лечения зависимости ВОЗ призывает поставщиков услуг оценивать легкость, с которой «целевые группы» получают доступ к программам лечения. При этом «вовлечение системы правосудия» приводится как одна из 20 характеристик, которые следует учитывать при оценке медицинских услуг⁷⁵. Однако никаких дальнейших рекомендаций о том, как следует решать вопрос с «вовлечением» системы правосудия к программам лечения не приводится. В Этических принципах лечения наркотической зависимости, составленных в 2000 году при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ, в качестве «базовой ценности» отмечается, что медицинские услуги должны быть доступны для потребителей наркотиков без дискриминации по признаку наличия судимости, помимо других критериев⁷⁶.

Учитывая агрессивную преступную среду, в которой люди, употребляющие наркотики, живут во многих странах, представляется ясным, что для того, чтобы добиться успеха в выполнении обязательства не подвергать дискриминации необходимо обратить серьезное внимание на ряд ключевых вопросов. Например:

- Влияет ли наличие судимости на доступность лечения наркотической зависимости (предположительно и в реальности)?
- Имеются ли основания у людей, употребляющих наркотики, бояться, что если у них имеется судимость, к ним будет применяться более грубое лечение или каким-либо образом отличающееся от того, которое получают другие, что для них больше вероятность того, что о них сообщат в органы уголовного правосудия или что они будут зарегистрированы как лица с судимостью или как наркоманы для возможного в будущем уголовного преследования?
- Требуется ли от медицинских работников, чтобы они сообщали сведения о судимости своих клиентов правоохранительным органам, что дискредитирует их

⁷⁵ ВОЗ, МПКН ООН и EMCDDA. *Международные рекомендации для оценки медицинских систем и услуг по лечению расстройств вследствие употребления психоактивных веществ [International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders]*. Женева: ВОЗ, 2000.

⁷⁶ Л Гуггенбуль и др. *Адекватность лечения и ухода за наркоманами в Европе, часть I: Этические аспекты лечения и ухода за наркоманами [Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT), Part I: Ethical aspects in the treatment and care of drug addicts]* – Страновые отчеты и этические принципы. Цюрих: Addiction Research Institute, 2000, с. 53.

профессиональную честность как медиков?

Дискриминация также может проявляться в лечении зависимости от одного наркотика на том основании, что человек употребляет другой наркотик, как в программах ОЗТ, из которых исключаются те, в отношении кого установлено, что они употребляют каннабис или кокаин. Для такого исключения нет научного обоснования. По данным некоторых исследований можно предположить, что ОЗТ может сократить потребление каннабиса и других наркотиков у некоторых пациентов, и что ОЗТ может открыть дорогу к лечению других зависимостей⁷⁷. В некоторых других программах лечения наркотической зависимости, в том числе и в программах ОЗТ, делались попытки исключить молодых людей, для этого также нет никаких научных оснований. В некоторых правовых системах проблемы могут возникнуть в связи с недееспособностью молодых людей в том, что касается согласия на медицинские процедуры. Однако с точки зрения прав человека государства обязаны найти пути решения этих проблем, так как на детей и молодых людей распространяется такое же, как и на взрослых, право на получение медицинского обслуживания, необходимого для обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья⁷⁸. Исключение на том основании, что человек инфицирован ВИЧ или гепатитом С, также не имеет научных оснований и, на самом деле, контрпродуктивно с точки зрения общественного здоровья.

Если у людей, употребляющих наркотики, появляется ощущение, что к ним проявляется дискриминация в одной из указанных форм, они вообще могут отказаться от мысли о лечении. Таким образом, задача по обеспечению недискриминации при лечении зависимости включает знания о том, кто оказывается исключенным из программ лечения из-за страха дискриминации или из-за клейма преступника. Люди, употребляющие наркотики, могут сталкиваться с различными формами дискриминации – например, как представители расового, этнического или сексуального меньшинства⁷⁹, как бывшие заключенные, как люди, живущие в бедности, как люди, без постоянного места жительства или без семьи. Внимание ко всем этим факторам требует инвестиций в разработку стратегий недискриминации, которые включают обучение медицинских работников, информирование людей, употребляющих наркотики, об их праве на лечение, мониторинг дискриминационных практик, и создание доступных и эффективных механизмов, посредством которых люди могут обращаться в суд с требованием восстановления прав

Таким образом, главная трудность по обеспечению недискриминационного подхода при лечении зависимости включает получение информации о том, кто оказывается исключенным из программ лечения из-за страха дискриминации или из-за клейма преступника.

⁷⁷ См., например, Национальный совет по достижению консенсуса относительно эффективного медицинского лечения опиатной зависимости. Эффективное медицинское лечение опиатной зависимости [National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. Effective medical treatment of opiate addiction]. *Journal of the American Medical Association* 1998; 280(22):1936–1943; и Б.В. Флетчер и Р.Дж. Баттес. Введение к специальному выпуску: процесс лечения в DATOS [Introduction to the special issue: treatment process in DATOS]. *Drug and Alcohol Dependence* 1999; 57:81–87.

⁷⁸ Конвенция о правах ребенка, Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 44/25, 20 ноября 1989 г., статья 24.

⁷⁹ Данные указывают, что враждебность по отношению к лесбиянкам, геям, бисексуалам и трансгендерным людям (ЛГБТ-людям) влияет на рост числа наркоманов среди этих людей, в том числе среди молодых (как прямо, так и косвенно, вынуждая молодых ЛГБТ-людей уходить из дома и семьи и оказываться на улице), враждебность также может быть препятствием для оказания медицинских услуг, в том числе по лечению зависимости. См, например, National Association of Lesbian and Gay Addiction Professionals, «Алкоголь, табакокурение и другие проблемы с наркотиками и ЛГБТ-люди» [“Alcohol, Tobacco and Other Drug Problems and Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Individuals”], июль 2002. См. на сайте: <http://www.nalgap.org/PDF/Resources/LGBT.pdf>.



[В]о многих странах женщины недостаточно представлены в программах лечения зависимости.

и возмещения вреда в случаях дискриминации.

В некоторых странах в этом отношении могут оказаться полезными законодательство или политика в области инвалидности, особенно если закон запрещает дискриминацию конкретно по признаку физической зависимости человека. Например, канадское федеральное законодательство в области прав человека запрещает дискриминацию по признаку фактической или предполагаемой инвалидности в «предоставлении товаров, услуг, учреждений или помещений, обычно доступных для широкой общественности», включая медицинское обслуживание⁸⁰. Это определение включает «любую прежнюю или существующую психическую или физическую инвалидность, в том числе... прежнюю или существующую алкогольную или наркотическую зависимость». Канадский Федеральный Апелляционный суд недвусмысленно заявил, что это положение не ограничивается зависимостью от «легальных» наркотиков; поэтому зависимость от запрещенных наркотиков также является инвалидностью по федеральному законодательству в области прав человека⁸¹. Суды во многих канадских провинциях и в Австралии выносили подобные постановления о том, что наркотическую зависимость можно рассматривать как инвалидность в контексте борьбы с дискриминацией⁸².

Дискриминация по другим признакам также может препятствовать доступности лечения наркотической зависимости, и для обеспечения равного доступа для женщин особое внимание следует обращать на гендерные вопросы. Дискриминация по половому или гендерному признаку запрещена во многих международных правозащитных договорах и в национальных законодательствах большинства стран. Дискриминация по признаку пола является важной проблемой при лечении наркотической зависимости, так как клинические потребности мужчин и женщин, связанные с зависимостью, могут кардинально отличаться. Женщины становятся зависимыми от определенных наркотиков легче, чем мужчины, и для них риск смертности от

⁸⁰ См. раздел 25 Канадского Закона о правах человека. R.S. 1985, с Н-6. Федеральный апелляционный суд Канады четко подтвердил, что это положение не должно ограничиваться зависимостью от «разрешенных» наркотиков; поэтому зависимость от запрещенных наркотиков также является инвалидностью по федеральному законодательству о правах человека. См.: дело *Канада (Комиссия по правам человека) против Торонто – банк Dominion*, [1998] 4 FC 205 (CA). Кроме того, см.: дело *Entrop против Imperial Oil Ltd.*, [1996] OHRBID No 30 (Ont Bd Inq) (QL) (алкоголизм и наркотическая зависимость являются [физическими] дефектами, согласно закону Онтарио), *aff'd* [1998] OJ No 422 (Div Ct) (QL), получено разрешение на апелляцию в АС Онтарио [1998] OJ No 1927, сведений о решении АС Онтарио не имеется.

⁸¹ См.: дело *Канада (Комиссия по правам человека) против Торонто – банк Dominion*, [1998] 4 FC 205 (Федеральный Апелляционный суд).

⁸² Дело *Уильямс против компании Elty Publications Ltd.*, (1992), 20 CHRR D/52 (B.C. Council on Human Rights); дело *Хэндфилд против North Thompson School District* (1995), 25 CHRR D/452, [1995] BCCHRD No 4 (QL) (Суд по правам человека, ВС); *Альберта (Комиссия по правам человека) против Elizabeth Metis Settlement*, 2003 ABQB 342, [2003] AJ No 484 (QL) (Суд королевской скамьи, Альберта); *Entrop против Imperial Oil Ltd.*, (2000), 50 OR (3d) 18 (Апелляционный суд провинции Онтарио); *Lapointe против Doucet*, [1999] JTDPQ No. 16 (Québec Human Rights Tribunal); *Kapp против Botany Bay Council & Anor* [2003] NSWADT 209 (Суд по административным апелляциям, Новый Южный Уэльс); *Марсден против Комиссии по правам человека и равным возможностям и Coffs Harbour & District Ex-Servicemen и Women's Memorial Club Ltd.*, [2000] FCA 1619 (Федеральный суд Австралии).

инъекционных наркотиков может быть выше⁸³. По данным УНП ООН, во многих странах женщины недостаточно представлены в программах лечения зависимости. Женщины, употребляющие наркотики, более вероятно, чем мужчины, имеют историю физического или сексуального насилия и психических расстройств, включая посттравматический стресс⁸⁴. В некоторых странах для женщин, употребляющих наркотики, характерна низкая самооценка, и они находятся под сильным влиянием своих сексуальных партнеров или супругов в том, что касается потребления наркотиков⁸⁵. Женщины также могут уклоняться от лечения наркотической зависимости из страха потерять родительские права, оказаться изгоем общества или подвергнуться насилию или карательным мерам со стороны своих супругов или партнеров⁸⁶.

