

Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДУ

# ОБЗОР ПОЛИТИКИ ПРАВА В ОБЛАСТИ ВИЧ/СПИДА

ТОМ 12, НОМЕР 2/3, ДЕКАБРЬ 2007

## Заразное законодательство: распространение новых проблемных законов о ВИЧ в Западной Африке

Модельное законодательство может быть действенным средством борьбы с ВИЧ/СПИДом, но только при условии, что оно базируется на твердых принципах прав человека. В 2004 году группа Акция для Западно-Африканского региона по ВИЧ/СПИДУ (AWARE-ВИЧ/СПИД) подготовила модельный закон о ВИЧ для использования в Западной Африке. Несколько стран региона уже приняли национальные законы, основанные на этом модельном законе. В данной статье Ричард Пирсхауз рассматривает некоторые ключевые положения модельного закона, выделяя моменты, вызывающие опасения с точки зрения прав человека, которые должны быть исправлены до того, как этот закон будет рассматриваться в качестве модельного, для применения национальными парламентами.

### Вступление

Прошло почти 20 лет с тех пор, как судья Австралийского Верховного Суда Майкл Кирби (Michael Kirby) предостерег общественность по поводу распространения опасного типа

*продолжение на стр. 5*



Canadian  
HIV/AIDS  
Legal  
Network

Réseau  
juridique  
canadien  
VIH/sida



Выпуск сборника «Обзор политики и права в области ВИЧ/СПИДа (HIV/AIDS Policy & Law Review) стал возможным благодаря помощи Американской ассоциации юристов (ABA) и Инициативы «Закон и здоровье» и Программы «Здоровье и средства массовой информации» Института Открытое Общество

 OPEN SOCIETY INSTITUTE  
Public Health Program

### Выпуск на трех языках

Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДУ рада представить этот выпуск *Обзора политики и права в области ВИЧ/СПИДа* на русском языке (в дополнение к выпускам на английском и французском языках). Это первый выпуск *Обзора* на русском языке.

### Специальный раздел: Инициатива «Закон и здоровье»

Данный выпуск *Обзора* включает специальный раздел, содержащий серию статей, описывающих программы в Африке и Восточной Европе, связывающие вопросы СПИДа с правами человека. Эти программы начаты при поддержке Инициативы «Закон и здоровье» Программы общественного здравоохранения Института Открытое Общество.

См. стр. 75.

## Обзор политики и права в области ВИЧ/СПИДа

Публикуется Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу  
1240 Bay Street, Suite 600  
Toronto, Ontario  
Canada M5R 2A7  
Tel.: +1 416 595-1666  
Fax: +1 416 595-0094  
info@aidslaw.ca  
www.aidslaw.ca

*Обзор политики и права в области ВИЧ/СПИДа* предлагает анализ и краткий обзор развития ситуации в сфере политики и законодательства в сфере ВИЧ/СПИДа, и содействует просвещению, обмену информацией, идеями и опытом в этих вопросах в международном аспекте.

Коллектив редакции приветствует новые статьи, комментарии и последние новости, относящиеся к освещаемым темам.

Главный редактор: Дэвид Гармэйз dgarmaise@gmail.com  
Редактор раздела «Развитие ситуации в Канаде»: Алисон Саймингтон asymington@aidslaw.ca  
Редактор раздела «Развитие ситуации в мире»: Ричард Пирсхаус rpearshouse@aidslaw.ca  
Редактор раздела «Вопросы ВИЧ/СПИДа в судах Канады»: Сандра Ка Хон Чу schu@aidslaw.ca  
Редактор раздела «Вопросы ВИЧ/СПИДа в судах мира», и Редактор журнала на русском языке: Лия Утяшева lutyasheva@aidslaw.ca

Координатор: Важдан Сохайли  
Переводчики: Роже Карон, Жан Дюсссо, Джози Дюссо, Джоан Форже, Наташа Пахомова, Лиана Ибрагимова  
Набор текста: Лиан Кейтли

Список членов Редакционного совета «Обзора политики и права в области ВИЧ/СПИДа» представлен на сайте [www.aidslaw.ca/review](http://www.aidslaw.ca/review).

© Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2007. Мы приветствуем распространение информации, содержащейся в *Обзоре*, и одобряем перепечатку материалов при условии указания источника этих материалов. Редакционный комитет просит вас присылать нам копии всех публикаций, в которых будут использоваться материалы, представленные в *Обзоре*.

ISSN 1712-624X

### Подписка

*Обзор политики и права в области ВИЧ/СПИДа* публикуется три раза в год. Заявки на подписку на Обзор присылайте на указанный выше адрес.

Стоимость годовой подписки:

В Канаде: \$CA 75.00  
В других странах мира: \$US 125.00 (оплата принимается в долларах США)

Единичный экземпляр или предыдущие копии:

В Канаде: \$CA 12.00  
В других странах мира: \$US 12.00 (оплата принимается в долларах США)

Обзор публикуется с 1994 г. Выпуски 1, с 1-го по 5, 2/3 публиковались под заголовком «Канадский информационный бюллетень о политике и праве в области ВИЧ/СПИДа». Выпуски 5, 4 -9, 2 публиковались под заголовком «Канадский обзор политики и права в области ВИЧ/СПИДа».

Данная публикация и предыдущие выпуски Обзора размещены на сайте: [www.aidslaw.ca/review](http://www.aidslaw.ca/review).

По вопросам членства пишите нам по адресу, указанному выше, или посетите сайт: [www.aidslaw.ca/joinus](http://www.aidslaw.ca/joinus).

**Публикация Обзора политики и права в области ВИЧ/СПИДа** стала возможной благодаря совместной поддержке со стороны Американской ассоциации юристов (АВА) и Инициативы «Закон и здоровье» и Проекта «Средства массовой информации и здоровье» Программы общественного здравоохранения Института Открытое Общество.

**Мнения, выраженные авторами статей/исследований в данной публикации, могут не совпадать с официальной позицией Американской ассоциации юристов (АВА), Инициативы «Закон и здоровье» и Проекта «Средства массовой информации и здоровье» Программы общественного здравоохранения Института Открытое Общество или Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу.**

### О Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу

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

### Об Американской ассоциации юристов (АВА)

Насчитывая более 413,000 членов, Американская ассоциация юристов (АВА) ([www.abanet.org](http://www.abanet.org)), является самой крупной добровольной профессиональной организацией в мире. Выражая национальную точку зрения профессионалов в области права, АВА работает в направлении повышения уровня отправления правосудия, поддержки программ, помогающих юристам и судьям в их работе, аккредитации юридических учебных заведений, осуществлении непрерывного правового обучения и способствует общественному осознанию во всем мире значения верховенства права для демократического общества.

### Об инициативе «Закон и здоровье» и проекте «Средства массовой информации и здоровье» Программы общественного здравоохранения Института Открытое Общество

Институт Открытое Общество (OSI) ([www.soros.org](http://www.soros.org)) является частным благотворительным фондом, поддерживающим формирование общественной политики для продвижения демократического управления, соблюдения прав человека и проведения экономической, правовой и социальной реформы. Инициатива «Закон и здоровье» и Проект «Средства массовой информации и здоровье» Программы общественного здравоохранения Института Открытое Общество, приветствуют политику здравоохранения, основанную на социальном признании и соблюдении прав человека, справедливости и научной доказанности. Инициатива «Закон и здоровье» поддерживает усилия гражданского общества по развитию общественного здравоохранения. Проект «Средства массовой информации и здоровье» повышает осведомленность общественности о вопросах здоровья, особенно о стигматизируемых вопросах здоровья маргинализированных групп населения.

## Комментарии?

Мы хотели бы услышать вашу точку зрения и мнение. Мы приветствуем письма к редактору, комментарии к отдельным статьям и отклики о формате Обзора.

# СОДЕРЖАНИЕ

## СТАТЬИ

Заразное законодательство: Распространение новых проблемных законов о ВИЧ в Западной Африке	1
Суды по делам о наркотиках: Обзор на базе данных	14
Применение мягкого права в отношении ВИЧ/СПИДа в Юго-Восточной Азии	22

## РАЗВИТИЕ СИТУАЦИИ В КАНАДЕ

Пункт контролируемого инъекционного потребления наркотиков получил еще одно временное разрешение на продолжение своей деятельности; начато судебное дело	26
Первое испытание механизма ВТО по приобретению медицинских препаратов-генериков с использованием обязательной лицензии через Канадскую систему доступа к медицинским препаратам	29
Поданы два исковых заявления, оспаривающие канадское законодательство о секс работе на конституционной основе	32
Консервативное правительство объявляет о новой Стратегии борьбы с наркотиками	34
Оттава: Муниципальный совет закрывает программу распространения трубок для курения крэка	36
Кратко	38
Провинция Альберта обнародовала закон, разрешающий принудительное тестирование на ВИЧ	
Провинция Манитоба предлагает услуги по анонимному ВИЧ-тестированию	
Новый 60-секундный тест на ВИЧ появился в провинции Онтарио	
Требование обязательного применения более безопасных игл в медицинских учреждениях провинции Онтарио	
Два новых исследования подтверждают рост инфекции гепатита С и ВИЧ среди населения тюрем	

## РАЗВИТИЕ СИТУАЦИИ В МИРЕ

Южно-Африканская Республика: Увольнение заместителя министра здравоохранения Мадлала-Рутледж	42
Китай: Два шага вперед, шаг назад новой организации по защите прав ЛЖВ	45
Таиланд: Отчет анализирует препятствия к АРВ терапии для людей, употребляющих инъекционные наркотики	47
Ботсвана и Свазиленд: Отчет проводит связь между нарушением прав женщин и ВИЧ	49
Агентства ООН выпустили новые рекомендации по тестированию на ВИЧ	51
Кратко	52
Сингапур сохраняет в Уголовном кодексе статью об уголовной ответственности за сексуальные отношения между мужчинами	
АТЭС: Члены АТЭС приняли обширные рекомендации по профилактике ВИЧ на рабочем месте	

.../4

## **ВОПРОСЫ ВИЧ/СПИДА В СУДАХ КАНАДЫ**

Руководство системы обеспечения кровью признано невиновным в трагедии, связанной с зараженной кровью	54
Федеральный суд: государство не виновно в болезни ВИЧ-инфицированного заключенного	56
Уголовное право и заражение и поставление в опасность заражения ВИЧ: четыре новых дела	57
Кратко	60
Принято заявление на судебный пересмотр решения по делу ВИЧ-инфицированного заявителя на получение статуса беженца	
Прошение активиста по борьбе с ВИЧ/СПИДом остановить депортацию отклонено	
Федеральный суд отказал в ходатайстве об отмене депортации ВИЧ-инфицированной женщины в Замбию	
Апелляционный суд постановил, что ВИЧ-положительный статус не является причиной для отказа в общении между ребенком и родителем	
Мировое соглашение достигнуто в деле о плохой стерилизации медицинского оборудования	
Заявители должны доказать свое право требовать оценку суммы возмещения вреда	

## **ВОПРОСЫ ВИЧ/СПИДА В СУДАХ МИРА**

Индия: Суд подтвердил законность патентного акта, не допускающего выдачи патентов на слегка модифицированные версии существующих лекарственных препаратов	64
Медицинские работники, приговоренные к смертной казни Ливийским судом, помилованы	66
Комитет ООН считает, что Колумбия не защитила право на получение пенсионного пособия в деле, касающемся однополной пары	68
Южно-Африканская Республика: Конституционный суд защитил право на неприкосновенность личной жизни людей живущих с ВИЧ	70
Уголовное право и ВИЧ/СПИД: два новых дела	72
Кратко	73
Центральная Азия: Несколько случаев вспышки ВИЧ связаны с переливанием инфицированной крови и неудовлетворительными санитарными условиями в больницах	
Россия: Суды признали власти виновными в двух случаях передачи ВИЧ инфекции в больницах	

## **СПЕЦИАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ — ИНИЦИАТИВА ЗАКОН И ЗДОРОВЬЕ: СВЯЗЬ МЕЖДУ ВОПРОСАМИ, КАСАЮЩИМИСЯ ВИЧ/СПИДА, И ПРАВАМИ ЧЕЛОВЕКА**

Вынесение права и прав человека на повестку дня: Введение к статьям в этом специальном разделе	75
Объединение медицинской, психологической и юридической поддержки беременным женщинам в ЮАР	78
Повышение доступа к ВИЧ-тестированию и консультированию при соблюдении прав человека	81
Комплексный уход: паллиативный уход и правовые услуги в ЮАР	85
Бесплатная юридическая помощь работает! Снижение вреда и правовые услуги в Полтаве, Украина	87
Грузия: Анти-наркотическое законодательство нарушает права человека	89
Первый судебный прецедент в Кыргызстане: нарушение врачебной тайны	91
Свазиленд: Вдовы борются за свои права	93
Отклик на нарастающий поток призывов в Южной Африке о необходимости криминализации передачи ВИЧ инфекции	94
Уход на дому: кто за это отвечает?	96
Документирование нарушений прав человека в отношении секс-работников в Кении	98

# Заразное законодательство: распространение новых проблемных законов о ВИЧ в Западной Африке

*продолжение текста с обложки*

вируса – «высоко неэффективных законов».<sup>1</sup> Еще на той ранней стадии эпидемии Кирби определил так называемые, «различные породы» высоко неэффективных законов, такие, как законы, предписывающие обязательное тестирование уязвимых групп, или ограничение свободы передвижений людей, живущих с ВИЧ. Он заметил:

вирус, о котором я говорю, не различим под микроскопом. Тем не менее, это заметное явление, которое обнаруживается в растущем числе государств. В некоторых отношениях, это явление так же страшно и опасно, как и сам вирус СПИДа. Он поражает не человеческие, а политические органы.<sup>2</sup>

Через двадцать лет после этого предупреждения, многие страны мира сделали свой выбор о принятии национальных законов о ВИЧ/СПИДе. Часто это общие законы о ВИЧ, например, направленные на различные сферы жизнедеятельности «составные» законы о ВИЧ.

(Не все страны приняли общие законы о ВИЧ. Некоторые правовые системы предпочли пересмотреть существующие законы, например, об общественном здоровье или защите от дискриминации. Другие, не приняли специальных законов,

а утвердили Общую национальную государственную политику в виде Национальной стратегии или плана).

Хотя не существует единого установленного формата для общих законов о ВИЧ, имеется достаточно образцов для выявления общих черт, положительных и отрицательных. Часто такие законы формируют государственный орган для проведения мероприятий по ВИЧ/СПИДу и контроля над ними; для обязательного образования в области ВИЧ и распространения информации; для обеспечения безопасности поставок крови, тканей и органов; для установления правовых принципов проведения тестирования и консультирования по ВИЧ; для организации защиты против дискриминации относительно ВИЧ; для предоставления гарантий по конфиденциальности статуса ВИЧ. Законы о ВИЧ могут также касаться уголовной ответственности за некоторые деяния, и могут криминализовать передачу или поставление в опасность передачи ВИЧ.

В последние несколько лет, практически незаметно для остального мира, страны Западной Африки явились свидетелями распространения национальных законов о ВИЧ. С 2005 года семь стран приняли национальные

законы о ВИЧ (Бенин, Гвинея, Гвинея-Бисау, Мали, Нигер, Того и недавно Сьерра Леоне).<sup>3</sup> Согласно одному из обозревателей, в настоящее время еще шесть стран готовят законопроекты о ВИЧ.<sup>4</sup> При таком развитии событий Западная Африка становится одним из самых (если не самым) «законодательно урегулированным» в отношении ВИЧ регионом мира.

Разработка стольких законов о ВИЧ и столь быстро, не произошла случайно. Скорее, это явилось следствием проекта распространения модельного закона о ВИЧ в данном регионе.<sup>5</sup>

## Модельный закон

В сентябре 2004 года, небольшая организация Акция для Западно-Африканского региона по ВИЧ/СПИДу (AWARE-HIV/AIDS, далее AWARE-ВИЧ/СПИД) провела семинар в Нджамене, Чад. Организация Акция для Западно-Африканского региона по ВИЧ/СПИДу расположена в Гане, и действует по всей Западной Африке. Организация финансируется Агентством международного развития США (USAID), и управляется обществом Международное семейное здравоохранение (Family Health International), с привлечением дополнительного финансирования таких базирующихся в США

организаций, как Population Service International (PSI) и Constella Futures Group.<sup>6</sup>

Намеченной целью семинара в Нджамене было утверждение модельного закона о ВИЧ. На семинаре присутствовало много парламентариев региона. За три дня встреч участники утвердили модельный закон о ВИЧ/СПИДе для Западной и Центральной Африки (модельный закон), вместе с планом распространения модельного закона во всем регионе.

Модельное законодательство – достаточно распространенная мера правовых реформ. Оно предполагает разработку законодательного «эталона», который может быть модифицирован и принят отдельными правовыми системами. Модельное законодательство обладает преимуществами, как, например, ознакомление с опытом и избежание дублирования разработки проектов отдельных законов в каждой из правовых систем. Так, ООН имеет модельный закон против расовой дискриминации.<sup>7</sup> Модельные законы также эффективны в стандартизации законодательных подходов в правовых системах с похожей правовой структурой, включая страны с системой федеральной государственной власти.

Однако, модельные законы целесообразны, если они являются хорошими по существу; иначе, ошибки и проблемы модельного закона представляют риск повторения в законах, создаваемых по типу модельного.

Модельный закон AWARE-ВИЧ/СПИД описывается в пресс-релизах, как отвечающий нуждам

«регионального законодательства в сфере прав человека для защиты тех, кто инфицирован или подвержен риску инфицирования ВИЧ».<sup>8</sup> Во вступлении к модельному закону отмечается:

Безрассудный страх перед этой инфекцией подогревается невежеством, ведет к предрассудкам, дискриминации и стигматизации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, а также их близких. Нарушение прав человека людей, инфицированных или затронутых ВИЧ/СПИДом – главная проблема, стоящая перед службами профилактики, лечения и управления ВИЧ/СПИДом.<sup>9</sup>

Модельные законы целесообразны только тогда, когда являются хорошими по существу; иначе проблемы и ошибки повторятся в законах, основанных на модельном законе.

Существует несколько положительных сторон модельного закона:

- Положения, гарантирующие до- и после-тестовое консультирование;
- Положения, гарантирующие медицинскую помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВ);

- Защита конфиденциальности; и
- Запрет дискриминации по предполагаемому или действительному ВИЧ положительному статусу, в том числе на рабочем месте, в образовательных учреждениях, учреждениях здравоохранения и в случае оформления кредитов и страховок.

Однако при рассмотрении с позиций прав человека, модельный закон содержит ряд спорных и проблемных положений.

### Модельный закон AWARE-ВИЧ/СПИД – сквозь призму прав человека

Существуют специальные рекомендации о том, как права человека должны быть включены в законодательство о ВИЧ. Например, *Международные руководящие принципы «ВИЧ/СПИД и права человека»* (Международные руководящие принципы), которые были разработаны на консультационных встречах экспертов, созданных Управлением Верховного комиссара ООН по правам человека и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу, содержат 12 специальных рекомендаций о том, как права человека должны соблюдаться и охраняться в контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа.<sup>10</sup>

*ЮНЭЙДС Руководство для законодателей по вопросам ВИЧ/СПИДа, законодательства и прав человека*, (Руководство для законодателей), составленное Межпарламентским союзом и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу в 1999

году,<sup>11</sup> представляет конкретные меры, которые законодатели и государственные деятели могут предпринять, чтобы приводить Международные руководящие принципы в жизнь.

К сожалению, многие части модельного закона противоречат этим рекомендациям.

### **Образование и информация**

Статья 2 модельного закона предусматривает проведение общеобразовательных и информационных компаний в школах. В одной из частей этой статьи говорится, что «запрещено читать подобные курсы несовершеннолетним без предварительных консультаций с родителями, чье согласие в отношении содержания и материалов курса, необходимо для его проведения».

Такой подход не соответствует реальной ситуации, в отношении возраста вступления в первые половые отношения во многих странах. В Мали и Гвинее, например, средний возраст первого полового контакта для девочек – 16 лет.<sup>12</sup> Доступ детей к образованию в сфере здоровья не должен определяться тем, что считается уместным родителями.

Всесторонние образовательные программы, дающие полную, основанную на фактах и беспристрастную информацию о профилактике ВИЧ, включая информацию о правильном и постоянном использовании презервативов, представляют исключительную важность для подростков и молодежи в данном контексте. Доступ к информации о ВИЧ/СПИДе – это право человека.

*Международный пакт о гражданских и политических правах* гарантирует, что все люди имеют право «искать, получать и распространять всякого рода информацию» включая информацию об их здоровье.<sup>13</sup> Право на образование гарантируется многими международными документами, включая Конвенцию о правах ребенка.<sup>14</sup>

Международные руководящие принципы призывают государства делать позитивные шаги, чтобы «обеспечивать доступ детей и подростков к адекватной информации и образованию по вопросам здоровья, в том числе к информации о мерах предупреждения и лечения ВИЧ/СПИДа как в школах, так и вне их, при должном учете их возраста и способностей, что позволит им позитивно и ответственно подходить к вопросам половой жизни».<sup>15</sup>

### **Обязательства раскрытия или «обязанность предупредить»**

Статья 26 модельного закона предписывает лицу с диагнозом ВИЧ раскрывать его или ее статус ВИЧ-инфицированного «супруге (у) или постоянному сексуальному партнеру» как можно быстрее или в течение шести недель после постановки диагноза. Центр тестирования должен оповещать супругов и сексуальных партнеров через шесть недель, «учитывая, что принимаются все усилия, чтобы позволить партнерам осознать ситуацию».

Это требование является очень пространственным. Почему раскрытие ВИЧ-статуса предписано законом,

безотносительно степени риска передачи инфекции? Требование такого раскрытия каждому сексуальному партнеру – без учета таких моментов, как сексуальное поведение, принятие мер предосторожности для предотвращения передачи инфекции, возможность ЛЖВ раскрыть свой статус не подвергаясь опасности, опасения такого лица о последствиях – неоправданно ущемляют право на частную жизнь и подвергают лицо, инфицированное ВИЧ, стигме, дискриминации, насилию и другим злоупотреблениям.

Раскрытие ВИЧ-положительного статуса может быть трудным по многим причинам, не последние из которых – стигма и стыд, часто окружающие диагноз ВИЧ. В некоторых случаях – особенно для женщин – страх физического насилия может быть причиной неоповещения партнера. Некоторые правовые системы включают в практику оповещения партнера проверку на домашнее насилие или направление в специализированные службы для пострадавших от домашнего насилия.<sup>16</sup> Международные руководящие принципы советуют добровольное оповещение партнера, но с учетом исключительных обстоятельств:

Законодательство в области общественного здравоохранения должно разрешать специалистам-медикам, не требуя от них этого, принимать решение относительно уведомления партнеров по половым отношениям своих пациентов об их инфицированности ВИЧ с учетом каждого индивидуального случая и этических соображений. При принятии такого решения следует

в обязательном порядке соблюдать следующие критерии:

- проведение обстоятельной консультации с соответствующим лицом, инфицированным ВИЧ;
- консультирование лица, инфицированного ВИЧ, не позволило добиться соответствующих изменений в его поведении;
- отказ инфицированного ВИЧ лица от уведомления об этом своего партнера (партнеров);
- наличие реального риска передачи ВИЧ партнеру (партнерам);
- заблаговременное уведомление инфицированного ВИЧ лица;
- при наличии практической возможности партнеру (партнерам) не сообщается фамилия лица, инфицированного ВИЧ;
- при необходимости предусматриваются последующие меры для обеспечения поддержки лиц, причастных к этой ситуации.<sup>17</sup>

### Вопросы тестирования на ВИЧ

Статья 18 модельного закона запрещает обязательное тестирование на ВИЧ, за исключением:

- «когда лицу предъявлено обвинение в инфицировании или попытке инфицирования ВИЧ другого лица»;
- когда лицу предъявлено обвинение в изнасиловании;
- «когда определение ВИЧ статуса необходимо для разрешения супружеского конфликта»;
- в случаях использования донорских органов, клеток, крови;

- «когда беременная женщина проходит медицинское обследование».<sup>18</sup>

По причине насильственного характера принудительного и обязательного тестирования на ВИЧ, такое тестирование нарушает права личности на неприкосновенность частной жизни и телесную неприкосновенность.<sup>19</sup> Тестирование на ВИЧ без согласия лица почти никогда не является оправданным,<sup>20</sup> и подобно другим нарушениям прав человека, требует тщательной оценки аргументов в пользу его необходимости.

### Принудительное тестирование на ВИЧ лиц, обвиненных в изнасиловании, заражении или попытке заражения ВИЧ-инфекцией

Законодательство о принудительном тестировании на ВИЧ лиц, обвиненных в этих преступлениях, должно проводиться с крайней осторожностью. Основными причинами является то, что такое тестирование:

- не дает своевременной и надежной информации о риске инфицирования ВИЧ для пострадавших от преступлений на сексуальной почве;<sup>21</sup>
- является вводящим в заблуждение, потенциально негативным подходом по отношению к нуждам пострадавших от преступлений на сексуальной почве;<sup>22</sup>
- нарушает права обвиняемого на телесную неприкосновенность, тайну частной жизни и человеческое достоинство; и<sup>23</sup>

- может не содействовать психологическому выздоровлению пострадавшего.<sup>24</sup>

Предполагаемая цель принудительного тестирования обвиняемых в преступлениях на сексуальной почве – дать пострадавшим возможность получить постконтактную профилактику (ПКП), в случаях, когда они могли подвергнуться риску заражения ВИЧ. Однако, закон должен обеспечить, чтобы все пострадавшие от преступлений на сексуальной почве получили доступ к постконтактной профилактике и консультированию по ПКП, независимо от того, предусматривается ли законом принудительное тестирование лица, виновного в совершении преступления на сексуальной почве.

Раскрытие ВИЧ-положительного статуса может быть трудным по многим причинам, не последние из которых - стигма и стыд, часто окружающие диагноз ВИЧ.

### Принудительное тестирование для разрешения супружеских конфликтов

Редко, если когда-либо вообще, разрешение супружеского конфликта требует принудительного

тестирования на ВИЧ. Более того, не рекомендуется, чтобы ВИЧ-положительный статус служил основанием для признания брака недействительным, поскольку это может привести к увеличению стигмы по отношению к людям, живущим с ВИЧ.

### Принудительное тестирование беременных женщин

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС) в пункте о тестировании на ВИЧ и консультировании отмечает:

Несмотря на присутствие фактора риска или потенциально успешного вмешательства с целью предотвращения передачи инфекции, беременные женщины не должны подвергаться принуждению или проходить тестирование без согласия. Напротив, им должна быть представлена вся информация и право на принятие собственного решения о тестировании на ВИЧ, родах и о кормлении.<sup>25</sup>

Рутинное предложение тестирования на ВИЧ беременным женщинам (в отличие от рутинного тестирования, когда тестирование проводится автоматически, за исключением случаев, когда лицо недвусмысленно отказывается) сопровождается консультированием и дачей осознанного согласия, и является оправданной мерой, которая принимает во внимание, как цели охраны общественного здоровья, так и уважение, защиту и соблюдение прав человека.

### Криминализация заражения или поставления в опасность заражения ВИЧ

Статья 36 модельного закона обращается к вопросу

криминализации передачи инфекции или поставления в опасность передачи ВИЧ. К сожалению, особенно учитывая сложность этого вопроса, статья 36 модельного закона является нескладной и непонятной. Без всяких на то причин, под-параграфы в английском и французском вариантах даны в обратном порядке, и тексты явно отличаются друг от друга.

Одна часть Статьи 36 модельного закона криминализует «преднамеренное заражение». Она гласит: «Любое лицо, виновное в преднамеренном заражении ВИЧ будет подвергнуто ... наказанию». «Преднамеренное заражение» определяется в Статье 1 как заражение ВИЧ «другого лица любым способом, лицом, полностью осведомленным о его/ее ВИЧ/СПИД статусе». «Заражение ВИЧ» также определяется, с уточнением, что инфекция «может передаваться половым путем, при переливании крови или при общем использовании игл внутривенных инъекций, посредством инструментов, прокалывающих кожу, или от матери ребенку».

Международные руководящие принципы предлагают следующее по поводу использования уголовного права в контексте ВИЧ:

В уголовном законодательстве и/или законодательстве в области общественного здравоохранения следует не предусматривать специальные составы преступления для случаев умышленной и намеренной передачи ВИЧ, а использовать в этих исключительных случаях состав общеуголовных преступлений. Это должно обеспечить четкое и законное определение таких

элементов, как предвидимость, преднамеренность, причинность и согласие, для обоснования обвинительного приговора и/или более суровых мер наказания.<sup>26</sup>

С учетом этой секции, в Статью 36 следует включить действительное знание о ВИЧ-инфицировании как необходимое условие наступления уголовной ответственности. Однако, фраза «любым способом» трактует условия передачи слишком широко, особенно при существующем в модельном законе определении «заражения ВИЧ». В результате уголовные наказания могут применяться в ситуациях, когда:

- Лицо использует защитные меры при сексуальных отношениях, независимо от того раскрыт ли ВИЧ-положительный статус партнеру и независимо от реального риска заражения;
- Лицо следует мерам дезинфекции игл для внутривенных инъекций или других инструментов, прокалывающих кожу, независимо от того раскрыт ли ВИЧ статус партнеру, и независимо от реального риска заражения; и
- Мать передает ВИЧ ребенку, до или во время родов, независимо от мер предосторожности, направленных на сокращение риска инфицирования и независимо от реального риска заражения.

### Упущения модельного закона

#### Женщины

Среди «принципов», провозглашенных в модельном законе, имеет место следующее:

Правительство должно незамедлительно обратить внимание на причины, которые увеличивают передачу ВИЧ-инфекции, включая бедность, гендерное неравенство, традиционные практики...

Правительство должно признать растущую уязвимость женщин и детей и принять меры к рассмотрению их особых нужд

Модельный закон не упоминает ни о правах женщин, ни об особых социальных, культурных, экономических и правовых факторах, которые увеличивают уязвимость женщин перед ВИЧ-инфекцией, и их подверженность различным негативным влияниям в результате инфицирования ВИЧ.

**Модельный закон не рассматривает никакие социальные, культурные, экономические и правовые факторы, способствующие большей уязвимости женщин при инфицировании ВИЧ.**

### Заклученные

Статья 8 модельного закона отмечает, что информация о ВИЧ должна предоставляться «наиболее подходящим образом» во всех местах лишения свободы.

Это позволяет Министерствам юстиции, внутренних дел и здравоохранения применять эту статью на практике. В то же время, в содержании Статьи 8 подразумевается, что определенные детали должны устанавливаться дополнительными правовыми документами, но не указывается, что именно подобные инструкции должны содержать. Для того чтобы достичь положительного эффекта, информация о ВИЧ должна сопровождаться предоставлением материалов по профилактике ВИЧ в тюремных условиях, что включает презервативы и стерильное инъекционное оборудование.

### Другие уязвимые лица

Очень малое место отведено в модельном законе другим уязвимым лицам или программам, направленным на их нужды.

### Государственные законы о ВИЧ

Стороны, поддерживающие модельный закон, часто упоминают государственный суверенитет государства как систему «сдержек и противовесов» в отношении модельного закона. Другими словами, государства полномочны принимать, адаптировать, модифицировать или отклонять рамочные законы в соответствии со своими непосредственными ситуациями и нуждами.

Учитывая опыт модельного закона Нджамены, такой взгляд является наивным. Несмотря на многие положения, являющиеся спорными с точки зрения прав человека, модельный закон представляется как модель (т.е. идеал, или лучшая практика)

законодательства. Действительно, все национальные законы о ВИЧ в странах Западной Африки обнаруживают влияние модельного закона. Один из них, недавно принятый в Гвинее-Биссау, повторяет модельный закон почти дословно.

Обычно национальные законы точно придерживаются положений модельного закона – с некоторыми модификациями, добавлениями и опущениями, но следуют одной общей структуре законодательства. Например, положения об оповещении партнера и об обязанности медицинского персонала «предупредить» в законах Нигерии, Мали и Того по существу такие же, как в соответствующих положениях модельного закона, обсуждаемых выше.

Иногда национальные законы содержат дополнительные положения, которые являются продолжением намерения законодателей в модельном законе. Там, где положения модельного закона не приняли во внимание принципы прав человека, соответствующие положения национальных законов также могут содержать похожие проблемы. Например:

- Статья 2 закона Гвинеи добавляет дальнейшие ограничения (по сравнению с текстом модельного закона) в области образования и информации в вопросах ВИЧ/СПИДа, устанавливая, что запрещается предоставлять образовательные программы по ВИЧ детям до 13 лет.
- Статья 28 закона Гвинеи требует обязательное

тестирование перед вступлением в брак.

- Статья 50 закона Того предписывает обязательное периодическое тестирование на ВИЧ и инфекции, передаваемые половым путем, секс-работников.<sup>27</sup>

Несмотря на рекомендации Международных руководящих принципов, что не должно быть специфических правонарушений, связанных с ВИЧ,<sup>28</sup> все обсуждаемые национальные законы о ВИЧ устанавливают состав преступления состоящий из «преднамеренного заражения ВИЧ».<sup>29</sup> Ни один из законов не определяет понятие «преднамеренное», что противоречит предостережению, сформулированному в Международных руководящих принципах, о том, что в случае введения в законодательство понятий уголовно-наказуемой передачи или постановки в опасность передачи ВИЧ, необходимо введение таких элементов, как «предвидимость, преднамеренность, причинность и согласие, для обоснования обвинительного приговора и/или более суровых мер наказания».<sup>30</sup>

Только закон Того предусматривает необходимость «элемента умысла» при установлении вины: Статья 53 этого закона утверждает, что уголовным преступлением является «незащищенный сексуальный контакт с намерением передать вирус, или другая деятельность с целью умышленного распространения вируса».

Если положения об уголовно-наказуемой передаче включено в

закон, то применение уголовных санкций должно быть ограничено поведением, которое показывает высокий уровень злого умысла, таким образом, ограничивая применение наиболее серьезного правового инструмента государства и наказания к случаям, которые явно заслуживают подобного обращения.

Другие национальные законы являются намного более расплывчатыми в определении поведения, которое они криминализируют. Например:

- Статья 27 закона Бенина считает преступлением вступление в половые отношения лица, знающего о его/ее инфицировании вирусом СПИДа, без использования защитных средств и не раскрывающего этого факта партнеру. При этом реальной передачи ВИЧ не требуется.
- Статья 14 закона Того вводит в обязанность всем лицам использовать мужские или женские презервативы «во всех сексуальных отношениях, представляющих риск». В действительности, любой вагинальный или анальный секс без использования презерватива оказывается тогда нелегальным, независимо от обстоятельств. Статья 13 специально направлена на людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, запрещая им любой секс без использования защитных средств – безотносительно факта раскрытия их статуса партнеру, который выразил согласие, и безотносительно ВИЧ статуса партнера.

- В законе Гвинеи преступление «преднамеренной передачи ВИЧ» вытекает как из Статьи 35 (определяет передачу инфекции посредством секса или через кровь, как преступление), так и из самого определения «преднамеренной передачи ВИЧ», содержащегося в Статье 1. Это определение включает не только случаи, когда вирус реально передается через зараженные ВИЧ субстанции, но также любой контакт с такими субстанциями независимо от обстоятельств.

Это определение также предположительно предусматривает уголовную ответственность за передачу инфекции или поставление в опасность заражения независимо от: а) было ли лицо осведомлено об том, что оно инфицировано ВИЧ, или знало о риске передачи инфекции; б) реального риска передачи, связанного с действиями лица; г) раскрыло ли лицо, живущее с ВИЧ, свой статус другому лицу, или это другое лицо знало об инфекции другим способом; д) предпринимало ли лицо шаги к уменьшению риска передачи инфекции (т.е. использование презервативов и других безопасных практик, стерилизация инъекционного оборудования); и е) имело ли инфицированное лицо какой-то контроль над степенью риска в ситуации (использование презерватива мужем или партнером).

- Определение «заражение (передача) ВИЧ» в ряде законов (например,

Гвинеи, Гвинеи-Биссау, Мали, Нигера) включают передачу ВИЧ от матери ребенку (ПМР): некоторые определения «передачи ВИЧ» непосредственно упоминают ПМР; другие могут включать ПМР через кровь. Поскольку такие определения могут быть решающими в определении того, было ли совершено преступление «преднамеренного заражения ВИЧ», представляется, что эти законы криминализируют передачу инфекции от матери ребенку.

Некоторые национальные законы трактуют передачу ВИЧ-инфекции от матери ребенку как уголовное преступление.

- Закон Сьерра Леоне содержит две характерные статьи, определяющие составы преступлений связанные с «инфицированием ВИЧ». Статья 21 (1) заявляет, что лицо, инфицированное ВИЧ (и осведомленное об этом) должно «предпринять все разумные меры предосторожности, чтобы не допустить передачи ВИЧ другим, и в случае беременных женщин – не заразить плод». Согласно Статье 21

(2) лицо, инфицированное ВИЧ (и осведомленное об этом) не должно осознанно и безответственно подвергать другое лицо («в случае беременных женщин – плод») риску инфицирования ВИЧ, за исключением случаев, когда лицо, осведомлено о ВИЧ-статусе и добровольно принимает риск инфицирования.<sup>31</sup>

В этих положениях содержится несколько проблемных моментов. Во-первых, они нарушают право на медицинское обслуживание с добровольного, осведомленного согласия. Осведомленное согласие на принятие антиретровирусной терапии с целью уменьшения риска передачи инфекции от матери ребенку очень важно, поскольку лечение может повлиять на здоровье беременной женщины.<sup>32</sup>

Во-вторых, нигде не оговаривается, что именно предполагает формулировка «все разумные меры предосторожности». Действительно, неясно до какой степени эти меры предосторожности определены и понятны как медицинскому персоналу, так и беременным женщинам, что их несоблюдение может привести к применению уголовных санкций. Например, может, в таком случае, передача инфекции во время кормления грудью предполагать уголовную ответственность?

В-третьих, страх, что роды в медицинских заведениях приведут к

уголовной ответственности, может отпугнуть женщин от медицинских заведений, особенно родильных отделений. В-четвертых, сомнительно, что уголовное наказание матери будет в лучших интересах ее новорожденного ребенка.

## Заключение

Давление на законодателей и правительства стран всего мира представить правовую реакцию на ВИЧ, является чрезвычайно высоким.<sup>33</sup> Однако, законы, касающиеся ВИЧ, даже те, которые прикрываются принципами прав человека, не всегда прогрессивны. Подобные законы могут играть ведущую роль в поддержке действенных инициатив в отношении ВИЧ, но они также могут препятствовать таким инициативам.

Существует подробно расписанная система принципов прав человека (Международные руководящие принципы), составленная для того, чтобы направлять законодателей в процессе подготовки законов относительно пандемии. Чтобы внести конструктивный вклад в уменьшение последствий ВИЧ, национальные законы должны создавать условия реальной поддержки для людей, живущих с ВИЧ, и для наиболее уязвимых перед инфекцией групп населения. Очень часто, в принятых недавно законах о ВИЧ стран Западной Африки, этот главный момент игнорируется.

– Ричард Пирсхауз

Ричард Пирсхауз (rpearhouse@aidslaw.ca) является директором отдела исследований и политики Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу.

<sup>7</sup> Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, «*Модельный национальный закон для руководства правительствам по принятию дальнейшего законодательства против расовой дискриминации*» (*Model National Legislation for the Guidance of Governments in the Enactment of Further Legislation Against Racial Discrimination*). Текст на английском языке на: [www.unhchr.ch/html/menu6/2/pub962.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu6/2/pub962.htm). Пример законодательства по контролю над запрещенными наркотиками, см. [www.unodc.org/unodc/en/legal\\_advisory\\_common.html](http://www.unodc.org/unodc/en/legal_advisory_common.html).

<sup>8</sup> Constella Group.

<sup>9</sup> AWARE-ВИЧ/СПИД.

<sup>10</sup> Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*, 1998. Русский текст размещен на: <http://www.hri.ru/docs/?content=doc&id=343>.

<sup>11</sup> ЮНЭЙДС и Межпарламентский союз, *Руководство для законодателей по вопросам ВИЧ/СПИДа, законодательства и прав человека*, 1999. Русский текст на <http://www.un.org/russian/events/aids/guide.pdf>. Во время написания статьи подготавливалось второе издание руководства.

<sup>12</sup> M. Bozon, *At What Age Do Women and Men Have Their First Sexual Intercourse? World Comparisons and Recent Trends*, Institut National d'Études Démographiques (France) (drawing on DHS surveys), 2003.

<sup>13</sup> *Международный пакт о гражданских и политических правах*, принят Резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи ООН от 16 декабря 1966 года.

<sup>14</sup> *Конвенция о правах ребенка*, принята Резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 года.

<sup>15</sup> *Международные руководящие принципы*, параграф 38 (g).

<sup>16</sup> A. Medley et al, "Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes," *Bulletin of the World Health Organization* 82 (2004): 299–307.

<sup>17</sup> *Международные руководящие принципы*, принцип 3(g).

<sup>18</sup> По непонятным причинам, положение о принудительном тестировании беременных женщин в медицинских учреждениях содержится в английской версии модельного закона, и отсутствует во французской.

<sup>19</sup> См., например, Статью 17 *Международного пакта о гражданских и политических правах*.

<sup>20</sup> Единственным исключением запрещения обязательного тестирования на ВИЧ, является тестирование для доноров крови, тканей организма и органов, где существует явная необходимость тестирования на ВИЧ в целях обеспечения сохранения здоровья, и где государство имеет юридическую обязанность перед потенциальными получателями крови и органов обеспечить их безопасность.

<sup>21</sup> Негативный тест на ВИЧ обвиняемого, не доказывает с абсолютной точностью, что

пострадавший от преступления не был подвергнут риску передачи ВИЧ, так как предполагаемый преступник может проходить тест во время «периода окна», когда тест на ВИЧ не в состоянии определить инфекцию: Legal Assistance Centre (LAC), *A Case Against Mandatory HIV Testing of Rapists*, 1997; AIDS Law Project (ALP), Centre for Applied Legal Studies, *Submission on the Compulsory HIV Testing of Alleged Sexual Offenders Bill*, 6 февраля 2003.

<sup>22</sup> В отношении потенциального негативного влияния, отчет LAC (см. предыдущую ссылку) заявляет, что если обязательное тестирование проводится для того, чтобы обвинить насильника в дополнительных преступлениях, жертвы изнасилования могут быть подвергнуты вопросам относительно их сексуальной истории и их ВИЧ статуса до преступления. Неприкосновенность частной жизни в отношении ВИЧ статуса жертв преступлений также может быть проблемой.

<sup>23</sup> Там же.

<sup>24</sup> Отчет ALP's (см. ссылку 21) говорит, что "подавляющее большинство предполагаемых преступников не попадают в руки правосудия сразу после совершения преступления". Это значит, что жертвы преступлений чаще всего не смогут воспользоваться информацией о результате тестирования на ВИЧ, для того чтобы принять решение о начале принятия антиретровирусной терапии.

<sup>25</sup> *UNAIDS Policy on HIV Testing and Counselling*, 1997, стр. 1. *Международные руководящие принципы* подчеркивают, что «государствам следует обеспечивать, чтобы все женщины и девочки-подростки детородного возраста имели доступ к точной и полной информации и консультированию о мерах предупреждения передачи ВИЧ-инфекции и опасностях вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, а также доступ к имеющимся средствам минимизации такого риска или же имели возможность выбора в пользу деторождения», параграф 38(f).

