



Генеральная Ассамблея

Distr.: General
6 August 2010

Russian
Original: English

Шестидесят пятая сессия

Пункт 69 b) предварительной повестки дня*

Поощрение и защита прав человека: вопросы прав человека, включая альтернативные подходы в деле содействия эффективному осуществлению прав человека и основных свобод

Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Записка Генерального секретаря

Генеральный секретарь имеет честь препроводить членам Генеральной Ассамблеи доклад, представленный Специальным докладчиком по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья Анандом Гровером в соответствии с резолюцией 6/29 Совета по правам человека.

* A/65/150



Доклад Специального докладчика по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья

Резюме

Нынешняя международная система контроля над наркотиками направлена в основном на создание мира "без наркотиков" почти исключительно за счет использования политики по обеспечению соблюдения законов и уголовных наказаний. Однако появляется все больше свидетельств того, что этот подход потерпел неудачу, главным образом из-за того, что в нем не признаются реалии употребления наркотиков и зависимости от них. Хотя наркотики могут оказывать пагубное воздействие на жизнь отдельных людей и на общество, этот носящий чрезмерно карательный характер режим не достиг своих заявленных целей в области здравоохранения и привел к неисчислимым нарушениям прав человека.

Потребители наркотиков могут опасаться обращаться за услугами из-за угрозы уголовного наказания или могут быть совсем лишены доступа к медицинской помощи. Криминализация и чрезмерные методы обеспечения соблюдения законов также подрывают инициативы по укреплению здоровья, увековечивают стигматизацию и увеличивают риски для здоровья, которым могут подвергаться целые группы населения – не только потребители наркотиков. Некоторые страны заключают потребителей наркотиков в тюрьму, подвергают их принудительному лечению или делают и то и другое. Нынешний международный режим контроля над наркотиками также неоправданно ограничивает доступ к основным лекарственным средствам, что мешает осуществлению права на здоровье.

Основной целью международного режима контроля над наркотиками, как указано в преамбуле Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года, является "здоровье и благополучие человечества", однако нынешний подход к контролю над употреблением и хранением наркотиков противоречит этой цели. Широкое применение мер, снижающих связанный с употреблением наркотиков вред, – инициатив по снижению вреда – и декриминализация некоторых законов, относящихся к контролю над наркотиками, явно улучшили бы здоровье и благополучие потребителей наркотиков и населения в целом. Кроме того, организациям системы Организации Объединенных Наций и государствам-членам следует принять основанный на праве на здоровье подход к контролю над наркотиками, поощрять общесистемную слаженность и коммуникацию, предусмотреть использование показателей и руководящих положений, а также рассмотреть вопрос о разработке новых правовых рамок в отношении некоторых запрещенных наркотиков, с тем чтобы обеспечить уважение, защиту и соблюдение прав потребителей наркотиков.

Содержание

	<i>Стр.</i>
I. Введение	4
II. Право на здоровье и международный контроль над наркотиками	5
III. Влияние контроля над наркотиками на осуществление права на здоровье	8
A. Сдерживание доступа к услугам и лечению	9
B. Дискриминация и стигматизация	10
C. Повышенный риск при употреблении наркотиков	11
D. Несоразмерное воздействие на уязвимые и маргинализированные группы населения ..	12
IV. Принудительное лечение от наркотической зависимости и нарушения права на здоровье....	12
V. Доступ к контролируемым лекарственным средствам	15
VI. Основанный на концепции прав человека подход к контролю над наркотиками	18
A. Снижение вреда и доказательное лечение	18
B. Декриминализация и депенализация	23
C. Использование основанных на концепции прав человека показателей и руководящих положений.....	25
D. Альтернативные нормативные основы контроля над наркотиками	26
VII. Рекомендации.....	27

I. Введение

1. В своей резолюции 6/29 (A/63/53), глава I, пункт 1 е) резолюции 6/29 Совет по правам человека просил Специального докладчика представить Генеральной Ассамблее промежуточный доклад. В своей резолюции 12/24 (A/HRC/12/50 и Согл. 1, глава I, пункт 8 резолюции 12/24) Совет также призвал Специального докладчика продолжать работу по анализу, в рамках своего мандата, правозащитных аспектов вопроса о доступе к лекарствам. Настоящий доклад представляется в соответствии с этими просьбами.