По данным многочисленных исследований женщин, включая беременных женщин, лечение наркотической зависимости может принести ощутимую пользу. УНП ООН и другие органы рекомендуют, например, чтобы правительства придавали приоритетное значение включению беременных женщин, употребляющих опиаты, в программы заместительной терапии⁸⁷. Опыт и исследования показывают, что, как и при оказании многих других медицинских и социальных услуг, эффективность лечения зависимости у женщин существенно повышается, если такое лечение сопровождается уходом за детьми, помощью с транспортом, социальными услугами и поддержкой (такой как помощь с работой и возможность обучения, семейная терапия и помощь с питанием, жильем и одеждой)⁸⁸. УНПООН приходит к выводу, что программы, в которых предпринимаются серьезные попытки обеспечить специальные услуги для женщин, приводят к значительно лучшим результатам для этой группы населения⁸⁹. Сюда же относится привлечение женщин или женских групп к процессу принятия решений о разработке и реализации программ лечения.

Несмотря на свидетельства того, что эффективность лечения наркотической зависимости повышается, если оно разработано с учетом специфических потребностей женщин, такие программы являются редкостью. По данным EMCDDA в Европе «число медицинских услуг с учетом гендерных особенностей остается низким и часто такие услуги оказываются только в крупных городских центрах»⁹⁰. Хотя широкий выбор вариантов лечения наркотической зависимости с учетом потребностей женщин вряд ли возможно обеспечить во всех странах в ближайшем будущем, их прогрессивное осуществление является важной целью.

Приемлемость: научное качество, этика и культурная приемлемость

При отсутствии широко признанных международных норм и очевидном недостатке во многих странах национальных норм, регулирующих лечение зависимости, не удивительно, что многие формы лечения зависимости расцвели пышным цветом, даже такие, которые и приблизительно не укладываются в определение Замечания общего порядка № 14 о «приемлемости с научной и медицинской точки

⁸³ УНПООН. Лечение и уход за женщинами, страдающими наркотической зависимостью (краткий обзор) [Substance abuse treatment and care for women (summary)]. См. на сайте: http://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1_summary.pdf.

⁸⁴ УНПООН. Лечение и уход за женщинами, страдающими наркотической зависимостью (полная версия), с. 1.

⁸⁵ См., например, Национальный институт США по проблемам злоупотребления наркотиками (НИПЗН). НИПЗН информация и факты: методы лечения женщин. См. на сайте: www.nida.nih.gov/Infofacts/treatwoman.html.

⁸⁶ Там же.

⁸⁷ УНПООН, Лечение и уход за женщинами, страдающими наркотической зависимостью (краткий обзор).

⁸⁸ НИПЗН, см. выше.

⁸⁹ УНПООН, Лечение и уход за женщинами, страдающими наркотической зависимостью (краткий обзор).

⁹⁰ См.: EMCDDA, *Годовой отчет за 2006 г.*, сс. 21–38.

зрения». В самом деле, в сообщениях из некоторых стран отмечается, что лечение наркотической зависимости связано с жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство обращением, а в некоторых случаях оно может рассматриваться как пытки, что является нарушением одного из основных прав человека – права не подвергаться такому обращению или наказанию⁹¹. Здесь стоит отметить, что запрещение пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания является фундаментальным и твердо установленным принципом обычного и договорного международного права. Право на защиту от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания является неотъемлемым, это означает, что оно применяется в любое время, включая и период действия в стране чрезвычайного положения⁹².



[В] сообщениях из некоторых стран отмечается, что лечение наркотической зависимости связано с жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство обращением, а в некоторых случаях оно может рассматриваться как пытки. . .

Некоторые методы представляются просто взятыми со страниц научной фантастики. Подражая процедуре, впервые разработанной в России, китайские врачи проводили лечение наркотической зависимости в виде хирургической операции, в ходе которой в черепе пациента просверливалось отверстие, якобы для удаления части мозга, ответственной за пристрастие к наркотикам. Британский журналист присутствовал на такой операции в 2004 году и провел интервью с человеком, которому была сделана такая операция⁹³. По сообщению этого журналиста, через две недели после его визита Министерство здравоохранения Китая запретило такие операции, но согласно более поздним сообщениям эта практика возобновилась⁹⁴. Британский врач, слова которого цитировались в статье, назвал этот метод «поразительным» и заметил: «Если бы вы попытались сделать это в Британии, это вызвало бы громкие протесты»⁹⁵. По данным одного источника, в Китае было сделано более 500 таких операций⁹⁶.

Более широко распространенной практикой в Китае (часто о такой практике сообщается и из других стран) является содержание под стражей людей, употребляющих наркотики, в течение периода принудительной детоксикации, иногда сопровождаемой «перевоспитанием» посредством принудительного труда. По данным регионального обзора ВОЗ за 2002 год, лечение зависимости в Китае по закону осуществлялось в «учреждениях принудительной детоксикации», находившихся в ведении Министерства государственной безопасности, трудовых реабилитационных центрах

⁹¹ См.: Всеобщая декларация прав человека, статья 5; Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 7; Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания (1984), статья 16.

⁹² Статья 4(2) Международный пакт о гражданских и политических правах.

⁹³ Д. Адам. Относитесь непредвзято. *The Guardian*, 12 ноября 2004 г., p.1 ff.

⁹⁴ П. Гофф. В Китае снова лечат наркоманов через “дырку в голове” [China resumes ‘hole in head’ surgery for addicts]. *Vancouver Sun*, 20 ноября 2005 г., p. B12.

⁹⁵ Адам, см. выше.

⁹⁶ Гофф, см. выше.

при Министерстве юстиции и в центрах детоксикации при отделах Министерства здравоохранения⁹⁷. В обзоре отмечается: «В соответствии с законом всех людей, употребляющих наркотики, заставляют пройти детоксикацию, как только их выявляют, а тех, у кого после детоксикации случаются рецидивы, отправляют на реабилитацию в трудовые лагеря»⁹⁸. По данным, приведенным в обзоре ВОЗ, среди тех, кто прошел лечение в центрах детоксикации любого типа, уровень рецидивов составляет 80 процентов через две недели и более 95 процентов через шесть месяцев⁹⁹, что свидетельствует о катастрофической неэффективности такого «лечения». Использование принудительного (и не оплачиваемого) труда как метода «реабилитации» поднимает также вопрос о том, не является ли такой метод разновидностью рабства.

Организация Хьюман Райтс Уотч в 2003 году собрала документальные свидетельства некоторых результатов такой политики в Китае, отмечая, что «перевоспитание» в этом случае включало требование выкрикивать лозунги, например, «принимать наркотики – плохо» и «я плохой», а также принудительный труд, который во многих случаях был опасным и никогда не оплачивался¹⁰⁰. Участвовавшие в интервью пациенты одного из центров принудительной детоксикации говорили, что единственное лекарство, которое они получали в период принудительного заточения, была микстура из трав, производившаяся в этом же центре. Наблюдатели, посетившие многие такие центры, говорили, что в них часто отсутствовало санитарно-гигиеническое оборудование, и что они были переполнены, особенно во время фестивалей или других общественных мероприятий, когда полиция очищала улицы от «нежелательных» лиц¹⁰¹. В отчете Хьюман Райтс Уотч отмечается, что в некоторых случаях люди, употребляющие наркотики, могли избежать такого «лечения» если имели возможность оплатить добровольное лечение наркотической зависимости, и условия проведения такого лечения были намного лучше¹⁰².

Сообщения из Таиланда похожи на некоторые свидетельства, полученные в Китае. При расследовании внесудебных казней и других чудовищных преступлений государства в ходе прошедшей в 2003 году в Таиланде «войны с наркотиками», Хьюман Райтс Уотч проводила интервью с людьми, употребляющими наркотики и проходившими курс лечения наркотической зависимости. В разгар карательных мер 2003 года правительство поставило цель по привлечению около 300 000 наркоманов к участию в программах реабилитации. Жестокости войны с наркотиками заставили некоторых людей, употребляющих наркотики, обратиться в государственные реабилитационные центры только потому, что они боялись, что их арестуют или убьют, если они не зарегистрируются¹⁰³. Во многих случаях, по данным Хьюман Райтс Уотч, людей против их желания заставляли оставаться в этих центрах длительное время. Реабилитация в этом случае заключалась в военизированных



Лечение наркотической зависимости, связанное с любым видом принуждения, должно рассматриваться как потенциально нарушающее права человека . . .

⁹⁷ ВОЗ, Опиатная зависимость в странах Юго-Восточной Азии и западной части Тихого океана, с. 30.

⁹⁸ Там же.

⁹⁹ Там же.

¹⁰⁰ Хьюман Райтс Уотч. *Двери закрыты: права человека людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в Китае* [Locked doors: The human rights of people living with HIV/AIDS in China]. Нью-Йорк: Human Rights Watch, сентябрь 2003 г., сс. 46–48.

¹⁰¹ Там же, с. 45.

¹⁰² Там же.

¹⁰³ Хьюман Райтс Уотч. *Мало могил*, сс. 32–33.

строевых упражнениях в «лагере для новобранцев», после чего некоторые пациенты объявлялись «излечившимися от наркотической зависимости».

Завершение наиболее жестокого этапа тайской войны с наркотиками, очевидно, не означало прекращения негуманных методов лечения наркотической зависимости. В статье, опубликованной в январе 2006 года, рассказывалось о «лечебном» центре в тайландском районе Майо, где «пациентов» заковывали в кандалы, чтобы они не сбежали, и единственным применявшимся лекарством было местное лечение травами, не утвержденное Министерством здравоохранения¹⁰⁴. В статье цитировались слова директора этого учреждения: «Нас критикуют за то, что мы их заковываем в кандалы, но у нас правило – держать их в заключении от трех до шести месяцев в зависимости от тяжести их состояния». По оценкам, в этом центре содержалось около 2000 человек¹⁰⁵. Эксперты из Индии сообщают о применяемых в некоторых индийских провинциях практиках, когда пациентов помещают в устланные терновником клетки или сбрасывают им полголовы волос, чтобы все видели, что они «наркоманы», или приковывают людей к кроватям якобы ради лечения¹⁰⁶.