<sup>26</sup> *Международные руководящие принципы*, принцип 4, параграф 21(a).

<sup>27</sup> *Международные руководящие принципы* рекомендуют не проводить обязательное тестирование секс-работников и предлагают более широкий, добровольный подход: *Международные руководящие принципы*, параграф 29(c).

<sup>28</sup> *Международные руководящие принципы*, принцип 4, параграф 21(a).

<sup>29</sup> На практике, в большинстве случаев, криминализируется постановление в опасность, а не передача ВИЧ.

<sup>30</sup> Там же.

<sup>31</sup> Статья 21 закона Сьерра-Леоне, по видимости, основана не на модельном законе, а на статье 24 закона Кении «*О профилактике и контроле над ВИЧ и СПИДом*» (*HIV and AIDS Prevention and Control Act*) (2006), хотя специальное упоминание о ПМП существует только в законе Сьерра-Леоне.

<sup>32</sup> See Center for Reproductive Rights, *Pregnant Women Living with HIV/AIDS: Protecting Human Rights in Programs to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV*, briefing paper, август 2005. На: [www.reproductiverights.org/pdf/pub\\_bp\\_HIV.pdf](http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_bp_HIV.pdf).

<sup>33</sup> M.D. Kirby.

<sup>1</sup> M.D. Kirby, *The New AIDS Virus — Ineffective and Unjust Laws*, неопубликованная статья для Международного симпозиума по СПИДу, Париж, 23 октября 1987, перепечатано в *Washington Post*, февраль 2, 1988, стр. 14.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Закон «*О профилактике, уходе и контроле в связи с ВИЧ/СПИДом*» (Law on prevention, care and control of HIV/AIDS) (№ 2005-31 от 5 апреля 2006), Бенин; Закон «*О профилактике, уходе и контроле в связи с ВИЧ/СПИДом*» (№ 2005-25) Гвинея; «*Основы законодательства в отношении профилактики, лечения и контроле над ВИЧ/СПИДом*», Гвинея-Бисау; «*Закон, определяющий правила в отношении профилактики, ухода и контроля над ВИЧ/СПИДом*» (Law establishing rules relating to the prevention, care and control of HIV/AIDS), (№ 06-28 от 29 июня 2006), Мали; «*Закон в отношении профилактики, ухода и контроля над Вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)*» (Law relating to the prevention, care and control of Human Immunodeficiency Virus (HIV)) (№ 2007-08 от 30 апреля 2007), Нигер; «*Закон о профилактике и контроле ВИЧ и СПИДа*» (The Prevention and Control of HIV and AIDS Act), (2007), Сьерра Леоне; и «*Закон о защите населения в отношении ВИЧ/СПИДа*» (Law on the protection of people with respect to HIV/AIDS) (№ 2005-012), Того.

<sup>4</sup> По словам профессора Амасату Соу Сидибэ (Amsatou Sow Sidibe) из университета Cheikh Anta Diop в Дакаре, это Камерун, Чад, Мавритания, Сенегал, Кот д'Ивуар и Кабо-Верде. A.S. Sidibe, "Étude regionale des cadres legaux relatifs aux VIH/SIDA," презентация на консультативной встрече по решению вопросов прав человека и гендера в законодательном обеспечении в отношении ВИЧ, Дакар, Сенегал, 24–25 июля 2007.

<sup>5</sup> Пресс-релиз озаглавленный «*Семь принято, осталось одиннадцать: Сьерра-Леоне стала седьмой страной принявшей закон о ВИЧ с помощью группы Constella Futures*» от июля 2007, описывает принятие недавнего закона в регионе. ("Seven down, eleven to go: Sierra Leone seventh country to adopt HIV/AIDS law with help from Constella Futures"): Constella Group, 17 июля 2007. на: [www.constellagroup.com/news/impact/2007/hiv\\_aids\\_model\\_law\\_071707.php](http://www.constellagroup.com/news/impact/2007/hiv_aids_model_law_071707.php).

<sup>6</sup> См. [www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/WestAfrica/wafricapartners.htm](http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/WestAfrica/wafricapartners.htm); AWARE-ВИЧ/СПИД, *Regional Workshop to Adopt a Model Law for STI/HIV/AIDS for West and Central Africa – General Report*, сентябрь 2004 (копия находится у автора статьи); Constella Group.

# Суды по делам о наркотиках: обзор на базе данных

Суды по делам о наркотиках (Drug treatment courts) назначающие лечение как альтернативу наказанию в виде лишения свободы лицам, осужденным за преступления, связанные с запрещенными наркотиками, были созданы в Канаде в конце 1998 года. Недавние заявления федерального правительства позволяют предположить, что суды по делам о наркотиках продолжат и расширят своё существование в ряде провинций Канады. Широкомасштабная оценка деятельности судов по делам о наркотиках проводилась в двух городах – Ванкувере и Торонто. В данной статье Д. Уэроб и другие анализируют результаты этих оценок. Их анализ показывает, что оценить успех действий этих судов в отношении долгосрочного снижения потребления наркотиков и случаев рецидива среди участников, остается трудным; также требует изучения стоимость обеспечения таких программ. Авторы делают вывод, что дальнейшее финансирование Канадских судов по делам о наркотиках, должно зависеть от проведения оценки практики судов по делам о наркотиках на основе случайной выборки. Эти оценки должны проанализировать успех таких программ в долгосрочном снижении потребления наркотиков и случаев рецидива. Они также должны позволить сделать вывод о влиянии этих судов на такие общественные показатели, как уровень преступности и уровень заключения в места лишения свободы потребителей инъекционных наркотиков; что в итоге позволит оценить стоимость содержания судов по делам о наркотиках по сравнению с другими мерами, направленными на снижение негативного эффекта употребления наркотиков и связанной с этим преступности.

## Вступление

Преступления, связанные с наркотиками и сказывающиеся на здоровье общества последствия небезопасного употребления наркотиков, продолжают будоражить городские центры Канады и многих других стран.<sup>1,2</sup> В уличной среде рынки наркотиков и употребление наркотиков продолжают быть непосредственно связанными с нарушением общественного порядка, также как с преступлениями, касающимися присвоения имущества и недвижимости.<sup>3,4</sup> Было обнаружено, что определённые формы употребления наркотиков, например, их инъекционное употребление, наносят серьёзный

вред здоровью потребителей наркотиков.<sup>5</sup>

Растущее число муниципалитетов, таких как муниципалитет города Ванкувер, откликнулись на эти проблемы, используя, так называемый, «сбалансированный подход», который включает «четыре столпа» – правоохранные меры, профилактика, снижение вреда и лечение зависимости. Однако последние данные показывают, что преобладающая роль правоохранных мер<sup>6</sup> снижает эффективность усилий по уменьшению вреда здоровью людей, употребляющих наркотики.<sup>7</sup>

Несмотря на этот очевидный дисбаланс, в марте 2007 года правящая Консервативная партия

Канады объявила о введении Национальной антинаркотической стратегии, которая провозглашает наркополитику, направленную исключительно на правоохранные меры, профилактику и лечение<sup>8</sup> (исключая меры по снижению вреда), а также включает финансирование, направленное на квази-судебные программы лечения и перенаправления в другие службы, лиц, совершивших преступления в области наркотиков. Одна из таких программ, поддержанная федеральным правительством – это суды по делам о наркотиках.

Суды по делам о наркотиках – это назначаемые судом программы лечения, предлагающие

альтернативу лишению свободы.<sup>9</sup> Обычно участников выбирают из нарушителей, обвиненных в совершении ненасильственных преступлений, связанных с наркотиками (часто хранение, хранение с целью сбыта или сбыт наркотических веществ; обычно лица, обвиняемые в коммерческом сбыте или насильственных преступлениях, исключаются из участия в программах). Во многих моделях судов по делам о наркотиках, до вступления в программу лицо должно признать себя виновным в совершении преступления. С момента вступления в программу участники регулярно проверяются на предмет потребления запрещенных наркотиков и помещаются в группу лечения, соответствующую их прогрессу.

Главное в модели судов по делам о наркотиках – это регулярное посещение участниками суда, где команда (которая функционирует не на принципе состязательности) состоящая из судьи, прокурора и защитника, а также консультанта по лечению, рассматривает прогресс участника и его достижения на пути к излечению.<sup>10</sup> Все суды по делам о наркотиках, работают по принципам принудительного лечения с условием полного воздержания от употребления наркотиков, и нетерпимостью к возобновлению потребления наркотиков.<sup>11, 12</sup>

После открытия первого суда по делам о наркотиках во Флориде в 1989 году, более 1600 таких судов было создано в США и продолжают создаваться сотни подобных.<sup>13</sup> Во многих правовых системах штатов США суды по делам о наркотиках являются

главным контактом между лицами, употребляющими наркотики и наркологическими службами.<sup>14</sup> Суды по делам о наркотиках, были также учреждены в Австралии и Великобритании.<sup>15</sup> Многочисленные оценки этих интервенций, различного качества и глубины, предоставили данные об эффективности таких судов в лечении наркомании и снижении случаев рецидивов.<sup>16, 17, 18, 19, 20, 21</sup> Однако в то время как сотни судов по делам о наркотиках в США регулярно проводят самооценку,<sup>22</sup> существует лишь несколько оценок эффективности этих интервенций, проведенных специалистами, некоторые из них выявили значительные методологические недостатки.<sup>23</sup>

**Все суды по делам о наркотиках, работают по принципу принудительного лечения с полным воздержанием от употребления наркотиков и нетерпимостью к возобновлению потребления.**

Было проведено только три оценки деятельности судов по делам о наркотиках основанных на случайной выборке. Одна из них, в Балтиморе, не обнаружила статистически значимых

различий между участниками экспериментальной (суд по делам о наркотиках) и контрольной (обычный суд) групп по уровню преступности, алкоголизму, трудоустройству, смертности, стабильности семейных и общественных отношений в период трех лет после вступления в суд Балтимора по делам о наркотиках.<sup>24</sup> Другая оценка в округе Марикопа в Аризоне обнаружила, что после 36 месяцев экспериментальная группа (суд по делам о наркотиках) достигла по уровню рецидивизма 33% по сравнению с 44% в контрольной группе (обычный суд), и что эта разница приобрела статистическую значимость.<sup>25</sup> Оценка проведенная в Новом Южном Уэльсе (Австралия) не выявила значимой статистической разницы между экспериментальной (суд по делам о наркотиках) и контрольной группами (обычный суд) через год после завершения программы.<sup>26</sup>

Опыт Канады в сфере судов по делам о наркотиках ограничен: было создано два суда в Торонто и Ванкувере в 1998 и 2001 годах соответственно.<sup>27, 28</sup> В то же время, недавнее открытие судов по делам о наркотиках в Эдмонтоне и Реджайне,<sup>29, 30</sup> и выделение 13.3 миллионов долларов федеральных средств на создание судов по делам о наркотиках в Виннипеге и Оттаве,<sup>31</sup> также как увеличение внимания правительства к разнообразным квази-судебным программам, указывают на то, что такие программы все больше привлекают внимание тех, кто принимает политические решения в Канаде.

Рост числа и популярности судов по делам о наркотиках связан

с тремя главными постулатами, а именно: суды по делам о наркотиках приводят к снижению рецидивизма и снижению употребления наркотиков,<sup>32</sup> а также являются экономичными.<sup>33</sup> Два первых постулата предполагают, что суды по делам о наркотиках успешно справляются с наркоманией.<sup>34</sup> Аргумент о расходах основывается на том, что суды по делам о наркотиках, якобы, освобождают исправительные учреждения от работы с лицами, злоупотребляющими наркотиками, которые в ином случае отбывали бы тюремное заключение.<sup>35</sup>

Однако по-прежнему неясно, действительно ли суды по делам о наркотиках обладают этими преимуществами, при том, что дискуссия о воздействии принуждения и требований полного воздержания от наркотиков на эффективность программ остается ограниченной.

### Оценка судов по делам о наркотиках в Канаде

Две глубокие оценки эффективности судов по делам о наркотиках проводились в Торонто и Ванкувере. Следует отметить, что также оценивалась практика суда по делам о наркотиках в Эдмонтоне, однако там небольшое число участников (семь) и пятимесячный период наблюдения ограничивают применимость результатов этого исследования.<sup>36</sup>

### Оценка суда по делам о наркотиках Ванкувера

При оценке суда по делам о наркотиках в Ванкувере использовалась «неслучайная выборка». Главными трудностями применения случайной выборки

авторы сочли несправедливость отказа в наркологическом лечении лицам, которым это может пойти на пользу, а также желание руководителей пилотных проектов привлечь в программы наиболее достойных участников.<sup>37</sup> В качестве контрольной группы для оценки была отобрана группа лиц с ключевыми характеристиками, соответствующими характеристикам участников программы суда по делам о наркотиках. Эта контрольная группа (327 человек) состояла из заключенных изъявивших желание участвовать, и привлеченных участников, злоупотребляющих наркотиками, отобранных по досье и через электронную базу данных.

Команда исследователей отобрала 166 человек из группы суда по делам о наркотиках и контрольной группы по пяти критериям – раса, пол, предыдущее совершение насильственных преступлений, возраст и прежнее число судимостей. Контрольная подгруппа значительно отличалась от более многочисленной группы суда по делам о наркотиках по возрасту, расе и полу. Результаты такого сравнения отобранных участников, возможно, не отражают истинного положения в группе суда по делам о наркотиках.

Участники контрольной группы также в основном оказались старше, с большим преобладанием мужчин белой расы, чем в группе суда по делам о наркотиках. Существовали также значительные различия в историях криминального прошлого участников двух групп. По сравнению с представителями группы суда по делам о наркотиках, участники контрольной группы, в

целом, провели в два раза больше времени в ожидании судебного разбирательства (в соотношении 153 к 75), провели больше месяцев под стражей (35.8 к 20.16) и с меньшей вероятностью возвращались к совершению преступлений в сфере наркотиков (29.1% к 67,7%). Изначальные различия между группами, вероятно, повлияли на результаты всей оценки, и потенциально отвечают за несоответствия между двумя группами в уровне употребления наркотиков и в преступном рецидивизме в период после окончания программы.

Суд по делам о наркотиках Ванкувера проходил оценку примерно в течение 3,5 лет – с декабря 2001 года по март 2005 года. За это время, было принято 322 участника, из которых 34 (10.6%) успешно закончили программу и 8 (2.5%) завершили программу (имеется в виду, что они уменьшили употребление наркотиков и достигли определенного уровня экономической и социальной стабильности). По данным на март 2005 года, 185 участников (57.5%) либо добровольно покинули программу, либо были исключены, 25 (7.8%) – временно отстранены, и 64 (19.9%) продолжали участие в программе. 6 участников (1.5%) скончались в период участия в программе суда по делам о наркотиках.<sup>38</sup>

Следует заметить, что участие в программе не отразилось на уровне привлечения к уголовной ответственности участников во время программы. Также не обнаружено значительных статистических расхождений между группой участвующей

в программе суда по делам о наркотиках и контрольной группой по уровню привлечения к ответственности в период шести месяцев после выхода из программы. При оценке суда по делам о наркотиках Ванкувера обозреватели не собирали данные об употреблении наркотиков в после-программный период. Без этих данных трудно оценить успех программы в этом отношении.

### Оценка суда по делам о наркотиках Торонто

В суде по делам о наркотиках Торонто, оценка проводилась по так называемой «квази-случайной выборке», в которой участники группы суда по делам о наркотиках сравнивались с двумя контрольными группами. Главное сравнение проходило с 64 участниками, дела которых могли рассматриваться судом по делам о наркотиках, но которые предпочли не участвовать в программе и прошли через традиционную судебную систему. Эту группу называли судебная сравнительная группа. Всех участников группы суда по делам о наркотиках наблюдали на протяжении 18 месяцев после принятия в программу, и каждый участник оценивался по ряду критериев, включавших социально-демографические факторы, также как факторы употребления наркотиков, преступного рецидива и состояния здоровья.

В целом, по сравнению с участниками группы суда по делам о наркотиках, лица из судебной сравнительной группы характеризовались более высоким уровнем преступной деятельности, составлявшей главный источник

их доходов до начала сравнения (в соотношении 23.3% к 6.9%). Они также были моложе, чем участники группы суда по делам о наркотиках (30.8 и 34.2); чаще оказывались безработными (62.8% к 34.2%); чаще являлись лицами женского пола (48.4% к 24.1%); и чаще использовали кокаин в период 90 дней до начала клинического обследования при суде по делам о наркотиках (в среднем 54.5 дня и 34.3 дня), чем лица из группы суда по делам о наркотиках.

Оценка практики суда по делам о наркотиках Торонто не представила достаточно убедительной информации об употреблении наркотиков в период после окончания программы.

В общем, обозреватели охарактеризовали судебную сравнительную группу, как более подверженную злоупотреблениям наркотическими веществами и преступной деятельности.<sup>39</sup> Некоторые из вышеупомянутых параметров, по которым были обнаружены различия между группами, ассоциировались, среди групп риска, с повышенным риском наркозависимости и связанного с этим вреда, в особенности инъекционным

употреблением наркотиков.<sup>40, 41, 42, 43, 44</sup> Соответственно, группа суда по делам о наркотиках включала нарушителей, показавших меньше признаков наркозависимости, чем члены судебной сравнительной группы, и, следовательно, предположительно, группа суда по делам о наркотиках состояла из лиц с лучшим шансом на успешное лечение в сравнении с лицами из судебной группы.

Добавим, что по причине того, что члены судебной сравнительной группы могли быть в программе суда по делам о наркотиках, но предпочли не участвовать в ней, обозреватели, возможно, проводили оценку с предвзятым мнением, так как участники группы суда по делам о наркотиках, могли быть потенциально более мотивированными в поиске лечения и следовании ему.

В период с 1 апреля 1999 года по 1 октября 2003 года из общего числа 365 участников 57 (15.6%) успешно закончили программу суда по делам о наркотиках Торонто, тогда как 308 (84.4%) были либо исключены, либо вышли из программы.<sup>45</sup> Принимая во внимание предположение, что практика суда по делам о наркотиках может сократить рецидивы, повторный анализ показал, что группа суда по делам о наркотиках Торонто обнаружила, в целом, меньший уровень обвинений и судимости после участия в программе суда по делам о наркотиках, по сравнению с периодом до участия в программе. Однако подобное значительное сокращение в уголовных обвинениях и судимости также присутствовало среди членов судебной сравнительной группы.<sup>46</sup>

Оценка практики суда по делам о наркотиках в Торонто не представила достаточной информации об употреблении наркотиков и о социально-экономическом статусе участников обеих групп в период после окончания программы. Поэтому отсутствуют данные о том, какую роль оказала программа суда по делам о наркотиках на дальнейшую жизнь участников, и особенно на их долгосрочное употребление наркотиков.

### **Стоимость и экономичность судов по делам о наркотиках в Ванкувере и Торонто**

Оценка суда по делам о наркотиках в Ванкувере точно определила его стоимость в течение 3,5 лет, и сравнила расходы на зарегистрированных участников программы с расходами на участников сравнительной судебной группы. Сравнивая прямую стоимость, затраченную на тех участников суда по делам о наркотиках, которые покинули программу или были исключены с расходами на лиц из контрольной группы, была обнаружена большая экономичность контрольной группы в сумму примерно 6,000 долларов для лиц, покинувших программу и 10,000 долларов для лиц, исключенных из программы. Однако в меньших по численности группах окончивших программу, экономия примерно в 4,000 долларов была на стороне выпускников суда по делам о наркотиках по сравнению с лицами из контрольной группы.

В целом, расходы на человека составили 21,265 долларов в группе суда по делам о наркотиках

Ванкувера и 13,117 долларов – на участника соответствующей контрольной группы, что приводит к разнице на сумму 8,000 долларов между участниками суда по делам о наркотиках и контрольной группой. Как указали обозреватели суда по делам о наркотиках Ванкувера, «в целом, чтобы достичь экономии в деятельности судов по делам о наркотиках, необходимы положительные результаты для большего числа участников (например, меньше осуждений). Согласно последним данным, это было бы выполнимо, если бы программа успешно выпускала более высокое число участников».<sup>47</sup>

Исходя из этого, можно предположить, что неэффективность модели суда по делам о наркотиках Ванкувера является главной причиной низкой экономичности программы. Однако из-за нехватки данных об употреблении наркотиков после окончания программы, Девлин и его коллеги не смогли включить в отчет об экономичности программы данные о расходах, связанных с продолжающимся употреблением наркотиков, что снижает охват оценки стоимости.

В итоге, общая стоимость программы суда по делам о наркотиках Ванкувера за период с декабря 2001 года по март 2005 года составила 4,058,819 долларов.<sup>48</sup> При 42 участниках, успешно закончивших или в целом завершивших программу, расходы на выпускника или лица завершившего программу была 96,639 долларов.

Федеральное Управление юстиции выделило 1.6 миллионов долларов на финансирование суда по делам о наркотиках Торонто

на четырехлетний испытательный период. Однако эта сумма не включает стоимости служб лечения и инфраструктуры, предоставляемых Центром зависимости и психического здоровья (Centre for Addiction and Mental Health), который выступал партнером суда по делам о наркотиках Торонто. Обозреватели в Торонто провели анализ стоимости суда по делам о наркотиках, подсчитав все издержки, связанные с судебным компонентом программы, и суммировали эти издержки с предполагаемой стоимостью лечения, общественной координацией и назначением наказания. Согласно этому методу, средние издержки на одного клиента суда по делам о наркотиках Торонто составили 42,564 долларов. В среднем, выпускники программы обходились в 53,555 долларов, участники, покинувшие программу в течение первых трех месяцев, «стоили» 29,748 долларов, а участники, решившие остаться в программе дольше, чем три месяца, но в результате покинувшие ее, или исключенные из нее, обходились в 72,322 долларов.<sup>49</sup>

Однако аналитики не смогли предоставить цифру полной стоимости программы, и не включили многие относящиеся к суду по делам о наркотиках расходы, как, например, лечение, юридические услуги, стоимость работы персонала вне Центра зависимости и психического здоровья, издержки на лечение, предписанное судом и оговоренное в приговоре (лечение, осуществляемое, как часть приговора, и отличное

от программы суда по делам о наркотиках), а также не прямые издержки.<sup>50</sup>

Канадские средства массовой информации, и, по крайней мере, один исследователь заявили, что суд по делам о наркотиках Торонто является эффективным по стоимости, при стоимости лечения одного участника примерно в 3,000 - 5,000 долларов в год,<sup>51</sup> по сравнению с 48,000 - 52,000 долларов годовой стоимости содержания в местах лишения свободы. Однако канадская статистика показала, что для 83% осужденных к лишению свободы за преступления, связанные с наркотиками, средний срок заключения за хранение составляет 15 суток, а за распространение наркотиков – три месяца.<sup>52, 53</sup> Поэтому заявления об экономичности судов по делам о наркотиках, базирующиеся на сравнении годовой стоимости заключения и годовой стоимости участия в программе суда по делам о наркотиках, дают неправильное представление, так как заключение за преступления, связанные с наркотиками по сроку часто намного меньше, чем программа суда по делам о наркотиках, и, соответственно, имеет меньшую стоимость.

### **Роль принуждения и воздержания в моделях судов по делам о наркотиках**

Суды по делам о наркотиках работают по принципу правового принуждения, когда власть судебной системы и угроза лишения свободы являются факторами мотивации, способствующими сотрудничеству нарушителей с

судами по делам о наркотиках.<sup>54</sup> Однако анализ использования принуждения в наркологическом лечении не дает убедительных результатов.<sup>55, 56, 57, 58, 59</sup>

**Фокус судов по делам о наркотиках на полном воздержании от употребления наркотиков приводит к тому, что лица с сильной зависимостью от наркотиков часто подвергаются риску «провалить» программу.**

Хотя суды по делам о наркотиках, и в Ванкувере, и в Торонто, ориентированы на лечение, они требуют, чтобы участники программы полностью воздерживались от употребления наркотиков для того, чтобы успешно закончить программу. Этот фокус на воздержании от наркотиков не учитывает возможности рецидива употребления в обычном течении наркозависимости.<sup>60</sup> Значительная подборка литературы показывает, что зависимость – это хроническое и повторяющееся заболевание, сформированное множеством поведенческих с социальных факторов, которые во многих случаях могут не сочетаться с программой, требующими воздержания.<sup>61, 62</sup>

Приоритетность воздержания в программах судов по делам о наркотиках подвергает лиц с сильной степенью зависимости от наркотиков более высокому риску «провала» программы.<sup>63</sup> Как видно из прошлых оценок судов по делам о наркотиках, участники с наибольшей степенью зависимости, часто не справляются с программой и оказываются отправленными назад в судебную систему, в то время как участники с меньшей степенью зависимости (имеющие возможность контролировать свое употребление наркотиков и, следовательно, больший шанс закончить программу) имеют преимущества. Например, в исследовании на выявление среди участников кандидатов, имеющих больший шанс остаться в программе, лица, указавшие алкоголь и марихуану, как свой основной наркотик, и у кого было меньше арестов, имели лучшие шансы на успешное окончание программы.<sup>64</sup>

### **Заключение**

Оценка Канадских судов по делам о наркотиках не доказала эффективности этих программ в снижении случаев уголовного рецидива и употребления наркотиков среди участников. Анализы судов по делам о наркотиках Ванкувера и Торонто, как и многие другие оценки таких судов, обнаруживают методологические проблемы (особенно серьезные в случае оценки в Ванкувере), что затрудняет общие выводы о целесообразности таких программ.

Далее, высокий уровень провалов программ судов по делам о наркотиках может потенциально обострить отношения,

сложившиеся между нарушителями и судебной системой, так как те, кто проваливают программы судов по делам о наркотиках, возвращаются в обычную судебную систему. Это может отразиться на увеличении как стоимости судебной и исправительной систем, так и длительности пребывания лиц в этих системах, несмотря на неспособность этих систем в попытке эффективно справиться с наркозависимостью.

Учитывая недостаточную изученность судов по делам о наркотиках, особенно в Канаде, решение федерального правительства расширить канадскую систему судов по делам о наркотиках кажется поспешным. Хотя оценка подобных судов Торонто и Ванкувера была проведена, ни одна из них не предлагает детального и полного анализа воздействий таких мер на участников.

Финансирование судов по делам о наркотиках в Канаде должно зависеть от проведения оценочных исследований, которые используют метод контролируемой случайной выборки и включают несколько критериев оценки успеха. В частности, оценочные исследования судов по делам о наркотиках в Канаде должны включать показатели долгосрочной эффективности (т.е. данные о долгосрочном употреблении наркотиков и уголовных рецидивах) и безопасности; должны определять влияние судов по делам о наркотиках на такие общественные показатели, как уровни преступности и заключения среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики; они должны включать компоненты

для оценки экономичности судов по делам о наркотиках, по сравнению с другими методами вмешательств, направленными на снижение негативных последствий злоупотребления наркотиками и связанных с ними преступлений. Без этих дополнительных данных невозможно оправдать расширение таких программ в Канаде.

— Даниель Уэрб, Ричард Эллиотт,  
Бенедикт Фишер, Эван Вуд, Джулио  
Монтанер, Томас Керр

Даниель Уэрб и Томас Керр работают в Центре ВИЧ/СПИДа Британской Колумбии (British Columbia Centre for Excellence). Ричард Эллиотт представляет Канадскую правовую сеть по ВИЧ/СПИДу. Бенедикт Фишер — сотрудник Центра исследований в области зависимости (Centre for Addictions Research) Британской Колумбии при Университете Виктория. Эван Вуд и Джулио Монтанер работают в Центре ВИЧ/СПИДа Британской Колумбии, также как на Медицинском факультете Университета Британской Колумбии. Корреспонденция принимается Томасом Керром (tkerr@cfenet.ubc.ca).

<sup>1</sup> B. Fischer et al., "Illicit opioid use in Canada: comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study)," *Journal of Urban Health* 82 (2005): 250–266.

<sup>2</sup> "Social and economic costs of illicit drugs," *UN Chronicle* 35 (1998):7.

<sup>3</sup> S. Brochu, *Estimating the Costs of Drug-Related Crime*, paper presented at the 2nd International Symposium on the Social and Economic Costs of Substance Abuse, 1995, Montebello, Québec.

<sup>4</sup> K. Parnanen et al., *Proportions of Crime Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada*, Canadian Centre on Substance Abuse, 2002.

<sup>5</sup> E. Wood et al., "Inability to access addiction treatment and risk of HIV-infection among injection drug users," *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 36(2) (2004): 750–754.

<sup>6</sup> K. DeBeck et al., "Canada's 2003 renewed drug strategy — an evidence-based review," *HIV/AIDS Policy & Law Review* 11 (2/3) (2007): 1–9.

<sup>7</sup> J. Cohen and J. Csete, "As strong as the weakest pillar: harm reduction, law enforcement and human rights," *International Journal of Drug Policy* 17 (2006): 101–103.

<sup>8</sup> Government of Canada, *The Budget Plan 2007*, Department of Finance, 19 March 2007.

<sup>9</sup> S. Belenko, *Research on Drug Courts: A Critical Review 2001 Update*, The National Center on Addiction and Substance Abuse, 2001.

<sup>10</sup> C. La Prairie et al., "Drug treatment courts — a viable option for Canada? Sentencing issues and preliminary findings from the Toronto court," *Substance Use & Misuse* 37 (2002): 1529–1566.

<sup>11</sup> M. Devlin et al., *Drug Treatment Court of Vancouver Program Evaluation: Final Evaluation Report*, National Crime Prevention Centre, 2006.

<sup>12</sup> C.W. Huddleston et al., *Painting the Current Picture: A National Report Card on Drug Courts and Other Problem Solving Court Programs in the United States*, National Drug Court Institute, 2005.

<sup>13</sup> Там же.

<sup>14</sup> S. Belenko.

<sup>15</sup> "Drug courts' three-year extension," *BBC News* (online edition), 30 March 2006.

<sup>16</sup> C. La Prairie et al.

<sup>17</sup> M. Devlin et al.

<sup>18</sup> K. Freeman, L. Karski and P. Doak, *New South Wales Drug Court Evaluation: Program and Participant Profiles*, Bureau of Crime Statistics and Research, 2000.

<sup>19</sup> B. Lind, D. Weatherburn and S. Chen, *New South Wales Drug Court Evaluation: Cost-Effectiveness*, New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research, 2002.

<sup>20</sup> J. Goldkamp et al., "Context and change: the evolution of pioneering drug courts in Portland and Las Vegas (1991-1998)," *Law & Policy* 23(2) (2001): 141–170.

<sup>21</sup> M. Kleiman, "Drug court can work: would something else work better?" *Criminology & Public Policy* 2 (2003): 167–169.

<sup>22</sup> C.W. Huddleston et al.

<sup>23</sup> J.F. Andersen, "What to do about 'much ado' about drug courts?" *International Journal of Drug Policy* 12(5) (2001): 469–475.

<sup>24</sup> D. Gottfredson et al., "The Baltimore city drug treatment court: 3-year self-report outcome study," *Evaluation Review* 29(1) (2005): 42–64.

<sup>25</sup> S. Turner et al., "A decade of drug treatment court research," *Substance Use & Misuse* 37(12/13) (2002): 1489–1527.

<sup>26</sup> B. Lind.

<sup>27</sup> M. Devlin et al.

- <sup>28</sup> L. Gliksman et al., *Toronto Drug Treatment Court Evaluation Project Final Report*, National Crime Prevention Centre, 2004.
- <sup>29</sup> McCready Consultants, *Evaluation of Edmonton's Experimental Drug Treatment Court*, Prostitution Awareness and Action Foundation of Edmonton, 2006.
- <sup>30</sup> B. Pacholik, "Treatment mandate of new local court," *Regina Leader-Post*, 3 October 2006.
- <sup>31</sup> Department of Justice, *Expanding Drug Treatment Courts in Canada*, 2005.
- <sup>32</sup> W.G. Meyer and A.W. Ritter, "Drug courts work," *Federal Sentencing Reporter* 14 (2001): 179.
- <sup>33</sup> S. Belenko.
- <sup>34</sup> W.G. Meyer and A.W. Ritter.
- <sup>35</sup> S. Belenko.
- <sup>36</sup> McCready Consultants.
- <sup>37</sup> M. Devlin et al.
- <sup>38</sup> Там же.
- <sup>39</sup> L. Gliksman et al.
- 40 B. Fischer et al., "Illicit opiates and crime: results of an untreated user cohort study in Toronto," *Canadian Journal of Criminology — Revue Canadienne de Criminologie* 43 (2001): 197–217.
- <sup>41</sup> C.M. Fuller et al., "Factors associated with adolescent initiation of injection drug use," *Public Health Report* 116 (S1) (2001): 136–145.
- <sup>42</sup> E.L. Gollub et al., "Gender differences in risk behaviors among HIV+ persons with an IDU history: the link between partner characteristics and women's higher drug-sex risks. The Manif 2000 study group," *Sexually Transmitted Diseases* 25 (1998): 483–488.
- <sup>43</sup> E. Roy et al., "Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation," *Journal of Urban Health*, 80 (2003): 92–105.
- <sup>44</sup> Там же.
- <sup>45</sup> L. Gliksman et al.
- <sup>46</sup> Там же.
- <sup>47</sup> M. Devlin et al.
- <sup>48</sup> Там же.
- <sup>49</sup> L. Gliksman et al.
- <sup>50</sup> Там же.
- <sup>51</sup> A.L. Chiodo, "Sentencing drug-addicted offenders and the Toronto drug court," *Criminal Law Quarterly* 45 (2001): 53–100.
- <sup>52</sup> C. La Prairie et al.
- <sup>53</sup> Statistics Canada, *Adult Criminal Court Data Tables 1998/99*, Canadian Centre for Justice Statistics, 2000.
- <sup>54</sup> R. Mugford and J. Weekes, *Mandatory and Coerced Treatment*, Canadian Centre on Substance Abuse, 2006.
- <sup>55</sup> D.D. Simpson, G.W. Joe, and G.A. Rowan-Szal, "Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes," *Drug and Alcohol Dependence* 47 (1997): 227–235.
- <sup>56</sup> D. Anglin, M. Brecht, and E. Maddahian, "Pretreatment characteristics and treatment performance of legally coerced versus voluntary methadone maintenance admissions," *Criminology* 27 (1989): 537–557.
- <sup>57</sup> M. Brecht and M.D. Anglin, "Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients," *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 19 (1993): 89–106.
- <sup>58</sup> J.J. Collins and M. Allison, "Legal coercion and retention in drug abuse treatment," *Hospital and Community Psychiatry* 34 (1983): 1145–1149.
- <sup>59</sup> J.A. Inciardi, *Screening and Assessment for Alcohol and Other Drug Abuse Among Adults in the Criminal Justice System*, Centre for Substance Abuse Treatment, 1994.
- <sup>60</sup> G.J. Connors, S.A. Maisto, and D.M. Donovan, "Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models," *Addiction* 91 (1996): S5–S13.
- <sup>61</sup> A.I. Leshner, "Addiction is a brain disease, and it matters," *Science* 278 (1997): 45–47.
- <sup>62</sup> P. Owen and G.A. Marlatt, "Should abstinence be the goal for alcohol treatment?" *American Journal on Addictions* 10 (2001): 289–295.
- <sup>63</sup> M.B. Hoffman, "The drug court scandal," *North Carolina Law Review* 78 (2000): 1437–1527.
- <sup>64</sup> R.H. Peters, A.L. Haas, and M.R. Murrin, "Predictors of retention and arrest in drug courts," in S. Belenko et al. (eds), *National Drug Court Institute Review, Vol. II* (Alexandria, Virginia: National Drug Court Institute, 1999), 30–48.

# Применение мягкого права в отношении ВИЧ/СПИДа в Юго-Восточной Азии

Соглашения, не имеющие обязательной юридической силы, или «мягкое право», играют роль во влиянии на государственную политику и снижение уязвимости перед ВИЧ-инфекцией среди строителей Центрального Меконга в регионе Юго-Восточной Азии. В данной статье Давид Паттерсон и другие констатируют, что иногда мягкое право имеет преимущества перед нормативным правом, однако его применение встречает трудности.

В последние годы экономика большинства стран Юго-Восточной Азии пережила стремительный экономический рост и увеличение инвестиций в основные проекты инфраструктуры. В то время как многие из строителей, занятых в этих проектах, (в основном мужчины) являются местными жителями, не ограниченными во внутреннем передвижении, многие другие являются мигрантами (легальными и нелегальными) из других стран региона.

Все эти рабочие представляют группу повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией, поскольку располагают деньгами на алкоголь, наркотики и сексуальные услуги; они находятся вдали от семей и систем социальной поддержки; они могут оказаться в стороне от программ по профилактике ВИЧ для местного населения (там, где они существуют) по причинам языковых барьеров и неграмотности. По возвращении домой они могут передать ВИЧ и другие инфекции своим сексуальным партнёрам и партнёрам по потреблению инъекционных наркотиков.

Большинство правительств стран региона Юго-Восточной

Азии не выразили интереса к вопросу ратификации существующих договоров по правам рабочих-мигрантов.<sup>1</sup> *Международная Конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей* была ратифицирована только Филиппинами и Восточным Тимором (Тимор-Лесте). Камбоджа и Индонезия подписали, но не ратифицировали Конвенцию. Только Филиппины ратифицировали *Конвенцию о трудящихся-мигрантах* (Дополнительные положения) Международной Организации Труда (МОТ).

Международные и региональные соглашения по ВИЧ, не имеющие обязательной юридической силы, имеют преимущества перед нормативным правом в том, что они могут быть разработаны относительно быстро; и если являются региональными, могут быть адаптированы к местным условиям. Механизмы мониторинга также могут быть более неформальными и гибкими, чем соответствующие им механизмы нормативного права.

В ноябре 1999 года Специальная комиссия (Task Force) по ВИЧ/СПИДу Ассоциации

государств Юго-Восточной Азии (АСЕАН) предложила, чтобы «правительства АСЕАН проводили общую политику, рекомендуемую введение программ профилактики ВИЧ, как предварительное условие обсуждений и принятий тендеров на строительство и развитие инфраструктуры». Региональная межправительственная встреча в Бангкоке в октябре 2003 года приняла *«Рекомендации по созданию противодействия ВИЧ по Магистрале АСЕАН» (Recommendations on Building HIV Resilience along the ASEAN Highway)* (в дальнейшем «Бангкокские рекомендации»), которые включили данное положение.<sup>2</sup>

В *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом* 2001 года, все страны-члены ООН постановили «... к 2005 году разработать и начать осуществление национальных, региональных и международных стратегий облегчения доступа к программам предотвращения ВИЧ/СПИДа для мигрантов и тех, кто занят на работе, требующей повышенной мобильности, включая предоставление информации о медицинских и социальных услугах».<sup>3</sup> Система мониторинга

разработанная для оценки введения Декларации также включила ссылки на мобильное население.<sup>4</sup> Декларация была вновь подтверждена Генеральной Ассамблеей ООН в 2006 году.<sup>5</sup>

В 2004 году шесть стран (Камбоджа, Китай, Лаос, Мьянма, Таиланд и Вьетнам) достигли соглашения в Меморандуме (далее «Региональный меморандум»), в числе прочего, «усилить сотрудничество среди Министерств сельского хозяйства, строительства, финансов, здравоохранения, внутренних дел, труда, коммунальных услуг, общественной безопасности и транспорта с целью содействия и модернизации Бангкокских рекомендаций по созданию инфраструктуры в сети магистралей АСЕАН...».

Региональная стратегия по мобильности и снижению уязвимости перед ВИЧ в регионе Центрального Меконга (Regional Strategy on Mobility and HIV Vulnerability Reduction in the Greater Mekong Subregion) на 2002-2004 годы (далее «Региональная стратегия») была разработана Специальной региональной комиссией ООН по мобильности и снижению уязвимости перед ВИЧ (U.N. Regional Task Force on Mobility and HIV Vulnerability Reduction). В 2006 году Региональная стратегия была пересмотрена и продлена на период 2006-2008 годов, она также включила ссылку на Региональный меморандум (отмечая, тем не менее, что введение мер на национальном уровне остается ограниченным).<sup>6</sup>

В 2005 году в Камбодже, Лаосе, Таиланде и Вьетнаме был создан

инструмент оценки, чтобы оценить официальное признание данных соглашений и следование им в этих странах. Чтобы привлечь внимание государственных и негосударственных заинтересованных лиц к их международным обязательствам и чтобы стимулировать дискуссию, а тем самым, и участие в продвижении процесса реформы политики, была использована саморевизия национальной политики.

**Таиланд обязался подготовить политику по интеграции программ профилактики ВИЧ как предварительное условие обсуждения и принятия контрактов на строительство.**

Например, Таиланд объявил, что хотя в стране и не требуется оценка влияния ВИЧ, там будут разработаны рекомендации по проведению подобной оценки. Таиланд обязался подготовить политику по интеграции программ профилактики ВИЧ как предварительное условие обсуждения и принятия контрактов на строительство.<sup>7</sup>

В июне 2007 года министры здравоохранения стран, составляющих Азиатско-

Тихоокеанское Экономическое Сотрудничество (АТЭС) одобрили рекомендации для экономики стран АТЭС, которые ссылаются на Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда», а также включают ключевые элементы Бангкокских рекомендаций.<sup>8</sup> В частности, рекомендации АТЭС указывают, что оценка влияния ВИЧ может проходить, как часть оценки реальности осуществления инфраструктурных проектов, и что требования к тендерам и одобрению контрактов должны включать всесторонние меры, направленные на охрану труда с учётом гендерной специфики и профилактику ВИЧ.

### **Обзор: Камбоджа**

Государственная политика в отношении ВИЧ в Камбодже проводится Национальным управлением по СПИДу (National AIDS Authority). В 2004 году Управление создало много-секторальную техническую рабочую группу по вопросам ВИЧ и мобильности. Член этой рабочей группы, Министерство коммунальных услуг и транспорта (Ministry of Public Works and Transport) также создало Министерский комитет по ВИЧ/СПИДу. В 2005 году Комитет разработал свою собственную программу действия по ВИЧ.

В программе действий Министерства приоритетным аспектом адвокации и реформы политики является претворение в действие Регионального меморандума, поскольку он имеет отношение к крупным проектам в области инфраструктуры. В октябре 2005 года для рабочей

группы Министерства был проведен семинар по адвокации.<sup>9</sup> Семинар включил разработку стратегии адвокации для принятия политики по вопросу выделения средств на меры противостояния ВИЧ в инфраструктурных проектах.

В 2006 году Министерство коммунальных услуг приняло ряд правовых документов по ВИЧ/СПИДу, включая один непосредственно направленный на внедрение обязательств, утвержденных Региональным меморандумом, который был также упомянут во введении к документу и включен как приложение. Этот документ предусматривает, кроме прочего, что «все бюджеты тендеров по проектам развития национальной инфраструктуры должны быть представлены председателю Комитета по СПИДу при Министерстве коммунальных услуг и транспорта для ознакомления и рекомендаций министерского руководства с целью одобрить программы профилактики эпидемий ВИЧ/СПИДа и инфекций, передаваемых половым путем ...».<sup>10</sup>

## Дискуссия

Опыт Камбоджи показывает, что не имеющие обязательной юридической силы межгосударственные договоры могут способствовать реформам государственной политики по вопросам ВИЧ в соответствии с международными рекомендациями и лучшими практиками.