2. После своего последнего доклада Генеральной Ассамблее (A/64/272) Специальный докладчик предпринял ряд шагов в целях дальнейшего развития мандата и повышения осведомленности о праве на здоровье во всем мире. Помимо проведения страновых миссий в Австралию в ноябре 2009 года и Гватемалу в мае 2010 года, Специальный докладчик участвовал в ряде консультаций и конференций по вопросу о праве на здоровье, включая консультацию для парламентариев по вопросу об охране материнства в Азиатско-Тихоокеанском регионе в Бали; консультацию для представителей гражданского общества по вопросу о трудящихся-мигрантах и здравоохранении, организованную Программой по координации исследований по СПИДу и мобильности (CARAM) в Азии в Куала-Лумпуре; форум НПО "Глобальные партнеры в действии" для обзора Международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР-15) в Берлине; а также XVIII Международную конференцию по СПИДу, состоявшуюся в Вене в июле 2010 года.

3. Специальный докладчик провел также программные презентации в Нью-Йоркском и Колумбийском университетах; на совещании заинтересованных сторон в рамках Инициативы по развитию прав человека в Йоханнесбурге; Международной конференции по вопросам осуществления прав на здоровье и развитие для всех во Вьетнаме; Встрече на высшем уровне по вопросу о раке шейки матки в Европейском парламенте в Брюсселе; Конференции по вопросам судеустройства и права на здоровье, состоявшейся в Принстонском университете; и обеде по случаю вручения ежегодных премий организации "Хелс энд хьюман райтс интернэшнл" в Нью-Йорке. Специальный докладчик прочитал также лекции в рамках курса по возможности рассмотрения в судебном порядке споров по экономическим, социальным и культурным правам в Институте прав человека при университете Академии Або, Турку/Або, Финляндия.

4. В марте 2009 года в Гватемале Специальный докладчик провел консультацию для представителей гражданского общества, на которую собрались организации гражданского общества из всей Центральной Америки. Эта консультация предоставила отличную возможность для получения информации, которая оказалась необходимой для завершения страновой миссии в Гватемале в мае 2009 года. Специальный докладчик также присутствовал на консультации в Афганистане, на которой особое внимание уделялось вопросам здоровья матери и ребенка, по приглашению организации "Спасите детей".

5. В настоящем докладе Специального докладчика рассматриваются меры воздействия на спрос, связанные с контролем над наркотиками, – в первую очередь относящиеся к употреблению и хранению наркотиков, – и различные виды их воздействия на осуществление права на здоровье. В нем обсуждается необходимость усиления внимания, уделяемого правам человека в рамках контроля над

наркотиками, вместо использования излишне карательных подходов, которые приводят к более значительному вреду для здоровья, чем тот, который они призваны предотвратить.

6. Специальный докладчик рекомендует учитывать вопросы прав человека при осуществлении международных мер в рамках контроля над наркотиками посредством использования руководящих положений и показателей, относящихся к употреблению и хранению наркотиков, и рассмотреть вопрос о создании альтернативной нормативной основы по наркотикам. Кроме того, государствам-членам следует обеспечить доступность мер по снижению вреда и услуг по лечению от наркотической зависимости для потребителей наркотиков, особенно для заключенных. Им следует также изменить национальные законы, с тем чтобы декриминализовать или депенализировать хранение и употребление наркотиков, и расширить доступ к контролируемым основным лекарственным средствам.

II. Право на здоровье и международный контроль над наркотиками

7. Осуществление права на здоровье всех потребителей наркотиков и наркозависимых лиц не зависит от того факта, что они употребляют наркотики. Важно не объединять употребление наркотиков и наркозависимость: наркозависимость считается хроническим, рецидивирующим расстройством¹, связанным с измененной функцией мозга², что может потребовать терапевтического лечения, в идеальном случае с применением "биопсихосоциального" подхода³. Напротив, употребление наркотиков не является заболеванием и необязательно предполагает зависимость. Действительно, у большинства потребителей наркотиков зависимость не возникает, и они не нуждаются в каком-либо лечении.