Лечение наркотической зависимости, связанное с любым видом принуждения, должно рассматриваться как потенциально нарушающее права человека, и такое лечение должно применяться только в качестве крайней меры, требующей обоснования в соответствии с установленными принципами оценки допустимости отступлений от соблюдения прав человека¹⁰⁷. Как отмечалось выше, право на защиту от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения или наказания является неотъемлемым правом человека. Обоснование принудительных мер должно быть, как минимум, прозрачным, его необходимо сообщить пациенту, и такое обоснование должно подлежать пересмотру, в соответствии с нормами прав человека, компетентным, независимым и беспристрастным судом, созданным на основании закона¹⁰⁸. В руководстве о лечении наркотической зависимости в Европе, составленном по поручению ВОЗ, рекомендуется, чтобы любой принудительный элемент лечения был «четко сформулирован в правовых терминах и чтобы его эффективность оценивалась. Принудительное лечение должно быть ориентировано на свободное самоопределение человека, употребляющего наркотики, и целью такого лечения должна быть социальная реинтеграция»¹⁰⁹. Авторы этого руководства отмечают, что сначала всегда нужно попробовать добровольное лечение, особенно с теми пациентами, которые находятся в заключении. Эти принципы должны применяться независимо от того, где проводится лечение – в учреждениях, относящихся к ведению органов здравоохранения или в структурах системы уголовного правосудия.

В Резолюции Генеральной Ассамблеи ООН о защите прав психически больных лиц и улучшении психиатрической помощи приводятся четкие принципы относительно принудительных и потенциально негуманных методов, которые могут применяться в лечении наркотической

¹⁰⁴ У. Нануам. Освобождение от наркомании [Unshackling the drug habit]. *Bangkok Post*, 12 января 2006 г., p.1 ff.

¹⁰⁵ Там же.

¹⁰⁶ Дж. Дорабже. Во имя лечения – взгляд из Индии [In the name of treatment – insights from India]. Выступление на 18-й Международной конференции по снижению вреда, связанного с наркотиками (сессия С4-3), Варшава, 15 мая 2007 г.

¹⁰⁷ Например, Экономический и социальный совет ООН, *Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах*, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985).

¹⁰⁸ МПГПП, статья 14.

¹⁰⁹ Гуггенбуль и др., с. 55.

зависимости¹¹⁰. В соответствии с этой Резолюцией, право человека на информированное согласие на какую-либо медицинскую процедуру может быть ограничено только после «справедливого слушания независимым и беспристрастным судебным органом, созданным в соответствии с внутригосударственным законодательством»¹¹¹. В таком случае человек имеет право быть представленным защитником, и такого защитника должно предоставить государство, если у человека нет достаточных средств для оплаты услуг защитника. В Резолюции также содержатся следующие относящиеся к делу положения:

- Каждый пациент имеет право «на лечение в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения, и при помощи наименее ограничительных или инвазивных методов, соответствующих необходимости поддержания его здоровья...»¹¹²
- Физическое усмирение или принудительная изоляция пациента «применяются лишь в соответствии с официально утвержденными процедурами психиатрического учреждения и только тогда, когда это является единственным имеющимся средством предотвратить причинение непосредственного или неизбежного ущерба пациенту или другим лицам. Они не продлеваются свыше того периода времени, который строго необходим для этой цели... Пациент, к которому применяются усмирение или изоляция, должен содержаться в гуманных условиях, за ним обеспечивается уход, а также тщательное и постоянное наблюдение со стороны квалифицированных медицинских работников»¹¹³.
- «Психохирургия и другие виды инвазивного и необратимого лечения психического заболевания ни при каких обстоятельствах не применяются в отношении пациента, который был госпитализирован в психиатрическое учреждение в принудительном порядке» и могут применяться лишь в том случае, если пациент дал осознанное согласие «и независимый внешний орган удостоверился в том, что согласие пациента действительно является осознанным, и что данное лечение наилучшим образом отвечает интересам здоровья пациента»¹¹⁴.
- «Ни при каких обстоятельствах пациент не может подвергаться принудительному труду»¹¹⁵.
- Любое лицо может быть госпитализировано в психиатрическое учреждение в принудительном порядке только в случаях, когда существует «серьезная угроза причинения непосредственного или неизбежного ущерба этому лицу или другим лицам» и когда пациент «не может принять осознанного решения», а отказ от госпитализации сделает невозможным применение надлежащего лечения, «которое может быть проведено при условии госпитализации в психиатрическое учреждение в соответствии с принципом наименее ограничительной альтернативы»¹¹⁶.

¹¹⁰ Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (Резолюция). UN doc. no. A/RES/46/119 17 декабрь 1991.

¹¹¹ Там же, принцип 1, пункт 6.

¹¹² Там же, принцип 9, пункт 1.

¹¹³ Там же, принцип 11, пункт 11.

¹¹⁴ Там же, принцип 11, пункт 14.

¹¹⁵ Там же, принцип 13, пункт 3.

¹¹⁶ Там же, принцип 16, пункт 1.

Далее в Резолюции Генеральной Ассамблеи говорится о том, что эти принципы должны применяться к «лицам, совершившим уголовное преступление» так же, как и к другим пациентам. Хотя психическое заболевание и наркотическая зависимость далеко не одно и то же, основные положения этой Резолюции имеют прямое отношение к лечению наркотической зависимости и их необходимо учитывать при разработке международных норм такого лечения.

Даже в программах добровольного лечения, которые, на первый взгляд основаны на твердых научных методах, негуманные методы легко просачиваются в протоколы лечения. Продолжительность лечения и дозировка опиатных заместителей одинаково важны для качества ОЗТ, и оба эти показателя иногда произвольно и без каких-либо научных оснований ограничиваются в национальных протоколах¹¹⁷. В Совместной Позиции по заместительной поддерживающей терапии, ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС заявляют, что достаточно высокие дозы метадона являются важным показателем эффективности ОЗТ: «В программах с использованием более высоких доз метадона большинство пациентов не покидают программу лечение как минимум 12 месяцев»¹¹⁸. Идеальной дозой является такая, которая приводит к отсутствию пристрастия и не создает взлетов и падений, связанных с эйфорией и седативным состоянием¹¹⁹. Обычно невозможно определить идеальную дозу без подробной и доброжелательной консультации с пациентом. В документе Министерства здравоохранения Канады, где описывается «передовой опыт» в применении поддерживающей метадоновой терапии, говорится:

Учитывая, что все по-разному реагируют на дозы метадона, в программах должен применяться гибкий, индивидуальный подход к дозировке. Каждый пациент должен пройти тщательную оценку практикующего врача, имеющего опыт лечения опиатной зависимости, и первоначальная доза должна определяться на индивидуальной основе. Мнение клиента/пациента следует учитывать при определении дозировки¹²⁰.

В клинических исследованиях отмечается, что когда консультации с пациентами проводятся в уважительной манере, они не обязательно пытаются получить более высокие или более концентрированные дозы, но стремятся регулярно принимать стабилизирующие дозы опиоидных заместителей¹²¹. Тем не менее, некоторые практикующие врачи используют снижение доз метадона в качестве наказания за нарушения режима или других правил¹²². Введение медицинских услуг на основе мер, связанных с применением наказаний, противоречит основным принципам как прав человека, так и медицинской этики. Эту практику, по словам одного эксперта, можно сравнить с

¹¹⁷ В Таиланде, например, метадон ограничивается программами «отвыкания», рассчитанными на 90 и 45 дней, и дозировки считаются недостаточными. См. П. Кан, *Справочник по вакцине от СПИДа*, см. выше, с. 192.

¹¹⁸ Совместная позиция ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС, см. выше, с. 20.

¹¹⁹ Х. Катания. *О метадононе [About methadone] (2-е издание)*. Нью-Йорк: Drug Policy Alliance, 2003, с. 10.

¹²⁰ Министерство здравоохранения Канады. *Передовой опыт: метадоновая поддерживающая терапия [Best practices: methadone maintenance treatment]*, 2002, с. 42. См. на сайте: www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogués/methadone-bp-mp/methadone-bp-mp_e.pdf; см. также С. Максвелл и М. Шиндермен. Выбор оптимального варианта метадоновой поддерживающей терапии: применение более высоких доз метадона [Optimizing response to methadone maintenance treatment: use of higher-dose methadone]. *Journal of Psychoactive Drugs* 1999; 31:95–102, на с. 99.

¹²¹ Е. Роблес и др. Внедрение стратегии лечения с определяемой клиентом дозировкой метадона [Implementation of a clinic policy of client-regulated methadone dosing]. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001; 20: 225-30, на с. 226: «[н]е один пациент продолжал просить повысить дозу метадона после достижения клинической стабилизации». См. также: С. Максвелл и М. Шиндермен. Выбор оптимального варианта метадоновой поддерживающей терапии: применение более высоких доз метадона. *Journal of Psychoactive Drugs* 1999; 31: 95–102, на с. 98.

¹²² Например, один из нас (Дж.Ч.) был преподавателем курса по метадоновой поддерживающей терапии для врачей из Центральной и Восточной Европы на серии медицинских семинаров в Зальцбурге в 2003 году. Врач из Сербии на одном из этих семинаров рассказал о применяемой системе сокращения дозировки метадона тем пациентам, которые пропускают лечение, опаздывают или каким-либо другим образом нарушают правила участия в программе.

отказом в инсулине больным диабетом за то, что они не контролируют уровень сахара в крови¹²³.

В некоторых странах ОЗТ применяется только для краткосрочной детоксикации. В совместной позиции ВОЗ, УНПООН и ЮНЭЙДС от 2004 года подчеркивается, что адекватная продолжительность лечения является «определяющей характеристикой эффективности лечения»:

Необходимая продолжительность лечения в каждом конкретном случае зависит от имеющихся у данного пациента проблем и потребностей, но результаты исследований указывают на то, что у большинства людей с наркотической зависимостью существенное улучшение отмечается после примерно трех месяцев непрерывного лечения, а продолжая лечение после пересечения этой пороговой точки, можно получить дополнительные благоприятные результаты.... [П]реждевременное преждевременное выбытие связано с высокой частотой рецидивов употребления наркотиков.... Многим необходимо лечиться в течение нескольких лет¹²⁴.