Трудности приведения их в жизнь остаются, и страны неохотно включают расходы на СПИД в кредитные договоры, настаивая, что подобные средства

должны выделяться безвозмездно. Все ещё нет широкой практики и интереса доноров в предоставлении грантов на меры профилактики ВИЧ для проектов в области инфраструктуры, хотя некоторые доноры включили поддержку таких проектов в пакеты помощи.<sup>11</sup>

Для Юго-Восточной Азии адвокаты подобной политики с помощью региональных структур таких, как Специальная региональная комиссия ООН, Специальная комиссия по ВИЧ/СПИДу Ассоциации наций Юго-Восточной Азии и АТЭС, целесообразна для того, чтобы регулярно привлекать гранты в бюджеты проектов в области инфраструктуры.<sup>12</sup> Потенциальные негативные социальные и экономические последствия невнимания к этой области могут быть оценены с использованием инструментов оценки, разработанных специально для этих целей.<sup>13</sup>

Что касается договоров, существует риск того, что правительства отнесутся к своим обязательствам не достаточно серьезно. На сегодняшний день Региональный меморандум и рекомендации АТЭС были одобрены только министрами здравоохранения. Чтобы усилить участие на государственном уровне, подобные договоры должны быть поддержаны государственными много-секторальными структурами и министерствами с большим влиянием, как например Министерством экономического планирования или его эквивалентом.

— Давид Патерсон,  
Тия Фалла, Туан Нгуен и Сарун Им

Давид Патерсон (david.patterson@videotron.ca) является руководителем Региональной комиссии политики, планирования и адвокатуры для Региональной программы по ВИЧ/СПИДу между Канадой и Юго-Восточной Азией (Canada South East Asia Regional HIV/AIDS Programme). Тия Фалла – национальный консультант Программы Развития ООН в Камбодже. Туан Нгуен – консультант по вопросам Региональной политики, планирования и адвокации при Региональной программе по ВИЧ/СПИДу между Канадой и Юго-Восточной Азией. Сарун Им – менеджер Государственной программы для Камбодже при Региональной программе по ВИЧ/СПИДу между Канадой и Юго-Восточной Азией.

<sup>1</sup> Однако Вьетнамская программа действия АСЕАН (Vientiane Action Programme), принятая руководителями АСЕАН во Вьентьяне, Лаос, 30-го ноября 2004 года, предлагает «... совершенствование документа АСЕАН по защите и поддержке прав рабочих-мигрантов», с. 1.1.4.6. 13-го января 2007 года руководители АСЕАН приняли Декларацию по защите и поддержке прав рабочих-мигрантов (Declaration on the Protection and Promotion of the Rights of Migrant Workers), которая повторяет это обязательство.

<sup>2</sup> Бангкокские рекомендации были дополнены в Янгоне, Мьянма, в феврале 2004 года. L-N Hsu, *Mobile Populations and HIV Vulnerability: Selected Responses in South East Asia*, United Nations Development Programme (UNDP), 2002, пара. 13.

<sup>3</sup> Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принята Резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН 27 июня 2001, параграф 50.

<sup>4</sup> Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: Руководящие принципы по разработке ключевых показателей, ЮНЭЙДС, 2005.

<sup>5</sup> Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу, принята Резолюцией 60/262 Генеральной Ассамблеи ООН 2 июня 2006.

<sup>6</sup> Можно найти на сайте [www.hiv-development.org](http://www.hiv-development.org).

<sup>7</sup> Consolidated National Policy Self Audits: Cambodia, Lao PDR, Thailand and Vietnam, CSEARHAP, 2006. Можно найти на сайте [www.csearhap.org](http://www.csearhap.org).

<sup>8</sup> *Guidelines for Creating an Enabling Environment for Employers to Implement Effective Workplace Practices for People Living with HIV/AIDS*, АПЕС, 2007.

<sup>9</sup> См. *Summary Report of the Workshop on Advocacy and Policy Promotion Related to Mobility and HIV/AIDS*, NAA, Cambodia, 2005. Семинар проводился РАСТ Камбоджи в сотрудничестве с NAA при финансировании и технической поддержке CSEARHAP.

<sup>10</sup> *Policies on HIV/AIDS Prevention in Response to Activities of Public Works and Transport Sectors in the Kingdom of Cambodia*, official translation from Khmer, signed 18 August 2006.

<sup>11</sup> В 2001 году Японский Банк международного сотрудничества (Japanese Bank for International Cooperation) финансировал реконструкцию порта Сихануквиль в Камбодже. Около 300 рабочих было нанято для участия в проекте, и секс индустрия активизировала свою деятельность вокруг порта. В ответ Японский Банк инициировал меры профилактики ВИЧ, утверждая их при содействии местных органов здравоохранения, также как местных и международных неправительственных организаций. Доклад «Профилактика ВИЧ/СПИДа среди подвижного населения Региона Центрального Меконга: Корпоративная общественная ответственность в проектах в области инфра-

структуры Японского Банка Международного Сотрудничества» (*HIV/AIDS Prevention for Mobile Population in Greater Mekong Subregion: Corporate Social Responsibility in JBIC Infrastructure Projects*), представленный на сателлитной встрече на 7-ом Международном Конгрессе по СПИДу в Азии и районе Тихого Океана, Кобе, 2 июля 2005 года. Можно найти на сайте [www.jbic.go.jp](http://www.jbic.go.jp).

<sup>12</sup> См. *Joint Initiative by Development Agencies for the Infrastructure Sectors to Mitigate the Spread of HIV/AIDS*, Toronto, Canada, 11 August 2006.

<sup>13</sup> См. *HIV Impact Assessment Tool: The Concept and Its Application*, UNDP, 2001.

# РАЗВИТИЕ СИТУАЦИИ В КАНАДЕ

Данный раздел содержит краткие отчеты по развитию законодательства, политики и адвокации, связанных с вопросами ВИЧ/СПИДа, в Канаде. (Дела, рассматриваемые в судах и трибуналах по правам человека в Канаде представлены в разделе Вопросы ВИЧ/СПИДа в судах Канады). Репортажи основаны на информации, переданной канадскими корреспондентами, или взяты из канадской прессы. Мы приглашаем читателей посылать свои сообщения редактору данного раздела, Алисон Саймингтон на ее электронный адрес: [asymington@aidslaw.ca](mailto:asymington@aidslaw.ca).

## Пункт контролируемого инъекционного потребления наркотиков получил еще одно временное разрешение на продолжение своей деятельности; начато судебное дело

«Инсайт», пункт контролируемого инъекционного потребления наркотиков в Ванкувере в очередной раз получил кратковременное освобождение от ответственности согласно Пункту 56 *Закона о контролируемых наркотиках и веществах (Controlled Drugs and Substances Act)*. Тем временем две организации подали иск в суд, добиваясь прекращения продолжающейся неопределенности в отношении возможности «Инсайта» продолжать свою работу на законном основании.

Проект «Инсайт» был открыт в сентябре 2003 г. Проект предоставляет безопасные средства для инъекций, специальное

помещение для инъекций за которым наблюдает медицинский персонал, отвечающий за безопасность потребления, а

также оказывает поддержку людям, потребляющим наркотики, и направляет их на лечение. «Инсайт»

функционирует благодаря тому, что Министерство здравоохранения Канады в виде исключения освободило этот пилотный проект от ответственности по *Закону о контролируемых наркотиках и веществах*. Первоначально проект был освобожден от ответственности на период до 12 сентября 2006 года. Накануне окончания этого срока Министерство здравоохранения разрешило продлить срок освобождения от ответственности до 31 декабря 2007 г. заявив, что для того, чтобы определить какое влияние пункт контролируемого потребления наркотиков оказывает на уровень преступности, профилактику и лечение, необходимо провести дополнительные исследования.<sup>1</sup>

В октябре 2007 г. Министр здравоохранения Тони Клемент выпустил короткий пресс-релиз, объявляющий о том, что освобождение «Инсайт» от ответственности согласно Пункту 56 было продлено до 30 июня 2008 г. Пресс-релиз гласит, что «[э]то позволит продлить еще на шесть месяцев исследование по определению воздействия пунктов контролируемого потребления наркотиков на профилактику, лечение и преступность».<sup>2</sup> Это обоснование почти аналогично тому, которое лежало в основе предыдущего продления срока действия проекта.

## Судебный иск

В августе Объединение общественных служб PHS (которые обеспечивают работу пункта) и два клиента, пользующиеся услугами пункта, подали заявление в Верховный Суд провинции

Британская Колумбия. Согласно заявлению, оба человека являются зависимыми от героина в течение многих лет, а также носителями инфекции гепатита С.<sup>3</sup>

В своем заявлении оба заявителя выдвигают два основных аргумента. Во-первых, они утверждают, что, если «Инсайт» будет закрыт или, если они другим образом подпадут под действие положений *Закона о контролируемых наркотиках и веществах*, который криминализует деятельность пункта «Инсайт», то им будет угрожать возросшая опасность передозировки, получения инфекций, ухудшение психического и физиологического состояния и другие осложнения для их здоровья, связанные с потреблением наркотиков. В результате этого, утверждают заявители, они будут несправедливо лишены своего права на жизнь, свободу и безопасность, гарантированные Пунктом 7 *Канадской хартии о правах и свободах*.<sup>4</sup>

Во-вторых, они утверждают, что лечение медицинских и социальных причин и последствий зависимости и, в особенности, услуги, предоставляемые пунктом «Инсайт», являются сферами, относящимися к медицинским услугам и уходу, и, поэтому, функционирование «Инсайта» является сферой полномочий исключительно местных органов управления.<sup>5</sup>

Заявители просят суд объявить: (а) что «Инсайт» относится к службе общественного здравоохранения и является исключительной сферой компетенции провинции Британская Колумбия; (б) что для того, чтобы проект «Инсайт» мог работать легально, не требуется

никакого исключения из *Закона о контролируемых наркотиках и веществах*; и (в) что применение Закона к тем, кто пользуется услугами пункта, представляет собой нарушение права клиентов на жизнь, свободу и безопасность. В качестве альтернативы истцы добиваются объявления о том, что любое решение Министра отказать в продлении срока освобождения проекта «Инсайт» в отношении Пункта 56 Закона является нарушением права истцов на жизнь и безопасность, гарантированного пунктом 7 Хартии о правах и свободах.<sup>6</sup>

Отдельное заявление было подано в Верховный Суд Британской Колумбии от имени Сети потребителей наркотиков г. Ванкувера и прилегающих регионов (VANDU).<sup>7</sup> VANDU – это неправительственная организация, цели которой среди прочих, включают: улучшение качества жизни лиц, потребляющих нелегальные наркотики и развитие сети активистов местных сообществ, которые будут работать в направлении обеспечения благоприятной общественной политики в отношении людей, потребляющих запрещенные наркотики.

В заявлении VANDU утверждается, что сотрудники «Инсайта» никогда не хранят и не распространяют контролируемые наркотики, поэтому Пункты 4 (1) и 5 *Закона о контролируемых наркотиках и веществах* на них не распространяются. Вследствие этого, «Инсайт» не нуждается в освобождении от ответственности согласно Пункту 56 Закона.<sup>8</sup> VANDU также заявляет, что лечение

наркотической зависимости относится к медицинской сфере и, поэтому должно рассматриваться в рамках провинциального законодательства<sup>9</sup>; и что вследствие этого, федеральное уголовное право и условия исключения из Пункта 56 не могут быть применены к «Инсайту» в такой степени, чтобы запрещать или регулировать деятельность по охране здоровья, которая осуществляется этой организацией.<sup>10</sup>

Далее VANDU утверждает:

- что запрещение хранения контролируемых наркотиков в Законе является нарушением прав инъекционных наркопотребителей на жизнь, свободу и безопасность, гарантированных Пунктом 7 Хартии о правах;
- что в результате того, что запрещенные наркотики вызывают зависимость, а наказание за хранение этих наркотиков включает тюремное заключение, потребители инъекционных наркотиков (ПИН) из-за постоянной угрозы применения закона испытывают сильный стресс, что угрожает свободе и безопасности ПИН;
- кроме того, запрещение в рамках уголовного права заставляет потребителей наркотиков выбирать между свободой и безопасностью и получением доступа к услугам;
- что действие государства, вводящего запрет, в значительной степени приводит к ухудшению здоровья ПИН и, тем самым оказывает влияние на их жизнь, свободу и безопасность.<sup>11</sup>

VANDU также утверждает, что Пункт 56 Закона является неконституционным, так как он не содержит критериев или стандартов для решения вопроса о предоставлении исключений по усмотрению Министра, таким образом нарушается Пункт 7 Хартии о правах.<sup>12</sup>

VANDU просит суд объявить рамки Закона о контролируемых наркотиках и веществах, регулирующие работу «Инсайта», конституционно необоснованными и издать промежуточный приказ, предоставляющий временное освобождение от ответственности для сотрудников и клиентов «Инсайта», ожидающих решения судебного дела. Если суд посчитает, что необходима какая-либо форма исключения из закона и согласится с тем, что Пункт 56 Закона является неконституционным, VANDU попросит суд издать конституционное освобождение для сотрудников и потребителей наркотиков на такой период времени, который будет конституционно законным для процесса получения освобождения.<sup>13</sup>

На данный момент заявления, поданные VANDU и Объединением общественных служб PHS, еще не были заслушаны в суде.

## Комментарий

По крайней мере, на данный момент «Инсайт» может продолжать оказывать услуги потребителям наркотиков в Ванкувере. Еще один призыв Министра Клемента проводить дальнейшее исследование вызывает беспокойство, так как это продолжает отвлекать

внимание от основной цели пункта, заключающейся в снижении вреда, связанного с инъекционным потреблением наркотиков.

Учитывая, что Министр неоднократно отказывался от того, чтобы сделать освобождение от Пункта 56 постоянным, похоже, что пришло время перенести борьбу в зал суда. Оспаривание системы на основе конституционного права может способствовать переносу центра внимания на аспекты, касающиеся прав человека, вопросов общественного здравоохранения и обязанности правительства обеспечить предоставление соответствующих медицинских услуг для одной из наиболее маргинализированных групп населения.

– Алисон Саймингтон

<sup>1</sup> See D. Garmaise, "Supervised injection facility granted time-limited extension," *HIV/AIDS Policy & Law Review* 11(2/3) (2006): 21–23.

<sup>2</sup> Health Canada, "Insight given six-month extension says Minister Clement," news release, Ottawa, October 2, 2007.

<sup>3</sup> *PHS Community Services Society, Dean Edward Wilson and Shelly Tomic v. Attorney General of Canada*, Statement of Claim, paras. 5–6. The statement of claim was filed by F. Andrew Schroeder and M. Pongracic-Speier of the firm Schroeder Speier, and Joseph J. Arvay of the firm Arvay Finlay.

<sup>4</sup> Там же, параграф 26.

<sup>5</sup> Там же, параграф 27.

<sup>6</sup> *PHS Community Services*, параграф 29.

<sup>7</sup> *Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) v. Attorney General of Canada and Minister of Health for Canada*. The statement of claim was filed by John Conroy of Conroy & Company in August 2006, amended in August 2007.

<sup>8</sup> Там же, параграфы 12 and 31(a).

<sup>9</sup> Относится к пп. 92(7), (13) и (16) или любой комбинации указанных пунктов Закона о Конституции, 1867.

<sup>10</sup> *Vancouver Area Network*, paras. 22–23b.

<sup>11</sup> Там же, параграфы 24–28.

<sup>12</sup> Там же, параграфы 29–30.

<sup>13</sup> Там же, параграф 31.

# Первое испытание механизма ВТО по приобретению медицинских препаратов-генериков с использованием обязательной лицензии через Канадскую систему доступа к медицинским препаратам

В июле 2007 г. Руанда стала первой страной, которая начала процедуру в соответствии с правилами Всемирной торговой организации (ВТО), которая подразумевает предоставление разрешения развивающимся странам импортировать недорогие препараты-генерики, произведенные в других странах по обязательной лицензии. Через два месяца на основе инициативы Руанды Специальный уполномоченный Канады по патентам выдал первую обязательную лицензию в рамках этой системы, разрешающую производство для этой страны запатентованных препаратов для лечения СПИДа.

## Предыстория вопроса

В августе 2003 г. члены ВТО единогласно согласились временно отказаться от пункта правил договора ВТО по правам на интеллектуальную собственность (*Соглашение о торговых аспектах прав интеллектуальной собственности - Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) (TRIPS), которое ограничивало применение обязательного лицензирования для производства недорогих медицинских препаратов-генериков в стране, имеющий потенциал производства этих препаратов для целей экспорта в страны, которые не имеют возможности их производить.<sup>1</sup>

Это решение было предназначено для того, чтобы дать возможность странам, которые не могут производить препараты-генерики для нужд общественного здравоохранения «эффективно использовать обязательное

лицензирование» для импорта более доступных лекарств. Поддерживая лежащие в основе этого документа цели, сторонники охраны здоровья выразили обеспокоенность тем, что процедуры, разработанные для реализации решения, являются чрезмерно обременительными и неэффективными.<sup>2</sup>

В мае 2004 г. вслед за активной кампанией, проведенной организациями гражданского общества<sup>3</sup>, Канада стала первой страной, реализовавшей решение ВТО 2003 г., через разработку детальной законодательной основы, которую сейчас называют «Канадской системой доступа к медицинским препаратам» (CAMR).<sup>4</sup>

## Применение процедуры ВТО через канадский режим правового регулирования

После этого последовало несколько лет попыток использования канадского режима правового

регулирования, в частности, компанией Апотекс, крупнейшим канадским производителем фармацевтических препаратов-генериков и международной гуманитарной организацией Врачи без границ (MSF) в роли предполагаемого покупателя продукции генериков, произведенной Апотекс.

По просьбе MSF, Апотекс разработала новую комбинацию фиксированной дозы в виде таблетки, включающей существующие антиретровирусные лекарства - зидовидин (AZT), ламивудин (ЗТС) и невирапин - впервые объединенные в одной таблетке, с намерением потенциально экспортировать этот препарат по обязательной лицензии в одну или несколько развивающихся стран.<sup>5</sup>

Управление терапевтической продукции Министерства здравоохранения (Health Canada's Therapeutic Products Directorate - национальный

орган, регулирующий вопросы лекарственных препаратов) подтвердило, что продукт соответствует необходимым стандартам канадского законодательства. Это подтверждение является предварительным условием для экспорта. Продукт впоследствии был одобрен «программой предварительного квалификационного отбора» (Prequalification Programme) Всемирной торговой организации (ВТО), что давало уверенность потенциальным покупателям в том, что продукт и его производитель отвечают принятым стандартам.<sup>6</sup>

В ходе этого процесса Апотекс и MSF натолкнулись на целый ряд процедурных препятствий<sup>7</sup> и, в конечном итоге, MSF проинформировала Апотекс о том, что она не смогла помочь стране - потенциальному импортеру продукции, соответствовать всем требованиям процедуры ВТО и Канадского закона. Эти требования, в частности, включают публичное уведомление страной ВТО о намерении применить процедуру и указать конкретное количество определенного фармацевтического продукта.

Однако 19 июля 2007 г. наконец-то был сделан прорыв в этом вопросе, когда Руанда представила для регистрации ВТО первое уведомление о том, что она намеревается применить процедуру ВТО 2003 для возможной закупки 15,6 миллионов комбинированных таблеток в фиксированной дозе, произведенных фирмой Апотекс.<sup>8</sup>

Переговоры между компанией Апотекс и тремя компаниями, имеющими соответствующие канадские патентные права

на три препарата, не привели к подписанию соглашения о предоставлении компании Апотекс добровольной лицензии, разрешающей использование соответствующих патентов. В конце концов, по прошествии 30 обязательных дней переговоров, 4 сентября 2007 г. Апотекс подал заявку на обязательную лицензию Специальному уполномоченному по патентам.<sup>9</sup> Заявка была удовлетворена, и 19 сентября 2007 г. компании Апотекс была выдана обязательная лицензия.<sup>10</sup> Канада впоследствии уведомила ВТО об этом согласно требованию решения ВТО 2003 г.<sup>11</sup>

Во время написания данного материала в государственных отчетах указывалось, что препарат, произведенный компанией Апотекс, будет стоить примерно \$0.40 США за таблетку. Для сравнения, в США для лечения применяются запатентованные эквиваленты этого препарата по цене \$20 США за одну таблетку. Апотекс предсказывал, что стоимость упадет еще больше, когда активные фармацевтические ингредиенты будут закуплены по еще более низкой цене, и объем продукции возрастет.<sup>12</sup> На момент написания данного материала еще не было известно, заключит ли Руанда договор с Апотексом на закупку этого генерика, после того как будет объявлен международный тендер.

### Комментарий

Данная обязательная лицензия является не только первой обязательной лицензией в рамках канадской системы доступа к медицинским препаратам, но она также и первая

обязательная лицензия, выданная согласно законодательству, реализовывающему решение ВТО 2003. В то время как такое развитие ситуации приветствуется, следует напомнить, что чтобы достигнуть только стадии одного (потенциального) применения процесса, потребовалось более 4-х лет с момента принятия процедуры ВТО 2003 и более 3-х лет с момента принятия канадского закона, реализовывающего эту процедуру.

Это не та быстрая реакция, которая необходима для решения проблемы отсутствия доступа к дешевым лекарствам в развивающихся странах. Ни канадское законодательство, ни основополагающее решение ВТО, не являются тем гибким решением, гарантирующим, что страны, у которых нет возможности выпускать фармацевтическую продукцию, смогут эффективно использовать обязательное лицензирование, к чему призывала и обещала, принятая в Дохе декларация по соглашению ТРИПС (*Doha Declaration on TRIPS and Public Health*) в 2001г.

Канадские организации гражданского общества, входящие в Глобальную группу предоставления всеобщего доступа к лечению (Global Treatment Access Group, GTAG)<sup>13</sup>, включая Канадскую правовую сеть по ВИЧ/СПИДу, призывали и продолжают призывать к принятию поправок к канадскому законодательству, которые бы упростили обязательное лицензирование и устранили ненужные ограничения и, тем самым, привели бы к повышению возможности того, что другие развивающиеся страны и

другие производители препаратов-генериков смогут использовать этот правовой порядок в будущем.

В частности, организации гражданского общества призвали правительство Канады и членов Парламента внести поправки в законодательство и обеспечить «решение с помощью одной лицензии» а именно: разрешить генерическим компаниям, имеющим разовое разрешение, производить лекарства на экспорт в несколько стран без предъявления предварительного уведомления, предопределения количества препаратов и без процедуры отдельного лицензирования для каждой отдельной страны на каждый отдельный заказ. Хотя эта процедура будет отличаться от той, которая была разработана по решению ВТО 2003, организации гражданского общества утверждают, что это будет разрешено в рамках положений ТРИПС, которые позволяют некоторую гибкость в реализации соглашения.

Ожидалось, что федеральное Министерство промышленности представит в Парламент отчет о результатах государственного пересмотра канадской системы в июне 2007 г., как требовалось законом. Однако на момент написания статьи в ноябре 2007 г. еще не было никакого сообщения о том, когда он будет закончен.

– Ричард Эллиотт

Ричард Эллиотт (reliott@aidslaw.ca) является исполнительным директором Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу. Для детального ознакомления с анализом канадской правовой системы и предложенных конкретных поправок см. *Getting the Regime Right*, расширенное резюме, подготовленное Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу для парламентского комитета, который проводил слушания по законодательству в апреле 2007 г. Этот материал можно найти на [www.aidslaw.ca/gtag](http://www.aidslaw.ca/gtag) (через ссылку “Publications”).

& *Law Review* 8(3) (2003): 1, 7–18; and R. Elliott, “Steps forward, backward, and sideways: Canada’s bill on exporting generic pharmaceuticals,” *HIV/AIDS Policy & Law Review* 9(3) (2004): 15–21; both available via [www.aidslaw.ca/review](http://www.aidslaw.ca/review). See, also, R. Elliott, “Medicines for all?»: commitment and compromise in the fight for Canada’s law on compulsory licensing for export,” in J. Clare-Cohen et al., eds., *The Power of Pills: Social, Ethical and Legal Issues in Drug Development, Marketing and Pricing* (London: Pluto Press, 2006), pp. 227–238. Available via [www.aidslaw.ca/gtag](http://www.aidslaw.ca/gtag) (click on “Publications”).

<sup>4</sup> *An Act to amend the Patent Act and the Food and Drugs Act (Jean Chrétien Pledge to Africa)*, S.C. 2004, c. 23. At [www.canlii.org/ca/as/2004/c23](http://www.canlii.org/ca/as/2004/c23). For details of the regime, see the website established by the Government of Canada at [www.camr.gc.ca](http://www.camr.gc.ca).

<sup>5</sup> Информацию о продукте, Apo-Triavir, см: [www.apotex.com/apotriavir](http://www.apotex.com/apotriavir).

<sup>6</sup> Более подробную информацию о Пред-квалификационной программе ВТО см: <http://mednet3.who.int/prequal/>

<sup>7</sup> Краткий отчет о хронологии и проведенной работе см: Médecins Sans Frontières, *Neither Expeditious, Nor a Solution: The WTO August 30<sup>th</sup> Decision is Unworkable – An Illustration Through Canada’s Jean Chrétien Pledge to Africa*, briefing paper prepared for the XVI International AIDS Conference, August 2006. См. [www.accessmed-msf.org/documents/WTOaugustreport.pdf](http://www.accessmed-msf.org/documents/WTOaugustreport.pdf).

<sup>8</sup> Правительство Руанды, *Notification Under Paragraph 2(a) of the Decision of 30 August 2003 on the Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, WTO Doc. IP/N/9/RWA/1. См. [www.wto.org/english/tratop\\_e/trips\\_e/public\\_health\\_notif\\_import\\_e.htm](http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/public_health_notif_import_e.htm).

<sup>9</sup> Полный текст заявления можно посмотреть на: [http://strategis.gc.ca/sc\\_mrksvc/cipo/jcpa/p4-e.html](http://strategis.gc.ca/sc_mrksvc/cipo/jcpa/p4-e.html).

<sup>10</sup> Разрешение можно посмотреть на: [http://strategis.gc.ca/sc\\_mrksvc/cipo/new/CAMR\\_Authorization.pdf](http://strategis.gc.ca/sc_mrksvc/cipo/new/CAMR_Authorization.pdf).

<sup>11</sup> Правительство Канады, *Notification Under Paragraph 2(c) of the Decision of 30 August 2003 on the Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, WTO Doc. IP/N/10/CAN/1, online via: [www.wto.org/english/news\\_e/news07\\_e/trips\\_health\\_notif\\_oct07\\_e.htm](http://www.wto.org/english/news_e/news07_e/trips_health_notif_oct07_e.htm).

<sup>12</sup> “Canada issues compulsory licence for HIV/AIDS drug export to Rwanda, in first test of WTO procedure,” *Bridges Weekly Trade News Digest* 11(32) (2007). Available via <http://www.ictsd.org/weekly/index.htm>.

<sup>13</sup> E.g., see: Global Treatment Access Group, *Delivering on the Pledge: Reforming Canada’s Access to Medicines Regime— Submission to the Government of Canada*, 24 January 2007. См. [www.aidslaw.ca/gtag](http://www.aidslaw.ca/gtag) (click on “Publications”).

<sup>1</sup> WTO General Council. *Decision on the Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, WTO Doc. IP/C/W/40 (30 August 2003). См. [www.wto.org/english/tratop\\_e/trips\\_e/implement\\_para6\\_e.htm](http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/implement_para6_e.htm).

<sup>2</sup> E.g., “WTO deal on medicines: a ‘gift’ bound in red tape,” *Joint NGO Statement on TRIPS and Public Health*, 10 September 2003. См. [www.cptech.org/ip/wto/p6/ngos09102003.html](http://www.cptech.org/ip/wto/p6/ngos09102003.html).

<sup>3</sup> See: R. Elliott, “TRIPS from Doha to Cancún... to Ottawa: global developments in access to treatment and Canada’s Bill C-56,” *Canadian HIV/AIDS Policy*

## Поданы два исковых заявления, оспаривающие канадское законодательство о секс работе на конституционной основе

В марте 2007 г. в Верховный суд провинции Онтарио был подан иск, оспаривающий конституционность канадского законодательства о секс работе. Через пять месяцев после этого был подан еще один иск в провинции Британская Колумбия. Эти два одновременных, но совершенно не связанных судебных дела утверждают, что значительная часть пунктов *Уголовного кодекса Канады*, относящихся к секс работе совершеннолетних людей, нарушает право на свободу выражения, свободу личности и безопасность и положения о равноправии *Канадской хартии о правах и свободах (Canadian Charter of Rights and Freedoms)*.

Дело в Онтарио было возбуждено тремя женщинами, среди которых есть бывшие и настоящие секс работницы.<sup>1</sup> Иск, поданный в Британской Колумбии, инициирован Объединением секс работников в Восточной части центра города против насилия (Downtown Eastside Sex Workers United Against Violence SWUAV).<sup>2</sup> В обоих случаях представлено требование об отмене пунктов 213 (общение с целью проституции - communicating for the purpose of prostitution)<sup>3</sup>, 210 и 211 (положения о публичных домах - the bawdy house laws)<sup>4</sup> и 212 (положения о получении прибыли - procurement law)<sup>5</sup> *Уголовного кодекса Канады*. Оба иска предъявляют претензии к законодательству на основе права секс работников на (а) свободу выражения и (в) жизнь, свободу личности и безопасность человека, закрепленные в *Хартии* (пункты 2, (b) и 7 соответственно). Иск, возбужденный в Британской Колумбии, утверждает, что законы

нарушают права секс работников на равноправие, согласно *Хартии* (пункт 15).

Продажа секс услуг в Канаде не запрещена. Однако пункты 210 – 213 *Уголовного кодекса* запрещают почти все виды деятельности, касающиеся продажи секс услуг. Истцы утверждают, что система уголовного законодательства, регулирующая предоставление сексуальных услуг совершеннолетними людьми, вредит секс работникам, тем, что делает их работу небезопасной и подвергает риску жестокого насилия.

Например, в обоих случаях утверждается, что положения, устанавливающие ответственность за общение с целью проституции, заставляют секс работников садиться в машины потенциальных клиентов, без возможности оценить ситуацию и опасность которую могут представлять клиенты, для чтобы избежать преследования полицией и ареста. В иске, поданном в Британской

Колумбии, утверждается, что риск возникает «вследствие того, что секс работники должны работать в одиночку или на расстоянии от других секс работников и перемещаться на изолированные или промышленные территории, чтобы избежать внимания полиции».<sup>6</sup> Исковое заявление Объединения SWUAV упоминает также, «что диспропорционально большое количество женщин, пропавших без вести в Канаде, занимались секс работой, и исчезновение этих женщин связано с родом их деятельности».<sup>7</sup>

В отношении закона о публичных домах, оба иска утверждают, что при работе внутри помещений насилие происходит значительно реже, а в большинстве таких помещений вовсе отсутствует.<sup>8</sup> Вследствие этого, утверждается в исках, законодательство мешает секс работникам создать более безопасные условия работы. В обоих исках утверждается, что пункты положений закона о

получении прибыли лишают секс работников возможности работать совместно с другими с тем, чтобы обеспечить свою безопасность и сохранить здоровье.<sup>9</sup>

Объединение SWUAV утверждает также, что положения закона обособляют секс работников и приводят к дифференциальному и дискриминационному обращению. Объединение SWUAV отстаивает точку зрения о том, что законодательство имеет негативное воздействие на отношение к секс работникам со стороны общества, социальных и медицинских работников, работодателей и полиции.

Ранее данные положения уже неоднократно пересматривались. В 1990 г Верховный суд Канады подтвердил конституционную обоснованность положений законодательства об общении с целью проституции и публичных домах, в деле, названном *Ссылки о проституции (Prostitution Reference)*.<sup>10</sup> В 1992 г. Верховный суд подтвердил положение о получении прибыли в деле *R v. Downey*.<sup>11</sup>

Кроме того, правительственные комитеты проводили исследование по этим вопросам и изучили вопрос о возможных реформах. Совсем недавно, в декабре 2006 г., после

проведения консультаций по всей стране подкомитет парламента, обсуждавший Закон о предложении секс услуг (Solicitation Law), подготовил отчет, но не выполнил своей обязанности по предложению рекомендаций о конкретной правовой реформе.<sup>12</sup>

Если поданные иски будут успешными, они могут подтолкнуть к фундаментальному изменению основы уголовного законодательства в отношении секс работы в Канаде.

— Джули Шугарман

Джули Шугарман - студентка юридического факультета Университета Оттавы. Она была стажером Канадской правовой сети в 2007 г. Джули Шугарман работала с Комитетом секс работников со дня его формирования в 2003 г. (Pivot's Sex Work Law Reform Committee) по вопросу реформы закона о секс работниках.

Дополнительные материалы, относящиеся к этому вопросу см. в разделе Развитие ситуации в Канаде, выпуск 11 (2/3) и выпуск 12 (1) *Обзора*.

<sup>1</sup> Группа юристов работает под руководством профессора юридического факультета Осгуд Хол (Университет Йорка, Торонто) Алана Янга.

<sup>2</sup> Катрина Пасей из Pivot Legal LLP и Джозеф Дж. Арвей из адвокатской конторы Арвей Финлей были приглашены в качестве представителей.

<sup>3</sup> Иск в Онтарио оспаривает п. 213(1)(с); дело в Британской Колумбии оспаривает п. 213 полностью.

<sup>4</sup> Закон о публичных домах запрещает содержание или контроль помещений, которые используются для проституции; а также проживание или нахождение в этих помещениях; сопровождение или направление людей в эти помещения, и разрешение другим пользоваться этим помещением. Иск, поданный в Онтарио, конкретно не упоминает п. 211.

<sup>5</sup> Оспариваемые положения о получении прибыли, запрещают содействие и менеджмент секс работы другого лица, направление клиентов, создание деловых отношений и разделение прибыли, полученной в результате секс работы. Иск, поданный в Онтарио оспаривает пункт 212(1)(j) Уголовного Кодекса. Иск, поданный в Британской Колумбии оспаривает п. 212 за исключением подпунктов (g) и (i) и 212(2).

<sup>6</sup> *SWUAV v. Her Majesty the Queen*, Statement of Claim, August 3, 2007, параграф 8(a).

<sup>7</sup> Там же, параграф 8(d).

<sup>8</sup> *Terri Jean Bedford, Amy Lebovitch and Valerie Scott v. Her Majesty the Queen*, Notice of Application, March 20, 2007, параграф 2(e).

<sup>9</sup> Иск в Онтарио, например, подчеркивает, что п. 212(1)(j) делает незаконным «принятие на работу менеджеров, водителей и охранников» (Notice of Application at para. 2(e)).

<sup>10</sup> *Reference re ss. 193 and 195.1(1)(c) of the Criminal Code (Man.)*, [1990] 1 S.C.R. 1123.

<sup>11</sup> *R. v. Downey* [1992] 2 S.C.R. 10. Следует заметить, что со времени принятия решений по делам *Ссылок о проституции* и *R v. Downey*, появилось много новых данных как о воздействии оспариваемых законов, так и новых прецедентах связанных с Хартией прав.

<sup>12</sup> Комментарии к отчету Подкомитета см: Canadian HIV/AIDS Legal Network, Stella and Maggie's, *Not Up to the Challenge of Change: A Comment on the Report of the Subcommittee on Solicitation Laws*, February 2006. см на [www.aidslaw.ca/sexwork](http://www.aidslaw.ca/sexwork).

## Консервативное правительство объявляет о новой Стратегии борьбы с наркотиками

4 октября 2007 г. Премьер-министр Стивен Харпер официально представил Национальную стратегию своего правительства по борьбе с наркотиками, пообещав принять решительные меры против, как он выразился, «наркопреступников» и при этом быть сострадательным к их жертвам. На поддержку новой стратегии, впервые очерченной в федеральном бюджете в марте 2007 г., будет выделено дополнительно 63,8 миллионов канадских долларов в течение двух лет.<sup>1</sup>

Заявленные приоритеты новой стратегии направлены на борьбу с производством и распространением запрещенных наркотиков; повышение осведомленности о запрещенных наркотиках и негативных последствиях их потребления, в частности, для молодежи; и на лечение и реабилитацию людей, страдающих от наркотической зависимости. По словам правительства, эти три компонента вместе «формируют целенаправленный подход к снижению предложения и спроса на запрещенные наркотики и направлены на борьбу с преступлениями, связанными с наркотиками, которая приведет к более безопасному и здоровому обществу».<sup>2</sup>

Дополнительная ежегодная финансовая поддержка в 385 миллионов долларов уже направлена на программы и инициативы, связанные с наркотиками. Эта финансовая помощь предполагает направление 21,6 миллионов долларов на поддержку правоохранительных органов в борьбе с употреблением незаконных наркотиков, активную борьбу с выращиванием марихуаны, лабораториями, производящими

метамфетамин и деятельностью преступных группировок.

Десять миллионов долларов будет потрачено на кампанию по профилактике потребления наркотиков, направленную на молодежь и родителей. Службы по лечению наркотической зависимости получают дополнительно 32,2 миллиона долларов, причем особое внимание будет уделяться программам для молодежи и коренного населения (First Nations и Inuit).<sup>3</sup> Правительство также пообещало ввести обязательное наказание в виде тюремного заключения для лиц, производящих и продающих наркотики.<sup>4</sup>

Критики заявляют, что новая стратегия основывается на идеологии, а не на фактах и что она имитирует, так называемую «войну с наркотиками», проводимую в США. Более того, они говорят, что новая стратегия неправильно трактует наркотическую зависимость, рассматривая ее, в основном, как уголовную проблему, а не как вопрос общественного здравоохранения.<sup>5</sup>

### Комментарий

Несмотря на то, что Консервативное правительство

назвало эту стратегию «новой», распределение финансирования удивительно напоминает предыдущую стратегию. Так как доля финансирования правоохранительных мер в прошлом составляла почти три четверти государственных затрат на борьбу с незаконными наркотиками, дополнительное распределение средств на профилактику и лечение будет иметь небольшое значение в общем распределении средств. Правоохранительные меры будут продолжать оставаться основным центром внимания стратегии, где на профилактику и лечение будет выделяться примерно такой же процент финансирования, как и в предыдущей стратегии.<sup>6</sup>

Более того, отсутствие снижения вреда, как одного из «столпов» стратегии, вызывает беспокойство, как с точки зрения общественного здравоохранения, так и с точки зрения прав человека. (Четыре стопа предыдущей стратегии борьбы с наркотиками включали правоохранительные мероприятия, профилактику, лечение и снижение вреда.<sup>7</sup>) Как было показано во многих исследованиях, программы

снижения вреда, такие как обмен шприцев, метадоновые клиники и пункты контролируемого потребления наркотиков, снижают вред, связанный с потреблением запрещенных наркотиков, включая снижение уровня передачи ВИЧ и гепатита С.<sup>8</sup> Поэтому снижение вреда является важнейшим подходом профилактики ВИЧ/СПИДа, основанном на правах человека.

Отказ от снижения вреда в национальном подходе Канады к решению вопросов, касающихся запрещенных наркотиков, может заморозить провинциальные и муниципальные программы по наркотикам. Это может также нанести урон международной репутации Канады, как страны, сделавшей снижение вреда одним из элементов реагирования на проблему потребления наркотиков и распространения ВИЧ и гепатита С. Кроме того, это может иметь последствия для существующих программ снижения вреда, которые попадают под федеральную юрисдикцию, например, программы снижения вреда в тюрьмах.

И, наконец, пока еще неизвестно, какое более суровое наказание для производителей и продавцов наркотиков будет включать обещанное новое законодательство, но Премьер-министр уже указал, что правительство предложит

обязательные минимальные меры наказания для людей, осужденных за серьезные нарушения, связанные с наркотиками. (Следует заметить, что правительство пыталось ввести обязательные минимальные меры наказания на прошлой сессии парламента, но эти усилия, в конечном итоге, были сведены на нет поправками внесенными на стадии рассмотрения в комитетах, отчасти благодаря лоббированию со стороны Канадской правовой сети и других организаций.)

Не существует доказательств того, что обязательные минимальные меры наказания снижают уровень потребления наркотиков или вред, связанный с их потреблением. Более того, исследования показывают, что тюремное заключение потребителей инъекционных наркотиков является одним из факторов, способствующим распространению ВИЧ в Канаде.<sup>9</sup> Введение обязательных мер наказания в США продемонстрировало их непропорциональное воздействие на женщин, цветное население и представителей маргинализированных групп.<sup>10</sup> Данная политика не приведет к торжеству правосудия, отнимая у судей свободу действий в вынесении приговора в зависимости от обстоятельств и

смягчающих факторов в каждом отдельном случае.

– Алисон Саймингтон

<sup>1</sup> Department of Finance Canada, *The Budget Plan 2007: Aspire to a Stronger, Safer, Better Canada*, tabled in the House of Commons by the Honourable James M. Flaherty, P.C., M.P., March 19, 2007.

<sup>2</sup> Там же, стр. 257.

<sup>3</sup> Там же, стр. 258.

<sup>4</sup> Там же, стр. 258.

<sup>5</sup> См., например, Canadian HIV/AIDS Legal Network, "Ottawa adopting failed U.S.-style 'war on drugs': new National Anti-Drug Strategy plays politics with people's lives," news release, Toronto, October 1, 2007; AIDS Committee of Toronto, *Harm Reduction and the Federal Government's New Anti-Drug Strategy*, position statement, October 2007; and "Drug policy offers same old failures: 'fresh approach' continues enforcement focus despite decades of costly, futile efforts," *Times Colonist (Victoria)*, October 10, 2007, p. A12.

<sup>6</sup> Personal communication with Kora DeBeck, Urban Health Research Initiative, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS. See also, K. DeBeck et al., "Canada's 2003 renewed drug strategy — an evidence-based review," *HIV/AIDS Policy & Law Review* 11(2/3) (2006): pp. 1–11.

<sup>7</sup> Government of Canada, *Canada's Drug Strategy: What is it?* Cat. H 128-1/05-443-1, 2005.

<sup>8</sup> Government of Canada, *Canada's Drug Strategy: What is it?* Cat. H 128-1/05-443-1, 2005.

<sup>9</sup> Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Mandatory Minimum Sentences for Drug Offences: Why Everyone Loses*, briefing paper, April 2006, pp. 1–2.

<sup>10</sup> Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Mandatory Minimum Sentences for Drug Offences: Why Everyone Loses*, briefing paper, April 2006, pp. 1–2.

## Оттава: Муниципальный совет закрывает программу распространения трубок для курения крэка

**В июле 2007 г. в атмосфере жарких споров об эффективности программы снижения вреда городская администрация Оттавы проголосовала за закрытие Инициативы за более безопасное потребление крэка.**

Программа занимавшаяся распространением более безопасных средств для курения среди людей, потребляющих крэк, была открыта 1 апреля 2005 г. Неожиданное ходатайство об отмене инициативы было подано членом Совета Риком Чиарелли, который заявил, что программа передает «одну из наиболее ироничных и непонятных идей, которая может быть передана правительством города».<sup>1</sup> Ходатайство, поддержанное Мэром Лари О'Брайэном, было принято в результате голосования 11 июля. Результат голосования: 15 голосов за закрытие программы и 7 голосов против. Программа обходилась городу в 7,500 долларов ежегодно, остальная часть финансирования – 40,000 долларов - поступала из провинциального правительства.