8. Право на здоровье призвано, в частности, обеспечить доступ к высококачественным учреждениям, товарам и услугам здравоохранения без дискриминации, в том числе по признаку физических или психических недостатков либо состояния здоровья⁴. Пункт 2 статьи 2 и статья 3 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах также запрещают дискриминацию в достижении осуществления всех предусмотренных в Пакте прав. По существу, употребление наркотиков тем или иным человеком не может служить основанием для ограничения его/ее прав⁵, независимо от наличия у него/нее признанного синдрома зависимости или от того, допускает ли применимый режим контроля над наркотиками лишение свободы или другие санкции. Потребители наркотиков и наркозависимые лица обладают теми же свободами и правами, гарантируемыми международно-правовыми документами, и обе группы сталкиваются с нарушениями их прав в условиях нынешнего международного режима контроля над наркотиками.

¹ См. *Official Records of the Economic and Social Council, 2010, Supplement No. 8 (E/2010/28)*, p. 47.

² World Health Organization, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence* (Geneva, 2004), pp. 13 and 22.

³ United Nations Office on Drugs and Crime and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Geneva, 2008), p. 1.

⁴ Замечание общего порядка № 14 (2000) Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (E/C.12/2000/4), пункты 18–19.

⁵ Nevanathem Pillay, United Nations High Commissioner for Human Rights, "High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy" (10 March 2009). Доступен по адресу www2.ohchr.org.

9. Основную нормативно-правовую базу международного режима контроля над наркотиками Организации Объединенных Наций составляют три договора: а) Единая конвенция о наркотических средствах (1961 год) с поправками, внесенными Протоколом 1972 года, которая объединила существовавшие ранее международные соглашения и поставила под международный контроль такие растения, как конопля, кока и опиный мак; б) Конвенция о психотропных веществах (1971 год), которая ввела тот же режим для синтетических веществ и химических веществ-прекурсоров, используемых при производстве наркотиков; и с) Конвенция Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ (1988 год), которая увеличила объем и интенсивность международного контроля над торговлей наркотиками и привлекла внимание к связи между торговлей наркотиками и организованной преступностью⁶. Эти договоры в настоящее время ставят под международный контроль сотни запрещенных веществ⁷, криминализируя практически каждый аспект несанкционированного производства и распространения этих веществ, хотя допускается их производство, распространение и хранение в медицинских и/или научных целях⁸. Договоры ратифицированы более чем 181 государством и определяют разработку политики в отношении наркотиков во всем мире.

10. Соблюдение трех договоров о контроле над наркотиками обеспечивается рядом органов Организации Объединенных Наций, которые должны поощрять и защищать права человека, как указано в статьях 1 и 55 Устава Организации Объединенных Наций. При коллизии целей и подходов международного режима контроля над наркотиками и международного режима прав человека очевидно, что преимущественную силу имеют обязательства в отношении прав человека. Генеральная Ассамблея неизменно принимает резолюции, в которых утверждается, что международный контроль над наркотиками должен осуществляться в соответствии с Уставом и "при полном уважении прав человека" (см. резолюции 62/176 и 63/197).

11. Основной целью международного режима контроля над наркотиками является защита здоровья и благополучия человечества посредством сокращения незаконного употребления и поставок контролируемых веществ при обеспечении доступа к контролируемым веществам в медицинских и научных целях⁹. Несмотря на это, в договорах права человека явным образом не рассматриваются, а обеспечивающие исполнение органы не уделяют им первоочередного внимания.

12. Международный комитет по контролю над наркотиками наблюдает за осуществлением всех трех конвенций о наркотиках. Он отслеживает незаконное производство наркотиков и торговлю ими, а также регулирует доступ к контролируемым веществам в научных и медицинских целях и наделен полномочиями для расследования действий правительств, которые не соблюдают требований договоров. Комиссия по наркотическим средствам относит наркотические и психотропные средства к различным уровням ограничений и является руководящим органом Программы Организации Объединенных Наций по

⁶ См. E/CONF.82/15, а также Согг. 1 и Согг. 2, article 3, para 5.