Как и с определением дозировки, решение о сокращении продолжительности лечения должно приниматься в консультации с пациентом, и никогда такое решение нельзя применять в качестве наказания¹²⁵. Пациенты программ ОЗТ имеют право получать лечение до тех пор, пока такая программа им полезна. Как отмечается в обзоре Министерства здравоохранения Канады: «Для большинства людей с опиатной зависимостью ограничение продолжительности лечения – либо по финансовым соображениям, либо в связи с философией программы – приводит к серьезным негативным последствиям»¹²⁶.

Применение ОЗТ в качестве краткосрочной детоксикации в противоположность поддерживающей терапии в одном судебном деле было признано нарушением права на адекватное медицинское обслуживание. В мае 2006 года около 200 заключенных и бывших заключенных, содержавшихся в тюрьмах Англии и Уэльса, подали групповой иск против Министерства внутренних дел Великобритании (в ведении которого находится Тюремная служба). Все они на момент заключения под стражу употребляли наркотики, в основном героин или другие опиаты. Когда они попали в тюрьмы, поддерживающая терапия, которую они получали на свободе, была прекращена и/или им выписывались лекарства, недостаточные или несоответствующие лечению от наркотической зависимости. Каждый истец испытал на себе неприятные и болезненные симптомы наркотической отмены¹²⁷. По существу, в исках Министерство внутренних дел обвинялось в медицинской халатности, кроме того, истцы заявляли, что Тюремная служба не обеспечила минимальные нормы лечения, которые считаются обоснованными для лечения наркотической зависимости. Иски также подавались по трем статьям британского Закона о правах человека (1998)¹²⁸. Упоминалось и такое

¹²³ Р. Ньюмен (директор Международного центра содействия лечению зависимости), личное сообщение.

¹²⁴ Совместная позиция ВОЗ/УНПООН/ ЮНЭЙДС, см. выше, с. 11.

¹²⁵ С. Максвелл и М. Шиндермен. Выбор оптимального варианта метадоновой поддерживающей терапии: применение более высоких доз метадона. *Journal of Psychoactive Drugs* 1999; 31: 95–102, на с. 97.

¹²⁶ Министерство здравоохранения Канады. Литературный обзор: метадоновая поддерживающая терапия [Literature review: methadone maintenance treatment]. Оттава, 2002, с. 37.

¹²⁷ См.: М. Скотт, Процесс по делу заключенных с опиатной зависимостью [“Opiate Dependent Prisoner Litigation”], Inside Time (см. на сайте: www.insidetime.org).

¹²⁸ Статья 3 гласит: «Никто не должен подвергаться пыткам или бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения или наказания»; статья 8(1) гласит: «Каждый человек имеет право на уважение его личной и семейной жизни, неприкосновенность жилища и тайну корреспонденции»; статья 14 гласит: «Осуществление прав и свобод, закрепленных в данной Конвенции, должно гарантироваться без какой бы то ни было дискриминации по любому признаку, такому как пол, расовая принадлежность, цвет кожи, язык, религиозные, политические или иные убеждения, национальное или социальное происхождение, принадлежность к национальному меньшинству,

преступление, как причинение телесных повреждений, так как лечение назначалось без согласия. В ноябре 2006 года Министерство внутренних дел урегулировало иски путем внесудебного соглашения и, по некоторым сведениям, выплатило истцам компенсации на общую сумму 750 000 фунтов стерлингов¹²⁹.

Лечение наркотической зависимости, связанное с принудительным содержанием под стражей, должно применяться в качестве крайней меры . . .

Как отмечалось выше, в международном праве в области прав человека содержатся твердые запреты на пытки и жестокие, бесчеловечные или унижающие достоинство виды обращения или наказания в любом контексте. В то время как определение пыток точно установлено, в международном праве недостаточно четко определяется, что следует считать жестокими, бесчеловечными или унижающими достоинство видами обращения.

В одном заметном деле Европейский Суд по правам человека в 2003 году вынес решение о том, что неспособность тюремной медицинской службы обеспечить надлежащее медицинское обслуживание заключенной с абстинентным синдромом при героиномании, которая впоследствии умерла, составляла бесчеловечное или унижающее достоинство обращение, что

является нарушением статьи 3 Европейской конвенции о защите прав человека¹³⁰. Джудит МакГлинчи была в 1998 году в Великобритании приговорена к четырем месяцам тюремного заключения за кражу. При поступлении в тюрьму она жаловалась на абстинентный синдром вследствие прекращения приема героина и страдала от сильной рвоты. Спустя три недели ее перевели в больницу после сердечного приступа; через несколько дней она умерла. Суд посчитал, что аргумент о том, что МакГлинчи было отказано в медикаментозном лечении абстинентного синдрома в виде наказания, был необоснованным. Однако Суд определил, что причиной ее страданий был не абстинентный синдром при героиномании, а «неспособность тюремных властей предпринять более эффективные меры по борьбе с ее симптомами абстинентного синдрома и [что] ухудшение ее состояния здоровья должно было причинять ей страдания и боль». В частности, Суд определил, что при лучшем контроле над ее состоянием здоровья ее могли раньше перевести в больницу или обеспечить более профессиональную помощь по устранению рвотного рефлекса. Следовательно, Суд постановил, что Великобритания несет ответственность за бесчеловечное или унижающее достоинство обращение, которому подверглась МакГлинчи, и отдал распоряжение британскому правительству выплатить наследникам МакГлинчи компенсацию ущерба.

В программах лечения наркотической зависимости могут действовать другие правила, неоправданно карательные или иным образом связанные с жестокостью и унижением достоинства человека. Во многих программах, например, периодически требуется сдавать анализ мочи. Анализы мочи следует делать только когда это необходимо для корректировки лечения, их никогда нельзя использовать в целях наказания¹³¹ или для исключения пациента из программы лечения. Кроме того, в некоторых программах требуется, чтобы медицинский работник наблюдал за процессом сдачи мочи на анализ. Вард с коллегами, в своем широко цитируемом труде о метадоновой поддерживающей терапии, рекомендуют сопоставлять клинические преимущества проведения анализа мочи и его низкую надежность как показателя текущего приема наркотиков, его стоимость, испытываемое пациентом

бедность, происхождение или другой статус».

¹²⁹ Новости Би-Би-Си, “‘Cold turkey’ pay out of £750 000”, 14 ноября 2006 г.

¹³⁰ Дело МакГлинчи и другие против Великобритании, Европейский Суд по правам человека, сообщение № 50390/99. Окончательное решение, 29 апреля 2003 г.

¹³¹ Медицинский колледж Онтарио (Канада). *Руководство по метадоновой поддерживающей терапии*, 2001, с. 15.

унижение и атмосферу недоверия, которая может возникнуть при проведении этого анализа. В составленном в 1998 году обзоре клинических данных они приходят к выводу, что анализ мочи не является эффективным средством сдерживания от приема наркотиков¹³². В некоторых правовых системах установлен порядок, согласно которому в таких случаях должно быть выделено место частного пользования для сдачи образцов мочи, и что наблюдение за сдачей образцов должен проводить медицинский работник одного пола с клиентом¹³³.

Лечение наркотической зависимости, связанное с принудительным содержанием под стражей, должно применяться в качестве крайней меры и оцениваться по нормам прав человека, применяемым к ситуациям содержания под стражей. В таких программах пациенты, подобно заключенным, полностью зависят от государства (или другого уполномоченного государством поставщика услуг) в том, что касается удовлетворения их основных потребностей. В Минимальных стандартных правилах обращения с заключенными, принятых ООН в 1957 году, устанавливаются основные принципы, такие как необходимость действительного приказа о заключении для каждого заключенного и обязанность государства обеспечивать достаточное питание, помещение, санитарно-гигиенические условия, освещение, спальные принадлежности, возможность заниматься физкультурой и спортом, а также медицинское обслуживание¹³⁴.

ВОЗ необходимо безотлагательно разработать стандарты медицинского обслуживания, связанные с добровольным и принудительным содержанием под стражей. При этом ВОЗ необходимо учитывать различие, которое проводится в Минимальных правилах, между правами и условиями содержания лиц, содержащихся в камерах предварительного заключения, и лиц, осужденных за совершение преступлений. В этих нормах указывается, что от подсудимых нельзя требовать, чтобы они работали, им должны предоставляться более легкие возможности контактов с их семьями, чем осужденным заключенным, им следует предоставлять право заказывать за собственный счет питание из учреждений питания, находящихся за пределами места содержания под стражей, они могут носить собственную одежду, а не тюремную форму, они должны содержаться отдельно от осужденных заключенных. Положение лиц, содержащихся в медицинских учреждениях, где проводится лечение наркотической зависимости, под стражей по причине протокола лечения, а не по причине обвинения в совершении преступления, аналогично положению подсудимых, а не осужденных лиц. Это должно означать, помимо прочего, что применение принудительного труда в качестве метода лечения наркотической зависимости, должно быть запрещено.

Согласие и участие в процессе принятия решений

Право человека на дачу осознанного согласия на медицинские процедуры и этическое требование обеспечить осознанное согласие пациента твердо установлены. Право на свободу от медицинских вмешательств и дачу осознанного согласия вытекает из права на личную неприкосновенность – т.е. права контролировать все, что происходит с телом человека¹³⁵ – и права на полную информацию о

¹³² Дж. Вард и др. Использование анализа мочи при опиоидной заместительной терапии. [The use of urinalysis during opioid replacement therapy]. В: Дж. Вард, Р.П. Магтик и У. Холл, ред. *Метадоновая поддерживающая терапия и другие виды опиоидной заместительной терапии [Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies]*. Амстердам: Harwood Academic Publishers, 1998, сс. 242–243, 251.

¹³³ Министерство здравоохранения Новой Зеландии. *Опиоидная заместительная терапия: практические рекомендации для Новой Зеландии [Opioid substitution treatment: New Zealand practice guidelines]*, 2003, с. 31.

¹³⁴ Экономический и социальный совет ООН. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. ECOSOC Res. 663C, 1957.

¹³⁵ Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 9. См. интерпретацию «личной неприкосновенности» как основополагающего принципа осознанного согласия в: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, Тестирование на ВИЧ: информационный листок № 5 – Согласие, см. на сайте: www.aidslaw.ca/testing.