Отмена инициативы вступила в силу немедленно. Закрыв проект, Совет пошел вразрез с рекомендациями главного начальника медицинской службы города, д-ра Дэвида Сэлисбури. Д-р Сэлисбури неоднократно сообщал Совету о том, что программа успешно выполняла свои функции – она спасала жизни, помогала экономить миллионные затраты на здравоохранение в будущем и благоприятно

отражалась на здоровье населения.<sup>2</sup> Наборы предметов для курения предназначались для предотвращения распространения гепатита и ВИЧ. Они включали стеклянные мундштуки, резиновые насадки, медные пластинки, презервативы, другие предметы и просветительные материалы.

Ссадины и повреждения кожи губ являются типичными для людей, курящих крэк. В результате того, что трубки для курения крэка часто передаются от одного курящего другому, люди, пользующиеся общими трубками, подвергают себя опасности заражения через инфицированную кровь больного человека. Обычно курение считается более безопасным, чем инъекционное потребление наркотиков, но исследования показали, что курильщики подвергаются высокой опасности заражения ВИЧ и гепатитом С (НСV). По имеющимся сведениям, в Оттаве наблюдается бум курения крэка. Среди курильщиков крэка в Оттаве наблюдается самая высокая заболеваемость гепатитом и уровень ВИЧ инфекции в Канаде.<sup>3</sup>

Исследование, проведенное среди 500 потребителей наркотиков профессором Университета Оттавы доктором Линн Леонард, показало,

что практика использования общей трубки для курения значительно сократилась после введения программы безопасной практики курения. Наблюдался также и переход от инъекционного потребления наркотиков к более безопасному методу путем курения. Исследование также показало, что 4000 потребителей крэка обратились за медицинской помощью благодаря деятельности программы.<sup>4</sup>

Однако Мэр города О'Брайэн публично заявил, что он не верит, что программа работает и, что он думает, что глупо раздавать средства, которые помогают делать то, что является вредным для здоровья. Другие члены совета, проголосовавшие против программы, считали, что, раздавая трубки, город поощряет потребление наркотиков.

Мэр призвал общество вместо этого направить усилия на лечение и объявил 18 августа 2007, что город потратит 25,000 долларов на проведение исследования по определению оптимального пути оказания помощи потребителям наркотиков в Оттаве, включая строительство нового стационарного учреждения для лечения наркотической зависимости. Половина средств

на строительство поступит от провинциального правительства. Г-н О'Брайэн и Министр охраны здоровья провинции Онтарио, г-н Джим Ватсон, заявили, что исследование не рассматривает возможность восстановления программы по распространению трубок для курения.

В письме, адресованном Мэру О'Брайэну и членам муниципального совета Оттавы, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДУ призвала совет пересмотреть свое решение. Джоан Чете, в то время Исполнительный директор Правовой сети писала, что:

[о]тмена программы распространения наборов для курения крэка является большим шагом назад не только с точек зрения общественного здравоохранения и прав человека. Как вы слышали от Главного начальника медицинской службы Оттавы, программа была разумной инвестицией долларов налогоплательщиков, принимая во внимание экономию для общественного кошелька в результате предотвращения новых случаев инфекции ВИЧ и HCV. Ваши избиратели заслуживают ответственной и эффективной реакции на проблему наркозависимости, которая должна быть основана на прочных доказательствах и соблюдении прав человека. Вы можете обеспечить

это восстановлением Инициативы за более безопасное потребление крэка...

Коалиция организаций местного сообщества объявила в августе, что она продолжит работу программы по безопасному курению крэка. Комитет по СПИДУ в Оттаве, пять местных центров здоровья, центр 507, Бюро услуг для молодежи, Общество Элизабет Фрай и Центр здоровья Вабано для коренного населения затратят 15,000 долларов для продолжения программы до конца 2007 г., надеясь на то, что к этому времени долгосрочное финансирование программы восстановится.<sup>5</sup>

Инициатива по более безопасной практике потребления крэка реализовывалась и в других городах Канады, включая Ванкувер, Виннипег, Торонто, Монреаль, Гуэлф и Галифакс. Однако есть опасение, что эти программы тоже могут быть закрыты в свете новой тенденции ухода от снижения вреда и перехода к практике строгих правоохранительных мер.

Аналогичная программа была прервана в г. Нанаймо провинции Британская Колумбия, в июне 2007 г. Глава исполнительной власти Управления охраны здоровья острова Ванкувер, г-н Говард Валднер заявил, что в «надлежащее время» программа будет

пересмотрена. В случае с Нанаймо, причинами закрытия программы были названы домогательство к медицинскому персоналу и беспокойство некоторых местных жителей и членов муниципального совета.<sup>6</sup>

– Алисон Саймингтон

Дополнительная информация об этом вопросе представлена в разделе Развитие ситуации в Канаде, том 12 (1) *Обзора*.

<sup>1</sup> D. Puddicombe, "Off the crack pipes; council kills 'stupid' program; doc warns of HIV toll," *The Ottawa Sun*, July 12, 2007, стр. 4.

<sup>2</sup> J. Rupert, "Health agencies seek to resurrect crack-pipe program: it's too valuable to let go, says official with Inner City group," *The Ottawa Citizen*, July 13, 2007, стр. F1.

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> L. Leonard et al., " 'I inject less as I have easier access to pipes': injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed," *International Journal of Drug Policy*, published online, 2007. См. на [www.canadianharmreduction.com/articles.php](http://www.canadianharmreduction.com/articles.php).

<sup>5</sup> M. Gillis, "Piping up for addicts; coalition finds cash for axed program," *The Ottawa Sun*, August 1, 2007, стр. 3.

<sup>6</sup> J. Rudd, "Nanaimo halts crack-pipe handouts", *Times Colonist (Victoria)* (on-line edition), June 21, 2007.

## Кратко

### Провинция Альберта обнародовала закон, разрешающий принудительное тестирование на ВИЧ

1 октября 2007 г. в провинции Альберта вступил в силу *Закон об обязательном тестировании и раскрытии информации (Mandatory Testing and Disclosure Act)* и сопутствующие нормативные документы.<sup>1</sup> Новый закон заменил собой предыдущий *Закон о пробах крови (Blood Samples Act)*<sup>2</sup>, принятый в 2004 г., но так и не вступивший в силу вследствие того, что правительство захотело изменить его, чтобы приблизить к модели закона, разработанного Канадской конференцией по унификации права.<sup>3</sup>

Закон создает механизм, позволяющий определенным лицам, подвергнувшимся контакту с жидкостями человеческого организма (например, пожарники, средний медицинский персонал, блюстители порядка, а также все, кто участвует в оказании неотложной помощи) получить судебный приказ, заставляющий человека, являющегося источником воздействия («лицо-источник воздействия»), предоставить образцы жидкости организма для тестирования на вирусы, такие как ВИЧ. Затем информация о результате тестирования передается человеку, который был подвергнут воздействию.

Согласно закону, подвергнутый воздействию человек должен

обратиться в провинциальный суд в течение 30 дней после контакта. Заявление должно быть подано одновременно с отчетом врача, дающим оценку этого контакта. Оба документа должны быть вручены лицу-источнику воздействия. Вторая копия документов направляется в суд. Если суд принимает решение о том, что лицо-источник воздействия должен предоставить образец крови для тестирования, сотрудник местного медицинского учреждения должен проследить за тем, чтобы это лицо выполнило предписание суда. После того как будет проведен отбор пробы крови и тестирование, результаты тестирования сообщаются лечащим врачам, как лица-источника воздействия, так и лица, подвергнутого воздействию.

Закон утверждает, что он обеспечивает «справедливый процесс, приводящий в соответствие желание лиц иметь информацию о состоянии здоровья человека, который мог подвергнуть их воздействию болезни, и прав людей, которых просят предоставить пробу жидкости организма». Однако такие организации, как Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу критикуют это законодательство, как излишнее, неоправданное и, возможно, неконституционное.<sup>4</sup>

– Ричард Эллиотт

Ричард Эллиотт (relliott@aidslaw.ca) является исполнительным директором Канадской правовой сети.

Полный текст закона провинции Альберта и нормативных документов к нему, копии соответствующих протоколов и формы по реализации Закона см. на: [www.health.gov.ab.ca/professionals/MTDA.html](http://www.health.gov.ab.ca/professionals/MTDA.html). Детали законодательства провинции Альберта и аналогичные законодательства других канадских провинций можно найти в публикации Канадской правовой сети в 2007 г. *Undue Force: An Overview of Provincial Legislation on Forced Testing for HIV*, на: [www.aidslaw.ca/testing](http://www.aidslaw.ca/testing).

### Провинция Манитоба предлагает услуги по анонимному ВИЧ-тестированию

19 сентября 2007 г. Министр здоровой жизни провинции Манитоба г-н Керри Ирвин-Росс объявил об инвестировании 1.3 миллионов долларов в проведение мероприятий по тестированию, лечению и профилактике инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).<sup>5</sup> Это финансирование позволит провинции Манитоба создать формальную программу, направленную на борьбу с распространением ВИЧ.

Важным компонентом данного объявления является то, что финансирование обеспечит расширение доступа к услугам по тестированию на ИППП, включая введение анонимного и экспресс тестирования на ВИЧ. В провинциях Квебек, Онтарио, Ньюфаундленд и Лабрадор, Нью-Брансуик, Новая Шотландия, Альберта и Саскачеван службы

анонимного тестирования уже предлагают свои услуги.<sup>6</sup>

Анонимная система тестирования позволяет людям пройти тестирование без необходимости сообщать свое имя и номер медицинской карточки. Люди, избегающие тестирования из-за стигмы, связанной с ВИЧ/СПИДом, скорее всего, согласятся пройти тестирование, если им будет обеспечена анонимность.

По оценке людей, работающих в программах, связанных со СПИДом, в провинции Манитоба проживает около 1400 ВИЧ инфицированных и около 400-500 ВИЧ позитивных людей, которые не знают о своем ВИЧ статусе.<sup>7</sup> Согласно передовице в газете Свободная пресса Виннипега (*Winnipeg Free Press*), провинция Манитоба в течение многих лет сопротивлялась введению программ ВИЧ-тестирования и профилактики, которые существовали в других провинциях. «Новая программа по ВИЧ означает, что наконец-то Манитоба признала, что у нее есть проблема с ВИЧ», написала газета.<sup>8</sup>

Другой аспект программы будет включать инвестирование 110,000 долларов в течение 2 лет в работу Коалиции организаций местного сообщества, которые занимаются проблемой ВИЧ/СПИДа среди иммигрантов и беженцев. Предусматривается также направление до \$ 100,000 на создание ресурсов по пропаганде здорового образа жизни для молодежи коренного населения с учетом требований национальной культуры; и до 270,000 долларов на финансирование работы по охране сексуального здоровья геев, лесбиянок, бисексуалов,

людей сочетающих в себе женскую и мужскую сущность и транссексуалов.

– *Алисон Саймингтон*

## Новый 60-секундный тест на ВИЧ появился в провинции Онтарио

Провинциальное правительство Онтарио объявило в июне 2007 г. о том, что оно сделает бесплатным новый экспресс-метод тестирования «на месте» (РОС) в 50 медицинских пунктах по всей провинции, включая районные центры здоровья, ИППП и акушерские клиники. Эти 50 пунктов будут включать 24 новых пункта, которые будут оказывать услуги северным и сельским районам, чтобы обеспечить более справедливый доступ к услугам для населения этих районов.<sup>9</sup>

По сравнению с обычным ВИЧ-тестированием, где пациентам приходится ждать две недели, чтобы получить результат, экспресс-тест РОС предоставляет почти мгновенные результаты, для тех, кто хочет узнать о своем ВИЧ статусе. Капля крови тестируется на антитела ВИЧ в течение 60 секунд. Весь процесс, включая до- и после-тестовое консультирование, занимает около 20 минут. Тест, показывающий антитела на ВИЧ потребует дополнительного анализа крови в лаборатории, которая подтвердит ВИЧ позитивный результат.<sup>10</sup>

Онтарио станет первой провинцией в Канаде, которая предложит новую форму тестирования. Министерство здравоохранения подсчитало, что

ежегодная стоимость программы составит около 350,000 канадских долларов.<sup>11</sup>

Обеспечение анонимного экспресс тестирования поможет повысить число людей, проходящих тестирование, особенно среди групп высокого риска, у которых может быть ограниченный доступ к традиционным медицинским услугам или, которые опасаются обращаться в обычные медицинские учреждения. Экспресс метод будет особенно полезным в случаях сексуального насилия, случайного заражения в результате профессиональной деятельности при работе с потенциально ВИЧ зараженными материалами, при поступлении в родильное отделение беременных женщин, не имеющих при себе медицинской информации, и в случаях, когда мгновенные результаты могут помочь получить информацию, предоставить необходимое лечение и поддержку.<sup>12</sup>

Однако, учитывая скорость, с которой данный тест может быть проведен, повышается риск проведения теста без информированного согласия или соответствующего консультирования.<sup>13</sup>

– *Алисон Саймингтон*

## Требование обязательного применения более безопасных игл в медицинских учреждениях провинции Онтарио

Новые нормативные документы к *Закону о профзаболеваниях и*

безопасности на рабочем месте (*Occupational Health and Safety Act*) сделают обязательным предоставление более безопасных игл или систем, не использующих иглы, в больницах провинции Онтарио с 1 сентября 2008 г.<sup>14</sup> В 2009 г. аналогичные требования будут введены в пансионатах с длительным периодом нахождения, психиатрических учреждениях, лабораториях и центрах сбора образцов крови, а с 2010 г. и в других медицинских учреждениях (например, при оказании ухода за больными на дому, врачебных кабинетах, машинах скорой помощи).

Более безопасные конструкции игл помогут медицинским работникам уберечься от травм, связанных со случайным уколom. Если кожа медицинского работника прокалывается использованной иглой или острыми медицинскими инструментами, эти работники подвергаются опасности заражения инфекциями, передающимися через кровь, включая ВИЧ и гепатит С. В отличие от обычных игл, безопасные иглы имеют пластиковые предохранители и выдвижные головки для снижения риска случайного укола.

Согласно информации Ассоциации медсестер провинции Онтарио, ежегодно около 70 000 медицинских работников Канады получают случайные уколы иглами, причем примерно половина этих уколов происходит в Онтарио.<sup>15</sup> Союз, представляющий интересы медицинских работников Онтарио, добивался принятия этого закона в течение нескольких лет, и законодательный акт, касающийся этого вопроса, подготовленный частными лицами, поступил в

парламент провинции в 2005 г.<sup>16</sup> Применение безопасных игл уже стало обязательным требованием в провинциях Саскачеван и Манитоба.

– Алисон Саймингтон

### Два новых исследования подтверждают рост инфекции гепатита С и ВИЧ среди населения тюрем

Два исследования, о которых рассказывалось в *Журнале канадской медицинской ассоциации (Canadian Medical Association Journal)* в 2007 г., пришли к удивительно похожим результатам. В семи тюрьмах провинции Квебек, которые участвовали в исследовании, общий уровень ВИЧ инфекции составил 3,4 %. Этот показатель значительно выше среди женского населения тюрем (8,8 % против 2,4% среди мужчин).<sup>17</sup> Общая распространенность инфекции гепатита С (HCV) составила 18,5 процентов (29,2 % среди женщин и 16,6 % среди мужчин).<sup>18</sup> Как ВИЧ, так и гепатит С были, в основном, обнаружены у потребителей инъекционных наркотиков.

Результаты исследования, проведенные в учреждениях временного содержания провинции Онтарио (тюрьмы, изоляторы временного содержания и пункты задержания для молодежи), показывают выраженный уровень распространенности ВИЧ инфекции среди взрослых мужчин – 2,1 и 1,8 % среди взрослых женщин (среди молодых

нарушителей закона ВИЧ инфекция не была обнаружена). Гепатит С был обнаружен у 15,9 % мужчин, 30,2 % женщин и у 0,4 % молодых людей, содержащихся в этих учреждениях. Наиболее вероятный контингент заключенных, у которых может быть обнаружена инфекция, это люди старше 30 лет и потребители инъекционных наркотиков.<sup>19</sup>

Уровень распространенности инфекций ВИЧ и HCV среди общего населения составил 0,8 и 0,18 % соответственно.<sup>20</sup>

Ричард Эллиотт, исполнительный директор Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу в своих комментариях к статьям заявил, что

[н]и высокий уровень распространенности инфекции ВИЧ или HCV среди заключенных, ни его связь с рискованным поведением, не являются неожиданностью, даже для чиновников системы исполнения наказаний. Меры, которые необходимо предпринять в свете этих данных ни для кого не являются секретом. В исследованиях, проведенных вне тюрем, было много раз доказано, что доступ к стерильным средствам для инъекций, является одной из наиболее важных мер профилактики ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики инъекционным путем.<sup>21</sup>

Ричард Эллиотт предположил, что, в свете того, что Канадское правительство продолжает игнорировать доказательства и результаты исследований, возникла необходимость инициировать судебные действия.

– Алисон Саймингтон

- <sup>1</sup> S.A. 2006, с. M-3.5, as amended by S.A. 2007, с. 18; Mandatory Testing and Disclosure Regulation, A.R. 190/2007; available via [www.health.gov.ab.ca/professionals/MTDA.html](http://www.health.gov.ab.ca/professionals/MTDA.html). See: Order in Council, O.C. 400/2007, 12 September 2007; at [www.qp.gov.ab.ca/documents/orders/orders\\_in\\_council/2007/907/2007\\_400.html](http://www.qp.gov.ab.ca/documents/orders/orders_in_council/2007/907/2007_400.html).
- <sup>2</sup> S.A. 2004, с. B-4.5.
- <sup>3</sup> Uniform Law Conference of Canada, *Mandatory Testing and Disclosure Act* (Draft and Commentary), online: [www.ulcc.ca/en/us/Uniform\\_Mandatory\\_Testing\\_and\\_Disclosure\\_Act\\_Draft\\_En.pdf](http://www.ulcc.ca/en/us/Uniform_Mandatory_Testing_and_Disclosure_Act_Draft_En.pdf).
- <sup>4</sup> E.g., see Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Undue Force: An Overview of Provincial Legislation on Forced Testing for HIV*.
- <sup>5</sup> Провинция Манитоба, "Более \$1.3 миллионов инвестируется в создание программы по ВИЧ в Манитобе для снижения уровня распространения болезней, передающихся половым путем, и для защиты сексуального здоровья," пресс-релиз, Виннипег, 19 сентября, 2007.
- <sup>6</sup> C. Sanders, "Anonymous HIV tests overdue," *Winnipeg Free Press*, September 19, 2007, p. A16.
- <sup>7</sup> Там же.
- <sup>8</sup> "Editorial: HIV testing is smart," *Winnipeg Free Press*, September 20, 2007, p. A14.
- <sup>9</sup> Министерство здравоохранения и длительного ухода за больными провинции Оттарио, "Новый, 60-ти секундный тест и расширение программы тестирования предоставляет больше вариантов для ВИЧ-тестирования," Меморандум, 22 июня, 2007. на: [www.health.gov.on.ca/english/media/news\\_releases/archives/nr\\_07/jun/hivtesting\\_bg\\_05\\_20070622.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_07/jun/hivtesting_bg_05_20070622.pdf).
- <sup>10</sup> Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, "McGuinty government advances new options for HIV testing," news release, Toronto, June 22, 2007.
- <sup>11</sup> "Ontario to offer 60-second HIV Test," *CBC News* (on-line) June 22, 2007.
- <sup>12</sup> Canadian HIV/AIDS Legal Network, "Prevention and Protection: Enhancing Both HIV Testing and Human Rights in Canada," 2007. См. на [www.aidslaw.ca/testing](http://www.aidslaw.ca/testing).
- <sup>13</sup> Там же, стр. 25.
- <sup>14</sup> Needle Safety, Ontario Regulation 474/07, made under the *Occupational Health and Safety Act*, August 22, 2007.
- <sup>15</sup> S. Rennie, "Ontario to supply safety needles," *Globe and Mail*, August 24, 2007, p. A6.
- <sup>16</sup> See D. Garmaise, "Health care workers push for use of safer hypodermic needles," *HIV/AIDS Policy & Law Review* 11 (1) (2006): pp. 18–19.
- <sup>17</sup> C. Poulin et al., "Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons," *Canadian Medical Association Journal* 177(3) (2007): 252–256, p. 254.
- <sup>18</sup> Там же, стр. 254.
- <sup>19</sup> L. Calzavara et al., "Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities," *Canadian Medical Association Journal* 177(3) (2007): 257–261, p. 257.
- <sup>20</sup> Там же.
- <sup>21</sup> R. Elliot, "Deadly disregard: government refusal to implement evidence-based measures to prevent HIV and hepatitis C virus infections in prisons," *Canadian Medical Association Journal* 177(3) (2007): 262–264 at 262.

# РАЗВИТИЕ СИТУАЦИИ В МИРЕ

Этот раздел содержит краткие отчеты по развитию законодательства и политики связанных с ВИЧ/СПИДом за пределами Канады. (Дела, разбирающиеся в международных и национальных судах и трибуналах по правам человека, освещаются в разделе Вопросы ВИЧ/СПИДа в судах мира. Мы приветствуем информацию о новом развитии событий и новостях в сфере ВИЧ/СПИДа для будущих номеров Обзора. Приглашаем читателей направлять информацию на имя Ричарда Пирсхауза, редактора этого раздела – [rgearshouse@aidslaw.ca](mailto:rgearshouse@aidslaw.ca).

## Южно-Африканская Республика: Увольнение заместителя министра здравоохранения Мадлала-Рутледж

8 августа 2007 г. президент ЮАР Африки Табо Мбеки уволил заместителя министра здравоохранения Нозизве Мадлала-Рутледж (Nozizwe Madlala-Routledge).<sup>1</sup> Администрация президента сообщила, что причиной увольнения была поездка г-жи Мадлала-Рутледж без разрешения в Мадрид на Международную конференцию по инициативам вакцины против СПИДа.<sup>2</sup> Активисты по вопросам ВИЧ/СПИДа и прочие сторонники г-жи Мадлала-Рутледж считают, что мадридский инцидент просто дал долгожданный предлог для смещения Замминистра здравоохранения.<sup>3</sup>

Согласно сообщениям прессы, г-жа Мадлала-Рутледж отправилась в поездку, находясь под впечатлением, что разрешение

будет предоставлено, однако по приезде в Испанию получила информацию, что ее просьба отклонена г-ном Мбеки.<sup>4</sup>

Мбеки широко известен как человек, отрицающий наличие СПИДа, так как он постоянно и упорно отказывается признать, что

ВИЧ является причиной СПИДа.<sup>5</sup> Его правительство лишь в 2004 г. сделало антиретровирусное лечение доступным лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВ), через несколько лет после того, как оно было внедрено в других намного менее обеспеченных африканских странах.<sup>6</sup> Мбеки поддерживает Министр здравоохранения г-жа Манто Тсабалала-Мсиманг (Manto Tshabalala-Msimang), которую критики прозвали «д-р Свекла» и «Чесночная Манто» за советы ЛЖВ есть больше чеснока, свеклы и картофеля для лечения вируса.<sup>7</sup>

Будучи в Южно-Африканском правительстве Мадлала-Рутледж внедрила антиретровирусную терапию для военных, осудила отрицание факта наличия СПИДа, и призывала население к прохождению тестирования на ВИЧ.<sup>8</sup> Эта деятельность была признана, как способствующая улучшению имиджа Южно-Африканского правительства на международной арене, а также среди организаций гражданского общества ЮАР.<sup>9</sup>

Основным достижением Мадлала-Рутледж в период работы в качестве заместителя Министра здравоохранения явилась разработка агрессивного Национального стратегического плана по ВИЧ/СПИДу и инфекциям, передаваемым половым путем на период с 2007 по 2011 гг.<sup>10</sup>

В ответ на критику, высказанную на XVI Международной конференции по СПИДу в августе 2006 г. в Торонто, правительство ЮАР возобновило деятельность Южно-Африканского национального Совета по СПИДу, который является межведомственным

комитетом под руководством Южно-Африканского вице-президента Фумзиле Мламбо-Нгкука (Phumzile Mlambo-Ngcuka).<sup>11</sup> Когда, в конце 2006 г. заболела Министр здравоохранения Тсабалала-Мсиманг, Мламбо-Нгкук попросил Мадлала-Рутледж возобновить работу над Национальной стратегией по СПИДу.<sup>12</sup> В марте 2007 г. правительство формально приступило к осуществлению Национального стратегического плана.

Зафиксированными в Плане целями являются обеспечение всеобъемлющей помощи и лечения людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и укрепление национальной системы здравоохранения. Первичными целями являются сокращение числа новых случаев ВИЧ и уменьшение влияния ВИЧ и СПИДа на отдельных людей, семьи, отдельные общины и общество в целом. Национальный стратегический план сфокусирован на четырех основных приоритетных направлениях: профилактика; лечение, помощь и поддержка; права человека и юридическая защита; и также мониторинг, исследование и наблюдение.<sup>13</sup>

Ранее государственные инициативы в области ВИЧ/СПИДа подвергались критике, как плохо разработанные и неэффективные. В 2000 г. Южно-Африканское Министерство здравоохранения разработало пятилетний план по борьбе с ВИЧ/СПИДом. В ноябре 2003 г. правительство объявило о втором плане, разработанном с целью сделать общедоступной АРВ терапию. Этот план вступил в действие в марте 2004 г.

Уже годом позже, в марте 2005 г., стало ясно, что план не может достичь поставленных целей по обеспечению доступности лечения населению. К февралю 2007 г. только 36% от запланированного числа нуждающихся получили АРВ лечение.<sup>14</sup>

Новый Национальный стратегический план оценивается как «достижимый план с четкими целями».<sup>15</sup> Этот план преследует цель сократить число новых случаев ВИЧ инфекции на 50% к 2011 г. Согласно Плану, к этому году 80% людей, живущих с ВИЧ, и их семьи получают адекватный пакет услуг по лечению, уходу и поддержке.<sup>16</sup> В отличие от предыдущих государственных проектов по ВИЧ/СПИДу новый Национальный стратегический план подчеркивает защиту прав человека, гендерное равенство, защиту детей и сотрудничество государства с организациями гражданского общества.<sup>17</sup>

Активисты по борьбе со СПИДом в ЮАР и во всем мире выразили сомнение, что без Мадлала-Рутледж во главе, Национальный план удастся выполнить.<sup>18</sup>

Смещение с поста Мадлала-Рутледж было широко осуждено международной общественностью. Стивен Льюис, бывший Специальный посланник по СПИДу в Африке, сказал, что ее увольнение «было ужасным шагом назад в борьбе с пандемией, ударом для всех активистов внутри страны и внешних наблюдателей за развитием событий в ЮАР».<sup>19</sup>

Объединенный форум гражданского общества по обучению (Joint Civil Society Mentoring Forum), который

представляет более 20 медицинских и исследовательских организаций в ЮАР, считает, что смещение было «значительным провалом в организации объединенного отпора ВИЧ/СПИДу, необходимого для эффективного внедрения Национального стратегического плана».<sup>20</sup>

Государство потребовало от Мадлала-Рутледж оплаты непогашенных задолженностей с 1996 г., а также возмещения расходов по несанкционированной поездке в Испанию. Сторонники Мадлала-Рутледж утверждают, что ее преследуют и унижают посредством, так называемого, государственного «выборочного сбора долгов».<sup>21</sup> Организация «Кампания за Лечение» (Treatment Action Campaign- TAC) учредила фонд временной финансовой поддержки Мадлала-Рутледж.<sup>22</sup>

«Кампания за лечение» также направила прошение Мбеки с просьбой восстановить Мадлала-Рутледж в должности, и немедленно отправить в отставку Тсабалала-Мсиманг «по причине бедственного состояния нашей системы здравоохранения и невыполнения своих обязанностей министром».<sup>23</sup> Организация утверждает, что «наши люди продолжают умирать и заражаться ВИЧ из-за отсутствия руководства и намеренной обструкции со стороны Министра

здравоохранения Манто Тсабалала-Мсиманг».<sup>24</sup>

– Кортни Аштон

Кортни Аштон – студентка юридического факультета Университета Торонто. Она является волонтером Правовой Сети через организацию «Канадские студенты про боно» (Pro Bono Students Canada).

denied hope," *The Independent*, August 10, 2007. См. на <http://news.independent.co.uk/world/africa/article2851447.ece>.

<sup>7</sup> M. Wines, "Taking on apartheid, then a nation's stance on AIDS," *New York Times*, September 8, 2007. [www.nytimes.com/2007/09/08/world/africa/08madlala.html?\\_r=1&oref=slogin](http://www.nytimes.com/2007/09/08/world/africa/08madlala.html?_r=1&oref=slogin).

<sup>8</sup> TAC, "President Mbeki: Do not dismiss ...."

<sup>9</sup> Там же.

<sup>10</sup> SANAC, *HIV & AIDS and STI Strategic Plan for South Africa 2007–2011*, March 2007. На [www.info.gov.za/otherdocs/2007/aidsplan2007/](http://www.info.gov.za/otherdocs/2007/aidsplan2007/).

<sup>11</sup> AVERT, "The history of AIDS from 2003 onwards." updated June 2007. [www.avert.org/aidshistory.htm](http://www.avert.org/aidshistory.htm).

<sup>12</sup> M. Wines.

<sup>13</sup> SANAC.

<sup>14</sup> Joint Civil Society Mentoring Forum, *South African Antiretroviral Programme Treatment Gap*, May 2007. На [www.jcsmf.org.za/?q=node/40](http://www.jcsmf.org.za/?q=node/40).

<sup>15</sup> TAC, "HIV/AIDS denialism is dead." На [www.tac.org.za/AidsDenialismIsDead.html](http://www.tac.org.za/AidsDenialismIsDead.html).

<sup>16</sup> AVERT, "AIDS in South Africa..."

<sup>17</sup> Joint Civil Society Mentoring Forum, *South Africa's National HIV Strategy (2007-2011): An Opportunity for Health Equity, an Embodiment of Health Rights*, June 2007. [www.jcsmf.org.za/?q=node/114](http://www.jcsmf.org.za/?q=node/114).

<sup>18</sup> TAC, "Open letter: commitment to National Strategic Plan," August 21, 2007. [www.tac.org.za/documents/OpenLetterToDeputyPresident.pdf](http://www.tac.org.za/documents/OpenLetterToDeputyPresident.pdf)

<sup>19</sup> L. Ensor, "Fury over Mbeki's axing of Madlala-Routledge," *Business Day* (undated). [www.businessday.co.za/Articles/TarkArticle.aspx?ID=2935537](http://www.businessday.co.za/Articles/TarkArticle.aspx?ID=2935537).

<sup>20</sup> Joint Civil Society Mentoring Forum, "Civil society outrage over dismissal of the deputy minister of health," news release, Braamfontein, August 16 2007. Можно найти на сайте: [www.alp.org.za/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=376](http://www.alp.org.za/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=376).

<sup>21</sup> "Govt screws tighten on Madlala-Routledge's finances," *Mail and Guardian Online*, August 26, 2007. См. [www.mg.co.za/articledirect.aspx?articleid=317536&area=%2fbreaking\\_news%2fbreaking\\_news\\_national%2f](http://www.mg.co.za/articledirect.aspx?articleid=317536&area=%2fbreaking_news%2fbreaking_news_national%2f).

<sup>22</sup> Информация, озаглавленная "The Support Good Governance — Support Nozizwe Madlala-Routledge Fund," может быть найдена на сайте [www.tac.org.za](http://www.tac.org.za).

<sup>23</sup> "Govt screws tighten..."

<sup>24</sup> TAC, "Open Letter..."

<sup>1</sup> South African Government Information, "President Mbeki relieves Deputy Minister of Health," news release, Pretoria, August 8, 2007. См. на [www.info.gov.za/speeches/2007/07081008151001.htm](http://www.info.gov.za/speeches/2007/07081008151001.htm).

<sup>2</sup> South African Government Information, "Publishing of the president's letter," news release, Pretoria, August 11, 2007. См. на [www.info.gov.za/speeches/2007/07081308151001.htm](http://www.info.gov.za/speeches/2007/07081308151001.htm).

<sup>3</sup> TAC, "President Mbeki: Do not dismiss Deputy-Minister Nozizwe Madlala-Routledge. Can our people trust you on HIV/AIDS?" August 9, 2007. См. на [www.tac.org.za/nf20070809.html](http://www.tac.org.za/nf20070809.html).

<sup>4</sup> International AIDS Vaccine Initiative, "IAVI states facts relating to dismissal of South African Deputy Health Minister," August 10, 2007. См. на [www.iavi.org/viewfile.cfm?fid=46389](http://www.iavi.org/viewfile.cfm?fid=46389).

<sup>5</sup> AVERT, "AIDS in South Africa: treatment, transmission and the government," updated September 12, 2007. См. на [www.avert.org/aids-south-africa.htm](http://www.avert.org/aids-south-africa.htm).

<sup>6</sup> K. Butler, "A president in denial, a ravaged nation

## Китай: Два шага вперед, шаг назад новой организации по защите прав ЛЖВ

**В Китае был организован новый правовой центр по СПИДу, который продолжает функционировать, несмотря на преодолительское наступление китайских властей на активистов движения СПИД.**

### Правовой Центр по проблемам СПИДа

Начиная с января 2007 г., «Азиатский Катализатор» (Asia Catalyst – неправительственная организация, базирующаяся в США) сотрудничает с организацией «Китайская Орхидея: Проекты по СПИДу» (China Orchid AIDS Projects – неправительственная организация, базирующаяся в Пекине) с целью создания нового проекта – основания Правового центра по СПИДу имени Корекаты (Korekata AIDS Law Center). Этот центр планирует принимать участие в судебных делах о дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВ), о заражении ВИЧ путем переливания крови (часто встречающаяся проблема в Китае), а также заниматься другими вопросами.

Название центра символизирует приверженность его основателей региональному сотрудничеству. Коджима Кореката (Kojima Korekata) был юристом, а впоследствии Верховным судьей в Верховном суде Японии. В конце 19-го века, дела, где он выступал судьей, заложили основу независимости судов Японии и были среди первых судебных дел, провозглашавших принципы верховенства права в Азии.

Роль «Азиатского Катализатора» в этом проекте заключается в помощи «Китайской Орхидеи» в стратегическом и финансовом планировании, сборе средств, укреплении деловых способностей организации, и в международном сотрудничестве. По просьбе центра Корекаты, «Азиатский Катализатор» также опубликовал исследовательский отчет об опыте различных стран при вспышках передачи ВИЧ через донорскую кровь и органы; отчет также содержит рекомендации, адресованные правительству Китая.<sup>1</sup>

В течение предыдущих нескольких лет, Китай постепенно стал разрешать формирование небольших неправительственных организаций. Будучи очень ограниченными в своих действиях, эти группы, тем не менее, проделали значительную работу в организации людей, живущих с ВИЧ, мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, и лиц, употребляющих наркотики. Программы этих НПО включают аутич-работу, консультирование и профилактические услуги.

Постепенно некоторые из этих групп – например, Образовательный центр здоровья Айшичинг (Aizhixing Health Education Center) под руководством

Ван Янхая (Wan Yanhai), также начинает проводить адвокацию в сфере права и политики и юридические исследования. Некоторые центры, такие как Иренпинг (Yirenping) в Пекине, начали вести судебные дела, связанные с заражением ВИЧ при переливании крови.

Центр им. Корекаты планирует совместить в одном месте все виды деятельности – вести судебные дела в особо важных стратегических случаях, публиковать материалы, проводить семинары, и организовать сеть юристов и НПО, и связать их с юридическими организациями, работающими в сфере СПИДа в мире.

### Государственное преследование групп, работающих в области СПИДа в преддверии Олимпийских игр

Центр им. Корекаты испытывает трудности, попав в водоворот преодолительских гонений на группы, работающие в сфере СПИДа. Для открытия центра, организации «Азиатский Катализатор» и «Китайская Орхидея: Проекты по СПИДу» планировали организовать международную конференцию по вопросам СПИДа и права в Китае 2-3 –го августа 2007 г.

На конференцию в Гуанчжоу должны были собраться представители Проекта по правовым вопросам СПИДа (AIDS Law Project - ЮАР), Объединенные юристы (Lawyers' Collective - Индия), Лечебная группа действий Таиланда (Thai Treatment Action Group), Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу и представители юридического факультета Университета Темпл (США). Эти организации должны были встретиться с более 50 ЛЖВ, а также юристами, учеными и представителями китайских неправительственных организаций, работающих в сфере СПИДа со всей страны.

Участники конференции планировали поделиться опытом по участию в судебных делах, связанных с заражением ВИЧ через переливание крови и дискриминацией, как в Китае, так и во всем мире, а также выработать стратегию по координации будущей работы.

Однако 26 июля 2007 г. отель в Гуанчжоу связался с представителями «Китайской Орхидеи» в Пекине, и сообщил, что полиция потребовала от отеля отменить конференцию. В тот вечер агенты служб безопасности в Пекине задержали на 24 часа исполнительного

директора «Китайской Орхидеи» Ли Дан. «Китайская Орхидея» и «Азиатский Катализатор» были оповещены, что такая комбинация как СПИД, право и иностранцы является «слишком чувствительной». Власти испугались, что встреча по СПИДу может оказать негативный эффект на официальную церемонию начала обратного отсчета времени до Олимпийских игр, организованную 8 августа 2007 г., (за год до открытия), и таким образом запятнать общественный имидж Китая.

В августе гонения усилились: полиция запретила запланированную встречу групп поддержки людей, живущих с ВИЧ, в провинции Хенан, и закрыла офис «Китайской Орхидеи» в Хенане, который оказывал помощь детям, пострадавшим от СПИДа.

Это явилось обескураживающим опытом. Китайские юристы и активисты, работающие в сфере СПИДа, в частном порядке высказывали разочарование, что им «не позволено даже собираться», и обеспокоенность тем, что борьба со СПИДом может быть приостановлена на год - до окончания Олимпиады в Пекине.

Тем не менее, группы по проблемам СПИДа осторожно продолжают работу. С августа

было проведено несколько небольших встреч по всей стране. Несмотря на отмену конференции, Правовой центр по СПИДу им. Корекаты продолжает строить планы. На 2008 г. они включают: разработку агитационных материалов и справочников по праву в области СПИДа в Китае для юристов и ЛЖВ; разработку сертификационного курса для китайских юристов по праву в области СПИДа; публикацию материалов по праву в области СПИДа в других странах на китайском языке.

– Сара (Мег) Дэйвис

Сара (Мег) Дэйвис (catalystasia@gmail.com) – основатель и директор «Азиатского Катализатора» (www.asiacatalyst.org).

<sup>1</sup> Asia Catalyst, *AIDS Blood Scandals: What China Can Learn from the World's Mistakes*, September 2007. Информация на сайте [www.asiacatalyst.org](http://www.asiacatalyst.org).

## Таиланд: Отчет анализирует препятствия к АРВ терапии для людей, употребляющих инъекционные наркотики

**Эпидемия ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики, отрицательно влияет на репутацию Таиланда, в качестве успешного примера в глобальной борьбе против СПИДа. Новый отчет показал, что люди, употребляющие наркотики по-прежнему сталкиваются с трудностями в получении необходимой медицинской помощи.<sup>1</sup>**

Распространенность ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем, остается очень высокой, постоянно возрастая за последние два десятилетия с более 40% до более 50%.<sup>2</sup> Действительно, правительство Таиланда признало, что уровень ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики, «с самого начала эпидемии держится в Таиланде на недопустимо высоком уровне».<sup>3</sup>

Отчет, подготовленный «Тайской группой Действия по лечению СПИДа» (Thai AIDS Treatment Action Group) и Human Rights Watch, обнаружил, что многие медицинские работники либо не знают, либо не следуют лечебному руководству и протоколам по ВИЧ/СПИДу, и продолжают отказывать в антиретровирусной терапии (АРВ) нуждающимся людям, основываясь на том, что они потребляют наркотики, даже если они участвуют в программах заместительной терапии метадонном.

В отчете говорится, что люди, употребляющие наркотики и получающие АРВ-терапию, редко сообщают лечащим врачам о том, что употребляют

наркотики, и редко спрашивают врачей о возможностях лечения наркозависимости, из-за страха наказания. Этот страх небезоснователен. Отчет подтверждает, что многие государственные больницы и клиники в Таиланде сообщают информацию об употреблении наркотиков правоохранительным органам, что является как общей политикой, так и практикой.

Государство оказывает минимальную поддержку организациям, оказывающим услуги по снижению вреда, людям, употребляющим наркотики, несмотря на доказанную эффективность таких мер. Работа немногих существующих программ снижения вреда в Таиланде подрывается постоянно проводящимися репрессивными кампаниями по борьбе с наркотиками.

Полиция регулярно мешает людям, употребляющим наркотики, обращаться за медицинскими услугами, преследуя их непосредственно за пределами наркологических клиник, и используя наличие у них стерильных шприцев и присутствие в метадоновых клиниках, в качестве доказательств

употребления наркотиков и возбуждения уголовного преследования за преступления связанные с наркотиками.

Во время исследования, проводившегося для данного отчета, глава полиции в Чанг Май (Chiang Mai) – месте многочисленных вне-судебных казней в период «войны с наркотиками» 2003 года – признал, что в его управлении существует «черный список» людей, подозреваемых в употреблении наркотиков, и подтвердил, что хранение чистых игл и шприцев – хотя и не является незаконным – служит юридической основой для допроса лица из «черного списка» полицией.

Заместитель начальника Бюро по контролю за наркотиками (координирующий и вырабатывающий политику по контролю за наркотиками орган) подтвердил, что, несмотря на полную законность хранения шприцев, на практике, чистые шприцы могут быть использованы полицией, как свидетельство употребления наркотиков.

Аутрич работники, предоставляющие услуги равный-равному, играют ключевую роль в организации доступа к

жизненно важной информации и услугам для лиц, употребляющих наркотики. Однако, по свидетельствам отчета, рутинные притеснения, полицейские аресты (часто в метадоновых клиниках, или около них), также как долгосрочные и тяжелые последствия войны с наркотиками создают труднопреодолимые препятствия для аутрич работы. Дополнительно, притеснение людей, употребляющих наркотики, непосредственно влияет на эффективность аутрич программ равный-равному.

Многие тайландцы, употребляющие наркотики, проводят время в учреждениях предварительного заключения или в тюрьме, покидая и возвращаясь вновь в государственные исправительные учреждения. Из отчета следует, что людям, употребляющим наркотики, которые находятся в заключении, еще труднее получить необходимые услуги и пользоваться профилактическими программами.

Исследование показало, что предоставление АРВ терапии чрезвычайно ограничено для заключенных; и что правительство не смогло принять меры по связи базовых услуг (таких как медицинский уход, снижение вреда, лечение наркозависимости, психологическая поддержка) между собой, и по организации предоставления таких услуг при поступлении, и при выходе из тюрьмы.