⁷ Международный комитет по контролю над наркотиками, "Перечень наркотических средств, находящихся под международным контролем" (48-е издание, Вена, 2008 год).

⁸ См. Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 года, 30 марта 1961 года, United Nations Treaty Series, vol. 520, article 36.

⁹ Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года, преамбула и статья 2.

международному контролю над наркотиками в рамках Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК). Управление уполномочено "содействовать достижению безопасности и справедливости для всех путем ограждения мира от наркотиков, преступности и терроризма"¹⁰.

13. Хотя в прошлом органы контроля над наркотиками редко вступали в конструктивные дискуссии по вопросам прав человека¹¹, недавно произошло желанное изменение в направлении учета в их работе основанных на концепции прав человека подходов. ЮНОДК изучил способы, с помощью которых контроль над наркотиками можно лучше согласовывать с защитой прав человека¹², а президент Международного комитета по контролю над наркотиками недавно впервые неофициально встретился с представителями гражданского общества¹³. Комиссия по наркотическим средствам также приняла резолюцию о поощрении прав человека при осуществлении международных договоров о контроле над наркотиками и рассмотрела вопросы ВИЧ/СПИДа и доступа к лекарственным средствам в других резолюциях¹⁴. Тем не менее ясно, что для того, чтобы права человека заняли главное место в контроле над наркотиками, необходимо сделать намного больше.

14. К сожалению, в рамках нынешнего подхода к глобальному контролю над наркотиками считается, что наркотики являются несомненным "злом", с которым международное сообщество "обязано бороться"¹⁵. Для оправдания бескомпромиссной политики и методов используется концепция войны с наркотиками¹⁶. Установленные между производством наркотиков и финансированием вооруженных группировок связи, например между лицами, выращивающими опийный мак, и движением "Талибан" в Афганистане, стали дальнейшим обоснованием подхода абсолютной нетерпимости, хотя имеется все больше свидетельств того, что такая политика неэффективна с точки зрения снижения предложения наркотиков и спроса на них¹⁷. Поэтому этот подход не только не обеспечивает достижения своей основной заявленной цели – предотвращения вреда для здоровья в результате употребления наркотиков, – но и не обеспечивает действительного контроля над наркотиками.

15. В рамках основанного на войне с наркотиками подхода также не признаются реалии употребления наркотиков и зависимости от них, и по этой причине он не приводит к успеху в достижении своих заявленных целей. Во-первых, люди неизменно продолжают употреблять наркотики независимо от уголовных законов,

¹⁰ A/65/6 (Prog. 13), пункт 13.4.

¹¹ Международный комитет по контролю над наркотиками однозначно заявил, что он не будет обсуждать права человека или взаимодействовать с гражданским обществом: г-н Коли Куаме, секретарь Международного комитета по контролю над наркотиками, пресс-конференция, Нью-Йорк, 7 марта 2007 года. Интернет-трансляция доступна по адресу <http://157.150.195.10/webcast/rc2007.htm> (дата последнего обращения: 14 февраля 2008 года).

¹² См. E/CN.7/2010/CRP.6

¹³ International Drug Policy Consortium, *The 2010 Commission on Narcotic Drugs – Report of proceedings* (London, 2010), p. 8.

¹⁴ См. резолюцию 49/4 (E/CN.7/2006/10), резолюцию 51/12 (E/CN.7/2008/15) и резолюцию 53/9 (E/CN.7/2010/18).

¹⁵ Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года, преамбула.

¹⁶ См. P. Gallahue, "Targeted Killing of Drug Lords: Traffickers as Members of Armed Opposition Groups and/or Direct Participants in Hostilities" *International Yearbook on Human Rights and Drug Policy*, vol. 1 (2010).

¹⁷ Latin American Commission on Drugs and Democracy, *Drugs and Democracy: Toward a Paradigm Shift* (2009), p. 7.