здоровье и медицинских процедурах, которым пациент может подвергнуться¹³⁶. В соответствии с международными правовыми документами, осознанное согласие требует, чтобы человек знал и в полной мере понимал:

- предварительный диагноз;
- цели, методы, вероятную продолжительность и ожидаемые результаты предлагаемого лечения;
- альтернативные методы лечения, включая менее инвазивные; и
- возможные болевые ощущения и ощущения дискомфорта, возможные риски и побочные эффекты предлагаемого лечения¹³⁷.

Согласно этическим принципам лечения наркотической зависимости, разработанным с помощью Европейского бюро ВОЗ, пациенты должны иметь возможность выбирать из доступным им услуг, но выбор пациента «не должен противоречить... твердым профессиональным показаниям»¹³⁸. В руководстве итальянского правительства о лечении наркотической зависимости рекомендуется, чтобы между поставщиком услуг и пациентом был установлен «осознанный консенсус»¹³⁹. Оба эти документа иллюстрируют главную проблему лечения зависимости – что поставщик услуг может правильно или ошибочно считать, что пациент не может компетентно принимать самостоятельные решения относительно лечения. (Такая же проблема присутствует и при лечении многих психических расстройств, не связанных с наркотической зависимостью, и в этом отношении проводилось много исследований. Нормативные базы, разработанные для таких случаев, могут быть полезными в контексте лечения зависимости).

Для решения этой проблемы нормы прав человека не являются панацеей. Однако они все же предлагают, что необходимо, как минимум:

- уважать самостоятельность личности пациента, право на информацию (включая информацию, необходимую для принятия полностью осознанного решения о лечении, а также информацию о пациенте, содержащуюся в его (ее) медицинской карте) и право на участие в процессе принятия решения об уходе за ним (ней), насколько он (она) может участвовать в этом процессе; и
- вводить в действие прозрачные и справедливые процедуры, позволяющие другим лицам оказывать пациентам помощь в принятии решений, когда они не могут сделать это самостоятельно, а также меры по возмещению вреда в случаях нарушений прав человека.

В руководстве, утвержденном Европейским бюро ВОЗ, рекомендуется, что в случае, если необходима процедура, а пациент или его законный представитель не может дать осознанного согласия «следует принять соответствующие меры для замены процесса принятия решения, с учетом того, что известно, и что можно с наибольшей возможной степенью вероятности предположить о желаниях пациента»¹⁴⁰.

¹³⁶ Замечание общего порядка № 14, пункт 34.

¹³⁷ Эти критерии приводятся в: *Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи*. Генеральная Ассамблея ООН, Res 46/119, 17 декабря 1981 г., принцип 11 (2).

¹³⁸ Гуггенбуль и др., с. 55.

¹³⁹ Там же, с. 89.

¹⁴⁰ Там же, с. 74.

В германском национальном руководстве о лечении наркотической зависимости подчеркивается важность согласования с пациентами, в те периоды, когда они могут это сделать, процедуры для принятия неотложных мер без согласия пациента, когда такие меры необходимы¹⁴¹.

В лечении наркотической зависимости важным принципом является право пациента на отказ от лечения. Поставщики услуг могут подвергать сомнению это право, если пациент принимает решение об отказе от лечения в то время или таким образом, что это противоречит клиническим показаниям. Хотя в такой ситуации невозможно найти идеальное решение, уважительное отношение к пациенту и предоставление ему информации с большей вероятностью приведут к принятию пациентом разумного решения. Как предлагается в германском национальном руководстве, право пациента «на отношения на основе взаимного доверия, на то, чтобы в нем видели личность, и на полную конфиденциальность» является минимальным требованием для эффективности программы¹⁴².



Суды по делам о наркотиках

Участие системы уголовного правосудия в решениях о лечении наркотической зависимости открывает опасную возможность рассматривать лечение наркотической зависимости как часть наказания за преступление.

В Замечании общего порядка № 14 утверждается, что на правительства возлагается обязанность приводить прозрачное обоснование для любого отказа в предоставлении базовых медицинских услуг по соображениям национальной безопасности или охраны общественного порядка. При организации медицинского обслуживания под эгидой представителей служб безопасности или правоохранительных органов национальные правительства также должны обеспечивать тщательный и прозрачный процесс принятия решений и приводить обоснование таких действий. Приоритетом для ВОЗ и УНП ООН должна стать разработка руководства для национальных правительств по определению роли органов системы уголовного правосудия или органов по борьбе с наркоманией в обеспечении медицинской помощи, связанной с лечением зависимости. Любой процесс принятия решений о лечении наркотической зависимости, направляемый или находящийся под влиянием властей, не связанных с медициной, должен подвергаться пристальному международному и национальному контролю, как со стороны органов здравоохранения, так и со стороны правозащитников.

Одним конкретным способом участия системы уголовного правосудия в лечении наркотической зависимости являются появившиеся в последнее время суды по делам о наркотиках. Впервые они возникли в начале 1990-х гг. в Соединенных Штатах, а затем в Канаде, Австралии и Великобритании. Хотя существует много разновидностей судов по делам о наркотиках, их определяющей

¹⁴¹ Там же, с. 85.

¹⁴² Там же, с. 84.

характеристикой является назначение судом лечения наркотической зависимости как часть приговора¹⁴³. С точки зрения прав человека существует ряд вопросов, вызывающих озабоченность, которые еще ждут всестороннего рассмотрения в контексте судов по делам о наркотиках, включая следующие:

- Суды по делам о наркотиках используют вес системы уголовного правосудия, чтобы отдавать людям, употребляющим наркотики, обязательные для выполнения приказы о направлении на лечение. Тот факт, что участники начинают лечение под угрозой заключения в места лишения свободы, или воздерживаются от приема наркотиков, чтобы избежать санкций, серьезно затрагивает право на личную неприкосновенность, право на личную жизнь и право на равенство¹⁴⁴. Вызывает сомнения то, до какой степени люди могут давать свое свободное и осознанное согласие на такое лечение.
- В большинстве случаев в программах лечения наркотической зависимости не предусматривается сокращенное или умеренное потребление наркотиков как конечная цель лечения, целью является, как правило, полное воздержание; любое употребление наркотиков может привести к прекращению лечения и последующему заключению¹⁴⁵.
- В американской и австралийской моделях судов по делам о наркотиках судьям предоставляются широкие полномочия по наказанию наркоманов за нарушение условий лечения, что может привести к тюремному заключению. Таким образом, «участники суда по делам о наркотиках, нарушившие режим отказа от наркотиков (что не редкость среди лиц, употребляющих наркотики), могут быть заключены в места лишения свободы по первоначальному обвинению без проведения судебного процесса»¹⁴⁶. Эта практика нарушает основные права человека, признаваемые в международном праве¹⁴⁷. Имеется также опасение, что в некоторых случаях участник суда по делам о наркотиках мог бы избежать тюремного заключения, если бы его (ее) дело рассматривалось в рамках обычной судебной системы, учитывая, что многим правонарушителям, судимым в первый раз за малозначительные преступления, могут назначаться наказания, не связанные с заключением под стражу¹⁴⁸. Более того,

¹⁴³ Л. Харрисон и Ф.Скарпитти. Прогресс и вопросы в судах по делам о наркотиках [Progress and Issues in Drug Treatment Courts]. *Substance Use and Misuse*. 2002, 37; 12, 13: 1441–1467.

¹⁴⁴ См.: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу. *Потребление инъекционных наркотиков и ВИЧ/СПИД: правовые и этические вопросы* [Injection Drug Use and HIV/AIDS: Legal and ethical issues]. 1999, с. А28; Б. Фишер и др., «Принудительное лечение наркотической зависимости в Канаде: история происхождения и последние события» [“Compulsory drug treatment in Canada: Historical origins and recent developments”], *European Addiction Research* (2002); 8: 61–68.

¹⁴⁵ Канадский центр по борьбе с зависимостями, *Вопросы и ответы о судах по делам о наркотиках* [Drug Treatment Courts FAQs], 2007, с. 8.

¹⁴⁶ Проект стратегии борьбы с наркотиками Коллегии адвокатов округа Кинг. *Отчет Рабочей группы по применению уголовных санкций* [Report of the Task Force on the Use of Criminal Sanctions], с. 41.

¹⁴⁷ Статья 14(1) *Международного пакта о гражданских и политических правах* гласит: «...при рассмотрении любого уголовного обвинения, предъявляемого ему, или при определении его прав и обязанностей в каком-либо гражданском процессе на справедливое и публичное разбирательство дела компетентным, независимым и беспристрастным судом, созданным на основании закона...». См. также: *Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод*, статья 6.

¹⁴⁸ Смойер и др. *Политика в отношении наркотиков: определение, дискуссия и положение дел в разных странах* [Drug Policy: Definition, Discussion & State Variation]. Yale University Center for Interdisciplinary Research on AIDS

иногда суды по делам о наркотиках назначают правонарушителю более суровое наказание, чем то, которое было бы назначено обычным судом, что приводит к нарушению принципа надлежащей правовой процедуры¹⁴⁹.

- Человек, обвиняемый в преступлениях, связанных с наркотиками, может вступить в программу лечения только для того, чтобы избежать тюремного заключения. (К таким лицам могут относиться некоторые люди, не употребляющие наркотики, что поднимает этические вопросы, связанные с лечением без медицинских показаний). В таких обстоятельствах решение обвиняемого пройти курс лечения нельзя считать собственным выбором с полным осознанным согласием. Факты свидетельствуют о том, что лицам, вступающим в программы лечения наркотической зависимости без осознанного добровольного согласия, такие программы вряд ли принесут пользу, у них меньше шансов на успех, что оставляет их под угрозой применения наказаний, связанных с заключением под стражу¹⁵⁰. Так как свобода выбора между заключением под стражу и лечением наркотической зависимости может быть трудной для понимания, возможность вступления в программу лечения под угрозой заключения под стражу также может нарушать право на личную неприкосновенность¹⁵¹.



[П]оставщики услуг по лечению наркотической зависимости должны стремиться привлекать организации людей, употребляющих или употреблявших наркотики, к планированию, реализации и оценке таких услуг.