В июне 2007 г. в Таиланде вступил в силу Национальный план по борьбе со СПИДом на 2007-2011 годы. Этот план признает недостатки в профилактике ВИЧ и СПИДа среди людей,

употребляющих наркотики и среди заключенных, и предлагает увеличить усилия с тем, чтобы эти группы имели доступ к мерам профилактики, уходу и лечению в связи с ВИЧ и СПИДом.<sup>4</sup>

Это обязательство, как и многие другие, остается, по сей день, невыполненным. В своем докладе на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНГАСС) в 2006 г. правительство Таиланда признало, что «слишком мало было сделано по преодолению специфических трудностей» в предоставлении ВИЧ-тестирования и консультирования, ухода, поддержки, и АРВ терапии людям, употребляющим наркотики. Доклад рекомендовал правительству «немедленно действовать» расширяя проекты аутрич-работы, снижения вреда, АРВ терапии и другие услуги, связанные с ВИЧ/СПИДом, для людей, употребляющих наркотики.<sup>5</sup>

На Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу правительство обязалось поддерживать и внедрять меры профилактики ВИЧ и снижения вреда для всех, кто в них нуждается; увеличить доступ к поддерживающей терапии метадоном; и дать возможность людям, употребляющим наркотики, самим взять в свои руки принятие мер по сокращению небезопасного потребления инъекционных наркотиков и участие в программах лечения.<sup>6</sup>

За этими обязательствами должны следовать быстрые и активные действия, направленные против систематических нарушений прав человека правоохранительными органами

и медицинскими учреждениями по отношению к людям, употребляющим наркотики и заключенным; так и против широко распространенных предубеждений и стигмы правительства и гражданского общества в отношении этих людей. Если Таиланд не сумеет предпринять эти шаги, то это послужит росту эпидемии среди наиболее маргинализованной части населения Таиланда.

– Ребекка Шлейфер,  
Пайсан Суваннавонг и Кэрин Каплан

Ребекка Шлейфер – сотрудник программы по ВИЧ/СПИДу Human Rights Watch (schleiferr@hrw.org). Пайсан Суваннавонг – директор Тайской группы Действия по лечению СПИДа, и Кэрин Каплан – директор отдела политики и разработок Тайской группы Действия по лечению СПИДа.

<sup>1</sup> TTAG and HRW, *Deadly Denial: Barriers to HIV Treatment for People Who Use Drugs in Thailand*, 2007. Информация на сайте www.hrw.org.

<sup>2</sup> Thailand Ministry of Public Health and WHO Regional Office for South-East Asia (WHO-SEARO), *External Review of the Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand*, 2005, pp. 10, 26.

<sup>3</sup> Thailand Ministry of Public Health, *Towards Universal Access by 2010: Thailand National HIV and AIDS Program*, 2006.

<sup>4</sup> Thailand Ministry of Public Health, Department of Disease Control, *Book 1: National Plan for Strategic and Integrated HIV and AIDS Prevention and Alleviation 2007-2011: Key Contents*, National Committee for HIV and AIDS Prevention and Alleviation, 2007, pp. 8, 11–15, 19, 28, 30.

<sup>5</sup> Thailand, *Follow-Up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Country Report*, 2006, p. 19.

<sup>6</sup> Thailand Ministry of Public Health, *Towards Universal Access by 2010: Thailand National HIV and AIDS Program*, 2006.

## Ботсвана и Свазиленд: Отчет проводит связь между нарушением прав женщин и ВИЧ

В мае 2007 г. организация «Врачи за права человека» (Physicians for Human Rights (PHR)) выпустила отчет, рассматривающий причинную связь между дискриминационным отношением к женщинам в Ботсване и Свазиленде и рискованным сексуальным поведением, и, в последствии, высоким уровнем ВИЧ-инфекции в этих странах. В отчете также рассматривается связь между недостатком политической и экономической власти у женщин в этих странах, и ВИЧ-инфекцией.<sup>1</sup>

В соответствии с данными ЮНЭЙДС, широкий уровень распространения ВИЧ-инфекции (39%) наблюдается среди молодых женщин (15-24 года) посещающих антенатальные учреждения в Свазиленде, в то время как в Ботсване в некоторых районах этот показатель достигает 47%.<sup>2</sup>

Отчет описывает результаты обследования населения, целью которого была оценка факторов, влияющих на распространение ВИЧ-инфекции. Исследование проводилось в 2004-2005 гг., с участием 1268 человек в Ботсване и 788 в Свазиленде. В дополнение, 24 ЛЖВ в Ботсване и 58 ЛЖВ в Свазиленде были проинтервьюированы, вместе с несколькими ключевыми экспертами в обеих странах.<sup>3</sup>

В отчете названы четыре основных фактора, способствующих уязвимости женщин перед ВИЧ:

- недостаток контроля среди женщин в принятии решений по сексуальным вопросам (включая решения об использовании презервативов) и многочисленность сексуальных партнеров, как у женщин, так и у мужчин;

- распространенные стигма и дискриминация связанные с ВИЧ (что затрудняет тестирование и раскрытие статуса);
- дискриминационные взгляды, связанные с гендером, ассоциируемые с принятием рискованного сексуального поведения; и
- провал традиционных и государственных лидеров в политике по поддержке экономической независимости, равенства и автономии женщин.

В интервью ЛЖВ отмечали, что зависимость женщин от мужчин порождает их большую уязвимость перед ВИЧ. Свидетельства опрошенных показывают, что заниженный статус женщин в обеих странах приводит к нанесению им продолжающегося и долгосрочного вреда даже после того, как они были инфицированы, и делает невозможным удовлетворение ими своих основных нужд – в пище, жилище и транспорте.

Интервьюирование показало, что многие ВИЧ-инфицированные женщины вынуждены заниматься сексом с мужчинами в обмен на пищу себе и своим детям. По

словам одного респондента, «женщины занимаются сексом, потому что голодны. Если дать им пищу, они не будут заниматься сексом чтобы поесть».<sup>4</sup>

В отчетах приводятся подробности правового неравенства между мужчинами и женщинами, зафиксированного в законодательстве обеих странах. Например, изнасилование сексуальной партнерши и изнасилование в браке не являются преступлениями в Ботсване. Согласно обычному праву, женщины не обладают правоспособностью, и должны находиться под опекой отцов, братьев, мужей или других родственников мужского пола. В Свазиленде, в браке женщинам дается юридический статус эквивалентный статусу несовершеннолетних детей. Домашнее насилие не является преступлением, а изнасилование в браке исключено из положений законодательства об общесемейном насилии и изнасиловании.<sup>5</sup>

Респонденты свидетельствовали, что женщины в Ботсване и Свазиленде не имеют возможности принимать решения о вступлении в половую связь, из-за своего низкого юридического статуса. В

соответствии со словами одной ВИЧ-инфицированной участницы опроса, «здесь, в Свазиленде, муж принимает решения и приказывает, и ты ничего не можешь сделать без него. Мои права принадлежат моему мужу. Он решает, использовать ли презервативы. Я не имею права выбора по профилактике».<sup>6</sup>

Отчет предлагает всеобъемлющие рекомендации. Рекомендации говорят о необходимости усиления финансовой самостоятельности женщин, предоставлении краткосрочной продовольственной поддержки, принятии законодательства о правах женщин и юридической защите прав в обеих странах, поддержки государственных структур, занимающихся вопросами женщин, и финансированием местных женских НПО и НПО, занимающихся вопросами СПИДа.

Отчет предлагает США внести изменения в программы, финансируемые и проводимые Агентством США по Международному развитию (USAID) с целью четкого обозначения гендерного неравенства, как основного фактора, способствующего распространению СПИДа. Отчет также настаивает, чтобы гендерный вопрос был включен в программы по профилактике, лечению и

уходу, которые финансируются Чрезвычайным Президентским планом по борьбе со СПИДом (PEPFAR).

Авторы отчета также предлагают США увеличить финансовые инвестиции PEPFAR в программы, направленные на увеличение доходов и прочих ресурсов для женщин и девочек, поддержать обучение девочек в начальной и общеобразовательной школах, а также поддержать защиту и обеспечение юридических прав женщин. И, наконец, отчет предлагает, чтобы обе страны и США проводили массовое ВИЧ-тестирование только в случаях, когда конфиденциальность и прочие права человека соблюдены.

“Государственные руководители совместно с иностранными донорами и другими лицами, принимающими решения, обязаны в соответствии с международным правом изменить несправедливые социальные, юридические и экономические условия жизни женщин, которые способствуют распространению ВИЧ и препятствуют тестированию, уходу и лечению”, заявила Карен Лейтер, старший научный сотрудник организации «Врачи за права человека» и руководитель данного исследования.<sup>7</sup>

Кейт Краусс – координатор по работе со средствами массовой информации в кампании *Health Action AIDS* организации «Врачи за права человека».

<sup>1</sup> Physicians for Human Rights, *Epidemic of Inequality: Women's Rights and HIV/AIDS in Botswana & Swaziland: An Evidence-based Report on Gender Inequity, Stigma and Discrimination.*, May 2007. Информация на сайте <http://physiciansforhumanrights.org>.

<sup>2</sup> UNAIDS/WHO, *AIDS Epidemic Update: December 2006*, стр. 13–14.

<sup>3</sup> Исследование, на котором основан отчет, было подготовлено и проведено организацией «Врачи за права человека» и двумя местными партнерами: членами факультета среднего медицинского персонала Университета Ботсваны в Габороне, Ботсвана, и группой «Женщины и право в Южно-Африканского Исследовательского Фонда» в Мбабане, Свазиленд.

<sup>4</sup> Physicians, стр. 11.

<sup>5</sup> Там же, стр. 28–38 и 74–86.

<sup>6</sup> Там же, стр. 12.

<sup>7</sup> Личная беседа с автором, апрель 2007.

– Кейт Краусс

## Агентства ООН выпустили новые рекомендации по тестированию на ВИЧ

В мае 2007 г. ЮНЭЙДС и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустили «Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях» (Руководство).<sup>1</sup> Руководство заявляет, что тестирование и консультирование, по инициативе медицинских работников (РІТС), является важным инструментом увеличения тестирования на ВИЧ; и рекомендует подход «опт-аут» в отношении тестирования и консультирования РІТС, когда лицо должно отказаться от тестирования на ВИЧ, если не хочет, чтобы его проводили.

Руководство предлагает такой подход к тестированию на ВИЧ для всех пациентов, чье клиническое состояние может быть вызвано не выявленной ВИЧ-инфекцией, независимо от конкретной ситуации. Этот подход предлагается в качестве стандартной части медицинского ухода предоставляемого всем пациентам, посещающим медицинские учреждения в условиях общей (генерализированной) эпидемии ВИЧ; и более избирательно в условиях концентрированного и незначительного распространения эпидемии ВИЧ.

Руководство, однако, признает, что в случаях, касающихся уязвимого населения или эпидемий низкого уровня, подход «опт-ин», когда пациент должен дать согласие на тестирование, может быть более подходящим, чем подход «опт-аут».<sup>2</sup>

Руководство указывает, что независимо от тестирования «опт-аут» или «опт-ин», необходимо проводить до-тестовое информирование и консультирование. Однако оно предлагает, что два элемента до-тестового

консультирования в модели Добровольного консультирования и тестирования (ДКТ) – оценка риска и профилактическое консультирование – могут проводиться в условиях РІТС в качестве после-тестового консультирования. Руководство обосновывает такой подход тем, что медицинские работники могут быть ограничены во времени. Руководство также предлагает, что, в зависимости от существующих обстоятельств, медицинские работники могут проводить до-тестовое консультирование пациентов в группах, в виде информационных бесед о здоровье.<sup>3</sup>

Тем не менее, Руководство утверждает, что до-тестовое консультирование должно соответствовать определенным минимальным стандартам, например, содержать объяснение пациенту, почему тестирование рекомендуется, в чем заключаются преимущества и риск тестирования, и что лечение доступно независимо от результатов тестирования.<sup>4</sup> Руководство заявляет, что при тестировании на ВИЧ, достаточно устного согласия, т.е. письменного согласия не требуется.<sup>5</sup>

Руководство подчеркивает, что после-тестовое консультирование является интегральной частью тестирования на ВИЧ. В случае позитивного результата тестирования, оно рекомендует обеспечение эмоциональной поддержки, наряду с советом о вариантах лечения и методах предотвращения передачи ВИЧ.<sup>6</sup> В случае негативного результата тестирования, Руководство предлагает советовать лицам группы повышенного риска пройти повторное тестирование в ходе следующих визитов в медицинские учреждения.<sup>7</sup>

Согласно Руководству, модель тестирования и консультирования РІТС, то есть по инициативе медицинских работников в учреждениях здравоохранения, должна сопровождаться адекватной профилактикой ВИЧ, лечением, уходом и поддержкой, также как одновременными социальными, правовыми и политическими усилиями, направленными на обеспечение среды, отвечающей нуждам людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или рискующих заразиться ВИЧ.<sup>8</sup> Хотя доступ к АРВ не является абсолютным необходимым

условием для проведения РИТС, Руководство отмечает, что тестирование и консультирование по инициативе медицинских работников должно сопровождаться адекватной возможностью доступа к АРВ терапии «в рамках государственного плана достижения всеобщего доступа к АРВ для всех, кто в ней нуждается».<sup>9</sup>

Руководство по ВИЧ-тестированию и консультированию РИТС некоторым образом отличается от Рекомендаций, разработанных Референтной группой ЮНЭЙДС по ВИЧ и правам человека (Референтная группа).<sup>10</sup> В сентябре 2007 г., следуя выпуску официального Руководства ЮНЭЙДС и ВОЗ, Референтная группа сделала заявление, признававшее эффективность модели тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в медицинских учреждениях, в увеличении числа проведенных тестов на ВИЧ.<sup>11</sup> Референтная группа, однако, отметила, что более предпочтительным является метод «опт-ин» (чем «опт-аут»), для того, чтобы гарантировать, что данное

согласие является добровольным и неприкосновенность и безопасность пациента соблюдена.<sup>12</sup>

Референтная группа рекомендовала, чтобы в будущем ЮНЭЙДС и ВОЗ, вместе с медицинскими учреждениями, проводящими тестирование на ВИЧ, разработали и приняли модельный Кодекс поведения для персонала, проводящего ВИЧ-тестирование и консультирование, независимо от того, принят ли подход «опт-ин» или «опт-аут».<sup>13</sup> Это должно послужить дополнением к существующему в Руководстве плану по мониторингу и оценке претворения в жизнь модели ВИЧ-тестирования и консультирования РИТС.

– Мадхави Свами

Мадхави Свами – студентка юридического факультета Университета Торонто. Она является волонтером Правовой Сети через организацию «Канадские студенты про боно» (Pro Bono Students Canada).

См. Р. Юргенс «Повышение доступа к ВИЧ-тестированию и консультированию при соблюдении прав человека» в Специальном разделе этого номера, для обсуждения реакции Института Открытое Общество на Руководство ЮНЭЙДС и ВОЗ.

<sup>1</sup> ЮНЭЙДС и ВОЗ, *Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях*, Май 2007. См. <http://www.who.int/publications/list/9789241595568/ru/index.html>.

<sup>2</sup> Там же, стр. 5.

<sup>3</sup> Там же, стр. 36.

<sup>4</sup> Там же, стр. 9.

<sup>5</sup> Там же, стр. 36.

<sup>6</sup> Там же, стр. 10, 39.

<sup>7</sup> Там же, стр. 41.

<sup>8</sup> Там же, стр. 30.

<sup>9</sup> Там же, стр. 8.

<sup>10</sup> Референтная группа была создана в 2002 г. с целью консультирования ЮНЭЙДС по вопросам ВИЧ и прав человека. Она включает активистов, юристов, специалистов по этике, людей, живущих с ВИЧ, а также людей, работающих в неправительственных организациях, академических и общественных структурах. В январе 2007 г., перед тем как Руководство было завершено, Референтная группа составила документ, озаглавленный «Комментарии к черновику: Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях» (*Comments on the Draft Document: Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities*), январь 2007. текст на английском языке на: <http://data.unaids.org/pub/Guidelines/2007/RGcomments-PITCguidance.pdf>.

<sup>11</sup> UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights, *Statement and Recommendations on Scaling Up HIV Testing and Counselling*, September 2007. См. [http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/20070905\\_rghr\\_statement\\_testing\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/20070905_rghr_statement_testing_en.pdf).

<sup>12</sup> Там же, стр. 3.

<sup>13</sup> Там же, стр. 4.

## Кратко

**Сингапур сохраняет в Уголовном кодексе статью об уголовной ответственности за сексуальные отношения между мужчинами.<sup>1</sup>**

23 октября 2007 года правительство Сингапура исключило из своего

Уголовного кодекса статью об уголовной ответственности за оральный и анальный секс по обоюдному согласию между взрослыми партнерами разного пола, но сохранило положение об уголовной ответственности за секс между мужчинами.

Член парламента Сью Кум Хонг (Siew Kum Hong) поддержал усилия направленные на отмену последней статьи, организовав публичное обращение в Парламент за 2341 подписью от имени широких слоев населения Сингапура. Продолжавшаяся в

течение трех дней, кампания в Интернете, организованная сингапурскими активистами принесла дополнительно 8000 подписей со всего мира.

В дополнение к этому, Международная Комиссия по правам человека геев и лесбиянок направила премьер-министру Сингапура Ли Хсьен Лунгу (Lee Hsien Loong) письмо с описанием того, как сохранение статьи об уголовном преследовании за секс между мужчинами ведет к тому, что лесбиянки, геи, бисексуалы и транссексуалы (ЛГБТ) становятся гражданами второго класса, не обладающими защитой от дискриминации и не имеющих никаких прав сексуальных меньшинств.

Противники отмены этой статьи доказывали, что мужчины-геи не являются законным меньшинством в Сингапуре и, что секс между мужчинами не является «преступлением без жертвы, поскольку оральный и анальный секс являются распространителями ВИЧ и СПИДа».<sup>2</sup>

Премьер-министр заявил, что отмена статьи Уголовного кодекса криминализирующей гей секс, все равно не обеспечит признания лесбиянкам, геям, бисексуалам и тансексуалам в сингапурском обществе, поскольку большинство жителей Сингапура, против «предоставления геям равных прав с гетеросексуальными мужчинами и женщинами». По его мнению, отмена этой статьи может привести к расколу нации, и более предпочтительным является постепенное развитие «прав геев».<sup>3</sup>

– Сандра Ка Хон Чу

Сандра Ка Хон Чу (schu@aidslaw.ca) – является ведущим аналитиком по стратегическим вопросам Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу.

## АТЭС: Члены АТЭС приняли обширные рекомендации по профилактике ВИЧ на рабочем месте

В сентябре 2007 года на 18 сессии Азиатско-Тихоокеанского Экономического сообщества (АТЭС), состоявшейся в Сиднее (Австралия), 21 лидеров стран, входящих в сообщество, одобрили широкомасштабные рекомендации, связанные с профилактикой и лечением ВИЧ на рабочем месте, в странах-членах АТЭС.<sup>4</sup>

Эти рекомендации базируются на двух публикациях Международной организации труда (МОТ) – *Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда» (Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work)* и *Применяя Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда» (Implementing the ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work)*. Рекомендации также затрагивают вопросы, не освещенные в Кодексе, такие как гендер, работающие дети, мигранты и мобильные сообщества.

Рекомендации предназначены для правительств стран, входящих в состав АТЭС, общественных и частных работодателей, бизнес-ассоциаций, работников, профсоюзов и прочих организаций трудящихся, объединений людей, живущих с ВИЧ, и других групп,

связанных с деятельностью и обязательствами относящимися к ВИЧ/СПИДу на рабочем месте. Рекомендации являются примером подхода к развитию политики и практики в стиле «мягкого права».<sup>5</sup>

Разработка рекомендаций была поддержана Министерством здравоохранения Канады в период ее председательства в Рабочей группе АТЭС по здравоохранению. Рабочая группа по здравоохранению будет тесно сотрудничать с такими организациями, как МОТ и Азиатско-тихоокеанское бизнес-сообщество по СПИДу, чтобы разработанные рекомендации распространялись и начали применяться в странах-членах АТЭС с 2008 года.

– Дэвид Паттерсон

Дэвид Паттерсон (david.patterson@videotron.ca) – является консультантом в области ВИЧ, права и прав человека, и живет в Монреале, Канада.

<sup>1</sup> International Gay and Lesbian Human Rights Commission, "Singapore update: law against homosexuals to remain," 24 October 2007. *Информация на сайте* www.iglhr.org.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> Информация на сайте www.apec.org, через "APEC Groups" – "SOM Special Groups" – "Health Task Force", см. "Current Activities."

<sup>5</sup> Более подробно см. Дэвид Паттерсон, «Применение мягкого права в отношении ВИЧ/СПИДа в Юго-Восточной Азии» в этом номере.

# ВОПРОСЫ ВИЧ/СПИДА В СУДАХ КАНАДЫ

Этот раздел представляет подборку канадских судебных дел, имеющих отношение к ВИЧ/СПИДу или имеющих значение для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Раздел освещает как уголовные, так и гражданские дела. Обзор ставит своей целью предоставить наиболее полную информацию и базируется на изучении канадской правовой электронной базы данных, а также на репортажах канадских средств массовой информации. Мы просим читателей посылать информацией о судебных прецедентах Сандре Ка Хон Чу (Sandra Ka Hon Chu), редактору этого раздела: [schu@aidslaw.ca](mailto:schu@aidslaw.ca). Все статьи этого раздела были написаны г-жой Чу.

## Руководство системы обеспечения кровью признано невиновным в трагедии, связанной с зараженной кровью

1 октября 2007 года Верховный суд Онтарио признал невиновными руководящих чиновников системы обеспечения кровью в деле о преступной халатности, приведшей к телесным повреждениям и нарушению порядка, в связи с инфицированием ВИЧ, больных гемофилией в 1986 и 1987 годах.<sup>1</sup> Жертвы, чьи имена не указываются по причине судебного запрета, использовали ЭйчТи Факторэйт (HT Factorate) препарат свертывания крови для лечения гемофилии. Этот препарат был изготовлен фармацевтической компанией Армур (Armour), которая находится в Нью-Джерси.

Четыре обвинения в преступной халатности и одно обвинение в нарушении порядка было

выставлено против компании Армур, одного из главных руководителей компании,

директора бюро биопрепаратов в Канаде, руководителя отдела продуктов крови и

Национального директора служб продуктов крови (Blood Products Services) Канадского Красного Креста, который участвовал в изготовлении, лицензировании и распространении ЭйчТи Факторэйт.

Все случаи обвинений в преступной халатности были одинаковы, за исключением времени совершения деяния (от семи до восемнадцати лет) и личностей четырех предполагаемых пострадавших, трое из которых скончались от болезней связанных со СПИДом. Обвинение в нарушении общественного порядка относилось к периоду более трех лет и касалось пострадавших в Онтарио, Британской Колумбии, Манитобе и Альберте. Компании Армур также предъявлялось обвинение в том, что компания не разгласила сведения о недостатке продукции, как это предписано Законом «О продовольственных и лекарственных продуктах» (*Food and Drug Act*).<sup>2</sup>

Продукт ЭйчТи Факторэйт подвергался тепловой обработке для того, чтобы уничтожить микроорганизмы, такие как ВИЧ, но процедура не дала результатов. Обвинение утверждало, что обвиняемые знали, что препарат был потенциально заражен, и не приняли никаких действий для того, чтобы остановить его распространение и предупредить пациентов о риске его применения.

Для того, чтобы обвиняемые были признаны виновными в преступной халатности, требовалось, чтобы прокурор доказал, что они продемонстрировали беспричинное и безответственное пренебрежение к жизни и безопасности

потребителей продукта. По обвинению в нарушении порядка, прокурор должен был доказать, что в данных условиях действия обвиняемых отклонялись от нормы поведения любого благоразумного лица в данных обстоятельствах.

После представления доказательств, включая научные факты и данные о ВИЧ, лечении гемофилии, и серии событий, имевших место до и после инфицирования ВИЧ, судья мадам Бенотто (Justice Benotto) постановила, что «в общем, доказательства свидетельствуют о продуманном, заботливом, предусмотрительном поведении» со стороны обвиняемых».

Более того, она отметила, что «обвинение в преступных действиях со стороны этих людей и этой корпорации, было не только не подкреплено доказательствами, но и опровергнуто». По мнению судьи Бенотто, медицинские данные доступные в то время, подтверждали, что проверка плазмы крови на ВИЧ являлась еще одной дополнительной мерой безопасности, и изъятие ЭйчТи Факторэйт не было необходимым. По ее заключению, в ситуации, связанной с проблемой общественного здоровья, обвиняемые действовали профессионально и разумно.

Несмотря на его оправдание, Д-р Перро (Dr. Perrault), национальный директор служб продуктов крови Канадского Красного Креста, обвиняется в шести дополнительных нарушениях общего порядка в деле, которое должно начаться в этом году в городе Хамильтон. Перро обвиняется в поставлении в опасность общественное

здоровье, поскольку он пренебрег своей обязанностью тщательно тестировать доноров крови, ввести тестирования на вирусы, передающиеся с кровью, и предупредить общественность об опасности гепатита С и ВИЧ.

<sup>1</sup> R. v. Armour Pharmaceutical Co., [2007] O.J. No. 3733 (QL).

<sup>2</sup> В мае 2005 года Общество Красного Креста Канады признало себя виновным в распространении зараженного препарата, в нарушении Закона о продовольственных и лекарственных продуктах (*Food and Drug Act*). За его роль в инфицировании ВИЧ, на общество был наложен штраф в размере \$5000, что является максимальным взысканием по данному обвинению. Красный Крест также согласился выплатить 1,5 миллиона долларов Университету Оттавы в фонд пожертвований на исследования и стипендии для членов семей пострадавших.

## Федеральный суд: государство не виновно в болезни ВИЧ-инфицированного заключенного

В марте 2007 года, федеральный суд постановил, что Брайан Дональд Хикки (Brian Donald Hickey), инфицированный ВИЧ заключенный федеральной тюрьмы, не смог доказать связи между передозировкой прописанного тюремным медицинским работником антиретровирусного препарата (АРВ) и возникновением периферической сенсорной невропатии - болезненной формы повреждения нерва.<sup>1</sup> Суд также признал, что государство не виновно в халатности врача, нанятого по контракту. В результате, обвинение в халатности, выдвинутое Хикки против государства, отклонено.

Впервые Хикки обнаружил, что инфицирован ВИЧ, в июне 1996 года, когда отбывал срок в тюрьме Матскуи (Matsqui Institution) в провинции Британская Колумбия. Он был направлен к врачу за пределами тюрьмы в октябре и ноябре 1996 года, чтобы получить медицинскую помощь и лечение у специалиста по ВИЧ. Специалист порекомендовал, чтобы Хикки начал курс антиретровирусного лечения (АРВ).

Тюремный врач согласился с назначением, но допустил ошибку в дозе, которую он назначил принимать Хикки. Пациент принимал неправильную дозу в период между ноябрем 1996 и январем 1997 годов. Вскоре после начала приема лекарства, у него возникла периферийная невропатия; болезненные симптомы присутствовали у Хикки и после прекращения приема лекарства и продолжались во время судебного процесса.

Судья Хансен (Justice Hansen) рассмотрела вопрос о том, имеет ли Хикки право подать в суд на Исправительные службы Канады (Correctional Services

Canada) в свете предыдущего решения суда, что государство не ответственно за вред, нанесенный халатностью работавшего по контракту врача-дангиста, заключенному, отбывавшему срок в исправительном учреждении, в ведомстве Исправительных служб Канады.<sup>2</sup>

Судья Хансен постановила, что поскольку врач, прописавший лекарство, работал в федеральной тюрьме по контракту, это дело не отличается от раннего прецедента Федерального суда, и, соответственно, невозможно обвинить государство в халатности врача. Хотя принципы, установленные в предыдущем решении Федерального суда, явились определяющими для результата этого дела, Судья Хансен отметила, что «с точки зрения истца будет важным рассмотреть обвинение в халатности по существу».

В то время как в ходе слушаний по делу было установлено, что периферийная невропатия могла быть как результатом антиретровирусного лечения, так и результатом наличия у

Хикки ВИЧ-инфекции, Судья Хансен постановила, что периферийная невропатия Хикки, с большей вероятностью, связана с ВИЧ-инфекцией, учитывая непродолжительность приема неправильной дозы, также как то, что периферийная невропатия вследствие ВИЧ требует более длительного лечения, чем то же заболевание вызванное приемом лекарств.

Судья Хансен сочла убедительными показания государственного медицинского эксперта о том, что, если состояние было вызвано АРВ, учитывая относительно короткий срок принятия, оно должно было улучшиться сразу после остановки приема лекарств. Напротив, подавление ВИЧ, чтобы дать организму возможность исправить повреждение клеток при периферийной невропатии является намного более длительным процессом.

Хикки также настаивал, что Исправительные службы Канады имеют юридическое обязательство предоставлять заключенным медицинскую помощь в

соответствии с признанными стандартами; и что поскольку Исправительные службы Канады являются в попечителем в отношении заключенных, это требует более высокого уровня заботы со стороны Исправительных служб, и поэтому они ответственны за нарушения о которых они знают или должны быть осведомлены.

По мнению Судьи Хансен, не было представлено достаточно доказательств, чтобы поддержать этот аргумент. Например, таких как был ли в штате фармацевт, который мог обнаружить ошибку, или проводились ли проверки, чтобы избежать ошибок в записях, или каков был уровень осведомленности, в том числе ожидаемый уровень знаний,

медицинского персонала по вопросу применения АРВ терапии.

Во время судебных слушаний Хикки выставил новый аргумент, который ранее не предъявлялся адвокату противоположной стороны. Он основывался на разделе 74 *Закона об исправительных мерах и условном освобождении (Corrections and Conditional Release Act)*. Это положение оговаривает, что Исправительные службы Канады «должны предоставлять заключенным возможность участвовать в решениях служб, влияющих на заключенных в целом или распространяющихся на отдельную группу коллектива заключенных, за исключением решений по вопросам безопасности».

Адвокат Хикки настаивал, что последствия найма врача по контракту, без обсуждения этого вопроса с заключенными, является то, врач должен рассматриваться как служащий, агент или сотрудник Исправительных служб Канады, и государство не должно быть освобождено от ответственности за его действия. Судья постановила, что поскольку этот аргумент не исходит непосредственно из обвинения в халатности или заявлений Хикки, проблема такого характера должна рассматриваться в виде пересмотра судебного решения, и таким образом, суд не уполномочен рассматривать этот аргумент дальше.

<sup>1</sup> *R v. Hickey*, [2007] F.C.J. No. 345 (QL).

<sup>2</sup> *Oswald v. Canada*, [1997] F.C.J. No. 203 (QL).

## Уголовное право и заражение или поставление в опасность заражения ВИЧ: четыре новых случая

### Два года заключения женщине, которой «следовало бы знать» что она инфицирована ВИЧ

16 января Верховный Суд Онтарио (Ontario Superior Court of Justice) признал иммигрантку из Таиланда Сували Ямхонг (Suwalee Iamkhong) виновной в преступной халатности,

повлекший вред здоровью, и в причинении вреда здоровью с отягчающими обстоятельствами за преднамеренное заражение ее мужа ВИЧ посредством секса без использования защитных средств.<sup>1</sup>

До приезда в Канаду Ямхонг работала танцовщицей в Гонконге, где она была инфицирована ВИЧ в 1995 году. Ямхонг воздерживалась от сексуальных отношений

после того, как узнала о своем ВИЧ-положительном статусе. Вскоре после инфицирования, Ямхонг переехала в Канаду, чтобы работать танцовщицей в одном из клубов Торонто, и перед началом работы прошла различные медицинские тесты.

Согласно показаниям, Ямхонг верила в то, что анализ на ВИЧ был среди медицинских тестов,

которые она проходила. Когда ее работодатель объявил ей, что результаты тестов были в порядке, Ямхонг поняла, что это означало, что у нее не было ВИЧ.

Ямхонг начала работать танцовщицей в клубе Торонто, где встретила своего будущего мужа и вышла замуж в 1997 году. В 2004 году Ямхонг заболела менингитом и, обратившись за помощью, обнаружила, что инфицирована ВИЧ. Она оповестила о своем состоянии мужа, который также оказался инфицированным ВИЧ. Обвинение было предъявлено Ямхонг в мае 2004 года, и судебный процесс против нее начался в октябре 2006 года.

Хотя Ямхонг заявляла, что не знала, что была инфицирована ВИЧ, судья Тодд Дюшарм (Justice Todd Ducharme) постановил, что ей следовало бы об этом знать, и, что «здравомыслящий человек» продолжал бы поиск дальнейшего тестирования и информации.

16 августа 2007 года Судья Дюшарм приговорил Ямхонг к двум годам лишения свободы. Судья Дюшарм также отклонил прошение Ямхонг о приостановлении дела по причине необоснованной отсрочки, утверждая, что за большую часть отсрочки из 29 месяцев, прошедших со дня ее ареста и до начала суда, отвечает сторона защиты.

### **Прокурор снимает обвинение с женщины, якобы не раскрывшей свой ВИЧ-положительный статус**

В мае 2007 года прокурор снял обвинение в преступных действиях

сексуального характера с отягчающими обстоятельствами (aggravated sexual assault) с женщины, якобы не сообщившей о своем ВИЧ-положительном статусе мужчине, с которым она имела сексуальные отношения.<sup>2</sup> Дженнифер Мерфи (Jennifer Murphy) в ответ утверждала, мужчина знал о ее состоянии здоровья, и что пара использовала презерватив. Два свидетеля, которые по просьбе Мерфи присутствовали, когда она раскрыла свой ВИЧ-статус мужчине, были готовы дать показания в ее пользу.

В 2005 году Мерфи была признана виновной в преступных действиях сексуального характера и осуждена на год домашнего ареста и три года условно за то, что не сообщила о своем ВИЧ статусе солдату Военной базы Борден, в Онтарио Канадских Вооруженных Сил (Canadian Forces Base Borden). В то же время Управление национальной обороны (Department of National Defence) страны вынес предупреждение личному составу Канадских Вооруженных сил, рекомендуя обратиться к врачу тем служащим, которые вступали в половые отношения с Мерфи. Также были распространены заявления о ее непристойном поведении.

Хотя последние обвинения были сняты с Мерфи, предъявлению ей обвинения, несмотря на доказательства ее невиновности, значительно способствовала стигматизация, возникшая в результате первого осуждения. В то время различные средства массовой информации характеризовали Мерфи как женщину «преследовавшую

мужчин в семейных квартирах и в мужских бараках на базе Онтарио»,<sup>3</sup> тогда как следователи заявляли, что она часто посещала места расселения одиноких военнослужащих базы, делая прямые сексуальные предложения резидентам-мужчинам».<sup>4</sup>

### **Мужчина, обвиненный в сокрытии своего ВИЧ статуса, осужден по 15 эпизодам преступлений сексуального характера с отягчающими обстоятельствами**

Карл Леоне (Carl Leone) признал себя виновным в 15 эпизодах преступлений сексуального характера с отягчающими обстоятельствами (aggravated sexual assault) за вступление в половые отношения 20 женщинами без использования презерватива в период между 1997 и 2004 годами, не раскрывая своего ВИЧ-положительного статуса. Изначально Леоне было предъявлено обвинение в 20 эпизодах преступлений. Признание вины Леоне и последующее судебное урегулирование (plea bargain) было объявлено 27 апреля 2007 года в Верховном Суде Онтарио, через восемь недель после начала процесса и перед свидетельством первой пострадавшей.<sup>5</sup>

5 из 20 женщин оказались ВИЧ-инфицированными с тех пор как вступили в отношения с Леоне.<sup>6</sup> Суд наложил запрет на обнародование имен пострадавших, также как любой другой информации, могущей привести к их идентификации.

Леоне был арестован полицией Виндзора в июне 2004 года, через семь лет после того, как ему отделом Здравоохранения округа Эссекса в Виндзоре был поставлен диагноз ВИЧ. Обвинение и защита не смогли договориться о мере наказания, и Леоне было предписано пройти психиатрическое обследование, чтобы установить, является ли он опасным преступником.

Для того чтобы сделать заключение психиатра-эксперта, вынесение приговора Леоне отложено на декабрь 2007 года, когда продолжится слушание по объявлению Леоне опасным преступником. Если Леоне признают опасным преступником, он может быть осужден на неопределенный срок тюремного заключения с правом на пересмотр каждые семь лет. Прокуратура указала, что если обвинение не пройдет, она будет добиваться объявления Леоне «долгосрочным» преступником, что подвергнет его длительному периоду наблюдения после окончательного освобождения из тюрьмы.<sup>7</sup>

### **Тридцатимесячное заключение за три эпизода преступлений сексуального характера с отягчающими обстоятельствами**

В апреле 2007 года ВИЧ-инфицированный бывший телохранитель из Демократической Республики Конго признал себя виновным по трем обвинениям в преступлениях сексуального характера с отягчающими

обстоятельствами. В период между сентябрем и декабрем 2005 года Фидель Момбо Маккей (Fidel Mombi MacKay) вступил в сексуальные отношения с тремя женщинами из Садбери, Онтарио без использования презерватива и не раскрывая своего ВИЧ статуса.<sup>8</sup> Маккей, отбывающий тюремное заключение с декабря 2005 года, был приговорен к дополнительным 30 месяцам лишения свободы.

Маккей узнал, что инфицирован ВИЧ, когда получал медицинскую помощь после автомобильной аварии в ноябре 2002 года. В декабре 2005 года, полиция Садбери арестовала Маккея по ордеру на арест, выписанному полицией Саскатуна действительно в пределах всей Канады, за вступление в сексуальные отношения без использования защитных средств при сокрытии своего ВИЧ-статуса. Маккей был арестован, когда находился в постели с одной из пострадавших.

После ареста, полиция передала фотографию Маккея средствам массовой информации, призывая всех, кто вступал в половые отношения с ним, обратиться за медицинской помощью и в полицию. В результате, еще две женщины Садбери обратились за помощью. Из трех женщин, одна оказалась ВИЧ инфицированной после сексуальных отношений с Маккеем без использования презерватива.

В дополнение к лишению свободы, имя Маккея внесено в государственный реестр лиц, совершивших преступлений на сексуальной почве; его ДНК помещены в федеральный банк

ДНК, и ему запрещено владение оружием на срок 10 лет. Во время вынесения приговора, в Саскачеване ожидали возвращения Маккея, чтобы он мог ответить по первому обвинению, которое повлекло за собой выписку ордера на арест в пределах всей Канады.

<sup>1</sup> P. Small, "HIV-positive stripper infected husband, court hears," *The Toronto Star* (on-line edition), 5 июня 2007.

<sup>2</sup> "Crown withdraws case against woman charged with spreading HIV," *The Telegram*, 15 мая 2007.

<sup>3</sup> S. Taylor, "Military's concern over HIV on base legitimate," *Esprit de Corps* (on-line edition), 27 марта 2005.

<sup>4</sup> "Woman charged with HIV assault denied bail," *CTV News* (online), 30 марта 2005.

<sup>5</sup> D. Schmidt, "Plea ends HIV trial; Leone admits guilt in 15 sex assaults," *The Windsor Star*, 28 апреля 2007, стр. A1.

<sup>6</sup> D. Schmidt, "Positive HIV test drove Leone to tears, trial told," *The Windsor Star*, 17 апреля 2007, стр. A3.

<sup>7</sup> D. Lajoie, "Leone sentencing delayed; report needed before deciding if he should be deemed a dangerous offender," *The Windsor Star*, 25 июля 2007, стр. A5.

<sup>8</sup> B. Vaillancourt, "Man with HIV jailed for having sex with 3 women," *The Sudbury Star*, 12 апреля 2007, стр. A1.

## Кратко

### Допущено заявление на судебный пересмотр решения по делу ВИЧ-инфицированного заявителя на получение статуса беженца

2 августа 2007 года Федеральный суд дал разрешение на рассмотрение заявления М.О.О. о пересмотре решения Отдела по защите беженцев Управления по вопросам иммиграции и беженцев (Refugee Protection Division of the Immigration and Refugee Board). Управление по вопросам иммиграции и беженцев постановило, что О.О. и четверо ее детей, не являются беженцами согласно международному праву, и не являются лицами, нуждающимися в защите по канадскому *Закону об иммиграции и защите беженцев*<sup>1</sup> (*Immigration and Refugee Protection Act*).

В своем заявлении О.О. утверждала, что ее ВИЧ-положительный статус, а также такие факторы, как ее этническое происхождение (ачоли) подвергнут ее риску дискриминации в Уганде. Управление по вопросам иммиграции ответило, что правительство Уганды принимает меры для борьбы со СПИДом, и возможность получения медицинского лечения, хотя несовершенно и дорогого, не подтверждает утверждения заявительницы о том, что она подвергается преследованиям на этом основании.

В своем решении Управление по вопросам иммиграции не упомянуло письменные свидетельства

возможного преследования О.О. в Уганде, включая заявление предполагаемого эксперта по правам человека в Уганде, утверждавшего, что правительство Уганды будет считать О.О. политическим оппонентом, и что она будет подвергнута преследованиям.

Федеральный суд постановил, что, несмотря на то, что Управление по вопросам иммиграции может считать заявление О.О. не заслуживающим доверия, оно обязано рассмотреть имеющиеся отношения к делу свидетельства, которые противоречат его заключению, и объяснить, почему эти свидетельства признаны не заслуживающими доверия. Суд постановил, что поскольку Управление по вопросам иммиграции не выполнило свои обязательства, решение по делу должно быть отложено и дело передано для пересмотра в иную по составу комиссию Управления.

### Прошение активиста по борьбе с ВИЧ/СПИДом остановить депортацию отклонено

21 сентября 2007 года федеральный суд отклонил ходатайство Давида Ньяччо (Nyachio), Электы Ньяччо и их троих детей о приостановлении депортации.<sup>2</sup>

Главный заявитель, Давид Ньяччо, эмигрировал из Кении в Соединенные Штаты в 1999

году и проживал там с семьей до 2004 года, когда большинство членов семьи Ньяччо приехали в Канаду. В то время, заявители просили о предоставлении им статуса беженцев, заявляя о, якобы имевшем место, преследовании со стороны члена Парламента Кении. Они утверждали, что им угрожали в связи с тем, что в своей общине Давид Ньяччо пытался привлечь внимание к вопросам прав человека, ВИЧ/СПИДа и увечья женских половых органов.

Первое заявление семьи на получение статуса беженцев было отвергнуто отделом по защите беженцев Управления по вопросам иммиграции и беженцев, которое не обнаружило достаточных свидетельств реального риска жизни и здоровью заявителей в случае их депортации в Кению.

Последовавшее за этим ходатайство на проведение Препортуационной оценки риска (Pre-Removal Risk Assessment), т.е. оценки риска, с которым может столкнуться лицо в случае выдворения в собственную страну, было отклонено в январе 2007 года. Прошение о пересмотре заявления о предоставлении статуса беженцев по причинам гуманности и сострадания было отклонено в августе 2007 года. Заявители подали новое, находящееся на рассмотрении, прошение на судебный пересмотр последнего решения.

5 сентября 2007 года служащий Агентства пограничной службы Канады (Canada Border Services Agency) принял

решение депортировать семью за отсутствием каких-либо исключительных причин, оправдывающих отсрочку. Заявители настаивали, что депортация должна быть приостановлена в ожидании решения по заявлению о пересмотре дела по причинам гуманности и сострадания.

