

**Параллельный Доклад Международному Комитету по Экономическим,
Социальным и Культурным Правам (КЭСМП)**

**К вопросу о принятии списка вопросов Правительству Узбекистана
Март 2013 г.**

Данный отчет представлен Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИД и Евразийской Сетью Снижения Вреда¹.

Введение

По состоянию на 1 января 2012 года в Узбекистане было официально зарегистрировано 21524 лиц с ВИЧ-инфекцией; из которых 44,6% идентифицированы как люди, употребляющие инъекционные наркотики.² Употребление инъекционных наркотиков является основным фактором риска, влияющим на рост эпидемии в Узбекистане.³

В 2006 году КЭСМП рекомендовал Узбекистану предотвращать и противодействовать распространению ВИЧ-инфекции и СПИДа; при этом КЭСМП рекомендовал обратить внимание на Замечание общего порядка №14 о праве на здоровье.⁴ КЭСМП также выражал озабоченность увеличением потребления наркотиков и случаев инфицирования ВИЧ или заболевания СПИДом.⁵ В своем втором периодическом докладе государство не уделило внимание данному вопросу.

Заккрытие пилотного проекта по применению опиоидной заместительной терапии

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) внесена в список Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ), Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в качестве ключевого компонента комплексного подхода по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.⁶ Существует множество научных данных, доказывающих эффективность ОЗТ в профилактике ВИЧ-инфекции, снижении употребления опиатов, снижении криминальной активности и предотвращения случаев смерти от передозировки.^{7,8,9} Существует также доказательство того, что ОЗТ улучшает общее состояние здоровья потребителей наркотиков, инфицированных ВИЧ¹⁰, снижает употребление героина и более эффективна в качестве поддерживающей терапии людей, страдающих наркотической зависимостью от опиатов, чем детоксикация¹¹. ОЗТ имеет ряд других преимуществ, в том числе нормализация повседневной жизни и улучшение социального функционирования.

¹ Информация об этих организациях находится в приложении к данному отчету

² Национальный доклад о ходе выполнения декларации СС ГА ООН 2001. Отчетный период: январь 2010 - декабрь 2011 года. Ташкент, 2012 г, с. 3.

³ Там же.

⁴ Экономический и социальный совет ООН. «Рассмотрение докладов, представленных государствами-участниками в соответствии со статьями 16 и 17 Пакта: Узбекистан» Заключительные замечания Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, 24 января 2006 года. Параграф 64.

⁵ Там же.

⁶ ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС. «Техническое руководство для стран по постановке целей универсального доступа к профилактике, лечению и уходу для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в связи с ВИЧ.» 2009 г.

⁷ Ward J, Mattick RP and Hall W (1998) Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies Amsterdam: Harwood Academic Publishers

⁸ Sorensen JL and Copeland AL (2000) Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review Drug and Alcohol Dependence 59(1):17-31

⁹ Gowing L, Farrell M, Bornemann R and Ali R (2004) Substitution treatment of injecting opioid users for preventing transmission of HIV infection (Cochrane review protocol) Cochrane Library 2004 Issue 3 Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.

¹⁰ Weber R, Ledergerber B, Opravil M, Sighenthaler W and Luthy R (1990) Progression of HIV infection in misusers of injected drugs that stop injecting or follow a programme of maintenance treatment with methadone British Medical Journal 301(6765)1362-5

¹¹ Mattick RP, Breen C, Kimber J and Davoli M (2002) Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane review) Cochrane Library 2002 Issue 4 Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.

В 2006 году Узбекистан запустил пилотную программу по внедрению ОЗТ. Однако, Министерство Здравоохранения закрыло эту программу в 2009 году, ссылаясь на ее неэффективность. Этот шаг был предпринят вопреки рекомендациям ВОЗ по расширению программ ОЗТ в регионах страны, за пределами столицы, Ташкента, где была запущена пилотная программа¹².

У пилотного проекта был ряд недостатков, в том числе:

- Отсутствие политической поддержки и политическая оппозиция. ОЗТ никогда не регулировалась в стране на уровне закона, более того ни метадон, ни бупренорфин, как препараты, используемые при ОЗТ, не были включены в списки жизненно важных лекарственных средств, в результате чего программа была уязвима и зависела от политического климата.
- Организация программы, включая неудобные часы работы программы и географическую изоляцию от центра, сделали программу физически недоступной для многих клиентов. ОЗТ, проводимая в специализированных изолированных помещениях, удаленных от других служб поддержки здоровья, в том числе психологических, снижала эффективность лечения;
- Отсутствие надлежащей оценки и технической поддержки пилотной программы. Программы по ОЗТ неизменно привлекают особое внимание политиков, некоторых групп населения и профессиональных групп, связанных в той или иной форме с проблемами наркомании и ВИЧ/СПИДа, а также правоохранительных органов. Учитывая необходимость преодоления политической оппозиции к программам ОЗТ, необходимо, чтобы данные об эффективности пилотных программ были аккуратно задокументированы и чтобы эти программы были обеспечены необходимой технической поддержкой для обеспечения высокого качества услуг. Никакие из вышеперечисленных мер, способствующих улучшению программы и устранению барьеров в создании эффективной программы по лечению наркозависимости, не были предприняты в Узбекистане¹³.