Расширение участия людей, употребляющих наркотики

Для выполнения обязательства по уважению, защите и осуществлению права людей на участие в процессе принятия решений, которые их касаются, поставщики услуг по лечению наркотической зависимости должны стремиться привлекать организации людей, употребляющих или употреблявших наркотики, к планированию, реализации и оценке таких услуг. Более широкое участие людей, употребляющих наркотики, является конкретным проявлением права на участие, воплощающим право «принимать участие в ведении государственных дел» и право «принимать участие в культурной

Policy Update, 2004, с. 8; С. Трембли, Запрещенные наркотики и преступность в Канаде [“Illicit drugs and crime in Canada”] *Juristat* 19 (1999) 1–14.

¹⁴⁹ Т. Маккаи. Суды по делам о наркотиках: проблемы и перспективы [Drugs Courts: Issues and Prospects]. *Australian Institute of Criminology: Trends and Issues in Crime and Criminal Justice* 95, сентябрь 1998 г., с 7. См. также Смойер и др., с. 8.

¹⁵⁰ См.: Д. Джеймс и Е. Савка, «Суды по делам о наркотиках: лечение наркотической зависимости в рамках системы правосудия» [“Drug treatment courts: substance abuse intervention within the justice system”], *Isuma* 2002; 3(1). См. также: С. Киркби, «Суды по делам о наркотиках в Канаде: кому это выгодно?» [“Drug treatment courts in Canada: who benefits?”], в: John Howard Society, *Perspectives on Canadian Drug Policy* 2004; 2: 63.

¹⁵¹ Статья 9.1 *Международного пакта о гражданских и политических правах* и статья 5.1 *Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод* гарантируют право на свободу и личную неприкосновенность.

жизни»¹⁵². Более широкое участие людей, уязвимых для ВИЧ/СПИДа, в процессе принятия решений относительно программ и политики, затрагивающих их жизнь, – это принцип, сформулированный в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, единогласно утвержденной Генеральной Ассамблеей ООН в 2001 году¹⁵³. Все государства периодически должны отчитываться о реализации этой Декларации. Принцип расширенного участия также согласуется с Международными Руководящими принципами ООН по ВИЧ/СПИДу и правам человека¹⁵⁴. В публикациях ЮНЭЙДС отмечается, что участие людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или затронутых этой проблемой, в процессе принятия решений о программах лечения, является вопросом не только прав человека и этики, но и «передовым опытом» для проведения эффективных программ¹⁵⁵.

Заметное участие на уровне сообщества посылает сигнал о том, что люди, употребляющие наркотики, имеют права и могут эффективно участвовать в оказании услуг по медицинскому обслуживанию и в правозащитной деятельности и адвокации¹⁵⁶. По всему миру возникают различные программы, действующие по принципу «равный-равному» и организации потребителей наркотиков, которые, хотя и не являются формой лечения наркотической зависимости, но занимаются снижением вреда, связанного с наркотиками¹⁵⁷. Такие инициативы особенно эффективны для расширения сферы действия и результативности программ по обмену и распространению стерильных игл и шприцев,



Расширение осознанного участия . . . посылает сигнал о том, что люди, употребляющие наркотики, имеют права и могут эффективно участвовать в оказании услуг по медицинскому обслуживанию и в правозащитной деятельности и адвокации.

¹⁵² *Международный пакт о гражданских и политических правах*, статья 25; *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*, статья 15.

¹⁵³ Генеральная Ассамблея ООН. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. UN doc. A/RES/S-26/2, 2 августа 2001 г., пункт 33.

¹⁵⁴ ЮНЭЙДС и Управление Верховного комиссара ООН по правам человека. *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные Руководящие принципы [HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines]*. UN doc. HR/PUB/98/1, пункт 24.

¹⁵⁵ См., например, ЮНЭЙДС, *От принципа к практике: Расширение участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или затронутых этой проблемой [From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS (GIPA)]*, ЮНЭЙДС/99.43E, 1999.

¹⁵⁶ Австралийская лига потребителей инъекционных и запрещенных наркотиков, *Политическая позиция: организации потребителей наркотиков [Policy Position: Drug User Organizations]*; [UK] National Treatment Agency, *Руководство по привлечению и расширению возможностей потребителей наркотиков [A Guide to Involving and Empowering Drug User]*, s. 4.10; Т. Керр и др., *Реакция на чрезвычайную ситуацию: просвещение, правозащитная деятельность и общественный уход, обеспечиваемые организациями потребителей наркотиков – практический опыт региональной сети потребителей наркотиков Ванкувера [Responding to an Emergency: Education, Advocacy and Community Care by a Peer-Driven Organization of Drug Users — A Case Study of Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU)]*, «Здоровье в Канаде», 2001.

¹⁵⁷ Р.С. Бродхед, Д.Д. Хекаторн и др., «Использование равноправных сетей как инструмента профилактики СПИДа: результаты вмешательств равных партнеров» [“Harnessing peer networks as an instrument for AIDS prevention: results from a peer-driven intervention”], *Public Health Reports* 1998; 113 Suppl 1: 42–57.

просветительских и информационных программ¹⁵⁸. Во многих ситуациях программы «равный-равному» направлены на профилактику передозировки¹⁵⁹.

Не во всех странах приветствуется или разрешается широкое участие людей, употребляющих наркотики, в программах, затрагивающих их самих. Например, в 2004 году руководитель Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков издал распоряжение о том, что люди, употребляющие или употреблявшие наркотики, не должны быть сотрудниками или волонтерами в программах по обмену шприцев¹⁶⁰. Если бы это распоряжение выполнялось, не смогли бы работать многие программы в России, где поддержка и консультации «равный-равному» были частью работы по обмену шприцев. В странах, где лечение наркотической зависимости проводится стационарно в больницах или где такое лечение проводится принудительно или относится к ведению системы уголовного правосудия, маловероятно, что к программам с участием потребителей наркотиков будет проявляться благоприятное отношение.

Конфиденциальность информации о состоянии здоровья

Требование о конфиденциальности отражает уважение права на личную жизнь, сформулированного в нескольких международных инструментах¹⁶¹. Кроме того, во многих странах и учреждениях, таких как больницы, имеются законы или руководства о правах пациентов, включая право на конфиденциальность¹⁶². Эта защитная мера важна в контексте лечения наркотической зависимости, потому что люди могут отказываться от мысли пройти медицинское обследование или лечение, если информация об их участии будет открытой, или от участия в исследовании из опасения, что сведения об их состоянии здоровья могут быть опубликованы. В частности, они могут бояться, что информация о том, что они употребляют наркотики, может быть передана в правоохранительные органы.

В таких разных странах как Соединенные Штаты, Казахстан, Таиланд, Россия, Канада и Бангладеш, организация Хьюман Райтс Уотч собрала документальные свидетельства того, что люди, употребляющие наркотики, боятся, что станут жертвами нападков со стороны полиции или будут арестованы за участие в программе обмена шприцев или лечения наркотической зависимости¹⁶³.

¹⁵⁸ Дж.П. Грунд, П. Бланкен и др. «Достижение недостижимого: обеспечение чистыми иглами скрытых групп потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) через группы известных ПИН» [“Reaching the unreached: targeting hidden IDU populations with clean needles via known user groups”]? *Journal of Psychoactive Drugs* 1992; 24(1): 41–7.

¹⁵⁹ Т. Керр, У. Смол и др. «Снижение вреда через организации ‘потребителей наркотиков’: практический опыт региональной сети потребителей наркотиков Ванкувера» [“Harm reduction by a ‘user-run’ organization: A case study of the Vancouver Area Network of Drug Users”], *International Journal of Drug Policy* 2006; 17: 61–69.

¹⁶⁰ Хьюман Райтс Уотч. *Уроки не извлечены: Нарушения прав человека и ВИЧ/СПИД в Российской Федерации* [Lessons not learned: Human rights abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation]. Нью-Йорк, 2004, с. 21.

¹⁶¹ См., например, статью 12 Всеобщей декларации прав человека; статью 8(1) Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод; статью 17(1) МПГПП.

¹⁶² См., например, Европейское бюро ВОЗ, *Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе*, с. 12; *Закон Израиля о правах пациента, 1996 г.*, статьи 19, 20 (см. на сайте: <http://waml.haifa.ac.il/index/reference/legislation/israel/israel1.htm>).

¹⁶³ См.: Хьюман Райтс Уотч, *Раздувая пожар – как нарушения прав человека подпитывают рост эпидемии СПИДа в Казахстане* [Fanning the flames – how human rights abuses are fueling the AIDS epidemic in Kazakhstan] (Нью-Йорк, 2003), сс. 32–33; Хьюман Райтс Уотч, *Риторика и риск: нарушения прав человека препятствуют борьбе с ВИЧ/СПИДом в Украине* [Rhetoric and risk: human rights abuses impeding Ukraine’s fight against HIV/AIDS] (Нью-Йорк, 2006), сс. 34–38; Хьюман Райтс Уотч, *Вводим причину: права человека и профилактика ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков* [Injecting reason: Human rights and HIV prevention for injection drug users] (Нью-Йорк, 2003), pp. 20–24; Хьюман Райтс Уотч. *Уроки не извлечены* (отчет по России), сс. 33–35; Хьюман Райтс Уотч. *Мало могла: война с наркотиками, ВИЧ/СПИД и нарушения прав человека* (Нью-Йорк, 2004), сс. 40–41.



Для людей, употребляющих наркотики, лечение наркотической зависимости является жизненно важным элементом права на здоровье.

Трудно найти данные исследований о том, что медицинские органы предоставляют полиции сведения о людях, употребляющих наркотики, но ясно, что во многих странах потребители наркотиков опасаются именно этого.

Назрела неотложная потребность в нормах и обеспеченных правовыми санкциями обязательствах о соблюдении медицинской конфиденциальности в отношении людей, употребляющих наркотики, включая и лиц, обвиняемых в совершении уголовных преступлений. Информация о состоянии здоровья человека должна быть доступной для него (нее) и помимо этого, только для тех, кому сведения о состоянии здоровья совершенно необходимы, например, медицинскому работнику, если такая информация относится к лечению, которое может назначить или проводить этот медицинский работник¹⁶⁴. В Стандартах Панамериканской организации здравоохранения (ПОЗ) о лечении наркотической зависимости для региона Северной, Южной и Центральной Америки предлагается, что программы лечения должны оцениваться по тому, предусмотрены ли в них строгие меры защиты конфиденциальности медицинских записей, наряду с мерами защиты пациентов от того, что их могут фотографировать или делать записи (аудио или видео) в научных или учебных целях¹⁶⁵.