Федеральный суд постановил, что отказ в приостановлении депортации правомочен, и что доводы стороны о непоправимом вреде в случае прерывания обучения детей не доказаны. Далее суд указал, что тот факт, что заявление о пересмотре дела по причинам гуманности и сострадания находится на рассмотрении, не дает достаточных оснований для отмены депортации, поскольку заявители могут ожидать решения за пределами страны.

### **Федеральный суд отказал в ходатайстве об отмене депортации ВИЧ-инфицированной женщины в Замбию**

28 августа 2007 года федеральный суд отклонил ходатайство Рабекки Диа (Rabessa Dia) об отмене депортации, назначенной на 31 августа 2007 года.<sup>3</sup> Диа, являющаяся ВИЧ-положительной, приехала в Канаду из Замбии в 2003 году, чтобы скрыться от мужа-алкоголика, жестоко обращавшегося с ней, и жившего в полигамных отношениях. Ее первое заявление о предоставлении статуса беженца было отклонено на основании того, что она

«не заслуживала доверия», без объяснения того, что это значит. Последовавшая пре-депортационная оценка риска, была негативной, и был дан приказ о депортации.

В ее прошении о приостановлении депортации, Диа отмечала, что ее недавнее участие в фильме, критиковавшем исламскую полигамию в Замбии, станет известным ее мужу и властям страны. Судья федерального суда Харрингтон (Justice Harrington) не указал в своем постановлении как, по словам Диа, этот факт повлияет на ее судьбу. Он постановил, что служащий отдела Пре-депортационной оценки риска, имел все основания вынести безотлагательное решение, поскольку доказательств того, что Диа будет подвержена преследованиям со стороны властей за ее высказывания против полигамии, не было.

Судья Харрингтон также не указал, какие аргументы приводила Диа относительно того, как ее ВИЧ-положительный статус повлияет на ее жизнь в Замбии. Тем не менее, он подчеркнул, что служащий отдела Пре-депортационной оценки риска конкретно не рассматривал ВИЧ-положительный статус Диа. Однако согласно разделу 97 *Закона об иммиграции и защите беженцев (Immigration and Refugee Protection Act)* неспособность страны оказать необходимую медицинскую помощь, не является угрозой жизни или риском жестокого обращения и наказания. Судья Харрингтон постановил, что в любом случае, лечение ВИЧ доступно в Замбии, и Диа вернется в Лусаку (столицу), где лечение ВИЧ более доступно.

### **Апелляционный Суд постановил, что ВИЧ-положительный статус не является причиной для отказа в общении между ребенком и родителем**

12 февраля 2007 года Апелляционный Суд провинции Альберта принял апелляционную жалобу на решение суда, отказывающее в праве на общение с ребенком (contact order) - девочкой 3,5 лет, по отношению к которой истец выполнял роль родителя на протяжении трех лет после ее рождения.<sup>4</sup>

Истец пытался получить право на общение с ребенком, вопреки отказу ее биологических родителей. В течение шести с половиной лет истец состоял в отношениях с ответчиком-мужчиной. В течение этого времени они познакомились с ответчицей, которая состояла в постоянных лесбийских отношениях.

Стороны решили, что ответчица попытается родить для каждой пары по ребенку, используя искусственное осеменение, донором спермы для которого являлся ответчик. Ребенок родился в мае 2003 года и жил с истцом и ответчиком в их доме до тех пор, пока мужчины не разошлись в июне 2006 года.

После разрыва отношений, ответчик отказался разрешить истцу видеть ребенка, указывая одной из причин отказа то, что апеллиант является ВИЧ-инфицированным. В августе 2006 года опираясь на Закон провинции Альберта «*О семейном праве*» (*Family Law Act*), истец безуспешно пытался получить право на общение с ребенком. Он заявил,

что является родителем ребенка или занимает место родителя, в соответствии с секцией 48.

В то время как судья признал значительность и важность отношений между истцом и ребенком, он отметил, что пожелания ответчиков, как опекунов ребенка, имеют большой вес. Судья далее отметил, что истец не показал, как его общение с ребенком отвечает ее лучшим интересам, при том факте, что оба ее родителя – против этого контакта.

С точки зрения Апелляционного суда, доказательства показывали, что трое взрослых играли важную роль в жизни ребенка, и что истец занимал место родителя ребенка. Далее суд постановил, что причины для отказа в праве на общение с ребенком, указанные ответчиками, включая ВИЧ-статус истца, не являются убедительными для отказа в праве на общение.

Апелляционный суд установил, что судья суда первой инстанции не принял во внимание значение привязанности со стороны того, кто заботился о ребенке с рождения, а также потенциальный эмоциональный вред, вызванный внезапным прекращением родительского внимания и поддержки. Суд постановил, что апеллант может получить приемлемый для сторон доступ к ребенку.

### **Мировое соглашение достигнуто в деле о плохой стерилизации медицинского оборудования**

16 августа 2007 года Коллегия первой инстанции Верховного

суда провинций Ньюфаундленд и Лабрадор одобрила мировое соглашение, достигнутое в коллективном иске 333 пациентов и их супругов против медицинской клиники, где было использовано плохо стерилизованное оборудование.<sup>5</sup>

Администрация больницы обнаружила, что гинекологическое оборудование не было стерилизовано должным образом в марте 2003 года. Администрация исправила проблему и выпустила пресс-релиз, сообщающий, что проблема была обнаружена и ликвидирована. Пациентам также были высланы письма, приглашая их пройти медицинское обследование, чтобы выявить не заразились ли они ВИЧ, гепатитом Б, гепатитом С, хламидией или гонореей.

Хотя никто из пациентов не заразился, истцы настаивали, что администрация не выполнила своих обязательств по уходу за пациентами, и нарушила принцип конфиденциальности и право на личную жизнь, поскольку тестирование проходило так, что личности пациентов оказались очевидными для других пациентов, и тем самым известными в небольшом населенном пункте, где они проживали. Мировое соглашение требовало от администрации выплатить компенсацию в сумме 450 долларов неинфицированным пациентам и 100 долларов неинфицированным супругам, а также принести публичные извинения. Администрации медицинского учреждения также было предписано обеспечить меры, чтобы подобные случаи недостаточной стерилизации оборудования не повторились.

Суд решил, что в данном случае для одобрения мирового соглашения по коллективному иску, должна быть проведена оценка того, является ли урегулирование справедливым, разумным, и соотносится ли с интересами коллектива в целом. После рассмотрения доказательств, суд постановил, что соглашение отвечает целям участников коллективного иска, что обращение к судебной процедуре может не принести лучших результатов, хотя и займет больше времени и средств. Суд также постановил, что участники коллективного иска приняли участие в переговорах по урегулированию, и что существует адекватный план по уведомлению участников иска о том, что одобрение мирового соглашения судом состоялось.

### **Заявители должны доказать свое право требовать оценку суммы возмещения вреда**

16 марта 2007 года Верховный Суд Онтарио дал разъяснения по интерпретации и применению своего судебного приказа от июня 2006 года, обязывающего провинциальные и территориальные правительства выплачивать пособие в рамках Программы Межпровинциальной/территориальной поддержки (Multi-Provincial/Territorial Assistance Program [МРТАР]) индивидуальным заявителям в фонд ВИЧ, образованный Обществом Красного Креста Канады.<sup>6</sup>

Программа МРТАР была учреждена в 1993 году

провинциями и территориями Канады для предоставления финансовой помощи лицам, инфицированным ВИЧ, системой обеспечения крови Канады. Канадское Общество Красного Креста также выделило средства (фонд ВИЧ), чтобы удовлетворить требования лиц, инфицированных ВИЧ посредством продуктов крови, поставленных Обществом. Фонд был учрежден в соответствии с Планом урегулирования и соглашения Канадского Общества Красного Креста.

Среди сторон возникли разногласия относительно того, какие категории лиц имеют право на получение компенсаций. Провинции и территории настаивали, что приказ предполагает предоставление компенсаций только тем лицам, которые подали заявление в Фонд ВИЧ в течение установленного планом срока, заразились ВИЧ через продукты крови, и должны

пройти оценку вреда по условиям плана. Адвокаты ряда заявителей оспаривали, что для того чтобы подпадать под действие приказа, достаточно просто подать заявление в Фонд ВИЧ.

Судья Блэр (Justice Blair) постановил, что для получения пособия МРТАР, заявители должны доказать свое «право» на то, чтобы причиненный им вред был оценен уполномоченным лицом. Для этого потребуется письмо от представителя фонда ВИЧ, подтверждающее, что заявители имеют право на оценку вреда уполномоченным лицом при условии, что их требования явились результатом заражения ВИЧ-инфекцией через продукты крови, и при условии соответствия целям создания Плана. Это последнее требование может быть доказано предоставлением Агентству снабжения крови Канады (Canadian Blood Agency) необходимой информации,

для подтверждения того, что государственная программа уже приняла заявление лица на предоставление компенсации в связи с тем, что он или она были инфицированы ВИЧ через канадскую систему снабжения кровью.

<sup>1</sup> *O.O. v. Canada (Citizenship and Immigration)*, 2007 F.C. 811 (CanLII).

<sup>2</sup> *Nyachieo v. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [2007] F.C.J. No. 1216 (QL).

<sup>3</sup> *Dia v. Canada (Minister of Public Safety and Emergency Preparedness)*, [2007] F.C.J. No. 1130 (QL).

<sup>4</sup> *D.W.H. v. D.J.R.*, [2007] A.J. No. 187 (QL).

<sup>5</sup> *Rideout v. Health Labrador Corp.*, [2007] N.J. No. 292 (QL).

<sup>6</sup> *Canadian Red Cross Society (Re)*, [2007] O.J. No. 937 (QL).

# ВОПРОСЫ ВИЧ/СПИДА В СУДАХ МИРА

В этом разделе представлен краткий обзор важнейших международных судебных разбирательств, имеющих отношение к ВИЧ/СПИДУ или имеющих значение для людей, живущих с ВИЧ/СПИДОМ. Раздел освещает как уголовные, так и гражданские дела. Представленная информация носит избирательный характер. В раздел включены только значительные дела и дела, ставшие прецедентами. Освещение судебных дел, прошедших в США, является ограниченным, так как отчеты о прецедентах и развитии ситуации в США подробно представлены в публикациях *Политика и законодательство в отношении СПИДа (AIDS Policy & Law)* и в *Заметках о законодательстве о лесбиянках и геях (Lesbian/Gay Law Notes)*. Мы приглашаем читателей присылать информацию (в том числе на русском языке) о судебных делах, связанных с вопросами ВИЧ/СПИДа, редактору данного раздела Лие Утяшевой по адресу: [lutyasheva@aidslaw.ca](mailto:lutyasheva@aidslaw.ca).

## Индия: Суд подтвердил законность патентного акта, не допускающего выдачи патентов на слегка модифицированные версии существующих лекарственных препаратов

В августе 2007 г. Верховный суд Мадраса отклонил ходатайство Швейцарской фармацевтической компании «Новартис» об отмене положения индийского закона о патентах, которое запрещает периодическое обновление патентов фармацевтическими компаниями.<sup>1</sup> Периодическое обновление патентов – это практика продления патента на лекарственный препарат путем подачи заявки на незначительную модификацию этого препарата, например, изменение его формы, спектра дозировки или цвета.<sup>2</sup> Данное решение суда имеет огромное значение для обеспечения глобального доступа к приемлемым по цене препаратам генерикам, произведенным в Индии.<sup>3</sup>

В 2006 г. компания Новартис подала ходатайство в Верховный суд Мадраса, об отмене пункта

3(d) Закона Индии о патентах, 1970 г. (*Indian Patents Act, 1970*), модифицированного в 2005 г. (*The*

*Patents (Amendment) Act of 2005*) (далее Закон о патентах), который не допускает патентования

«всего лишь открытия новой формы известного вещества, не приводящего к повышению эффективности этого вещества...». Новартис утверждала, что Закон о патентах:

- противоречит международным обязательствам Индии в рамках Соглашения Всемирной торговой организации (ВТО) *О торговых аспектах прав интеллектуальной собственности (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) (TRIPS)*, подписанным Индией в 1995 г.
- и что он является нелогичным и расплывчатым и, следовательно, может привести к произвольному применению Контролером по патентам, в нарушение положения Конституции Индии о равных правах.<sup>4</sup>

В ответ на претензию компании Новартис о том, что пункт 3(d) отнимает право на патентование изобретения, гарантированное пунктом 27 соглашения TRIPS, суд постановил, что он не имеет правовых полномочий для решения этого вопроса, так как не имеет приоритета перед механизмом ВТО по разрешению споров, зафиксированным в Соглашении TRIPS.<sup>5</sup>

В отношении своего второго заявления, компания Новартис утверждала, что если пункт 3(d) разрешает патентовать новую форму известного вещества только, когда изменение формы приводит к повышению известной эффективности вещества, Индийский Парламент должен предоставить разъяснение о том, что в данном положении закона

считается «эффективностью» или «повышенной эффективностью», так как в противном случае это дает Контролеру по патентам широкие возможности интерпретации этих терминов.

Заявляя, что в данном случае «эффективность» означает «терапевтическую эффективность», суд отметил, что «Парламент не является экспертом... [и] всегда считает, что в законе целесообразно употреблять только общие выражения, позволяя суду толковать их в зависимости от контекста, в котором они используются и в зависимости от имеющихся фактов в каждом отдельном случае».

Суд добавил, что Контролер по патентам и заявитель могут в дальнейшем руководствоваться Разъяснением, представленным в приложении к Пункту 3(d), которое «является достаточно ясным для понимания» обеими сторонами и, которое дает пояснение о том, какие формы вещества должны считаться тем же самым веществом до тех пор, пока не будет продемонстрировано значительное повышение эффективности этого вещества. Суд пришел к заключению, что он должен предоставить широкие возможности для Законодательного органа, особенно в отношении законов, относящихся к экономическим вопросам, например, Закона о патентах.<sup>6</sup>

Несмотря на то, что компания Новартис проиграла этот процесс (и решила не подавать апелляцию), она может оспорить индийский Закон о патентах в системе ВТО.

Индия с ее пяти миллиардной (долларов США) фармацевтической промышленностью продает 65 %

лекарственных препаратов в развивающиеся страны для беднейших слоев населения этих стран.<sup>7</sup> Согласно информации неправительственной организации Врачи без границ (MSF), 84 % всех лекарственных препаратов для лечения СПИДа, которые она назначает своим пациентам во всем мире, поступает из индийских фармацевтических предприятий, выпускающих препараты генерики.<sup>8</sup>

## Комментарий

Очень важно, что решение Мадрасского Апелляционного суда позволяет продолжить обеспечение доступа к дешевым лекарственным препаратам.<sup>9</sup> Следует отметить, однако, что с внесением поправки в Индийский закон о патентах в 2005 году, которая ознаменовала завершение перехода Индии от системы патентования способа (в рамках которого разрослась индустрия производства генерических лекарственных препаратов) к системе патентования продукта (который критикуют за то, что он ставит на первое место интересы фармацевтических компаний), фармацевтическим компаниям станет легче получать патенты в Индии.

– Мадхави Свами

Мадхави Свами – студентка юридического факультета Университета Торонто. Она является волонтером Канадской правовой сети через организацию «Канадские студенты про боно» (Pro Bono Students Canada).

Дополнительную информацию по обсуждению индийского закона о патентах и развития дела компании Новартис см. в «Обзоре политики и

права в области ВИЧ/СПИДа» 10(2) (2005): 29–30; и 12(1) (2007): 35.

'evergreening,' *Canadian Medical Association Journal* 175(12) (2006): 1508.

<sup>6</sup> Там же, параграфы 10–18.

<sup>1</sup> *The Patents (Amendment) Act*, No. 15 of 2005.

<sup>3</sup> *The Patents (Amendment) Act*, No. 15 of 2005.

<sup>7</sup> A. Gentleman, "Indian law on generic drugs is upheld," *International Herald Tribune*, 6 August 2007. можно найти на: [www.ihf.com](http://www.ihf.com).

<sup>2</sup> W. Kondro, "Supreme Court rules against drug patent

<sup>4</sup> *Novartis AG et. Al. v. Union of India et. Al.* (August 6, 2007), Madras W.P. Nos.24759 and 24760 of 2006.

<sup>8</sup> MSF.

<sup>5</sup> Там же, параграфы 6–8.

<sup>9</sup> A. Gentleman.

## Медицинские работники, приговоренные к смертной казни Ливийским судом, помилованы

**24 июля 2007 г. пять болгарских медсестер и палестинский врач, приговоренные к смертной казни в Ливии за якобы преднамеренное заражение детей ВИЧ инфекцией, были экстрадированы в Болгарию и освобождены от отбывания наказания Президентом Болгарии, Георги Парвановым.**

Медицинские работники, которые начали работать в больнице Аль Фатех в Бенгази, Ливия, в 1998 году, были арестованы в феврале 1999 г. во время расследования, проводившегося в связи со вспышкой ВИЧ в больнице. Первоначально шести болгарским гражданкам, одному палестинцу и девяти ливийцам было предъявлено обвинение в инфицировании детей по заговору со спецслужбой Израиля Моссад, с целью разрушения Ливии.<sup>1</sup>

Суд над медицинскими работниками начался 7 февраля 2000 г.<sup>2</sup> В 2002 г. Народный суд в Триполи, который рассматривает дела, связанные с вопросами государственной безопасности, снял со всех подзащитных обвинения в заговоре и отправил дело в

уголовный суд для рассмотрения обвинения в преднамеренном заражении ВИЧ инфекцией.<sup>3</sup> 6 мая 2004 г. пять болгарских медсестер и палестинский врач были приговорены к смертной казни путем расстрела. Шестой болгарский медицинский работник был признан невиновным.<sup>4</sup>

25 декабря 2005 г. после рассмотрения апелляции, Верховный суд Ливии отменил приговор о смертной казни и потребовал повторного рассмотрения дела. После окончания повторного рассмотрения дела 19 декабря 2006 г. все шесть медицинских работников были вновь приговорены к смертной казни.<sup>5</sup> После рассмотрения повторной апелляции, Верховный суд

Ливии утвердил это решение 11 июля 2007 г.<sup>6</sup>

17 июля 2007 г. Высший совет судей Ливии отменил решение Верховного суда и заменил смертную казнь пожизненным тюремным заключением, после того как семьи зараженных детей согласились принять компенсацию на сумму около 1 миллиона долларов США за каждого инфицированного ребенка.<sup>7</sup> Первоначально семьи настаивали на компенсации в 10 миллионов долларов США за каждого инфицированного ребенка.<sup>8</sup>

Медицинские работники были освобождены из тюрьмы 24 июля в соответствии с Соглашением 1984 года о передаче заключенных между двумя странами и отправлены самолетом в Болгарию,

где они были помилованы.<sup>9</sup> Палестинский врач до этого получил гражданство Болгарии, с тем, чтобы можно было обеспечить его передачу Болгарской стороне.<sup>10</sup>

Премьер министр Болгарии, Сергей Станислав, считает, что освобождение медицинских работников стало возможным во многом благодаря вступлению Болгарии в Европейский Союз (ЕС) в январе 2007 г.<sup>11</sup> Члены ЕС и даже частные корпорации направили огромное количество финансовых средств в Ливию для разрешения этого вопроса. ЕС также открыл программу для лечения детей, построил медицинские учреждения и поставил медицинское оборудование.<sup>12</sup>

Болгария перевела долг Ливии - около 57 миллионов долларов США в фонд, созданный для обеспечения лечения инфицированных детей, но заметила, что прощение долга является актом доброй воли, а не признанием вины медицинских работников.<sup>13</sup>

Несмотря на серьезные доказательства невиновности медицинских работников, суд над ними продолжался почти восемь лет. В 2001 г. два ведущих мировых эксперта по СПИДу, д-р Люк Монтанье и д-р Виттория Колиззи (Dr. Luc Montagnier, Dr. Vittoria Colizzi), обследовали больницу и пришли к выводу, что вспышка ВИЧ была результатом неудовлетворительного санитарного состояния этого медицинского учреждения.<sup>14</sup> Они обнаружили, что источником заражения был единственный подтип вируса ВИЧ, который был занесен в больницу в 1997 г. неустановленным ребенком значительно раньше приезда медицинских работников в страну.<sup>15</sup>

Далее, некоторые дети были инфицированы уже после ареста медицинских работников.<sup>16</sup> 3 сентября 2003 г. во время первого суда над медицинскими работниками д-р Монтанье представил выводы своего исследования в суде.<sup>17</sup> По мнению д-ра Монтанье медицинским работникам было предъявлено обвинение вопреки научным доказательствам их невиновности, потому, что «[б]ольнице нужен был козел отпущения».<sup>18</sup> Многие описывали данное дело не как «уголовное дело, а как политическую игру».<sup>19</sup>

Медицинские работники утверждали, что к ним применялись пытки с целью добиться признания.<sup>20</sup> 22 марта 2002 г. двадцать ливийских офицеров были арестованы по обвинениям в применении пыток в отношении медицинских работников. Девяти из них были предъявлены обвинения. 7 июня 2005 г. суд Триполи оправдал всех девятерых.<sup>21</sup> Многие из этих офицеров затем обвинили медицинских работников в клевете; однако 27 мая 2007 г. Ливийский суд освободил медицинских работников от этих обвинений.<sup>22</sup> В 2007 болгарские прокуроры предъявили обвинение в применении пыток многим из офицеров и отметили, что они собираются продолжить данное дело.<sup>23</sup>

В период между апрелем 1997 г. и мартом 1999 г. 426 детей были инфицированы вирусом ВИЧ. По крайней мере, 50 из инфицированных детей умерли.<sup>24</sup>

Кортни Аштон – студентка юридического факультета Университета Торонто. Она является волонтером Канадской правовой сети через организацию «Канадские студенты про боно» (Pro Bono Students Canada).

Для ознакомления с предыдущими сообщениями на эту тему, см. «Обзор политики и права в области ВИЧ/СПИДа» 9(3) (2004): 61; и 11(1) (2006): 51.

<sup>1</sup> E. Rosenthal, "Libyan court upholds death sentences in HIV case," *New York Times*, 11 July 2007.

<sup>2</sup> "Timeline: Bulgarian medics' trial in Libya," *Sofia News Agency*, 15 November 2005.

<sup>3</sup> "Timeline: Bulgarian medics' trial in Libya," *Sofia News Agency*, 15 November 2005.

<sup>4</sup> "Chronology: Libya HIV trial of Bulgarian medics," Reuters (on-line), 19 December 2006.

<sup>5</sup> Там же.

<sup>6</sup> "Timeline."

<sup>7</sup> Там же.

<sup>8</sup> Там же.

<sup>9</sup> M. Brunwasser, "Workers arrive in Bulgaria after being freed," *New York Times*, 24 July 2007.

<sup>10</sup> Там же.

<sup>11</sup> Republic of Bulgaria, "Sergei Stanishhev: welcome home, the drama is over," news release, Sofia, 24 July 2007. At [www.government.bg/cgi-bin/e-cms/vis/vis.pl?s=001&p=0137&n=000443&g=](http://www.government.bg/cgi-bin/e-cms/vis/vis.pl?s=001&p=0137&n=000443&g=).

<sup>12</sup> E. Rosenthal.

<sup>13</sup> "Bulgaria signs agreement to transfer \$57M of Libya's debt to international fund for HIV-positive children," *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 5 September 2007.

<sup>14</sup> E. Rosenthal.

<sup>15</sup> Physicians for Human Rights, *Open Letter on Death Sentence for Bulgarian Nurses, Palestinian Doctor*, 23 June 2007. At [www.bta.bg/site/libya/en/08experts.htm](http://www.bta.bg/site/libya/en/08experts.htm).

<sup>16</sup> E. Rosenthal.

<sup>17</sup> Там же.

<sup>18</sup> E. Rosenthal.

<sup>19</sup> Там же.

<sup>20</sup> "Medical workers sentenced to death in HIV infection case were tortured during incarceration," *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 10 August 2007.

<sup>21</sup> "Timeline."

<sup>22</sup> "Medical workers sentenced to death in HIV infection case were tortured during incarceration," *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 10 August 2007.

<sup>23</sup> "Medical workers sentenced..."

<sup>24</sup> "Deal could save foreigners accused in Libyan HIV case," *CBC News* (online), 10 July 2007.

– Кортни Аштон

## Комитет ООН считает, что Колумбия не защитила право на получение пенсионного пособия в деле, касающемся однополой пары

14 мая 2007 г. Комитет ООН по правам человека признал, что Колумбия нарушила положения о равноправии *Международного пакта о гражданских и политических правах*<sup>1</sup>, отклонив просьбу о переводе пенсии на партнера однополой пары.<sup>2</sup> Комитет постановил, что отказ перевести пенсию партнеру однополой пары, гражданину X, является дискриминацией на основе сексуальной ориентации, запрещенной согласно Статье 26 *Международного пакта*.

В сентябре 1994 г. после смерти своего партнера Y, с которым у г-на X были близкие отношения в течение 22-х лет, 7 лет из которых они прожили вместе, X подал заявление в Фонд социального обеспечения Колумбии о переводе пенсии партнера на себя. В 1995 г. Фонд социального обеспечения отклонил просьбу X на основании того, что закон не разрешает перевод пенсии на лицо того же пола.

X обратился с жалобой в Муниципальный уголовный суд Боготы в надежде получить ответ от Фонда по льготам и пособиям Колумбийского Конгресса. 14 апреля 1995 г. суд отклонил жалобу на основании того, что он не обнаружил нарушения неотъемлемых прав человека.

Вслед за этим последовала серия безуспешных исков в суды Колумбии:

- 15 сентября 1995 г. Окружной суд по уголовным делам Боготы № 18 отклонил иск, посчитав, что в данном деле нет оснований для защиты прав.

- В октябре 2005 г. Апелляционный суд Боготы подтвердил решение нижестоящего суда.
- В 2000 г. Административный суд Кундинамары отклонил иск X на основании отсутствия конституционального или юридического признания гомосексуальных союзов в качестве семейных союзов.
- В том же 2000 г. Государственный совет подтвердил решение Административного суда, утверждая, что согласно Конституции, семья формируется посредством естественных или юридических связей между мужчиной и женщиной.<sup>3</sup>

Тогда X направил жалобу в Комитет ООН по правам человека. В своей жалобе X утверждал, что он является жертвой дискриминации по причине его сексуальной ориентации и, что эта дискриминация нарушает несколько статей *Международного пакта о гражданских и*

*политических правах*: Статью 2 (1) о защите прав без какого-либо различия; Статью 3 о равноправии мужчин и женщин; Статью 5 о запрещении уничтожения и ограничения прав, гарантированных пактом; Статью 14 (1) о равенстве перед судом; и Статью 17 (1) о неприкосновенности личной жизни.

X также заявил, что отказ Колумбийских судов перевести ему пенсию на основе его сексуальной ориентации, нарушает его права согласно Статье 26 *Международного пакта*. Статья 26 гарантирует равенство перед законом и право на равную защиту закона всем людям без какой-либо дискриминации, запрещает любую дискриминацию и гарантирует всем людям равную и эффективную защиту от дискриминации на любом основании, включая пол человека.

Комитет ООН по правам человека обсудил в деталях предполагаемое нарушение Статьи 26 *Международного пакта*. Он отметил, что X не был признан в качестве постоянного партнера Y для получения пенсии, потому

что решения суда, основанные на национальном законе, определили, что право на получение пенсионного пособия относится только к парам, состоящим в браке, и к членам гетеросексуальных союзов де-факто.

В ответ на иск, поданный X, представитель Колумбийского правительства заявил, что «государства-участники не обязаны устанавливать аналогичные права собственности, как [для гетеросексуальных пар] для всех видов пар и социальных групп, которые могут быть связаны или не связаны сексуальными или эмоциональными узами».<sup>4</sup>

Однако в своей предыдущей судебной практике Комитет постановил, что запрещение дискриминации согласно Статье 26 включает дискриминацию на основе сексуальной ориентации.<sup>5</sup> Комитет ранее определил также, что различия в праве на социальное обеспечение для пар, состоящих в браке, и гетеросексуальных пар, не состоящих в браке, являются мотивированными и объективными, потому что рассматриваемые пары имеют право выбора заключать или не заключать брак, со всеми вытекающими отсюда последствиями.<sup>6</sup>

В данном деле Комитет заметил, что (а) гражданин X не имел возможности заключить брак с постоянным партнером того же пола; и (б) что национальное законодательство Колумбии

проводит различие не между женатыми и неженатыми парами, а между гомосексуальными и гетеросексуальными парами.

Комитет заключил, что различие в правовом положении однополых партнеров, которые не имеют права на пенсионное пособие и гетеросексуальными партнерами, не состоящими в браке, которые имеют такие права, является немотивированным и необъективным и, что отсутствуют основания, оправдывающие такое разграничение. Таким образом, Комитет пришел к выводу, что Колумбия нарушила Статью 26 Международного пакта о гражданских и политических правах, отказав X в праве на получение пенсии своего партнера на основании сексуальной ориентации.

В свете этого решения Комитет решил, что нет необходимости рассматривать заявления о нарушении других статей Международного пакта. Комитет постановил, что X имеет право на пересмотр своей просьбы о предоставлении пенсии без дискриминации на основе пола или сексуальной ориентации.

Как страна, ратифицировавшая Международный пакт о гражданских и политических правах и *Факультативный протокол* к нему, Колумбия обязана предоставить эффективное и реальное средство правовой защиты, в случае, если имело

место нарушение договора.<sup>7</sup> Колумбия также обязана опубликовать решение Комитета, предпринять шаги для того, чтобы предотвратить подобные нарушения пакта в будущем и подготовить отчет о принятых мерах с тем, чтобы ввести в действие решение Комитета в течение 90 дней после принятия решения.<sup>8</sup>

– Лия Утяшева

<sup>1</sup> *Международный пакт о гражданских и политических правах* 1966 г, вступил в силу 23 марта 1976.

<sup>2</sup> U.N. Human Rights Committee, Communication No. 1361/2005: Colombia, 14/05/2007/ CCPR/C/89/D/1361/2005 (Jurisprudence).

<sup>3</sup> Там же, параграф 2.7.

<sup>4</sup> U.N. Human Rights Committee, Communication No. 1361/2005, para. 7.1.

<sup>5</sup> U.N. Human Rights Committee, Communication No. 941/2000, *Young v. Australia*, Views of 6 August 2003, para. 10.4.

<sup>6</sup> U.N. Human Rights Committee, Communications Nos. 180/1984, *Danning v Netherlands*, Views of 9 April 1987, para. 14; and 976/2001, *Derksen and Bakker v. Netherlands*, Views of 1 April 2004, para. 9.2.

<sup>7</sup> Ст. 2 Международного пакта о гражданских и политических правах (ICCPR) и *Факультативный протокол* к нему, 1966, вступил в силу 23 марта 1976.

<sup>8</sup> U.N. Human Rights Committee, Communication No. 1361/2005, para. 10.

## Южно-Африканская Республика: Конституционный суд защитил право на неприкосновенность частной жизни людей живущих с ВИЧ

4 апреля 2007 г. Конституционный суд ЮАР отменил решение Верховного суда Йоханнесбурга и постановил, что в деле *НМ и другие против Смит и другие (NM and Others v Smith and Others)* были нарушены права истцов на неприкосновенность частной жизни, достоинство и психологическую целостность в результате публикации информации о ВИЧ статусе этих людей без их согласия.<sup>1</sup>

2 марта 2002 г. имена трех ВИЧ позитивных женщин были опубликованы в автобиографии политика Патриции де Лилль. Три женщины заявили, что их имена были опубликованы без получения предварительного согласия и, что были нарушены их права на неприкосновенность частной жизни, достоинство и психологическую целостность. Женщины подали иск в Верховный суд Йоханнесбурга, требуя, чтобы ответчики - де Лилль, автор биографии Шарлин Смит, и печатное агентство «Нью Африка Букс», возместили им моральный ущерб.

В период между 1999 и 2001 гг. три женщины принимали участие в клиническом испытании лекарственных препаратов. Испытание было прервано в связи заболеваниями и смертными случаями среди его участников. После прекращения испытания три женщины, о которых идет речь, приняли участие в последовавшем за этим расследовании, в ходе которого, их имена были раскрыты (и упоминались в официальном

отчете о расследовании). Де Лилль, политик, известная своей позицией в отношении прав людей, живущих с ВИЧ, также принимала участие в расследовании. Описание работы де Лилль в области ВИЧ/СПИДа было опубликовано в ее биографии, в которой упоминались имена и ВИЧ статус трех женщин-истцов по данному делу.

В мае 2005 г. Верховный суд постановил, что действия ответчиков по раскрытию личной информации были обоснованными. Суд указал на то, что отчет по расследованию не содержал никакого упоминания о том, что эта информация была конфиденциальной. Суд постановил, что ответчики не могут нести ответственность за разглашение ВИЧ статуса трех женщин, но, что издательство отвечает за ущерб, причиненный женщинам в результате публикации книги. Суд вынес постановление о том, что издатель должен заплатить каждой из истцов по 15,000 ранд (около \$2,240 США) в качестве возмещения вреда и удалить из всех имеющихся копий

книги любое упоминание имени истца.

В своем иске в Конституционный суд ЮАР заявители жаловались на то, что Верховный суд не защитил их право на конфиденциальность личной информации, достоинство и психологическую целостность.

Конституционный суд отметил, что

[р]аскрытие ВИЧ статуса человека...заслуживает защиты от неразборчивого разглашения, вследствие природы и негативного социального контекста ассоциированного с болезнью, а также из-за потенциальной нетерпимости и дискриминации, к которой приводит разглашение статуса. Подтверждение четкого права на неприкосновенность частной жизни согласно... Конституции может способствовать тому, что люди будут обращаться за лечением и раскрывать информацию о своем ВИЧ статусе, которая прежде скрывалась из-за страха перед остракизмом и стигматизацией... Следовательно, крайне важно и необходимо, чтобы вся личная и конфиденциальная информация была защищена от

разглашения без согласия лиц, к которым она относится.<sup>2</sup>

Суд далее заявил, что в корне неправильно предполагать, что посторонним разрешено иметь доступ к медицинской информации после того, как она ушла из рук врачей, имеющих доступ к такой информации, и других сотрудников, оказывающих медицинскую помощь. Суд заявил, что это предположение не принимает во внимание желание людей контролировать информацию о себе и сохранять ее конфиденциальность.<sup>3</sup>

Суд постановил, что де Лилль и автор биографии журналистка Смит не предприняли достаточных усилий для того, чтобы получить необходимое согласие, и пришел к заключению, что публикация информации о ВИЧ статусе истиц являлась неправомерным разглашением факта, имеющего личный характер и, что ответчики нарушили право заявителей на неприкосновенность их личной жизни.<sup>4</sup>

В отношении того, что было нарушено достоинство заявителей, суд заявил, что нет ничего позорного в том, что люди живут с ВИЧ/СПИДом. Тем не менее, когда другие люди разглашают детали о ВИЧ статусе инфицированного человека или любую другую

личную информацию без его или ее согласия, это является оскорблением достоинства.<sup>5</sup> Таким образом, суд вынес решение о том, что ответчики оскорбили достоинство и нарушили психологическую целостность заявителей и, что в деле нет фактов, свидетельствующих о том, что разглашение информации было сделано в интересах общества.

Большинство судей посчитало доказанным, что вторжение в личную жизнь заявителей являлось намеренным и, что ответчики были осведомлены, что истцы не давали своего согласия (или, по крайней мере, предвидели возможность того, что согласие не было дано) на разглашение.

Решение, подписанное большинством судей, отмечает, что, будучи активистами, работающими в области ВИЧ/СПИДа, ответчики осознавали, что они действовали неправильно и, что разглашение фактов, относящихся к фактам личной жизни, является нарушением права на неприкосновенность личной жизни заявителей.<sup>6</sup> Суд также поднял сумму возмещения ущерба, которая должна быть заплачена каждой из заявительниц до 35,000 ранд (около \$5,230 США).

Марк Хейвуд, член неправительственной организации AIDS Law Project прокомментировал, что это судебное дело стало первым,

заслушанным в Конституционном суде делом, возбужденным очень бедными людьми, безуспешно пытавшимся защитить свои права на неприкосновенность личной жизни от вторжения со стороны, людей обладающих большим влиянием.<sup>7</sup>

– Лия Утяшева

Предыдущее обсуждение данного дела см. в «Обзоре политики и права в области ВИЧ/СПИДа» 10(2) (2005): 53.

<sup>1</sup> *NM and Others v Smith and Others* (CCT 69/05) [2007] ZACC 6 (4 April 2007). С полным текстом решения суда можно ознакомиться через: [www.saflii.org](http://www.saflii.org).

<sup>2</sup> Там же, параграф 42.

<sup>3</sup> Там же, параграф 43.

<sup>4</sup> Там же, параграф 45.

<sup>5</sup> Там же, параграф 47.

<sup>6</sup> Там же, параграф 63.

<sup>7</sup> Mark Heywood, "Power, AIDS stigma and the law." At [www.alp.org.za/index.php?catid=38](http://www.alp.org.za/index.php?catid=38).

## Уголовное право и ВИЧ/СПИД: два новых дела

### Россия: Мужчина приговорен к трем годам и трем месяцам тюремного заключения за передачу ВИЧ инфекции

1 Июня 2007 г. Белоярский суд Свердловской области в России, приговорил мужчину к трем годам и трем месяцам тюремного заключения за преднамеренную передачу ВИЧ инфекции двум женщинам.<sup>1</sup>

В 2001 у Ч. была выявлена ВИЧ инфекция, и он был предупрежден об уголовной ответственности за передачу ВИЧ. В период с 2002 по 2005 гг. Ч. имел половую связь с двумя женщинами; в последствии тестирование показало, что обе женщины оказались ВИЧ позитивными.

По Российским законам считается уголовным преступлением: (а) заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ инфекцией (наказывается лишением свободы сроком до одного года); и (б) заражение другого лица ВИЧ инфекцией, лицом, знавшим о наличии у него ВИЧ (наказуемо лишением свободы на срок до пяти лет). Заражение другого лица ВИЧ инфекцией в результате ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей также является преступлением

(наказание может включать лишение свободы на срок до пяти лет и лишение занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью). Заражение ВИЧ двух и более лиц или несовершеннолетних наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.<sup>2</sup>

Данная статья Уголовного кодекса содержит примечание, освобождающее от уголовной ответственности за заведомое поставление в опасность и за заражение ВИЧ инфекцией, в случае, когда лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ, было своевременно предупреждено о наличии риска и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения.

Согласно комментариям к Уголовному кодексу<sup>3</sup>, использование презерватива может служить аргументом в защите против обвинения в поставлении в опасность заражения ВИЧ, однако не ясно, использовались ли данные аргументы в ходе судебных разбирательств на практике.<sup>4</sup> В России не прецедентная система права; по имеющейся информации, имело место лишь небольшое число судебных разбирательств, связанных с заражением ВИЧ.

– Лия Утяшева

### Австралия: Суд отклонил ходатайство об апелляции по обвинительному приговору человеку, который утверждает, что ВИЧ инфекции не существует

В январе 2006 г. г-н Парензи был осужден по трем эпизодам поставления в опасность жизни другого человека. Парензи вступил в сексуальный контакт с тремя женщинами, без использования защитных средств, в то же время, он знал, что является ВИЧ позитивным и был предупрежден об опасности передачи инфекции через незащищенный сексуальный контакт.

Обвинение утверждало, что Парензи знал, что его действия подвергают опасности жизнь каждой из женщин и, что он проявил пренебрежительное безразличие к угрозе жизни этих женщин. Одна из этих женщин позже оказалась ВИЧ позитивной. Парензи был осужден на девять лет тюремного заключения.

Парензи подал заявление с просьбой обжаловать приговор в Верховный суд Южной Австралии, утверждая, что ему был вынесен несправедливый приговор, потому, что его юридические представители не имели возможности вызвать в суд важных экспертов.

Парензи утверждал, что новые

свидетельства показывают, (а) что нет доказательств существования ВИЧ инфекции, (б) что если даже такие свидетельства существуют, нет доказательств того, что ВИЧ инфекция может передаваться половым путем; и (с) что нет доказательств о том, что СПИД является результатом ВИЧ инфекции.<sup>5</sup>

24 августа 2007 г. заявление Парензи с просьбой об обжаловании приговора было

отклонено Верховным судом Южной Австралии (Апелляционной секцией по уголовным делам). Судьи решили, что имеющиеся у них материалы, полностью подтверждают вывод о том, что: вирус ВИЧ существует и поддается идентификации; что ВИЧ передается половым путем; и что вирус ВИЧ приводит к СПИДу.<sup>6</sup>

– Лия Утяшева

<sup>1</sup> "За двойное заражение ВИЧ дали три года колонии", *Рамблер Планета*, 3 июня 2007.

<sup>2</sup> *Уголовный кодекс Российской Федерации*, 1996, # 63-ФЗ, статья 122.

<sup>3</sup> Комментарии к законодательству составляются научными экспертами в данной области и используются в качестве справочников.

<sup>4</sup> А.В. Наумов, *Комментарий к Уголовному Кодексу Российской Федерации*, Москва: Юрист, 1997). См. также, *Комментарий к Уголовному Кодексу - Законодательство России*, на веб сайте [www.labex.ru](http://www.labex.ru).

<sup>5</sup> *R v Parenzee* [2007], SASC 143, Supreme Court of South Australia, 27 April 2007.

<sup>6</sup> *R v Parenzee* [2007] SASC 316, Supreme Court of South Australia (Court of Criminal Appeal), 24 August 2007.

## Кратко

### Центральная Азия: Несколько случаев вспышки ВИЧ связаны с переливанием инфицированной крови и неудовлетворительными санитарными условиями в больницах

В июне 2007 г. семнадцать медицинских работников г. Чимкента, Казахстан, были осуждены чимкентским судом за преступную халатность, приведшую к вспышке ВИЧ инфекции среди детей, которым было сделано переливание крови.<sup>1</sup> Медицинские работники получили сроки наказания от нескольких месяцев до 8 лет тюремного заключения.