На момент закрытия, почти 200 лиц с опиоидной зависимостью были зачислены в программу и продемонстрировали улучшение состояния здоровья и социального положения с момента начала лечения¹⁴. Эксперты ВОЗ провели оценку пилотного проекта в 2007 году и выделили ряд показателей, демонстрирующих разнонаправленные улучшения у пациентов после начала лечения. Показатели включали улучшение общего состояния здоровья пациентов, отказ от запрещенных наркотиков и снижение криминальной активности. Была вынесена рекомендация по расширению доступности ОЗТ в стране за счет открытия других сайтов в различных регионах Узбекистана, а также по устранению недостатков пилотного проекта¹⁵.

В 2008 году Министерство Здравоохранения провело свою собственную оценку пилотного проекта. Оценка была проведена главным наркологом, который был одним из главных противников внедрения ОЗТ в стране с момента запуска пилотной программы. Результаты данной оценки были представлены на заседании комиссии, в которой приняли участие государственные структуры, неправительственные и международные организации, работающие в области профилактики ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости. По словам представителей международных организаций, участвовавших в этой встрече, отчет о пилотном проекте был, в

¹² Евразийская сеть снижения вреда. «Опиоидная заместительная терапия в Центральной Азии: на пути к разнообразному и эффективному лечению наркотической зависимости.» 2010 г.

¹³ Для дополнительной информации см. также Оценку ЕССВ по ОЗТ в странах Центральной Азии: Латыпов, А., Айзберг А., Болтаев, А., (2010 г.) Опиоидная заместительная терапия в Центральной Азии: на пути к разнообразному и эффективному лечению наркотической зависимости. ЕССВ: Вильнюс, Краткий обзор: http://www.harm-reduction.org/images/stories/library/ost_final_2010.pdf; полный отчет: http://www.harm-reduction.org/images/stories/library/ost_ca_full_report_2010.pdf.

¹⁴ Евразийская сеть снижения вреда. «Закрытие пилотной программы ОЗТ в Узбекистане.» 30 июня 2009 г.

¹⁵ Субата, Е., Моллер, Л., Харабара, Г. И Сулейманов, С. (2007 г.). Анализ пилотного проекта по ОЗТ в Републику Узбекистан. Копенгаген: Всемирная Организация Здравоохранения Европейское Региональное Бюро.

основном, негативный, во многом имел субъективный характер и отличался достаточно вольной интерпретацией фактов.¹⁶

Закрытие программы свело на нет все достижения в области ОЗТ. В то время как другие страны во всем мире продолжают спасать жизни, поддерживая ОЗТ, Узбекистан является единственной страной в мире, закрывшей существующую программу по ОЗТ. Вместо того, чтобы поработать над недостатками пилотного проекта и повысить эффективность ключевых мер по профилактике ВИЧ-инфекции, Министерство решило прекратить доступ к этим научно-обоснованным программам, которые доказали свою эффективность во всем мире.

Вопросы права

Статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП) гласит, что все люди имеют право на «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». Статья 12, а также статья 2, МПЭСКП обязывает государства-участников, такие как, Узбекистан, принять меры «для полного осуществления этого права», включая мероприятия «необходимые для ... профилактики, лечения и борьбы с эпидемическими болезнями ... [и] создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни."

Согласно Замечанию общего порядка № 14 КЭСКП, в котором изложены обязательства государств-участников в отношении реализации права на здоровье, в рамках МПЭСКП:

«Как и в случае всех других прав, гарантируемых Пактом, следует исходить из того, что принятие регрессивных мер в отношении права на здоровье не разрешается. В случае сознательного принятия какой-либо регрессивной меры государство-участник обязано доказать, что такая мера была принята после самого тщательного изучения всех альтернатив и что она является должным образом оправданной с учетом всей совокупности прав, гарантируемых Пактом, в контексте полного использования всех имеющихся у государства-участника ресурсов» (Пункт 32).

КЭСКП также настоятельно рекомендовал обеспечить доступность ОЗТ в качестве ключевого обязательства государств в осуществлении права на здоровье и в соответствии со статьей 12 МПЭСКП и в качестве эффективного способа предотвращения инъекционных эпидемий ВИЧ, принятых в других государствах региона¹⁷.

Решение о закрытии пилотного проекта по ОЗТ однозначно является регрессивной мерой, негативно влияющей на мероприятия, предпринимаемые правительством Узбекистана в ответ на эпидемию ВИЧ. Перед принятием этого решения правительство не провело ни исследований, ни оценок, и было просто не в состоянии или не имело намерения серьезно и внимательно изучить обстоятельства, связанные с эффективностью проекта и возможными последствиями его закрытия. В частности, Министерство Здравоохранения не продемонстрировало, что оно предприняло какие-либо меры для решения комплексных проблем в области общественного здоровья и системы

¹⁶ Латыпов, А., Айзберг А., Болтаев, А., (2010 г) См. Ссылку 13.