Выводы и рекомендации

Для людей, употребляющих наркотики, лечение наркотической зависимости является жизненно важным элементом права на здоровье. Хотя лечение не всегда может быть эффективным на 100 процентов, практика и многочисленные исследования свидетельствуют о том, что оно может кардинально изменить состояние психического и физического здоровья тех, кто хочет лечиться. Чтобы медицинские услуги были эффективными, они должны быть без задержек доступными для лиц, употребляющих наркотики, когда у них возникает желание обратиться за медицинской помощью. Медицинские услуги должны быть разнообразными, и клиентам должна предоставляться возможность выбирать один из нескольких методов лечения. Они должны быть гуманными и этичными; принуждение в любом виде следует применять только как крайнюю меру, и только при наличии четко сформулированного обоснования в компетентном, независимом и беспристрастном суде, в соответствии с установленными нормами в отношении ограничений прав человека. По нормам международного права, ни при каких обстоятельствах не разрешается применять «лечение», которое может быть признано пыткой или другим видом жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения.

Сталкиваясь с этой задачей в области здравоохранения, многие страны просто не выполняют своих обязательств по прогрессивной реализации права на медицинское обслуживание. Доказанные методы лечения, которые могут применяться даже в условиях очень ограниченных ресурсов, и

¹⁶⁴ В *Смит против Джонса* ([1999] 1 S.C.R. 455) в п. 74 и далее Верховный суд Канады рассматривал ситуации, когда может быть оправданное сообщение конфиденциальной информации о состоянии здоровья сторонам, не являющимся медицинскими работниками, непосредственно участвующими в лечении. Требование конфиденциальности может быть нарушено, когда существует явный риск для человека или группы лиц, которых могут идентифицировать; риск того, что может быть причинен серьезный вред здоровью или смерть; когда опасность неотвратима; и когда предложенное раскрытие информации как минимум нарушит право на личную жизнь человека, в отношении которого эта информация раскрывается.

¹⁶⁵ ПОЗ/ВОЗ и Межамериканская комиссия по борьбе со злоупотреблениями наркотиками, см. выше, сс. 59–60.



Назрела неотложная необходимость в действиях на международном и национальном уровне по созданию политической обстановки, в которой базовые медицинские услуги для людей, употребляющих наркотики, будут цениться, финансироваться и осуществляться с акцентом на права человека.

которые международные органы считают важными медицинскими услугами, такие как опиоидная заместительная терапия, остаются недоступными для миллионов нуждающихся в них людей – а в некоторых случаях они даже запрещены законом, что противоречит научным данным о передовых практиках и рекомендациям международных органов здравоохранения. Кроме того, в некоторых странах, особенно там, где деяния, связанные с наркотиками, крайне криминализированы, лечение наркотической зависимости относится к ведению системы уголовного правосудия, и оно может основываться на стремлении наказать или на ограничении, а не соблюдении прав человека людей, употребляющих наркотики. Даже когда такое лечение находится в ведении министерств здравоохранения или других органов власти, элементы принуждения слишком часто можно наблюдать в разных проявлениях в методах лечения наркотической зависимости. Принудительное или негуманное лечение неудовлетворительно контролируется органами здравоохранения, и во многих странах отсутствует возможность потребовать компенсацию за злоупотребления.

Ясно, что социальные установки и криминализация людей, употребляющих наркотики, влияют на практику и политику в сфере лечения наркотической зависимости. Если правительства не могут обеспечить базовые медицинские услуги для социального большинства в такой же степени, как они обеспечивают такие услуги для лиц, употребляющих наркотики, это вызывает как протесты со стороны общественности, так и действия международных здравоохранительных органов. Но по поводу лечения наркотической зависимости никто не протестует, и не существует международных норм, на которые можно было бы опереться. Ситуация с правами человека людей, употребляющих наркотики, которая и так уже рискованная, усугубляется тем, что многие из них не могут получить гуманное, эффективное, своевременное и доступное с финансовой точки зрения лечение.

Более 20 лет понадобилось, чтобы мир признал право людей, живущих с ВИЧ/СПИДом на лечение их болезни, и даже после этого миллионы людей продолжают умирать из-за отсутствия лечения. Наркотическая зависимость существует в мире намного дольше, чем ВИЧ/СПИД. Давно наступило время для того, чтобы эта проблема стала приоритетной с точки зрения национального и международного здравоохранения и прав человека. Назрела неотложная необходимость в действиях на международном и национальном уровне по созданию политической обстановки, в которой базовые медицинские услуги для людей, употребляющих наркотики, будут цениться, финансироваться и осуществляться с акцентом на права человека. К первым шагам следует отнести следующие:

- В консультациях с признанными экспертами в области здравоохранения и в сфере прав человека Всемирная организация здравоохранения должна разработать основанные на правах человека стандарты лечения наркотической зависимости. (Они должны дополнить существующее руководство ВОЗ по оценке программ лечения наркотической зависимости, которое, хотя оно и полезно, не является пособием по программам лечения). ВОЗ должна определить, как минимум, методы, которые не должны применяться, и обозначить полезные параметры, в рамках

которых можно разрабатывать практические методы лечения. Особое внимание необходимо обратить на нормы, относящиеся к принудительным элементам лечения, включая принудительное содержание под стражей для проведения лечения, с учетом содержащихся в Резолюции 46/119 Генеральной Ассамблеи ООН от 1991 года принципов защиты психически больных лиц и улучшения психологической помощи. Новые стандарты ВОЗ должны быть предложены руководящему совету ВОЗ в качестве политики. При разработке этих стандартов ВОЗ должна учитывать вопросы, связанные с правами человека, подобные поднимавшимся в настоящей работе, которые обобщены в Приложении 1, а также цель по обеспечению защиты, уважения и осуществления прав человека лиц, проходящих курс лечения наркотической зависимости. Примерный перечень ключевых прав людей, употребляющих наркотики, при лечении наркотической зависимости, приводится в Приложении 2.

- ВОЗ и Управление ООН по борьбе с наркоманией и преступностью (УНП ООН) должны разработать и внедрить эффективный механизм контроля практик лечения наркотической зависимости и соблюдения международных норм. Как минимум, все национальные правительства должны отчитываться по некоторым основным показателям, относящимся к доступности своевременных и различных медицинских услуг, защите от дискриминации, а также к обоснованию применения принудительного лечения и его характере, и к усилиям по поиску методов, альтернативных принудительному лечению. Соответствующие органы ООН, включая Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, должны оказывать давление на страны, где под маркой лечения наркотической зависимости происходят нарушения прав человека, чтобы немедленно прекратились такие практики. ВОЗ и УНП ООН должны работать с двусторонними и многосторонними донорами, такими как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, чтобы обеспечить выделение средств, необходимых для развития системы отчетности государств.
- ВОЗ должна приложить особые усилия, с использованием действующей программы по лекарственным препаратам первой необходимости, для контроля национальных ответов на свою директиву относительно включения метадона и бупренорфина в список основных лекарственных препаратов. Более того, ВОЗ должна призвать Международный комитет по контролю над наркотиками (поддерживаемый ООН орган, состоящий из независимых экспертов, который контролирует медицинское применение метадона) повысить контроль над заместителями опиатов, необходимыми для ОЗТ, особенно в странах с высоким уровнем распространения ВИЧ¹⁶⁶.
- ВОЗ и УНП ООН должны подготовить глобальный обзор национальных практик и стандартов лечения наркотической зависимости, обращая особое внимание на методы лечения, применяемые в случаях, когда медицинское обслуживание относится к ведению системы уголовного правосудия, а также к принудительным методам лечения. В обзор необходимо включить анализ прав человека и представить его официально Верховному комиссару ООН по правам человека, в новый Совет ООН по

¹⁶⁶ См. в: Дж. Чете и Д. Вульф, *Закрывает для доводов рассудка: Международный комитет по контролю над наркотиками и ВИЧ/СПИД [Closed to reason: The International Narcotics Control Board and HIV/AIDS]* (Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу и Институт «Открытое общество», 2007) объяснение роли МККН в обеспечении поставок для ОЗТ и рекомендации по совершенствованию работы Комитета в этом направлении.

правам человека, в различные экспертные комитеты, контролирующие соблюдение государствами обязательств по правозащитным договорам (например, Комитет по правам человека; Комитет по социальным, экономическим и культурным правам; Комитет против пыток) и в другие правозащитные механизмы с соответствующими мандатами (например, Специальному докладчику по вопросам права на здоровье, Специальному докладчику по вопросам пыток).

- Национальные правительства должны выделить ресурсы на поддержку действующих механизмов проверки состояния медико-санитарного обслуживания и систем контроля, чтобы они соответствовали отмеченным выше требованиям к составлению отчетов. В страновых докладах о реализации положений Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах также должны приводиться данные о медицинском обслуживании людей, употребляющих наркотики. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам должен требовать, чтобы правительства включали такую информацию в свои страновые доклады, он также должен поднимать эти вопросы при проведении регулярных проверок соблюдения странами обязательств по Пакту.
- Назрела неотложная необходимость в исследованиях и оценке лечения наркотической зависимости с точки зрения пациентов. В опубликованных работах приводятся многочисленные оценки качества такого лечения без ссылок на личный опыт пациентов. Невозможно правильно оценить такие проблемы как страх перед вмешательством полиции или страх разглашения конфиденциальной информации, а также качество клинических методов, без сведений, полученных непосредственно от пациентов.