Однако четверо старших управленцев системы здравоохранения получили

условные наказания, что вызвало возмущение семей, оказавшихся жертвами халатности медицинского персонала.<sup>2</sup> В то же время, медицинские работники г. Чимкента утверждают, что осужденные врачи оказались «козлами отпущения», а источник вспышки так и не был четко установлен.<sup>3</sup>

Изначально обвиняемые утверждали, что дети были заражены через переливание крови от матери ребенку. Матери были протестированы на ВИЧ и оказались ВИЧ отрицательными. Медицинское расследование, проведенное Американским центром по контролю над заболеваниями (CDC), определило, что источником вспышки ВИЧ инфекции в Чимкенте было переливание зараженной крови.<sup>4</sup>

В странах Центральной Азии переливание крови обычно применяется «для укрепления организма

и лечения болезней, не связанных с кровью». По мнению экспертов, эта практика не является необходимой и не имеет медицинских доказательств своей эффективности.<sup>5</sup>

Согласно некоторым сообщениям, причинами вспышки явилось общее неудовлетворительное состояние системы здравоохранения и предоставляемых медицинских услуг и отсутствие необходимых ресурсов. Судебные документы показывают, что в трех детских больницах г. Чимкента существовала практика повторного использования шприцев и катетеров. На судебном заседании, судья также перечислил свидетельства халатности, плохого обращения с пациентами и присвоения средств из фонда здравоохранения.<sup>6</sup>

Вспышка привела к заражению ВИЧ инфекцией 118 детей. С

начала 2006 г. десять из этих детей умерло.<sup>7</sup> После этого случая в Чимкенте, вспышки ВИЧ инфекции произошли и в других странах Центральной Азии, которые также были связаны с переливанием ВИЧ инфицированной крови: в марте 2007 в г. Андижане, Узбекистан, девять человек было заражено ВИЧ; в июле 2007 в г. Ош, Киргизстан, было заражено 22 человека, включая 17 детей.<sup>8</sup>

– Лия Утяшева

### Россия: Суды признали власти виновными в двух случаях передачи ВИЧ инфекции в больницах

В марте 2007 г. Воронежский центральный районный суд вынес решение о взыскании 3,5 миллионов рублей (около 141,000 долларов США) в качестве морального ущерба гражданке Х, зараженной ВИЧ инфекцией в медицинском учреждении в результате халатности медицинских работников.<sup>9</sup>

В 2005 г. гражданка Х получала препараты крови в роддоме Воронежской области. Позже результат тестирования на ВИЧ показал, присутствие в ее крови вируса ВИЧ. Против директора

станции переливания крови было возбуждено уголовное дело и начато расследование, но в последствии дело было закрыто в связи с амнистией, приуроченной к 100-летию юбилею Государственной Думы.

Х также подала в суд на местную станцию переливания крови и областное управление здравоохранения, добиваясь возмещения причиненного морального ущерба. Суд решил дело в пользу истицы и постановил, что прекращение уголовного дела не влияет на гражданское дело и, не освобождает виновных от ответственности, и что станция переливания крови и областное управление здравоохранения должны заплатить за моральный ущерб, причиненный гражданке Х.

В сентябре 2007 г. в другом деле Суд Пушкинского военного гарнизона, присудил четыре миллиона рублей (около 161,000 долларов США) Вячеславу Темникову, военному офицеру, который был заражен в военном госпитале в 2001 г. вирусом ВИЧ и гепатитом С.

Во время хирургической операции Темников потерял много крови, и его жизнь была в опасности. Медицинский персонал провел «прямое» переливание крови, полученной от 10-ти доноров, среди которых были солдаты и офицеры. Впоследствии оказалось, что один из доноров

был ВИЧ инфицированным. В данном деле прокуратура решила не предъявлять уголовного обвинения.<sup>10</sup>

Как показывают приведенные выше случаи, в России люди, инфицированные вирусом ВИЧ в результате халатности медицинских работников, могут получить денежную компенсацию за причиненный ущерб, но уголовное преследование медицинских работников за халатность, приведшую к передаче ВИЧ, является редким.

– Лия Утяшева

<sup>1</sup> "Doctors in Kazakhstan convicted for criminal negligence following HIV outbreak among children who received blood transfusions," *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, June 28, 2007.

<sup>2</sup> "Doctors in Kazakhstan on trial for medical malpractice following HIV outbreak among children who received blood transfusion," *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, March 20, 2007.

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> "Doctors in Kazakhstan convicted..."

<sup>5</sup> "Doctors in Kazakhstan on trial..."

<sup>6</sup> Там же.

<sup>7</sup> "HIV outbreaks linked to blood transfusions discovered in Central Asia since Kazakh doctors were convicted of criminal negligence," *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, September 18, 2007.

<sup>8</sup> Там же.

<sup>9</sup> "Воронежский суд оценил заражение ВИЧ в роддоме в 3,5 миллиона рублей", Интернет портал *Newsland*, 14 марта, 2007.

<sup>10</sup> "Officer infected with HIV won case against Ministry of defence," *Agency of Social Information*, October 8, 2007.

# ИНИЦИАТИВА ЗАКОН И ЗДОРОВЬЕ: СВЯЗЬ МЕЖДУ ВОПРОСАМИ, КАСАЮЩИМИСЯ ВИЧ/СПИДА, И ПРАВАМИ ЧЕЛОВЕКА

Институт «Открытое общество» (OSI) – это частная организация, предоставляющая гранты для реализации программ, направленных на формирование общественной политики, поддерживающей демократическое управление, права человека, и экономические, правовые и социальные реформы. В 2005 г. Программа общественного здравоохранения Института «Открытое общество» начала реализацию проекта «Закон и здоровье» (LANI). Проект LANI поддерживает объединение правовой помощи и адвокации с работой по обеспечению медицинскими услугами на уровне сообществ, а также предоставление помощи в судебных процессах и продвижением реформы законодательства в сфере общественного здоровья. В представленном специальном разделе журнала «Обзор политики и права в области ВИЧ/СПИДа» (*HIV/AIDS Policy & Law Review*) мы представляем вашему вниманию серию статей, рассказывающих о ряде пилотных проектов, проводимых LANI (которые также могут быть поддержаны и другими донорами) с целью объединить вопросы СПИДа и прав человека. Каждая из статей этого раздела написана сотрудниками LANI, консультантами, партнерами или получателями грантов в странах Африки и бывшего Советского Союза. Редактором этого раздела является Джонатан Козн, директор программы LANI.

## Вынесение права и прав человека на повестку дня: введение к статьям в этом специальном разделе

Для Института «Открытое общество», (OSI) объединение правовой адвокации и медицинской

помощи в проекте LANI пришло естественным образом. Многие годы, оказывая финансовую

поддержку проектам по охране здоровья, Институт «Открытое общество» и его партнерские

организации в Африке, Восточной Европе и странах бывшего Советского Союза пришли к глубокому пониманию медицинских нужд социально маргинализованных групп, например, людей потребляющих наркотики, секс работников, цыган, людей, живущих с ВИЧ/СПИДОМ, и людей, получающих паллиативный уход.

Эти группы населения требовали большего, чем просто получения медицинской помощи. Они хотели получить доступ к юридическим услугам, защищающих их от насилия и дискриминации; требовали введения лучших законов, защищающих их права как пациентов; хотели получить больше информации о правах человека, чтобы защитить свои интересы перед полицией, медицинскими учреждениями и другими структурами. Институт «Открытое общество», имеющий большой опыт финансирования проектов по правовой реформе и защите прав человека, идеально подходил для того, чтобы ответить на эти потребности.

Ни в одной из областей эта потребность не была такой острой как, в вопросах, касающихся ВИЧ/СПИДа. Миллионы долларов направлялись на решение проблем СПИДа в бедных странах, но совершенствование законодательства и защита прав человека не входили в программу действий. Финансирование совершенно оправданно направлялось на расширение доступа к антиретровирусной терапии и в меньшей степени на расширение масштабов профилактики, тестирования и предоставления услуг по паллиативному уходу. Однако

люди, живущие ВИЧ/СПИДОМ или затронутые этой проблемой, маргинализованные и стигматизированные группы населения, которые стали таковыми задолго до начала эпидемии СПИДа, хотели получить больше, чем только медицинскую помощь.

Женщины, овдовевшие в результате ВИЧ, искали правовой защиты против лишения наследства, выселения из домов и насилия. Потребители наркотиков хотели иметь возможность пожаловаться, когда полиция отнимала у них их стерильные шприцы или проводила аресты за воротами программы метадоновой терапии. Люди, получающие паллиативный уход, нуждались в помощи, чтобы написать завещание, найти опекунов для своих детей и обратиться за социальной помощью. Для всех этих групп населения получение знаний, касающихся только их здоровья, было недостаточным: они хотели получить также и правовые знания с тем, чтобы защищать свои права, противостоять неправильному обращению и фокусироваться на позитивных сторонах жизни.

Проект LANI был создан в 2005 году, чтобы попытаться удовлетворить некоторых из этих потребностей. Статьи, напечатанные в этом специальном разделе, дают краткую характеристику деятельности проекта LANI.

Сьюзан Маман и ее коллеги из провинции КваЗулу-Наталь Южно-Африканской Республики (ЮАР) описывают уникальный проект, включающий правовое просвещение беременных женщин и направление их на получение пакета

услуг после-тестовой поддержки. Они выдвигают предположение о том, что правовая защита от насилия и дискриминации даст женщинам возможность раскрыть информацию о своем ВИЧ статусе перед интимными партнерами и, тем самым, улучшить исход болезни для этих женщин.

Работа в этом направлении приобретает особое значение в связи с тем, что государства приводят в соответствие работу по ВИЧ-тестированию и консультированию с новыми рекомендациями, предложенными ЮНЭЙДС и ВОЗ. Как описывают Ральф Юргенс и его коллеги, сейчас, как никогда, важно обеспечить, чтобы защита прав человека составляла значительную часть мероприятий по тестированию на ВИЧ, особенно для женщин.

Также в ЮАР, Джоан Мартсон и Тамар Эзер описывают инициативу по сближению структур, предоставляющих правовые услуги и паллиативный уход, для защиты прав безнадежно больных людей. Эта инициатива, охватывающая широкий круг вопросов, начиная с составления завещаний и передачи наследства, до получения доступа к обезболивающим препаратам, демонстрирует, как правовые услуги формируют главный компонент комплексной заботы об умирающих. В связи с тем, что в своем стратегическом плане по борьбе с ВИЧ/СПИДОМ и ИППП на 2007-2011 гг. (AIDS and STI Strategic Plan for 2007-2011) ЮАР однозначно приняла на себя обязательство проводить мероприятия направленные на защиту прав человека, есть надежда, что такие мероприятия вскоре станут частью национальной политики.

Необходимость предоставления правовых услуг, связанных с вопросами ВИЧ, имеет не меньшее значение и в странах бывшего Советского Союза, где распространенное насилие со стороны правоохранительных органов и другие нарушения против людей, употребляющих наркотики, способствуют тому, что движущей силой эпидемии ВИЧ является инъекционное потребление наркотиков. Максим Демченко, украинский юрист, описывает работу по непосредственной правовой защите потребителей наркотиков, которая началась при поддержке Международной программы снижения вреда Института «Открытое общество» (IHRD).

Программы ЛАНІ и IHRD финансируют также проекты предоставления правовых услуг для потребителей наркотиков в Грузии, где парламент недавно принял закон, предлагающий ряд суровых административных санкций при потреблении наркотиков. В стране, где около 65 процентов случаев ВИЧ связаны с инъекционным потреблением наркотиков, этот шаг представляет серьезную угрозу для здоровья населения. Описывая этот законодательный шаг, Нина Кикнадзе и Давид Отиашвили утверждают, что отсутствие у правительства понимания фактически доказанной эффективной наркополитики представляет одну из основных угроз в борьбе с ВИЧ в Грузии.

Реальность такова, что частные фонды не могут полностью удовлетворить потребность в правовых услугах, поэтому инициирование судебного рассмотрения дел-прецедентов

является главной частью стратегии ЛАНІ по предоставлению правовой помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Эрик Ирискулбеков и Айсылгуль Балыбаева описывают знаковый случай в Кыргызстане о возбуждении судебного дела организацией АДИЛЕТ - получателя гранта ЛАНІ - по отстаиванию права на неприкосновенность личной жизни человека с ВИЧ. Человек, у которого был прогрессирующий СПИД, был показан в документальном фильме в то время, когда он находился в больнице, хотя он не давал своего согласия на видеосъемку.

В контексте Южной Африки, Тамар Эзер утверждает, что рассмотрение дел-прецедентов является источником надежды для женщин в Свазиленде, где новая конституция предоставляет четкую гарантию равноправия в стране, где еще очень сильны патриархальные законы, насилие в отношении женщин и где самый высокий в мире уровень инфицированности ВИЧ.

Другая статья этого специального раздела ставит в центр внимания законодательное закрепление проведения мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом, предпринимаемых национальными государствами. По данным Организации Объединенных Наций, как и пять лет назад, всего лишь только одна треть стран во всем мире приняла законодательство по запрещению дискриминации в отношении людей уязвимых перед ВИЧ.

К сожалению, парламенты стран, которые приняли специальные законы, касающиеся ВИЧ, иногда делают это в ущерб

правам человека. Это особенно проявляется в целой волне законодательных инициатив на востоке, западе и юге Африки, где были введены значительно более суровые уголовные наказания за передачу ВИЧ или подвергание опасности передачи ВИЧ и, где введено обязательное тестирование на ВИЧ в определенные стадии жизни. Делме Купидо описывает усилия по достижению консенсуса между группами, занимающимися проблемами ВИЧ/СПИДа, правами человека и правами женщин в Южной Африке, в вопросе необходимости активного преследования и наказания в случае насилия на гендерной почве, в то же время без криминализации передачи ВИЧ.

В Восточной Африке Анн Гатумби обсуждает обычно игнорируемую область законодательства о ВИЧ, касающуюся прав и обязанностей, людей оказывающих уход за больными на дому. Мэри Френсис Лукера описывает воздействие на права человека криминализации проституции в Кении и необходимость реформы законов о проституции, принятых в колониальный период истории страны, с тем, чтобы повысить защищенность секс работников от насилия, дискриминации и маргинализации.

Программе ЛАНІ предстоит сыграть важнейшую роль в защите прав человека в мероприятиях по борьбе с ВИЧ, будь то через объединение программ предоставления правовых услуг с программами борьбы с ВИЧ/СПИДом, через поддержку прецедентных судебных разбирательствах или через

стимулирование реформы законодательства с учетом прав человека. Для нас является большой честью возможность поделиться нашим опытом на

страницах сборника «Обзор политики и права в области ВИЧ/СПИДа» (*HIV/AIDS Policy and Law Review*). Мы приглашаем другие спонсорские организации

присоединиться к направлению силы закона на обуздание эпидемии ВИЧ и СПИДа.

– Джонатан Коэн

## Объединение служб медицинской, психологической и юридической поддержки беременным женщинам в ЮАР

**Может ли объединение таких услуг, как тестирование на ВИЧ и оказание правовой поддержки беременным женщинам помочь этим женщинам раскрыть свой ВИЧ статус перед партнерами? Сьюзан Маман и ее коллеги описывают проект по исследованию результатов оказания после-тестовой поддержки в рамках перинатальной помощи беременным женщинам в ЮАР (SAHAPS), уникальный проект, включающий правовое просвещение и направление женщин на получение пакета услуг после-тестовой поддержки в провинции КваЗулу-Наталь, ЮАР.**

Раскрытие ВИЧ статуса всегда связывалось с целым рядом положительных последствий, включающих устранение беспокойства и депрессии и получение усиленной социальной поддержки. Однако раскрытие ВИЧ статуса может иметь также и отрицательные последствия, заключающиеся в стигме, дискриминации, насилии и прекращении отношений<sup>1</sup> с ВИЧ позитивными людьми. Раскрытие ВИЧ статуса перед партнерами дает возможность парам обсудить вопросы снижения риска и планировать будущее.

Существует много барьеров, препятствующих раскрытию ВИЧ

статуса, которые могут включать страх перед такими негативными последствиями, как насилие и дискриминация. Одним из барьеров может быть также и отсутствие правовой защищенности и доступа к юридическим услугам в случае насилия, угроз применения насилия или других нарушений прав человека.

Систематический обзор литературы по этому вопросу, включая уровни, барьеры и последствия раскрытия ВИЧ статуса, показывает, что женщины, проходящие ВИЧ-тестирование в контексте дородовой помощи, реже всего раскрывают свой ВИЧ статус перед партнерами и чаще

всего страдают от негативных социальных последствий, когда они все-таки это делают.<sup>2</sup> По этой причине считается, что раскрытие ВИЧ статуса является серьезным барьером, препятствующим обращению женщин за услугами по профилактике внутриутробной передачи инфекции от матери ребенку (ПМР).

Несмотря на растущее число свидетельств об эффективности раннего вмешательства с помощью краткого курса лечения препаратом зидовудин<sup>3,4,5</sup> или одноразовой дозы невирапина<sup>6</sup>, которые снижают вероятность передачи ВИЧ инфекции от матери ребенку на 37-50%, предположительно около

235 тысяч детей в ЮАР имеют ВИЧ инфекцию. Национальная стратегия ПМР была принята в ЮАР в 2002 г. и, в настоящее время в этом регионе действует самая крупная программа ПМР, включающая 2525 пунктов (60 % всех медицинских учреждений).<sup>7</sup> Даже при такой инфраструктуре, поддерживающей ПМР, предположительно только 23% процента беременных женщин в ЮАР имеют доступ к услугам по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ (ДКТ)<sup>8</sup>, 55.6% ВИЧ позитивных женщин получают одноразовую дозу невирапина<sup>9</sup>, и только 13% женщин придерживаются правильной практики грудного вскармливания.<sup>10</sup> Вследствие этих причин, уровень передачи ВИЧ от матери ребенку остается довольно высоким (22.4%).<sup>11</sup>

SAHAPS представляет собой исследование результатов экспериментов по оказанию интегрированной поддержки женщинам, отобранным для исследования с помощью метода случайной выборки. Исследование проводится с целью оценки эффективности мер по предоставлению расширенной после-тестовой поддержки, включающей правовую поддержку, как ВИЧ позитивных, так и ВИЧ негативных женщин в г. Дурбан, ЮАР. В рамках этого исследования 1495 женщин будут посещать государственную клинику, обслуживающую один из беднейших районов в Дурбане.

Женщины, отобранные с помощью метода случайной выборки, будут либо получать стандартный пакет услуг ПМР, либо модель ПМР, включающую

расширенную и комплексную после-тестовую поддержку. Клиника в Дурбане начала реализацию программы ПМР в 2001 году, однако низкий уровень обращения за этими услугами все еще остается проблемой.

Исследование SAHAPS должно определить будет ли расширенная комплексная поддержка после определения ВИЧ статуса женщин, способствовать улучшению результатов, заключающихся в более высоком уровне участия в программе ПМР, снижении риска передачи вируса партнеру и улучшении психологического состояния женщин. Мы предполагаем, что повышение коэффициента раскрытия ВИЧ статуса перед партнерами женщин, которые получают расширенную после-тестовую поддержку, поможет добиться этих положительных результатов.

Расширенная поддержка, предоставляемая женщинам в рамках проекта SAHAPS, включает:

- демонстрацию просветительных видеоматериалов на тему охраны здоровья непосредственно перед началом до-тестовой консультации. Эти материалы повышают осведомленность женщин о тех решениях, которые они должны будут принять относительно тестирования на ВИЧ, раскрытия своего ВИЧ статуса и участия в программах ПМР;
- до- и после-тестовые консультации по вопросам ВИЧ, на основе стандартных протоколов проведения консультаций и предложение больших возможностей для

обсуждения с консультантами барьеров, препятствующих раскрытию ВИЧ статуса, и путей снижения риска;

- две дополнительные сессии после-тестового консультирования, которые совпадают с визитами в клинику на 6-й и 10-й неделе после родов для иммунизации младенцев (эти дополнительные после-тестовые консультации будут посвящены правовому просвещению, тестированию партнеров и планированию семьи);
- доступ к постоянно действующим после-тестовым группам поддержки;
- доступ к правовым услугам.

Расширенная после-тестовая поддержка направлена на решение вопросов, касающихся здоровья, психологического состояния и правовых вопросов беременных женщин, связанных с их ВИЧ статусом. Насколько нам известно, это первый случай, когда правовая помощь будет объединена с услугами по консультированию по вопросам ВИЧ в клинике для беременных женщин.

Потребности женщин в правовой поддержке в ЮАР чаще всего связаны с насилием в семье, воспитанием ребенка и доступом к ресурсам. Потребности ВИЧ позитивных беременных женщин в юридической помощи не очень сильно отличаются от потребностей других беременных женщин, хотя их потребности часто обостряются в результате сильно ограниченных ресурсов, а также стигмы и дискриминации в результате инфекции.

Медицинские сестры, участвующие в исследовании, пройдут обучение методам просветительской работы. Во время второго после-тестового консультирования через шесть недель после родов медсестры будут рассказывать женщинам об их основных юридических правах. Женщинам, которым требуется юридическая помощь, предложат прийти на прием в клинику юридической помощи, которую мы откроем при медицинской клинике. Руководить работой этой правовой клиники будет Юридическая клиника кампуса университета КваЗулу-Наталь. В ней будут работать адвокаты, кандидаты в адвокаты и группы студентов-четверокурсников юридического факультета.

Правовой компонент эксперимента будет оцениваться по уровню знаний женщин о своих юридических правах. Оценка знаний будет проводиться перед началом и после интервенции. С целью описания воздействия этих услуг будет проводиться изучение прецедентов, когда женщины получали доступ к правовым услугам.

Исследование SANAPS проводится в то время, когда изменения национальной и международной политики в области ВИЧ-тестирования привели к снижению акцента на консультирование. Консультирование изображается как барьер для обращения за тестированием на ВИЧ.<sup>12, 13</sup>

Главной целью пересмотренной политики ВИЧ-тестирования является увеличение числа людей, которые знают о своем ВИЧ статусе с тем, чтобы охватить

лечением эту группу людей. В то время как увеличение числа людей, охваченных лечением, несомненно, является важной целью общественного здравоохранения, существует опасение, что тестирование без предоставления адекватной поддержки, может привести к отрицательным результатам для людей и, в особенности, для женщин.

Свидетельства об опыте женщин, связанном с тестированием на ВИЧ, показывают, что женщины нуждаются не в снижении количества консультаций и поддержки, а в расширении этих услуг с тем, чтобы минимизировать негативные психологические последствия и максимизировать преимущества услуг по профилактике и лечению ВИЧ. Исследование SANAPS направлено на оценку воздействия расширенной и комплексной после-тестовой поддержки женщин. Включение правовых услуг в общий комплекс поддержки не только поможет проверить опасения о том, что нарушения прав человека являются сдерживающим фактором для раскрытия женщинами своего ВИЧ статуса, но и в более широком смысле покажет связь между правовыми услугами и здоровьем женщин.

– Сьюзанн Маман, Даэндре Мудли,  
Аллисон Гроувс и Элайне Смит

Сьюзанн Маман (maman@email.unc.edu) и Аллисон Гроувс представляют университет Южной Каролины в Чапел Хилл, Институт общественного здравоохранения, отдел, изучающий поведение в отношении здоровья, и

медицинское просвещение, (Department of Health Behavior and Health Education), Даэндре Мудли и Элайне Смит представляют Медицинскую школу Нельсона Р. Манделы, отделение акушерства и гинекологии, исследовательская группа по изучению здоровья женщин и ВИЧ.

<sup>1</sup> World Health Organization, *Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers and Outcomes*, Report No. WC 503.7, 2003.

<sup>2</sup> A. Medley et al, "Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programs," *WHO Bulletin* 82(4) (2003): 299–307.

<sup>3</sup> F. Dabis et al, "6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial," *Lancet* 353(9155) (1993): 786–792.

<sup>4</sup> S.Z Wiktor et al, "Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial," *Lancet* 353(9155) (1999): 781–785.

<sup>5</sup> N. Shaffer et al, "Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial," *Lancet* 353(9155) (1999): 773–780.

<sup>6</sup> L.A. Guay et al. "Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial," *Lancet* 354(9181) (1999): 795–802.

<sup>7</sup> D.J. Jackson et al, "Operational effectiveness and 36 week HIV-free survival in the South African programme to prevent mother-to-child transmission of HIV-1," *AIDS* 21 (2007): 509–516

<sup>8</sup> Department of Health (South Africa), *Annual Report 2004/2005*, 2005.

<sup>9</sup> D.J. Jackson et al.

<sup>10</sup> Там же.

<sup>11</sup> Там же.

<sup>12</sup> P. Van de Pierre, "HIV voluntary counselling and testing in community health services," *Lancet* 356(9224) (2000): 86–87.

<sup>13</sup> U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic*, MMWR Recommendations and Reports 52, 2003, стр. 329–332.

# Повышение доступа к ВИЧ-тестированию и консультированию при соблюдении прав человека

Через два дня после того, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и ЮНЭЙДС опубликовали окончательную версию своего «Руководства по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях» («Руководство»)<sup>1</sup>, программа общественного здравоохранения Института «Открытое общество» обновила версию своего доклада «Повышение доступа к ВИЧ-тестированию и консультированию при соблюдении прав человека».<sup>2</sup> С этого времени, как отмечает Ральф Юргенс, доклад стал служить основой для формулировки и рекомендаций о наращивании объемов ВИЧ-тестирования и консультирования, сформулированных Референтной группой по ВИЧ и правам человека (Reference Group on HIV and Human Rights) ЮНЭЙДС.<sup>3</sup> Кроме того, этот отчет помог проинформировать о готовящихся в настоящее время совместных рекомендациях ВОЗ и Управления ООН по наркотикам и преступности о тестировании на ВИЧ для заключенных и людей, потребляющих наркотики.

Первоначальный вариант отчета Института «Открытое общество» был распространен в декабре 2006 г. Он послужил основой для расширенных комментариев, предоставленных Институтом «Открытое общество» и другими организациями о руководстве ВОЗ и ЮНЭЙДС (опубликованном в ноябре 2006).

Доклад Института «Открытое общество» основан на обзоре литературы и расширенных консультациях с людьми, предоставляющими услуги или формирующими политику для групп населения, уязвимого к ВИЧ в странах Африки к югу от Сахары, Азии, Восточной Европы, Латинской Америки и Северной Америки. Он ставит в центр внимания вопросы, связанные с предложением проводить «рутинное» ВИЧ-тестирование в странах с низким и средним уровнем доходов.

Важной чертой доклада является

тот факт, что, несмотря на то, что большая часть литературы и усилия по формированию политики в отношении ВИЧ-тестирования касаются, в основном, региона Африки к югу от Сахары или стран с высоким уровнем дохода, где происходит «скрытая эпидемия», доклад делает попытку осветить то, как эта дискуссия повлияет на уязвимое население в других частях мира, где эпидемия часто развивается совершенно по другому сценарию.

## Основные выводы

Ниже представлен краткий обзор основных выводов доклада Института «Открытое общество»:

### 1. Без полемики: необходимо расширить масштабы консультирования и тестирования

Доклад начинается с предположения о том, что расширение доступа к

консультированию и ВИЧ-тестированию является настоящей необходимостью, как с точки зрения общественного здравоохранения, так и с позиции соблюдения прав человека.

### 2. Использование только ДКТ не достаточно — должны применяться новые подходы

В дополнение к традиционной модели добровольного консультирования и тестирования (ДКТ) по инициативе клиентов, необходимо начать применение новых подходов в разнообразных пунктах, причем эта работа должна проводиться в более широком масштабе, чем раньше. При этом необходимо не только продолжать эту работу и наращивать ее объем, но и прилагать усилия по усовершенствованию и улучшению ресурсов ДКТ. Сейчас уже все согласились с тем, что проведение только этой работы недостаточно для достижения расширенного

доступа к ВИЧ-тестированию и консультированию.

### **3. Информированное согласие на ВИЧ-тестирование имеет большое значение**

Для практической осуществимости предложения пройти тестирование на ВИЧ всем пациентам, медицинские учреждения могут в некоторых случаях несколько ослабить требование о прохождении до-тестового консультирования.

Как с точки зрения прав человека, так и с точки зрения общественного здравоохранения процедура до-тестового консультирования не является обязательной. Однако и с точки зрения прав человека, и с точки зрения общественного здравоохранения, люди должны иметь возможность задать вопросы и получить полную информацию, которая позволит им дать информированное и действительно добровольное согласие на тестирование, независимо от того, является ли тестирование на ВИЧ рутинным или проводится по инициативе пациента. Эти требования подразумевают также, что люди будут получать после-тестовое консультирование и, что им будет гарантирована конфиденциальность результатов тестирования и факта их добровольного обращения за тестированием на ВИЧ.

### **4. Обсуждение альтернативы при отказе от тестирования: тестирование в режиме «опт-ин» при тестировании по инициативе медицинских работников (РІТС)**

Согласно руководству ВОЗ и ЮНЭЙДС, ВИЧ-тестирование

рекомендуется в качестве стандартной части медицинского обслуживания для всех пациентов, посещающих медицинские учреждения в странах с распространившейся эпидемией, а также при некоторых других обстоятельствах. Инструкции рекомендуют подход «опт-аут» для тестирования и консультирования по инициативе медицинского учреждения (РІТС), который означает, что пациент должен формально заявить о своем отказе от ВИЧ-тестирования, если после получения до-тестовой информации человек не желает подвергаться тестированию.

Доклад Института «Открытое общество» предлагает, что рутинное предложение и рекомендация пройти ВИЧ-тестирование в режиме «опт-ин» (при тестировании «опт-ин» пациент должен после дотестовой консультации формально подтвердить свое согласие на тестирование, в отличие от «опт-аут» когда, в случае нежелания проходить тест, лицо должно формально заявить о своем отказе) также является методом быстрого расширения доступа к тестированию, который может быть таким же эффективным с точки зрения общественного здоровья, и более уважительным к правам человека. Опыт показывает, что там, где имеется соответствующая поддержка подхода «опт-ин» он может быть также успешен, как и подход «опт-аут» в увеличении количества людей, которые проходят ВИЧ-тестирование. Подход «опт-ин» также имеет потенциал оказания положительного воздействия на

доступ к медицинским услугам, лечению и профилактике – такие же результаты, как и при применении подхода «опт-аут».

В конечном итоге, необходимо проводить тщательный мониторинг и оценку любой формы тестирования по инициативе медицинских работников – будь то режим «опт-аут» или «опт-ин» – с тем, чтобы дать гарантию того, чтобы на практике, когда поставщики медицинских услуг предлагают и рекомендуют тестирование, пациенты могли дать информированное и добровольное согласие на тестирование.

### **5. Применение только ДКТ может быть недостаточным, но наращивание объема ДКТ является крайне важным**

В усилиях по увеличению масштабов тестирования, которые в настоящее время направлены на РІТС в формальной обстановке медицинских учреждений, больше внимания должно уделяться улучшению качества и расширению масштабов услуг ДКТ по инициативе клиентов, в частности людей, относящихся к маргинализированным группам.

Увеличение масштабов доступа к ДКТ крайне важно, так как большое количество людей не пользуется формальными медицинскими услугами и, возможно, для них нужны другие пути доступа к ВИЧ-тестированию и консультированию, особенно, если эти люди живут в сельских регионах с низким уровнем обеспечения медицинскими услугами; если они мобильны или принадлежат к уязвимым сообществам людей, которые

сталкиваются со стигмой и дискриминацией в медицинских учреждениях.

## **6. Сочетание наращивания объема ВИЧ-тестирования с расширением масштабов АРВ терапии и подтвержденных опытом мер профилактики**

Доступ к мерам профилактики, эффективность которых подтверждена опытом, и к антиретровирусной терапии (АРВ терапия) остается ограниченным во многих странах и во многих учреждениях, в частности, для населения, составляющего группу риска. Страны должны признать, что тестирование на ВИЧ никогда не является самоцелью, а должно быть связано с наращиванием объема профилактики, лечения и программ поддержки. Усилия по расширению масштабов доступа к тестированию на ВИЧ должны координироваться и объединяться с усиленными попытками расширения доступа к АРВ терапии и к мерам профилактики, эффективность которых подтверждена фактами.

## **7. Переход от риторики о правах человека к реальным действиям по защите прав человека**

Наращивание объема тестирования и консультирования должно идти в ногу с увеличением инвестиций в реальную защиту – на практике, а не только на бумаге – от дискриминации и нарушений, связанных с ВИЧ, особенно женщин, детей подростков, секс работников, мужчин, имеющих половые связи с мужчинами, людей потребляющих наркотики

и заключенных. В настоящее время некоторые страны провели оценку, включили в бюджет и приняли национальные программы, которые должны обеспечивать правовую защиту и защиту прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или затронутых или уязвимых к ВИЧ. Если наращивание объема тестирования на ВИЧ направлено на достижение этой цели, то защита прав людей в связи с проблемой ВИЧ, должна стать еще более приоритетной задачей.

## **8. Сбор необходимых фактов**

Для того чтобы определить позволит ли государствам наращивание объема тестирования на ВИЧ достигнуть цели, заключающейся в обеспечении профилактики и лечения, необходимо собрать больше информации о количестве людей, получающих результаты своего теста на ВИЧ; о числе лиц, раскрывших свой ВИЧ статус; и в конечном итоге, изменивших практику своего сексуального поведения или потребления наркотиков; о доступе к медицинской помощи и лечению, включая АРВ терапию. Необходимо провести еще больше исследований, чтобы собрать дополнительные данные об опыте тестирования на ВИЧ и о людях, которым угрожает опасность неблагоприятного исхода в его результате.

## **9. Потребность в технических и финансовых ресурсах**

Наращивание объема тестирования на ВИЧ и консультирования потребует значительных человеческих и финансовых

ресурсов. В настоящее время эти ресурсы отсутствуют, что создает серьезную опасность того, что страны могут не справиться с работой по расширению масштабов доступа к тестированию на ВИЧ и консультированию. Существует опасность расширения масштабов тестирования без создания благоприятных условий для максимального извлечения преимуществ тестирования и минимизации его потенциальных опасностей. Существует опасность переадресации ресурсов из других важнейших программ, таких как (а) программы расширения доступа к мерам профилактики, основанным на опыте и фактах, или к антиретровирусному лечению и (б) вмешательства, связанных с защитой прав человека.

## **10. Выступить против принудительного и обязательного тестирования**

Практика обязательного и принудительного тестирования на ВИЧ продолжает применяться во многих странах и ситуациях, и является нарушением этических принципов и таких фундаментальных прав человека, как право на дачу согласия, неприкосновенность частной жизни и телесную неприкосновенность человека. Существуют опасения, что если сделать тестирование на ВИЧ более рутинной процедурой - в частности в странах, которые приняли подход всеобщего тестирования всех, если они формально не заявляют об отказе - может на практике привести к увеличению случаев тестирования на ВИЧ без получения согласия. Страны должны пересмотреть

законы, политику и практики с тем, чтобы запретить обязательное тестирование и увеличить доступ к ДКТ, профилактике, медицинской помощи, лечению и поддержке.

## Другие документы на эту тему

Доклад Института «Открытое общество» *«Повышение доступа к ВИЧ-тестированию и консультированию при соблюдении прав человека»* со дня своей публикации в июне этого года стал основой для появления ряда документов и политических заявлений о тестировании на ВИЧ и консультировании.

Одним из этих документов является заявление о наращивании объема тестирования на ВИЧ и консультирования, подготовленное Глобальной Референтной группой ЮНЭЙДС по ВИЧ/СПИДу и правам человека.<sup>4</sup> Это заявление адресовано руководству ВОЗ и ЮНЭЙДС, правительствам, донорам, структурам, предоставляющим медицинские услуги, неправительственным организациям и другим, вовлеченным или заинтересованным организациям, которые поддерживают расширение доступа к тестированию на ВИЧ и консультированию в рамках глобальных усилий для достижения всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению, медицинской помощи и поддержке к 2010 году.

В этом заявлении Референтная группа приветствует инструкции ВОЗ и ЮНЭЙДС и призывает к «скорейшим действиям по наращиванию объема тестирования и консультирования в связи с ВИЧ при полном финансировании и внимании к мерам защиты пациентов, описанным в

руководстве». В таком ключе Референтная группа поднимает несколько проблем и предлагает 21 рекомендацию, призывая ВОЗ, ЮНЭЙДС, правительства, доноров и другие заинтересованные стороны принять скорейшие меры по решению этих проблем.

Референтная группа указывает на то, «что во многих странах продолжают грубые нарушения в ходе проведения тестирования на ВИЧ и консультирования». Она выражает озабоченность тем, что реализация руководства «может привести к дальнейшим нарушениям, а не к повышению гарантий прав человека и улучшению общественного здоровья» до тех пор, пока государства не предпримут

адекватные меры перед началом и во время тестирования и консультирования по инициативе поставщиков медицинских услуг при обеспечении трех необходимых условий, отмеченных [в Руководстве]:

- доступа к профилактике ВИЧ, услугам по медицинскому уходу и поддержке, включая обоснованное ожидание того, что доступ к антиретровирусной терапии станет возможным в ближайшем будущем, как часть национального плана по предоставлению всеобщего доступа к антиретровирусной терапии;
- возможность проведения тестирования и консультирования по инициативе медицинских учреждений в условиях информированного согласия, конфиденциальности и консультирования;
- включение в программу мер по защите людей от стигмы и дискриминации

Кроме того, отчет Института «Открытое общество» помог предоставить данные для технического обзора документа и политического заявления<sup>5</sup> о тестировании на ВИЧ и консультировании заключенных. Эти документы были подготовлены совместно ЮНЭЙДС и ВОЗ в июле 2007 года. Эти две организации признали, что инструкции ВОЗ и ЮНЭЙДС лишь кратко касаются вопросов тестирования на ВИЧ и консультирования для заключенных и, что необходимо провести более детальный анализ этих вопросов с тем, чтобы принять меры по двум основным проблемам:

- во-первых, есть риск, что инструкции ВОЗ и ЮНЭЙДС будут неправильно истолкованы и использованы для оправдания более рутинной формы тестирования на ВИЧ, не обеспечивающей того, что заключенные давали действительно информированное согласие;
- во-вторых, с другой стороны существует риск, что заключенные останутся за рамками программ по наращиванию объема тестирования на ВИЧ и продолжат оставаться за рамками консультирования и расширения доступа к профилактике, лечению, медицинской помощи и поддержке в связи с ВИЧ.

Технический обзор вначале обсуждался на международной консультации по вопросам тестирования на ВИЧ и консультирования для

заклученных, проведенной 26 сентября 2007 г. в г. Варна, Болгария. В ноябре 2007 г. проект политического заявления о тестировании на ВИЧ и консультировании для заключенных должен был быть разослан для ознакомления и комментариев целому ряду экспертов. Ожидается, что подготовка политического заявления по этому вопросу будет завершена в начале 2008 года. Для подготовки политического заявления в области тестирования на ВИЧ и консультирования людей, потребляющих наркотики, будет

использован такой же процесс подготовки документа.

– *Ральф Юргенс, Джонатан Коэн, Франсуа Жирард и Крис Бейрер*

Ральф Юргенс (rjurgens@sympatico.ca) является бывшим исполнительным директором Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу. В настоящее время он является консультантом Института «Открытое общество». Франсуа Жирард является директором Программы общественного здравоохранения института «Открытое общество». Крис Бейрер является профессором Института

Джона Хопкинса, Школа общественного здравоохранения, Блумберг.

<sup>1</sup> ВОЗ и ЮНЭЙДС, *Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях*, 2007. Русский текст доступен по адресу [www.who.int/publications/list/9789241595568/ru/index.html](http://www.who.int/publications/list/9789241595568/ru/index.html).

<sup>2</sup> R. Jürgens, *Increasing Access to HIV Testing and Counseling While Respecting Human Rights — Background Paper*, OSI, August 2007. На [www.soros.org/initiatives/health/articles\\_publications/publications/testing\\_20070907](http://www.soros.org/initiatives/health/articles_publications/publications/testing_20070907)

<sup>3</sup> UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights, *Statement and Recommendations on Scaling Up HIV Testing and Counselling*, 2007. На [http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/20070905\\_rghr\\_statement\\_testing\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/20070905_rghr_statement_testing_en.pdf).

<sup>4</sup> Там же.

<sup>5</sup> UNODC and WHO, *HIV Testing and Counselling for Prisoners — Draft Background Paper*, сентябрь 2007.

## Комплексный уход: паллиативный уход и правовые услуги в Южной Африке

**Паллиативный уход - важная, но редко обсуждаемая часть комплексных мер в связи с ВИЧ и СПИДом - является также и важнейшим пунктом предоставления правовых услуг. Как отмечают Тамар Эзер и Джоан Марстон в своей статье, предоставление правовых услуг пациентам, получающим паллиативный уход, может защитить права человека и облегчить состояние больных.**

Недавно образованный в ЮАР Рекомендательный комитет организаций, предоставляющих паллиативный уход и правовые услуги, продвигает инициативу проведения мероприятий и услуг по защите прав человека и правовых консультаций в хосписах и программах, осуществляющих паллиативный уход. В стране,

где 5.54 миллионов населения являются носителями ВИЧ инфекции (что составляет почти 13% населения), и где уровень инфицированности беременных женщин составляет 30.2 %<sup>1</sup>, предоставление такого комплексного пакета услуг имеет важнейшее значение в решении как вопросов острой необходимости

облегчения физических страданий, так и вопросов, связанных с социальными масштабами эпидемии.

Паллиативный уход направлен на улучшение качества жизни пациентов и семей, столкнувшихся со смертельными заболеваниями. Он помогает облегчить боль и страдания путем предоставления

физической, психологической и духовной помощи.<sup>2</sup> Решение правовых вопросов и проблем, касающихся прав человека, становятся естественной частью этого целостного подхода.

Предоставление правовых услуг людям, получающим паллиативный уход, может не только защитить права этих людей, но также способствовать улучшению их состояния здоровья, благополучия и качества жизни.

Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, часто сталкиваются со сложными правовыми вопросами, связанными с передачей собственности, планированием будущего детей, получением доступа к социальной помощи и борьбой с дискриминацией при устройстве на работу, получением жилья и образования. Дети, пожилые люди, ухаживающие за больными, и семьи, где дети или молодые люди остались за главу семьи, чаще всех сталкиваются с нарушениями своих прав.

Инициатива Рекомендательного комитета направлена на создание необходимого партнерства между структурами, предоставляющими паллиативный уход и правовым сообществом для оказания комплексных услуг, позволяющих облегчать боль и решать важные социальные вопросы. Активное правовое сообщество и растущая сеть приютов для безнадежных больных и организаций,

предоставляющих паллиативный уход, сделали ЮАР идеальным местом для пилотного проекта по предоставлению интегрированных услуг.

Основной офис

Рекомендательного комитета находится в Кейптауне. Он включает 3 рабочие группы, состоящие из профессионалов, предоставляющих правовые услуги и паллиативный уход по всей территории ЮАР. Рабочие группы ставят во главу угла необходимость приобретения материалов для решения вопросов, охватывающих как паллиативный уход, так и правовые дисциплины: интеграция правовых услуг в приюты для безнадежно больных, и адвокация улучшенного доступа к паллиативному уходу (включая обезболивание) в общественном секторе, как основного права человека.

В настоящее время реализуются проекты, включающие: создание руководства по предоставлению комплексных правовых услуг и паллиативного ухода на завершающем этапе жизни; направление студентов юридических клиник в хосписы для защиты прав пациентов; подготовка вспомогательных документов и учебной программы по изучению юридических аргументов и механизмов предоставления паллиативного ухода, как одного из прав человека. Ожидается, что

этот проект послужит моделью объединения медицинского ухода и предоставления правовых услуг и в других сферах и регионах.

– Тамар Эзер и Джоан Мартсон

Тамар Эзер (tezer@sorosny.org), сотрудница программы «Закон и здоровье» Института «Открытое общество» (OSI). Джоан Мартсон, адвокат Ассоциации «Хосписы и ассоциация паллиативного ухода ЮАР» (Hospice and Palliative Care Association of South Africa) ([www.hospicepalliativecaresa.co.za](http://www.hospicepalliativecaresa.co.za)).

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения ЮАР, *Национальный стратегический план в области ВИЧ, СПИДа, туберкулеза и ИППП на 2007-2011 годы. (National Strategic Plan for HIV, AIDS, TB and STIs 2007-2011).*

<sup>2</sup> ВОЗ Определение паллиативной помощи, 2002. (World Health Organization Definition of Palliative Care, 2002). Текст на английском языке: [www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html).