даже если удержание от употребления наркотиков рассматривается как основное оправдание введения уголовных санкций¹⁸. Во-вторых, наркозависимость, в отличие от употребления наркотиков, является заболеванием, требующим соответствующего лечения методами доказательной медицины, а не уголовных санкций¹⁹. Наконец, карательные режимы контроля над наркотиками усиливают вред, связанный с употреблением наркотиков, в результате отвращения ресурсов на ненадлежащие методы и ошибочные решения при игнорировании доказательных подходов.

16. Употребление наркотиков может приводить к вредным последствиям для здоровья, однако Специальный докладчик обеспокоен тем, что нынешний подход к контролю над наркотиками приносит больше вреда, чем тот вред, который он призван предотвратить. Криминализация употребления наркотиков, призванная удерживать от употребления, хранения наркотиков и их оборота²⁰, потерпела неудачу¹⁹. Вместо этого она увековечила опасные формы употребления наркотиков при несоизмерном наказании людей, употребляющих наркотики. Ее последствия для здоровья более широких кругов населения, особенно в связи с ВИЧ/СПИДом, не менее серьезны: в Венской декларации 2010 года отмечается, что криминализация потребителей запрещенных наркотиков усугубляет эпидемию ВИЧ²¹. Цель 6 развития тысячелетия предусматривает, что к 2015 году государства должны остановить распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к его сокращению (см. резолюцию 55/2 Генеральной Ассамблеи), однако сохраняющаяся криминализация прямо противоречит нескольким многосторонним мерам политики в области здравоохранения²².

III. Влияние контроля над наркотиками на осуществление права на здоровье

17. Здоровье является правом человека, которое необходимо для осуществления других прав человека. Страны, в которых выносятся чрезмерно карательные приговоры, нарушают и другие права потребителей наркотиков. В 32 юрисдикциях в настоящее время сохраняется смертная казнь за преступления, связанные с наркотиками; в некоторых странах она является обязательной²³. Статья 6 Международного пакта о гражданских и политических правах допускает вынесение смертных приговоров только "за самые тяжкие преступления" (резолюция 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи). Комитет по правам человека и Специальный докладчик по вопросу о внесудебных казнях, казнях без надлежащего судебного разбирательства или произвольных казнях подтвердили, что преступления, связанные с наркотиками, не отвечают этим критериям и, таким образом, назначение

¹⁸ R. Bluthenthal and others, "Collateral damage in the war on drugs: HIV risk behaviours among injection drug users", *International Journal of Drug Policy*, vol. 10, No. 1 (1999), p. 26.

¹⁹ UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Geneva, 2008), p. 1.

²⁰ S. Friedman and others, "Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in United Nations metropolitan areas", *AIDS*, vol. 20, No. 1 (2006), p. 93.

²¹ *Vienna Declaration*, XVIII International AIDS Conference (AIDS 2010), p. 1.

²² Michel Sidibé, Executive Director of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), "Parliament: The Heart of Governance", statement to the 122nd Inter-Parliamentary Union Assembly, Bangkok, 28 March 2010. Доступен по адресу <http://unaids.org>.

²³ Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 6/16 от 27 июля 1982 года (A/37/40, приложение V). См. International Harm Reduction Association, *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2010* (London, 2010), p. 11.

смертной казни за преступления, связанные с наркотиками, является нарушением международного права в области прав человека²⁴.

18. Криминализация употребления и хранения наркотиков связана с нарушением нескольких прав человека, включая право на здоровье. Другие нарушения прав на здоровье носят менее непосредственный характер, но являются побочным результатом искаженной направленности международного режима контроля над наркотиками, например недостаточного доступа к основным лекарственным средствам. Специальный докладчик считает, что каждое из этих нарушений может быть в конечном счете объяснено несоразмерной ориентацией на криминализацию и правоприменительную практику за счет осуществления права на здоровье и снижения вреда, связанного с наркотиками.