Приложение 1: Оценка методов и практик лечения наркотической зависимости с точки зрения прав человека

При проведении оценки методов и практик лечения наркотической зависимости с акцентом на права человека полезно поднимать следующие вопросы. Список вопросов не исчерпывающий, но он отражает некоторые важные проблемы, выявленные в ходе проверок существующих в настоящее время методов и практик.

| |
|---|
| <p>Своевременность: Доступны ли услуги по первому требованию? Являются ли листы ожидания или очереди на лечение причиной того, что некоторые люди, употребляющие наркотики, оказываются потерянными для лечения? Имеется ли механизм контроля времени ожидания или обеспечения более своевременного лечения, когда время ожидания превышает определенный срок?</p> |
| <p>Этические принципы или нормы: Существуют ли действующие национальные нормы медицинской практики или этические принципы лечения наркотической зависимости? Соответствуют ли они нормам в области прав человека?</p> |
| <p>Разнообразие услуг: Являются ли доступные услуги разнообразными или они базируются на одном или очень немногих подходах или методах? Существует ли механизм для контроля разнообразия предлагаемых услуг? Доступны ли услуги по лечению наркотической зависимости в приемных врачах или только в специализированных клиниках?</p> |
| <p>Экономическая доступность: Доступно ли лечение наркотической зависимости с экономической точки зрения? Являются ли некоторые услуги доступными только для тех, кто может оплачивать их стоимость? Существует ли система контроля в случаях отказов потенциальным клиентам в связи с тем, что они не могут оплачивать медицинские услуги?</p> |
| <p>Правовая база ОЗТ: Является ли опиоидная заместительная терапия незаконной или затруднено ли ее применение правовыми, нормативными или административными барьерами?</p> |
| <p>Дискриминация по признаку судимости: Являются ли услуги равно доступными для судимых и несудимых лиц, для лиц, отбывавших или отбывающих наказание в тюрьме или для лиц, каким-либо образом вовлеченных в работу системы уголовного правосудия? Пользуются ли судимые лица такой же степенью соблюдения конфиденциальности, как и несудимые? Имеются ли у них основания опасаться того, что если они захотят лечиться, об этом будут уведомлены органы уголовного правосудия? Имеется ли механизм оценки случаев добровольного отказа судимых лиц от лечения из-за страха, что конфиденциальность будет нарушена?</p> |
| <p>Дискриминация по другим признакам: Являются ли услуги равно доступными (при сравнимом качестве) для людей, живущих в бедности, и для других групп населения, для представителей всех этнических групп, для бездомных и имеющих крышу над головой, для мужчин, женщин и трансгендерных лиц, для людей всех профессий, включая сексуальных работников? Имеется ли механизм подачи жалоб в этой области, гарантирующий безотлагательное и справедливое рассмотрение таких жалоб?</p> |

Отношение к женщинам: Имеются ли адекватные услуги, учитывающие потребности и положение женщин, в том числе беременных? Являются ли услуги, предназначенные для женщин, адекватно доступными в том, что касается рабочих часов, места расположения и дополнительных услуг по уходу за детьми? Когда женщины принимают решения о начале лечения, имеются ли у них обоснованные опасения относительно того, что лечение может привести к вопросам о праве на сохранение попечительства над их детьми? Пользуются ли беременные женщины приоритетным правом на доступ к подходящим для них медицинским услугам? Связано ли лечение наркотической зависимости у женщин с работой психологической службы для преодоления последствий жестокости, которой они могли подвергаться в прошлом или для устранения психологических травм, связанных с насилием или жестокостью, которым они подвергаются во время лечения? Имеется ли механизм оценки случаев добровольного отказа от лечения из-за страха перед лечением или из-за того, что женщины не могут начать лечение по техническим (бытовым) причинам?

Практика применения принудительных методов: Существует ли принудительное лечение наркотической зависимости? Является ли принудительное лечение однозначно крайней мерой? Имеются ли положения о том, что лица, проходящие принудительное лечение, в процессе принятия решений относительно лечения должны быть представлены другими лицами, которые могут действовать в их интересах? Является ли принудительное заключение характерным для программ лечения? Как контролируется лечение пациентов при такой форме заключения? Существуют ли механизмы подачи жалоб теми, кто хочет заявить о нарушениях их прав?

Конфиденциальность медицинских записей: Действует ли эффективная система, гарантирующая конфиденциальность медицинских записей, относящихся к лечению наркотической зависимости, включая всю информацию о характере лечения и изменении состояния пациента? Существует ли механизм подачи жалоб теми, кто хочет заявить о нарушениях их прав?

Лечение под эгидой немедицинских органов: Находятся ли не-исправительные службы по лечению наркотической зависимости в ведении немедицинских министерств, таких как министерство юстиции или министерство внутренних дел? Предполагается ли в этих услугах какая-либо карательная или исправительная функция в дополнение к лечебной функции? Принимаются ли решения, связанные с курсом или ходом лечения, профессиональными медиками?

Принудительный труд: Является ли частью лечения наркотической зависимости принудительный, неоплачиваемый или неадекватно оплачиваемый труд? Находятся ли эти практики под контролем национальных органов инспекции по вопросам трудовых отношений?

Стандарты ОЗТ: Основаны ли программы опиоидной заместительной терапии на твердых научных стандартах в отношении ограничений доз препаратов или продолжительности лечения? Контролируются ли программы на их соответствие признанным международными органами принципам лечения?

Механизмы обжалования: Имеется ли функционирующий механизм обжалования, в рамках которого лица, проходящие лечение наркотической зависимости, могут официально подавать жалобы на нарушения их прав человека, включая жалобы на жестокие, бесчеловечные или унижающие достоинство процедуры? Какие имеются данные о мерах по возмещению вреда в результате действия такого механизма?

Эффективное участие людей, употребляющих наркотики: Участвуют ли люди, употребляющие наркотики или люди, проходящие лечение, в принятии решений о планировании, разработке, реализации и оценке услуг по лечению зависимости? Если да, то насколько эффективно, и каким образом они участвуют? Применяется ли метод взаимных консультаций или оказываются ли другие услуги, связанные с лечением зависимости людьми, находящимися в одинаковом положении?

Приложение 2: Права людей, проходящих лечение наркотической зависимости¹⁶⁷

Каждый пациент, проходящий курс лечения наркотической зависимости, имеет право:

- (1) на полный курс высококачественного лечения, которое должно быть предоставлено без задержки и в соответствии с принятой клинической практикой;
- (2) на лечение без дискриминации и вне зависимости от целей лечения;
- (3) на помощь в определении собственных целей лечения пациента, которые могут включать, но не ограничиваются, абстиненцией или длительной поддерживающей терапией; и
- (4) на эффективное участие во всех решениях относительно лечения, включая решения о том, когда и как лечение будет начинаться, об определении дозировок, а также об отказе от лечения;
- (5) на осуществление его/ее прав как пациента, включая:
 - (a) сообщение, без последующего наказания, о любых случаях предполагаемых злоупотреблений, халатности или эксплуатации пациентов в программе лечения;
 - (b) процесс подачи жалоб и обжалования, в соответствии с национальными законами и нормативными актами;
 - (c) вклад в стратегии программ и услуги в рамках программ посредством заполнения опросных листов о степени удовлетворенности пациента;
 - (d) добровольный отказ от продолжения лечения в любое время;
- (6) быть полностью информированным, включая, но не ограничиваясь правом на получение информации относительно:
 - (a) его/ее прав как пациента, как определено в настоящей части и в соответствующем законе;
 - (b) всего круга доступных вариантов лечения;
 - (c) плана его/ее лечения, включая экземпляр такого плана;

¹⁶⁷ Этот список составлен Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу по результатам консультаций с широким кругом экспертов, а также с учетом идей, высказанных в нескольких публикациях: см., например, Европейское бюро ВОЗ, *Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе [A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe]*, ICP/HLE 121, 28, июнь 1994 (см. на сайте: www.who.int/genomics/public/patientrights/en/; на этом сайте также размещены документы о правах пациентов в ряде стран); Министерство здравоохранения Новой Зеландии, *Опиоидная заместительная терапия: практическое руководство для Новой Зеландии [Opioid substitution treatment: New Zealand practice guidelines]*, февраль 2003. См. на сайте: www.moh.govt.nz; Министерство здравоохранения Македонии, *Инструкции и протокол о применении метадона в лечении опиатной зависимости [Guidelines and Protocol for the Administration of Methadone in the Treatment of Opiate Addiction]*, октябрь 2001; Министерство здравоохранения Чешской Республики, *Руководство по заместительной терапии в Чешской Республике [Czech Substitution Treatment Guidelines]*, июнь 2000, принято специальным постановлением Министерства в 2001 году.

- (d) конфиденциальности медицинских записей и результатов клинических тестов;
 - (e) процедуры подачи жалоб на оказываемые медицинские услуги;
 - (f) его/ее обязанностей как пациента;
 - (g) результатов клинических тестов (анализов); и
 - (h) стоимости и условий оплаты, а также наличия медицинского страхования и других возможных субсидий.
- (7) отказаться от продолжения лечения в любое время:
- (a) медицинский работник (врач) должен предоставить пациенту полную информацию о потенциальных рисках и преимуществах отказа от лечения, он должен работать с пациентом для обеспечения его/ее безопасности и комфорта в процессе выхода пациента из программы лечения;
 - (b) медицинский работник (врач) не должен прекращать оказание необходимых услуг, за исключением случаев, когда пациент требует их прекратить, организовано оказание альтернативных услуг или пациенту предоставляется разумная возможность организовать альтернативные услуги;
 - (c) отказ от лечения с объяснением вероятных последствий должен быть записан или зарегистрирован в медицинских документах и подписан пациентом и врачом;
 - (d) следует избегать недобровольного отказа от лечения, за исключением случаев, когда для этого существуют неопровержимые основания. В начале лечения пациентам следует четко сообщить правила, согласно которым пациент исключается из программы лечения без его/ее согласия.
- (8) на конфиденциальность информации о медицинском обслуживании:
- (a) Записи о личности, диагнозе, прогнозе лечения любого пациента, которые сделаны или получены в ходе лечения наркотической зависимости:
 - (i) являются конфиденциальными;
 - (ii) не являются открытыми для общественного контроля и не подпадают под действие положений о раскрытии информации;
 - (iii) не должны предоставляться другим лицам или учреждениям без согласия лица, в отношении которого такие записи сделаны; и
 - (iv) не подлежат раскрытию и недопустимы в ходе судебного разбирательства.
 - (b) Сотрудников программы нельзя принуждать согласно [соответствующему уголовно-процессуальному кодексу] к даче свидетельских показаний относительно информации, доверенной им или ставшей им известной в этом качестве (сотрудника программы лечения).