## Бесплатная юридическая помощь работает! Снижение вреда и правовые услуги в Полтаве, Украина

Неспособность потребителей наркотиков защитить свои права делает их легкой мишенью для вымогательств и неправомерных арестов работниками правоохранительных органов, пишет Максим Демченко, юрист из Полтавы. Проект по предоставлению бесплатной юридической помощи, финансируемый программой ЛАН и Международной программой снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество» добился успеха в решении проблемы защиты потребителей наркотиков против обвинений в совершении уголовных преступлений и изменения отношения к ним со стороны некоторых сотрудников правоохранительных органов.

В рамках национального и международного права Украина приняла на себя обязательства уважать права человека людей, живущих с ВИЧ, и лиц, подверженных опасности ВИЧ инфекции в результате потребления запрещенных наркотиков. Для соблюдения этих обязательств необходимо сотрудничество всех государственных органов и, в частности, структур Министерства внутренних дел.

Однако реальность такова, что общепринятой практикой правоохранительных органов стали аресты людей, потребляющих наркотики, конфискация наркотических средств, регистрация в официальных списках и возбуждение уголовных дел против этих людей.

Такое поведение поощряется документами Министерства внутренних дел Украины, которые до сих пор разрешают возбуждение уголовного дела за незаконное приготовление, приобретение или хранение относительно небольших количеств психоактивных веществ для личного потребления (Статья

309 (1)). Большинство лиц, осужденных по этой статье, это люди, страдающие зависимостью от наркотиков и являющиеся жертвами организованной наркопреступности. До тех пор, пока это законодательство не будет отменено или в него не будут внесены поправки, поведение представителей правоохранительных органов в отношении людей, потребляющих наркотики, невозможно будет изменить, что в свою очередь, сделает невозможным снижение их уязвимости к ВИЧ инфекции.

В Украине люди, потребляющие наркотики, не могут защитить свои права на должном уровне. Зная это, чиновники правоохранительных структур применяют уголовные процедуры против них без какого-либо обоснования, что приводит к сильному переполнению тюрем и следственных изоляторов.

Тюрьмы Украины не приспособлены для такого большого количества осужденных, которое в настоящее время там содержится. Большинство заключенных имеют химическую зависимость от

наркотиков и живут ВИЧ/СПИДом. В результате тюремные условия не соответствуют даже существующим санитарно-гигиеническим нормам Украинского законодательства, не говоря уже о международных стандартах прав человека.

В настоящее время сотрудники правоохранительных органов должны регулярно предъявлять отчеты о своей работе, включающие ряд показателей. Одним из таких показателей является количество уголовных дел, возбужденных за преступления, связанные с нелегальным оборотом наркотиков. Это заставляет сотрудников правоохранительных органов возбуждать уголовные дела без серьезных оснований, чтобы избежать штрафов, что противоречит целям, как уголовного права, так и общественного здравоохранения.

В городе Полтава широко распространена практика предъявления потребителям наркотиков (многие из которых являются ВИЧ позитивными) обвинений в совершении

нераскрытых преступлений, даже если они не связаны с наркотиками. Правоохранительные органы намеренно предъявляют фальшивые обвинения, оправдывая свои незаконные действия тем, что потребители наркотиков в любом случае виновны в нарушении какого-то закона.

Принудительные и незаконные методы допроса, включая угрозы применения физического и психологического насилия, а также использование синдрома отмены в качестве формы физического давления, используются для принуждения обвиняемых признаться в совершении преступлений, после чего они подписывают документы, не ознакомившись с их содержанием, и не зная о возможных последствиях своих действий.

Организации гражданского общества смогли добиться значительного снижения числа подобных нарушений путем объединения таких мероприятий, как мониторинг соблюдения прав человека во время расследований, проводимых правоохранительными органами; повышение осведомленности о правах человека среди сотрудников правоохранительных органов и встреч с руководящими чиновниками структур Министерства внутренних дел.

В 2005 году при поддержке Международного фонда Ренессанс (IRF), финансируемого Фондом Сороса, и сотрудничества с правовой фирмой YUREKS, неправительственная организация «Свет и надежда» открыла Центр правовой поддержки в рамках своей программы по снижению вреда в Полтаве. Более 100 потребителей

наркотиков, людей, живущих с ВИЧ или их родственников, получили бесплатную юридическую помощь в той или иной форме.

В результате того, что юристы указали на отсутствие доказательств для возбуждения дела, ряд потребителей наркотиков были признаны невиновными в совершении уголовных преступлений, в которых они обвинялись. Само присутствие сильной и профессиональной правовой организации, работающей в тесном сотрудничестве с потребителями наркотиков, изменило отношение даже некоторых наиболее закоренелых членов Министерства внутренних дел, что помогло предотвратить значительное число нарушений прав человека.

Проект, финансируемый IRF, включает также проведение просветительских семинаров для различных ветвей правоохранительных органов и работников прокуратуры с целью информирования их о методах снижения вреда и антиретровирусном лечении ВИЧ позитивных людей. На семинарах подчеркивается, что сотрудники правоохранительных органов, в первую очередь, являются членами общества, на которых лежит обязанность защищать других граждан.

Наш опыт показал, что интенсивная и постоянная деятельность по повышению осведомленности среди правоохранительных органов является одним из основных путей содействия воспитанию толерантного отношения к потребителям наркотиков и людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Эти

семинары являются настолько важными, что мы проводим их даже, когда у нас нет средств на их проведение. Кроме того, в результате проведения семинаров нам удалось установить конструктивные партнерские отношения с чиновниками высшего ранга городского и регионального отделов Министерства внутренних дел Украины.

Несмотря на достигнутый прогресс, в Полтавском регионе, в частности, в городах Кременчуг, Лубны и Хорол, все еще продолжают нарушения прав человека, которые наблюдались три года назад. Эти нарушения не ограничиваются только сферой уголовного правосудия. Во многих случаях мы наблюдаем отказ в предоставлении высококачественного медицинского обслуживания, несоблюдение медицинскими работниками конфиденциальности о ВИЧ статусе пациентов и отказ принимать в детские сады детей, живущих ВИЧ/СПИДом, или затронутых этой проблемой.

Мы проводим нашу деятельность с 2003 года, и будем продолжать эту работу. За короткое время мы приобрели опыт в защите прав и свобод наших клиентов, улучшили взаимоотношения с местными властями и завоевали положительную репутацию, организации, которая может встать на защиту прав своих маргинализированных граждан.

– Максим Демченко

Максим Демченко (slnadiya@kot.poltava.ua) является исполнительным директором благотворительной организации «Свет и надежда» в Полтаве, Украина.

## Грузия: анти-наркотическое законодательство нарушает права человека

**В то время когда Грузинское правительство должно защищать права человека людей, потребляющих наркотики, Парламент страны принял законодательство, непосредственно направленное на усиление стигматизации потребителей наркотиков, путем введения ряда административных санкций против них, пишут Нина Кикнадзе и Давид Отиашвили.**

В июле 2007 г. в Грузии вступил в силу закон, вводящий ряд административных санкций против людей, потребляющих наркотики, с целью усиления социальной стигмы против потребления наркотиков. Этот закон лишает потребителей наркотиков некоторых прав и привилегий на 3-х летний период. Эти права включают: право управлять транспортным средством; право иметь медицинскую лицензию; право осуществлять адвокатскую практику; право преподавать и участвовать в работе образовательных учреждений; право быть членом государственных или местных административных органов; некоторые избирательные права; и право производить, покупать, хранить и иметь огнестрельное оружие.

За последние десять лет ситуация с потреблением наркотиков и негативными последствиями этого (например, распространение ВИЧ) в Грузии заметно ухудшилась. По результатам опроса общественного мнения, проведенного в 2005 году, население считает потребление наркотиков второй по значимости

проблемой Грузии после проблемы безработицы.<sup>1</sup>

Инъекционное потребление наркотиков представляют одну из самых серьезных угроз здоровью населения страны. 63.9% всех выявленных случаев ВИЧ попадает на долю потребителей инъекционных наркотиков. До сих пор государство не сделало никаких конкретных шагов, чтобы принять адекватные меры для решения этой проблемы. В стране крайне мало вариантов лечения наркотической зависимости, особенно для потребителей наркотиков из низших социальных слоев, которые не могут позволить себе платное лечение. Существующие программы лечения наркотической зависимости устарели, а формы лечения, эффективность которых доказана опытом и фактами, отсутствует.

В 2005 году в Грузии только 603 потребителей наркотиков проходили лечение, хотя потребность в лечении была намного выше. Тысячи людей, потребляющих наркотики, записаны в листы ожидания на получение опиоидной заместительной терапии, являющейся наиболее эффективным доказанным методом

лечения опиатной зависимости.

Такой огромный разрыв происходит из-за того, что в последние годы правительство значительно урезало финансирование лечения наркотической зависимости. Государственное финансирование мер по профилактике, реабилитации, снижению вреда и исследований в этой сфере снизилось с 430,000 лари (US\$275,475) в 1997 до 50,000 лари (US\$32,032) в 2006.

Организации гражданского общества считают, что основными барьерами, препятствующими решению Грузией проблемы наркотиков, является отсутствие понимания и признания на политическом уровне реальных проблем, лежащих в основе и вызванных потреблением наркотиков, а также в слабой заинтересованности ответственных лиц в решении этих проблем, эффективным и доказанным способом. Проверенные и эффективные вмешательства, основанные на фактах и опыте, упорно отвергаются.

Правительство использует упрощенный, но политически удобный запретительный подход,

как основной инструмент решения проблемы наркотиков. Грузинское законодательство квалифицирует любое преступление, связанное с наркотиками, как тяжкое преступление и криминализует само потребление наркотиков. Несмотря на это, суровый уголовный подход не смог эффективно снизить остроту проблемы наркотиков в Грузии (как, впрочем, и в любой другой стране).

В контексте этой провалившейся наркополитики, Генеральный прокурор Грузии ввел дополнительные административные ограничения, описанные выше. Защищая эти ограничения в июле 2007 г. заместитель Генерального прокурора, Ника Гварамия, сказал, что:

[о]сновная слабость предыдущего законодательства состояла в том, что никто не знал, что другие люди потребляют наркотики. Если вы просмотрите архивы административного суда, вы будете удивлены тому, как много знаменитых людей было оштрафованы за потребление наркотиков. Однако эта информация не была известна обществу... Мы не ужесточили наказание для потребителей наркотиков, мы только ввели новые административные ограничения, которые сделают потребление наркотиков позорным, и это ломает «привлекательный образ» потребителя наркотиков. Мы

создаем новый тип стигмы — каждый будет знать о том, что этот человек потребляет наркотики, и он не сможет даже выйти на улицу. После этого люди подумают дважды, стоит ли продолжать потреблять наркотики, и другие не захотят оказаться в подобной ситуации.<sup>2</sup>

Это намеренное введение социальной стигмы против социально маргинализированных групп вызывает серьезную озабоченность. Ограничение прав, придуманное законопроектом Генерального прокурора, вступает в противоречие с обязательствами Грузии в рамках международного права прав человека. Права людей несправедливо ограничиваются потому что эти люди относятся к специфической группе или имеют особые характеристики.

Эти ограничения приведут к наклеиванию ярлыков и дальнейшей изоляции потребителей наркотиков от основного населения, а это вызовет еще большую стигматизацию и дискриминацию. Эти меры создадут серьезные препятствия для реализации социальных программ и программ общественного здравоохранения, включая лечение, снижение вреда, программы профилактики и лечения ВИЧ.

И, наконец, предложенные санкции усложнят доступ профессионалов здравоохранения

к людям, потребляющим наркотики, что означает, что потребители наркотиков потеряют возможность и стимул обращаться за медицинской и социальной помощью. Это в свою очередь усугубит предвзятое отношение к потребителям наркотиков и направит усилия на наказание «нарушителей» вместо того, чтобы предложить понимание и помощь тем, кто в этом нуждается.

– *Нина Кикнадзе и Давид Отиашивили*

Нина Кикнадзе (nkiknadze@osgf.ge) является директором проекта «Закон, СМИ и программа здравоохранения» (Law, Media and Health Program) Института «Открытое общество» в Грузии. Давид Отиашивили является директором Центра исследований по проблемам зависимости (Addiction Research Center) Союза Альтернативная Грузия.

<sup>1</sup> J. Javakhishvili et al, *Drug Situation in Georgia – 2005*. Southern Caucasus Anti-Drug Programme, 2006.

<sup>2</sup> Н. Гварамия, доклад на конференции «Зависимость, реабилитация и система уголовного правосудия», организованной организацией Penal Reform International и Норвежской миссией по верховенству права в Грузии (Norwegian Rule of Law Mission to Georgia), Тбилиси, 6 июля 2007.

# Первый судебный прецедент в Кыргызстане: нарушение врачебной тайны

**Недавно прошедший судебный процесс о нарушении права на неприкосновенность частной жизни человека, живущего с ВИЧ/СПИДом, в Кыргызстане является первым в Центральной Азии, пишут Эрик Ирискулбеков и Асылгуль Балыбаева. Неправительственная организация АДилЕТ, которая представляла этот случай в суде, является одной из немногих неправительственных организаций в Центральной Азии, предоставляющих юридическую помощь в вопросах, относящихся к проблемам ВИЧ и СПИДа.**

После того, как Мирлан (имя изменено) узнал о своем ВИЧ позитивном статусе (в прошлом он употреблял инъекционные наркотики), он обратился за медицинской помощью в Региональный центр профилактики ВИЧ/СПИДа (РЦПС) в г. Жалалабаде, Кыргызстан. Вскоре после этого, осенью 2005 г. репортер регионального телевидения обратился к главному врачу РЦПС, д-ру Айболову (фамилия изменена) и попросил разрешения подготовить видеоролик о работе центра, чтобы выпустить этот видеоматериал в эфир накануне Всемирного дня борьбы со СПИДом.

После того, как д-р Айболов рассказал репортерам о проблемах и достижениях своего учреждения, он предложил репортерам снять на видео ВИЧ позитивных пациентов центра, несмотря на то, что это представляет серьезное нарушение закона о врачебной тайне и профессиональной этики. Д-р Айболов, очевидно, хотел усилить впечатление о работе своего центра в средствах массовой информации и разнообразить репортажи о ВИЧ/СПИДе в стране.

В это период Мирлан был пациентом РЦПС и ожидал перевода в онкологическую больницу по направлению своего специалиста по инфекционным заболеваниям. Д-р Айболов предложил Мирлану встретиться с репортерами, но Мирлан категорически отказался от встречи. Тогда д-р Айболов предложил репортерам снять Мирлана на видео без его согласия. Репортеры отсняли материал, где присутствовал Мирлан, сидящий на скамейке внутреннего дворика РЦПС в ожидании своего врача-инфекциониста. Съемка была сделана из окна кабинета д-ра Айболова, причем сам Айболов в это время раздвинул занавески на окне и придерживал их. В отснятом видеоматериале Мирлан недвусмысленно отождествлялся с пациентом, живущим с ВИЧ/СПИДом.

Региональная станция телевидения выпустила в эфир видеоматериал, где присутствовал Мирлан. Это вызвало незамедлительную враждебную реакцию по отношению к Мирлану со стороны жителей небольшого

провинциального городка, где он жил со своей семьей. Жизнь Мирлана моментально превратилась в одно сплошное мучение. Он не мог показаться на улице без того, чтобы кто-нибудь не поглумился над ним или не оскорбил его. Люди показывали не него пальцем, отказывались обслуживать в магазинах и других заведениях и выгоняли из публичных мест. Друзья и семья Мирлана отвернулись от него. Ему не позволяли видеть своих собственных детей или даже ездить в поселок, где он родился.

Семьи Мирлана и его жены уехали из поселка. Дети Мирлана также подвергались преследованиям и оскорблениям со стороны других детей, которые называли их «разносчиками СПИДа» и преследовали после школы. Жизнь Мирлана и его семьи стала невыносимой. В конечном итоге, он был доведен до такой степени отчаяния, что прекратил принимать лекарства, и пытался покончить с жизнью. Состояние Мирлана быстро ухудшалось.

Очевидно, в результате такой эмоциональной нагрузки мать

Мирлана слегла и вскоре после этого умерла. Было похоже на то, что она физически не смогла вынести такого позора и публичных гонений. Трагедия, связанная со смертью матери заставила Мирлана обратиться за юридической помощью в Общественную правовую клинику (известную как АДИЛЕТ), которая специализируется на защите прав людей, живущих с ВИЧ, и других уязвимых групп населения. Мирлан надеялся защитить свои права и наказать тех, кто были ответственны за все несчастья, которые обрушились на него и его семью. Трагично, что Мирлан не смог увидеть результата судебного процесса, так как он умер в больнице через день после консультации с адвокатом.

После смерти Мирлана его адвокат настоял на возбуждении уголовного дела в отношении преступления, совершенного главным врачом РЦПС. Д-р Айболов обвинялся в необоснованном нарушении врачебной тайны о ВИЧ статусе Мирлана, приведшим к серьезным последствиям.

Последовавший за этим судебный процесс был тяжелым и сложным, в основном, из-за глубокой профессиональной солидарности врачей (было трудно вызывать свидетелей-экспертов), сильного давления со стороны

обвиняемого д-ра Айболова, и угроз, что сотрудники больницы, выступившие с правдивыми свидетельствами, потеряют свою работу.

В нескольких случаях д-р Айболов открыто угрожал физической расправой свидетелям и судебным чиновникам. Адвокат, ведущий дело со стороны потерпевшего получил несколько угрожающих визитов от незнакомых людей, одетых в форму полковников милиции, и от профессиональных бандитов. Эти все трудности усугублялись тем, что семья жертвы не верила в саму систему правосудия, и вследствие этого, не верила в независимое судебное разбирательство и справедливый приговор.

Тем не менее, следственные органы собрали множество убедительных доказательств совершения преступления д-ром Айболовым, которые вынудили его признать свою вину и получить справедливое уголовное наказание. Однако действия репортеров остались безнаказанными, хотя адвокат пострадавшего пытался привлечь репортеров телевидения к такой же степени ответственности. Три раза адвокат пытался возбудить уголовное дело против репортеров телевидения, но каждый раз он получал отказ.

Этот процесс, ставший поворотным пунктом и первым в

своем роде в Центральной Азии, является поучительным во многих смыслах. Во-первых, ВИЧ/СПИД все еще является относительно новой эпидемией в Кыргызстане, это означает, что многие вопросы, включая вопросы права на неприкосновенность частной жизни ВИЧ позитивных людей, остается неизученной областью. Во-вторых, важно рассматривать данный случай не просто, как медицинский случай, а как вопрос, ведущий к социальным, экономическим и даже политическим последствиям, которые, в конечном итоге, имеют далеко идущие последствия по всему Кыргызстану. И, наконец, этот случай стал первым правовым прецедентом, связанным с ВИЧ/СПИДом.

Таким образом, есть надежда, что этот случай станет сигналом для всех организаций и агентств, работающих в области ВИЧ/СПИДа, и приведет к расширению судебной практики, связанной с проблемой ВИЧ в стране и в целом регионе.

– Эрик Ирискулбеков и  
Асылгуль Балыбаева

Эрик Ирискулбеков (erik\_lawyer@mail.ru) является координатором проектов юридической клиники АДИЛЕТ. Асылгуль Балыбаева является юристом этой клиники.

## Свазиленд: Вдовы борются за свои права

**Самая суровая в мире эпидемия СПИДа, разворачивающаяся в Свазиленде, породила целое поколение вдов, которые сталкиваются с сильной дискриминацией и насилием. Однако принятие новой конституции и поддержка программ повышения правовой грамотности женщин дает новую надежду, пишет Тамар Эзер.**

Самый высокий в мире уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди населения в Свазиленде – 42.6 процентов – привел к тому, что продолжительность жизни людей снизилась до 33 лет.<sup>1</sup> Бремя этой эпидемии с особой тяжестью упало на плечи вдов, резко подняв их численность и усилив незащищенность этой категории населения.

Эпидемия СПИДа резко усилила последствия для женщин дискриминационных законов о наследовании, а правовой вакуум и отсутствие политики в этом вопросе лишают вдов необходимой защиты.<sup>2</sup> Лишенные прав и финансово зависимые вдовы еще более уязвимы к болезням, так как отсутствие прав и финансовая зависимость могут вынудить их подчиниться практике наследования жен<sup>3</sup>, полигамии и проституции, для того чтобы выжить.<sup>4</sup>

Обедневшим вдовам тяжелее бороться с болезнью, если кто-либо из членов семьи становится ВИЧ-инфицированным.<sup>5</sup> Как объяснил один журналист, «женщины, потерявшие своих мужей в результате СПИДа, которые и сами бывают ВИЧ-инфицированными, не могут позволить лишиться себя наследства, которое они могли бы использовать чтобы возместить потерю кормильца или потратить на приобретение антиретровирусных препаратов».<sup>6</sup>

Кроме того, женщины, овдовевшие в результате эпидемии СПИДа, особенно беззащитны перед неправомерным поведением родственников. Вдовам приходится мириться с захватом их собственности, выселением из собственного дома, обвинениях в колдовстве<sup>7</sup> и, иногда даже с лишением собственных детей. Женщины в полигамных семьях вынуждены разделить любое даже самое крохотное наследство.

SWAPOL (Позитивная жизнь, Свазиленд) общественная организация, созданная местным сообществом, избрала своей миссией оказание помощи этим женщинам. Организация занимается предоставлением возможностей и повышением качества жизни женщин и детей, затронутых проблемой СПИДа в Свазиленде. Сифиве Хлофе (Siphiwe Hlophe), директор SWAPOL, с проникновением рассказывает о бедственном положении женщин, с которыми она работает, и о необходимости установления справедливости. Она вспоминает одну душераздирающую историю за другой. Одна из вдов, потерявших мужа не согласилась на то, чтобы брат ее мужа «унаследовал» ее. Из-за того, что она оказалась стать его «наследством», брат покойного мужа срубил ветки всех фруктовых деревьев у нее в

саду. Теперь эта женщина живет на земле лишенной древесной растительности.

Другая вдова была обвинена в колдовстве и, ее дом и все имущество было сожжено. Затем родственники угрожали убить ее, и теперь она живет со своими пятью внуками (старшему из которых 9 лет) скрываясь от родственников. SWAPOL оказывает ей финансовую поддержку. Когда женщина обратилась в полицию, полиция ей ответила, что это семейный вопрос и не предприняла никаких мер, чтобы защитить женщину.

Несмотря на это, женщины не принимают позицию пассивных жертв: они борются за то, чтобы их признали и за справедливое решение своих проблем. Они сотрудничают с организацией SWAPOL, помогая документировать нарушения своих прав, и готовятся отстаивать эти права в суде. Настало время для действий. Новая Конституция Свазиленда, являясь первой Конституцией за 30 лет, провозглашает: «Женщины имеют право на равноправие с мужчинами, и это право включает равные возможности в политической, экономической и социальной деятельности».<sup>8</sup>

Представительница организации SWAPOL, Тенгетил Хлофе (Tengetile Hlophe) обучалась в июле 2007 г. в институте

видео-адвокации (WITNESS) – организации, которая обучает защитников прав человека методам использования видео-адвокации в своей работе. Мы надеемся, что видео-адвокация привлечет внимание к «непоказанным доселе образам, нерассказанным историям и редко услышанным голосам, привлечет внимание властных структур, и, в конечном итоге, приведет к долгосрочным переменам».<sup>9</sup> Тенгетил горит желанием применить свои новые навыки и уже выбрала 5 вдов для участия в проекте документирования нарушений прав женщин. Женщины Свазиленда не будут молчать.

– Тамар Эзер

Дополнительная информация об организации SWAPOL размещена на: [www.swapol.net](http://www.swapol.net).

<sup>1</sup> U.S. Department of State, *Background Note: Swaziland*. Available at [www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2841.htm](http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2841.htm); "AIDS scourge in Africa shows urgent need for new women's agency: UN envoy," United Nations News Service, March 17, 2006.

<sup>2</sup> По законам и обычаям Свазиленда, которые управляют большей частью населения, женщины и девочки не могут быть наследниками. Семейное наследство передается только мужчинам независимо от степени родства; R. T. Nhlapo, "The legal situation of women in Swaziland and some thoughts on research," in J. Stewart and A. Armstrong (eds), *The Legal Situation of Women in Southern Africa* (Harare, Zimbabwe: University of Zimbabwe Press, 1990), 97, 124–125; Z. Hlanze and L. Mkhabela, *Beyond Inequalities: Women in Swaziland* (Harare, Zimbabwe: Women and Law in Southern Africa, 1998), 25. Подобная ситуация не является уникальной только для Свазиленда; проблема наследства – это серьезная проблема в Африке для всех стран, расположенных к югу от Сахары. Как написала одна из газет, женщины не имеют права наследовать, а родственники мужей «наживаются на СПИДе. Женщинам не достается ничего, кроме болезни». S. Lafraniere, "AIDS and custom leave African families nothing," *New York Times*, 18 февраля 2005, стр. A1.

<sup>3</sup> В рамках данной практики женщина сама явля-

ется объектом «наследования» родственником ее мужа.

<sup>4</sup> R. S. Strickland, *To Have and To Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, International Center for Research on Women, 2004, p. 5; L. K. Altman, "Female Cases of H.I.V. Found Rising Worldwide," *New York Times*, November 24, 2004, p. A11; L. Garrett, "Polygamy, poverty, and oppression of women are fueling AIDS epidemic in Africa," *Seattle Times*, 10 июля 2000, стр. A3.

<sup>5</sup> R.S. Strickland, стр. 11.

<sup>6</sup> J. Hall, "Swaziland: For women, constitution is a curate's egg," International Press Service, February 22, 2005.

<sup>7</sup> Обвинения в колдовстве не являются редкими в отношении вдов. Этот феномен берет происхождение из упорного заблуждения, что вдова является чужаком со спорной верностью и преданностью. Обвинения в колдовстве подогреваются страхами и непониманием вокруг ВИЧ/СПИДа.

<sup>8</sup> Конституция Свазиленда § 28(1). Конституция прямо заявляет: «переживший супруга другой супруг имеет право на адекватную часть собственности умершего супруга, не зависимо от того существует ли завещание, и от того вступили ли супруги в брак по гражданскому или традиционному обычаю», § 34(1).

<sup>9</sup> Email from Kelly Matheson at WITNESS to Janet Haven at the Open Society Institute Information Program, February 27, 2007.

## Отклик на нарастающий поток призывов в Южной Африке о необходимости криминализации передачи ВИЧ инфекции

Сталкиваясь с постоянной несправедливостью, связанной с передачей ВИЧ инфекции в результате сексуального насилия, женские организации Африки все больше и больше поддерживают законодательные предложения о криминализации преднамеренной передачи ВИЧ инфекции. В данной статье Делме Купидо описывает усилия по достижению консенсуса между женскими организациями и активистами по правам человека, обеспокоенными неблагоприятными последствиями принятия уголовных законов в отношении передачи ВИЧ-инфекции.

На фоне все более частых призывов к применению более сурового наказания за сексуальные

преступления и изнасилования, приводящие к передаче ВИЧ инфекции, а также требований

о криминализации опасного поведения, связанного с ВИЧ, Инициатива «Открытое общество»

в Южной Африке (Open Society Initiative for Southern Africa (OSISA) и южноафриканская Коалиция СПИД и права (AIDS and Rights Alliance of Southern Africa (ARASA) организовали 11 июня 2007 г. консультативную встречу для обсуждения вопросов криминализации преднамеренной передачи ВИЧ инфекции. На встрече присутствовали представители различных организаций гражданского общества, включая людей, живущих с ВИЧ-инфекцией и активистов правовых и религиозных организаций, занимающихся проблемой ВИЧ из целого ряда стран Сообщества развития Южной Африки (Southern African Development Community (SADC)).

Защитники прав женщин активно доказывали, что в Южной Африке замужество усиливает уязвимость женщин к ВИЧ-инфекции и выразили озабоченность тем, что опасное поведение, относящееся к ВИЧ, связано с зависимым положением женщин в браке и в других взаимоотношениях. Они считали, что законы, криминализующие рискованное поведение, связанное с передачей ВИЧ, будут способствовать снижению уязвимости женщин.

Правозащитники и люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), с другой стороны, настаивали на том, что принятие специального закона,

относящегося к ВИЧ, является нежелательным и, что в нем нет необходимости. В конечном итоге участники встречи пришли к согласию по четырем общим положениям:

- **Заявление первое:** Женщины более уязвимы к ВИЧ инфекции в результате различных экономических и политических факторов. Необходимо предпринять шаги по решению этих вопросов.
- **Заявление второе:** Жертвы гендерного насилия и лица, заразившиеся ВИЧ-инфекцией, не давая согласия на небезопасный секс, имеют законное право требовать правосудия, но основная проблема, которую необходимо решить, это отсутствие доступа к правосудию и отсутствие законов, чутких к положению женщин.
- **Заявление третье:** В контексте опасного поведения, связанного с передачей ВИЧ-инфекции, уголовное право должно применяться для защиты прав уязвимых групп людей только в тех случаях, когда опасное (в смысле передачи ВИЧ) поведение является преднамеренным. Там, где существуют адекватные уголовное законодательство, его необходимо применять

(а не создавать новый состав преступления).

- **Заявление четвертое:** Криминализация [преднамеренной передачи] ВИЧ/СПИДа и привлечение к ответственности только тех, кто знает о своем статусе, является неприемлемым. Нельзя игнорировать роль правительств, системы здравоохранения, политики и образования в снижении опасного поведения, связанного с передачей ВИЧ-инфекции.

Эти четыре заявления являются важным шагом вперед в достижении регионального консенсуса в этом, вызывающем споры вопросе о политике и законе в отношении СПИДа. Крайне важно, чтобы многообразный профиль гражданского общества продолжал быть источником информации для национальных, региональных и международных дискуссий о вопросах криминализации передачи ВИЧ инфекции и опасного поведения.

– Делме Купидо

Делме Купидо (DelmeC@osisa.org) сотрудник программы по ВИЧ/СПИДу и координатором Инициативы «Закон и здоровье» Института «Открытое общество» в Южной Африке (OSISA)

## Уход на дому: кто за это отвечает?

**Предоставление услуг по уходу на дому является важным элементом среди мер, принимаемых на национальном уровне в ответ на распространение ВИЧ и СПИДа. Однако государства часто перекладывают ответственность за оказание этих услуг на плечи местных общественных и религиозных организаций. В данной статье Анн Гатумби доказывает, что государство должно четко расписать права и обязанности тех, кто оказывает эти виды помощи, в национальных законах и в политике в отношении ВИЧ/СПИДа.**

В 2000 году Хаге (Хага), 63 летней женщине, поставили диагноз СПИД после того, как она слегла в результате оппортунистических инфекций. Из-за ее преклонного возраста ни ее семья, ни врачи не подозревали, что она могла быть ВИЧ-позитивной, пока у нее полностью не проявились все симптомы этого заболевания. После того как лечащие врачи поставили Хаге диагноз, они посоветовали ее семье забрать женщину домой, так как лечение в больнице будет стоить очень дорого.

Одна из ее дочерей забрала Хагу к себе домой, чтобы ухаживать за ней и предоставлять необходимую помощь. Благодаря помощи медсестры, которая посещала больную каждую неделю, чтобы наблюдать за ее состоянием, организм Хаги позитивно реагировал на лекарства, которые она принимала. Состояние Хаги улучшилось и, она начала быстро поправляться. Сейчас она вернулась к себе домой и живет полной жизнью, посещая врача каждый месяц для получения антиретровирусного лечения.

Такая ситуация не уникальна только для семьи Хаги. Сейчас уже все понимают, что помощь и уход на дому являются наиболее целесообразным

альтернативным вариантом лечения людей, живущих с ВИЧ, в больнице. Высокий уровень ВИЧ инфицированности в странах Африки к югу от Сахары продолжает давить на слабую систему здравоохранения, приводя к жестким ограничениям и огромному дефициту ресурсов. Бедность и обветшалость больниц и медицинских пунктов, недостаток медикаментов, переполненность и нехватка медперсонала являются самыми серьезными проблемами, характеризующими государственные медицинские учреждения.

Рост числа ВИЧ позитивных людей, требующих ухода, включая большое количество самих медицинских работников, будет еще и дальше ослаблять систему здравоохранения. В данном контексте помощь и уход на дому становится целесообразным вариантом облегчения нагрузки, падающей на медицинские учреждения. Кроме экономической эффективности лечение на дому позволяет использовать интегрированный подход, сочетающий клиническую помощь и уход за больными с психологической поддержкой.

Лечение и уход на дому позволяет создать сеть социальной

поддержки, состоящую из семьи, родственников и друзей инфицированных, и в то же время предоставляет пациентам регулярный доступ к лекарствам и медицинским работникам. Дополнительным преимуществом лечения на дому является то, что ухаживающие за больными люди узнают больше информации о ВИЧ-инфекции и путях ее профилактики.

Растет количество организаций, которые приняли модель предоставления услуг для поддержки людей, живущих с ВИЧ, на дому. Согласно представителям организации «CARE International» в одном из регионов Кении с наиболее высоким уровнем СПИДа, «сотрудники CARE убеждены в том, что это наиболее оптимальный вариант. Пациенты не только получают хороший медицинский уход и другую поддержку, но и экономическая эффективность такого ухода делает его более доступным для наиболее обедневших групп населения, несущих основное бремя эпидемии».<sup>1</sup>

Правительства также приняли эту модель и сформулировали программные документы, поддерживающие данную концепцию, как способ ослабления

нагрузки на переполненные медицинские учреждения. Некоторые правительства продвинулись еще дальше по этому пути, выделив ресурсы на развитие инструкций и рекомендаций по обучению людей, ухаживающих за больными в местных сообществах. Однако большей частью это неправительственные организации (НПО), религиозные организации (РО) и общественные организации местных сообществ (ОМС), кто взял на себя обучение людей, оказывающих уход на дому, и в некоторых случаях оказывает этим людям материальную или финансовую помощь.

К сожалению, государства сильно рассчитывают на то, что НПО, РО и ОМС удовлетворят потребность в предоставлении помощи на дому, не предложив четкой формулировки прав и обязанностей лиц, предоставляющих эти услуги. Ярким примером одного из пробелов в модели предоставления ухода на дому является неспособность государств четко определить, как люди оказывающие поддержку на дому, могут приобрести материалы, необходимые для ухода за больными. Ухаживающим предоставили самим доставать, а часто и тратить свои скудные накопления на такие необходимые материалы, как пластиковые мешки, вата, лезвия, ножницы, пластиковые контейнеры, дезинфицирующие материалы, чистые салфетки, мыло, полотенца, бинты и чистую воду.

Правительства также умалчивают о том, кто отвечает за удовлетворение нужд людей, живущих с ВИЧ, возложив эту

ответственность на милосердных людей и благотворительные организации. В ситуации, когда уход на дому базируется на добровольной помощи ухаживающих людей, нереально ожидать от них, что в условиях крайней бедности они возложат на себя дополнительную обязанность по снабжению больных продуктами питания.

Даже страны, которые приняли политику и создали законодательные рамки для решения вопросов, касающихся ВИЧ/СПИДа, например, Кения, не смогли четко сформулировать в своем национальном законодательстве права и обязанности ухаживающих за больными людьми. Параграф 2 недавно принятого *Закона о профилактике и лечении ВИЧ/СПИДа (HIV/AIDS Prevention and Control Act)* 2000 г. подробно определяет различные категории медицинского персонала и медицинских услуг в контексте ВИЧ, но абсолютно не упоминает о людях, предоставляющих уход, как об основном стержне предоставления медицинской помощи. В самом деле, в законе нет ни одного упоминания об уходе на дому.

Параграф 19 закона говорит также о доступе к медицинским услугам и подтверждает принцип недискриминационного доступа к медицинским услугам на основе ВИЧ статуса. Подраздел 19 (2) закона призывает правительства предпринять шаги по обеспечению основных медицинских услуг, включая доступные лекарства для лиц, живущих с ВИЧ или подверженных риску ВИЧ инфицирования.

Здесь также проявляется неспособность государства признать или предоставить поддержку модели предоставления услуг по уходу на дому. Тот факт, что люди, оказывающие уход на дому, формально не включены в категорию «предоставляющих услуги» говорит о том, что им могут быть недоступны препараты для пост-контактной профилактики ВИЧ. Нет необходимости упоминать о том, что нужды женщин, основная масса которых ухаживает за своими инфицированными партнерами, дети и члены больших семей, не нашли упоминания в этом законе.

Отсутствие в национальном законодательстве о ВИЧ/СПИДе пункта о предоставлении ухода на дому не только свидетельствует о неспособности государства признать тот факт, что основная масса больных в настоящее время поддерживается именно системой ухода на дому, но и противоречит установленным рекомендациям об уходе на дому и принижает значение этой модели в лечении ВИЧ/СПИДа. Это случай, когда дающий дает одной рукой и отнимает другой рукой. Правительства должны срочно понять, что независимо от того, предоставляется ли помощь в больничных или в домашних условиях, уход за больными требует предоставления необходимых трудов и создание системы защиты работников.

Уход на дому является сложным предприятием, которое не должно рассматриваться, как «быстрое решение» для облегчения нагрузки в результате возрастающего количества людей, живущих с ВИЧ. Более того, помощь и уход

на дому не должен становиться возможностью для государства, отказаться от обязанности по обеспечению своего населения первичной медицинской помощью.

Чтобы придать большее значение существующей политике по предоставлению ухода на дому, государства должны инвестировать в разнообразные модели предоставления ухода на дому, проводить исследования для определения наиболее эффективных

моделей и взять на себя обязательство по повсеместному распространению наиболее оптимальных моделей. Развитие устойчивых и экономически эффективных моделей оказания ухода на дому, в конечном итоге, облегчит нагрузку людей, осуществляющих уход, и позволит им выполнять свою работу с минимальными трудностями.

– *Анн Гатумби*

Анн Гатумби (agathumbi@osica.org) является сотрудником программы инициатива «Закон и здоровье» института «Открытое общество» в Южной Африке.

<sup>1</sup> Интервью с сотрудниками «CARE International», Кисуму, август 2007.

## Документирование нарушений прав человека в отношении секс-работников в Кении

**Известные организации по правам человека, такие как Федерация женщин юристов (Federation of Women Lawyers (FIDA)), выражают растущую озабоченность в связи нарушениями прав человека в отношении секс-работников. Как пишет Мэри Франсис Лукера, представитель FIDA-Кения, документирование нарушений прав человека в отношении секс-работников имеет важнейшее значение в борьбе с распространением эпидемии СПИДА в Кении.**

Криминализация секс услуг в Кении не привела к искоренению секс-работы и даже не снизила количество людей, вовлеченных в эту индустрию. Кенийская правовая база в отношении секс-работников является наследством, оставшимся со времен колониального правительства. В лучшем случае она является неясной, а в худшем служит инструментом, который во многом способствует применению насилия в отношении секс-работников.

По кенийским законам проституция и получение дохода путем проституции является преступлением.<sup>1</sup> Активно криминализуя секс-работников, законодательство повышает их уязвимость перед насилием и эксплуатацией, вынуждая секс-работников уходить еще глубже в подполье, и тем самым, закрывает для них доступ к медицинским и правовым услугам и усиливает стигму. Это особенно настораживает на

волне распространения эпидемии ВИЧ и СПИДа, которая может еще быстрее распространиться через секс-услуги, если законы и политика не признают, что в стране существуют как секс-работники, так и их клиенты и, пока не будут приняты позитивные меры.

В ответ на эту ситуацию FIDA-Кения, неправительственная организация, работающая в направлении создания справедливого общества свободного от всех видов

дискриминации против женщин, проводит исследование правовой ситуации и политики в отношении секс-работы и форм нарушения прав секс-работников в Кении. Проводя эту работу, FIDA- Кения надеется высветить положение секс-работников как особенно уязвимой группы в контексте эпидемии ВИЧ в Кении. Это исследование предоставит из первых рук необходимую информацию о ситуации в области прав человека секс-работников с тем, чтобы от имени секс-работников довести эту информацию до сведения и принять необходимые меры по решению проблемы нарушения прав этой группы людей.

Проведенное на данный момент исследование выявляет следующее: секс-работники испытывают различные уровни насилия, попадая в руки полиции и другие секторы правоохранительной системы; они боятся быть арестованными и считают, что их жалобы на неправомерные действия полиции не будут восприняты серьезно.

Секс-работники подвергаются нарушениям прав человека со стороны органов, призванных их защищать. Риск насилия со стороны клиентов так же является довольно высоким. Кроме того, секс-работники могут подвергаться оскорблениям со стороны своих интимных партнеров, представителей общего населения и сутенеров. Секс-работники чувствуют, что все считают их аморальными и заслуживающими наказания.

Криминализация секс работы кенийскими законами способствует созданию обстановки, когда насилие против секс-работников

является приемлемым, и секс-работники становятся еще более уязвимыми. Вследствие этого, многие секс-работники считают насилие «нормальной» частью своей работы и не знают своих прав. Отсутствие информации о своих правах приводит к тому, что секс-работники не сообщают о нарушениях прав человека. Даже когда они жалуются на такие нарушения, их заявления часто игнорируются. Лица, нарушающие права секс-работников, очень редко привлекаются к судебной ответственности или даже просто к ответственности. Все это говорит о срочной необходимости прекращения безнаказанности нарушителей и признания и защиты прав секс-работников в Кении.

Нельзя недооценивать пагубные последствия применения насилия в отношении секс работников для их здоровья. Секс-работа связана с высоким уровнем стигмы. Секс-работники часто становятся предметом осуждения, оскорбления, неодобрения и дискриминационного отношения. Насилие имеет прямое и косвенное отношение к возможности секс-работников защитить себя от ВИЧ и сохранить сексуальное здоровье. Секс-работникам трудно договориться с сексуальными партнерами и клиентами о применении методов безопасного секса в контексте физического и сексуального насилия (и угрозы применения насилия).

Данная ситуация не является уникальной только для работников коммерческого секса Кении. В последнем исследовании, проведенном среди вьетнамских секс-работников в Камбодже, 30 процентов респондентов

ответили, что их клиенты, не желавшие применять презерватив, принуждали их к незащищенному сексу. Мы надеемся, что исследование, проведенное FIDA, добавит критическую массу к знаниям о здоровье и правах секс-работников.

– Мэри Фрэнсис Лукера

Мэри Франсис Лукера (maryfrances@fidakenya.org) работает с организацией FIDA в Кении, являющейся получателем гранта совместного проекта LANI и Института «Открытое общество» по сексуальному здоровью и правам (SHARP). Данная статья взята из исследования, которым руководила Кэтрин Мумма для FIDA. В исследовании использовались следующие документы:

N. Fick, *Coping with Stigma, Discrimination and Violence: Sex Workers Talk About Their Experiences*, Sex Worker Education and Advocacy Taskforce (SWEAT), Cape Town, South Africa, 2006.

J. Dorf, *Sex Worker Health and Rights: Where is the Funding?*, OSI Sexual Health and Rights Project (SHARP), 2006.

World Health Organization, *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections – Violence Against Sex Workers and HIV Prevention*, Information Bulletin Series, No. 3, 2005.

<sup>1</sup> Законы Кении, Уголовный кодекс, глава 63.