A. Сдерживание доступа к услугам и лечению

19. В странах, в которых усердно ведется "война с наркотиками" или строго применяются законы о наркотиках, наркозависимым могут препятствовать и часто препятствуют в получении доступа к услугам здравоохранения. Сообщается, что в некоторых странах этот подход закрепил статус потребителей наркотиков в качестве социальных изгоев, загоняя употребление наркотиков в подполье, подрывая меры борьбы с ВИЧ/СПИДом²⁵, а также лишая потребителей наркотиков доступа к лечению. А там, где инфицирование ВИЧ происходит из-за небезопасной практики проведения инъекций, доминирование серотипа среди потребителей инъекционных наркотиков может достигать 50 процентов²⁵.

20. Потребители наркотиков могут избегать обращаться за медицинской помощью из страха, что информация об употреблении ими наркотиков будет передана органам власти, что могло бы привести к аресту, тюремному заключению²⁶ или принудительному лечению²⁷. Использование реестров наркоманов, в которых потребители наркотиков идентифицируются и заносятся в список, а их гражданские права ограничиваются, также может удерживать людей от обращения за лечением, поскольку в таких юрисдикциях часто документально фиксируются нарушения врачебной тайны²⁸.

21. Некоторые государства криминализируют ношение игл, шприцев и других принадлежностей для употребления наркотиков вопреки Международным руководящим принципам по обеспечению уважения прав человека в связи с ВИЧ/СПИДом²⁹. Страх перед арестом и уголовными санкциями может удерживать людей от пользования программами в отношении игл и шприцев и ношения стерильных принадлежностей, что повышает вероятность использования нестерильных принадлежностей и передачи болезни. Законодательство,

²⁴ См. A/HRC/4/20, пункт 53.

²⁵ United Nations Development Programme, *Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges* (Bangkok, 2004), p. 55.

²⁶ R. Jurgens and others, "People who use drugs, HIV, and human rights", *The Lancet* (2010), с материалом можно ознакомиться в doi:10.1016/S0140-6736(10)60830-6, pp. 3 and 4.

²⁷ A/64/272, стр. 28.

²⁸ Open Society Institute, *The Effect of Drug User Registration Laws on People's Rights and Health: Key Findings from Russia, Georgia, and Ukraine* (New York, 2009), p. 16.

²⁹ United Nations publication, Sales No. E.06.XIV.4, p. 30.

предусматривающее наказание людей за ношение таких принадлежностей, включая социальных работников, признано препятствием для борьбы с ВИЧ³⁰.

В. Дискриминация и стигматизация

22. Потребители наркотиков часто подвергаются дискриминации в медицинских учреждениях. Доступ к антиретровирусной терапии (АРВТ) среди потребителей наркотиков может быть низким: в Восточной Европе в эту группу входят 39 процентов всей совокупности живущих с ВИЧ людей, проходящих АРВТ, хотя 70 процентов регистрируемых случаев ВИЧ имеют место среди потребителей инъекционных наркотиков³¹. Это может объясняться структурным неравенством, которое препятствует доступу этих групп к терапии, например отсутствием целевых мер воздействия. Однако отмечались также случаи отказа в АРВТ потребителям наркотиков со стороны поставщиков медицинских услуг³², что является прямым нарушением подхода, основанного на праве на здоровье.

23. Людям могут также отказывать в доступе к другим видам лечения по причине употребления ими наркотиков в прошлом или в настоящем в тех случаях, когда не существует свидетельств, оправдывающих отказ в предоставлении такого лечения. Например, в Соединенном Королевстве, согласно сообщениям, потребителям наркотиков в прошлом или в настоящем вопреки официальным указаниям отказывают в лечении от вируса гепатита С на том основании, что они не будут соблюдать режим лечения³³. Соблюдение режима лечения среди потребителей наркотиков не является заведомо более небрежным, и его следует оценивать на индивидуальной основе.