¹⁷ Например «Рассмотрение докладов, представленных государствами-участниками в соответствии со статьями 16 и 17 Пакта. Заключительные замечания Комитета по экономическим, социальным и культурным правам. Польша, UN Doc E/C.12/POL/CO/5, параграф 26: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/cescrs43.htm>; Рассмотрение докладов, представленных государствами-участниками в соответствии со статьями 16 и 17 Пакта. Заключительные замечания Комитета по экономическим, социальным и культурным правам. Казахстан, UN Doc E/C.12/KAZ/CO/1, параграф 34: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/428/62/PDF/G1042862.pdf?OpenElement>; Рассмотрение докладов, представленных государствами-участниками в соответствии со статьями 16 и 17 Пакта. Заключительные замечания Комитета по экономическим, социальным и культурным правам. Российская Федерация, UN Doc. E/C.12/RUS/CO/5, параграф 29: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/cescrs46.htm>.

медикаментозного лечения, влияющих на программу, или для увеличения количества рабочих часов или для усиления политической поддержки, которые привели к плохим результатам работы программы. Несмотря на эти проблемы пилотная программа реально способствовала улучшению здоровья тех, кто получил ней доступ. Вместо принятия мер по повышению качества реализации программы, правительство закрыло ее.

Как следствие, все те, кто получил ОЗТ в рамках пилотного проекта, были вынуждены проходить детоксификацию без дальнейшей поддержки - ситуация существенно повышающая риск возврата к использованию уличных наркотиков, со всеми вытекающими негативными последствиями, в том числе, увеличение риска инфицирования или смерти в результате использования нестерильных шприцов (в дополнение к риску привлечения к уголовной ответственности за употребление запрещенных наркотиков и другим неблагоприятным последствиям для здоровья, которые наступают вследствие удержания под арестом и лишения свободы).

Как КЭСКИП постановил в своем Замечании общего порядка № 14, существует презумпция, что принятие регрессивных мер в отношении права на здоровье не разрешается - и, как минимум, такие меры не могут быть приняты произвольно. И основание для закрытия пилотного проекта по ОЗТ в Узбекистане, и то, каким образом это было сделано, противоречит статье 12 Пакта.

Вопросы для рассмотрения Правительством Республики Узбекистан

С учетом вышесказанного, мы бы хотели предложить Комитету по экономическим, социальным и культурным правам представить на рассмотрение правительству Узбекистана следующие вопросы:

Каковы были причины для закрытия пилотной программы по опиоидной заместительной терапии, и какие альтернативы изучило государство-участник, прежде чем принять решение о закрытии пилотной программы по ОЗТ, чтобы должным образом оправдать это решение с учетом всей совокупности прав, гарантируемых Пактом, включая права пациентов, участвовавших в проекте по ОЗТ? Рассматривает ли государство-участник какие-либо планы по возобновлению программы ОЗТ в той или иной форме, в соответствии с рекомендациями специализированных учреждений ООН?

Мы также хотели бы предложить следующие **рекомендации** Правительству Узбекистана:

Государство-участник должно возобновить программу опиоидной заместительной терапии, в соответствии с *Руководством по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением, (2009)*, в целях обеспечения надлежащего освещения в соответствии с рекомендациями ВОЗ / УНП ООН / ЮНЭЙДС *Техническое руководство для стран по постановке целей универсального доступа к профилактике, лечению и уходу для потребителей инъекционных наркотиков (ПИИ) в связи с ВИЧ (2009)*.

ПРИЛОЖЕНИЕ



Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу (www.aidslaw.ca) активно поддерживает права людей, живущих с ВИЧ/СПИДом и уязвимых к этой инфекции, как в Канаде, так и во всем мире, путем проведения исследований, анализа и правозащитной деятельности, участия в стратегических судебных процессах, просвещения и мобилизации общественности. Организации присвоен специальный консультативный статус НПО в Экономическом и социальном совете ООН
Адрес: 1240 Бэй стрит, офис 600, Торонто, Онтарио, Канада M5R 2A7
Тел: +1 (416) 595 1666
Факс: 1 (416) 595 0094
E-mail: Михаил Голиченко, Ведущий аналитик по правам человека, mgolichenko@aidslaw.ca
Вебсайт: www.aidslaw.ca и www.aidslaw.ca/ru



Евразийская сеть снижения вреда (www.harm-reduction.org) имеет специальный консультативный статус НПО в Экономическом и социальном совете ООН. ЕССВ – это региональная сеть, ее миссия заключается в продвижении гуманных, научно обоснованных подходов снижения вреда от употребления наркотиков с целью сохранения и поддержания здоровья и обеспечения защиты прав человека на уровне индивидуума, сообщества и населения в целом.

Адрес: Швитригайлос 11В, Вильнюс 03228, Литва
Тел.: +370 5 2691 600
Факс: +370 5 2691 601
E-mail: Даша Очерет, заместитель директора по программе политики и адвокации, dasha@harm-reduction.org
Вебсайт: www.harm-reduction.org