24. Стигматизация, возникающая или закрепляемая в результате карательных режимов правоприменения или лечения, также может усиливать риски для здоровья. Целенаправленные злоупотребления и насилие в отношении потребителей инъекционных наркотиков со стороны органов власти могут повысить риск возникновения у них физических и психических заболеваний³⁴. Отмечается, что методы охраны правопорядка – от наблюдения до применения чрезмерной силы – направлены против уязвимых и маргинализированных групп населения, и эти люди в конечном счете интернализируют это социальное страдание и становятся сотворцами своего собственного зависимого положения³⁵.

³⁰ ЮНОДК, ЮНЭЙДС и ВОЗ "Краткая информация для выработки политики: предоставление стерильных принадлежностей для инъекций с целью сокращения ВИЧ-инфицирования", *Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков* (Женева, 2004 год), стр. 2.

³¹ WHO, UNAIDS and UNICEF, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector* (Geneva, 2008), p. 24.

³² D. Barrett and others, "Recalibrating the Regime", *The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report Thirteen* (2008), pp. 37 and 38.

³³ *Ibid.*, p. 40.

³⁴ H. Cooper and others, "Characterizing Perceived Police Violence: Implications for Public Health", *American Journal of Public Health*, vol. 94, No. 7 (2004), p. 1116.

³⁵ T. Rhodes, "Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach", *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, No. 3 (2009), p. 196.

С. Повышенный риск при употреблении наркотиков

25. Криминализация употребления наркотиков повышает также риски, которым подвергаются потребители наркотиков в результате изменения способов приема наркотиков, а также состава наркотиков. Хотя загрязнение безвредными веществами встречается чаще, чем вредными³⁶, все равно существует возможность вреда в результате полного отсутствия регулирования. Недавно были подтверждены 33 случая заболевания сибирской язвой среди потребителей наркотиков в Шотландии, которые объясняются загрязненным героином³⁷.

26. Криминализация употребления и хранения наркотиков может также привести к повышенному риску заболевания среди потребителей наркотиков. Повышенные уровни правового подавления связываются с более широкой распространенностью ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, без снижения распространенности употребления инъекционных наркотиков³⁸. Это является одним из вероятных результатов принятия людьми сопряженных с более высоким риском практик введения, таких как совместное пользование шприцами и принадлежностями для инъекций, поспешные инъекции или употребление наркотиков в небезопасных местах (таких, как притоны, торгующие наркотиками) из страха перед арестом или наказанием³⁹. Поспешное приготовление наркотиков, с тем чтобы избежать обнаружения сотрудниками правоохранительных органов, также предрасполагает потребителей инъекционных наркотиков к повышенному риску передозировки, острых сосудистых расстройств и инфекций, таких как абсцессы. Эти риски могут усиливаться в результате нежелания отдельных лиц, из страха, пользоваться помощью при приготовлении и введении наркотиков⁴⁰.

27. Жесткие меры, принимаемые полицией, и другие меры вмешательства, связанные с криминализацией употребления и хранения наркотиков, также приводят к перемещению потребителей наркотиков из мест, обслуживаемых программами снижения вреда, что уменьшает имеющиеся у них возможности участвовать в программах в отношении игл и шприцев, опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) и ограничивает доступ к социальным работникам⁴¹. Затрудняется также доступ к неотложной помощи в случае передозировки, а в результате нарушения доступа к обычным сетям, объединяющим потребителей инъекционных наркотиков, и поставщикам наркотиков может возрасти частота передозировок. Лица, более всего страдающие от перемещения, часто являются самыми маргинализированными, например бездомные, которые не могут в силу необходимости зайти в помещение, чтобы употребить наркотики⁴¹.

³⁶ C. Cole and others, "CUT: A Guide to Adulterants, Bulking Agents and Other Contaminants Found in Illicit Drugs", *Centre for Public Health, Liverpool John Moores University* (Liverpool, 2010), pp. 10 and 11.

³⁷ Health Protection Scotland, "Anthrax Confirmed in NHS Lothian Patient" (Glasgow, 12 April 2010). Доступен по адресу www.documents.hps.scot.nhs.uk/.

³⁸ Friedman and others, *op. cit.*, p. 97.

³⁹ *Ibid.*; см. также Bluthenthal and others, *op. cit.*, p. 31.

⁴⁰ Canadian HIV/AIDS Legal Network, *Do Not Cross: Policing and HIV Risk Faced by People Who Use Drugs* (Toronto, 2007), p. 6.

⁴¹ *Ibid.*, pp. 7 and 8.

D. Несоразмерное воздействие на уязвимые и маргинализованные группы населения

28. Карательная политика в отношении наркотиков также оказывает несоразмерное воздействие на группы населения, которые и так являются уязвимыми. Например, согласно сообщениям, в Соединенных Штатах Америки афроамериканцы подвергаются аресту в неизменно больших масштабах, чем белые американцы, хотя пропорции совершаемых преступлений в этих группах сопоставимы⁴². Кроме того, свыше 80 процентов арестов связаны с хранением наркотиков, а не с торговлей ими⁴³. Накопление таких мелких правонарушений может привести к тюремному заключению и дальнейшей маргинализации этих и так уже уязвимых лиц, что увеличивает риски для их здоровья.

29. В настоящее время свыше 9 миллионов человек содержатся в пенитенциарных учреждениях во всем мире⁴⁴. Как отмечается, во многих тюрьмах показатели ВИЧ-инфицирования в несколько раз выше, чем в основной группе населения. Это объясняется употреблением инъекционных наркотиков до тюремного заключения, а также факторами риска, влияющими на эти группы населения, такими как нищета и маргинализация⁴⁵. Распространенность инфицирования гепатитом в тюрьмах также высока, при этом показатели инфицирования гепатитом С превышают показатели ВИЧ-инфицирования⁴⁶. В тюрьмах высокие уровни употребления инъекционных наркотиков в сочетании с отсутствием доступа к ОЗТ и стерильным принадлежностям для инъекций создают огромный риск для заключенных⁴⁷. Этому риску впоследствии, после выхода заключенных на свободу, подвергается общество в целом⁴⁶. Отказ от осуществления действенных программ снижения вреда и лечения от наркотической зависимости в этих условиях нарушает право на здоровье.

IV. Принудительное лечение от наркотической зависимости и нарушения права на здоровье

30. Некоторые из наиболее вопиющих нарушений права на здоровье происходят в контексте "лечения" от наркотической зависимости. Криминализация употребления наркотиков усиливает восприятие потребителей наркотиков как не приносящих пользы преступников или морально разложившихся людей, что в свою очередь способствует распространению подходов, основанных на мерах дисциплинарного воздействия. Вместо предоставления медицинской помощи методами доказательной медицины правительства и правоохранительные органы принуждают наркозависимых обращаться или насильно помещают их в центры, где они подвергаются жестокому обращению и принуждаются к труду. Этот подход приводит к дискриминации в отношении потребителей наркотиков, лишая их права на доступ к надлежащим в медицинском отношении медико-санитарным услугам и лечению.

⁴² Human Rights Watch, *Decades of Disparity: Drug Arrests and Race in the United States* (New York, 2009), pp. 1 and 5.

⁴³ *Ibid.*, p. 12.

⁴⁴ R. Walmsley, "World Prison Population List", *International Centre for Prison Studies* (7th Ed., London, 2007), p. 1.

⁴⁵ International Harm Reduction Association, *State of Global Harm Reduction* (London, 2010), p. 105.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 106.

⁴⁷ A/HRC/10/44, пункты 55–67.

31. В настоящем докладе речь идет о программах принудительного лечения, в которых в основном используются меры дисциплинарного воздействия без учета медицинских показаний. В таких условиях помощь профессиональных медицинских работников, обученных лечить связанные с наркотической зависимостью расстройства как медицинские заболевания, часто оказываются недоступной⁴⁸. Принудительный труд, одиночное заключение и лечение экспериментальными методами, проводимое без согласия, представляют собой нарушение международного права в области прав человека и являются незаконными заменителями мер доказательной помощи, таких как заместительная терапия, меры психологического вмешательства и другие виды лечения, проводимого при полном информированном согласии.

32. Осуществление права на здоровье включает, в частности, доступ к учреждениям, товарам и услугам здравоохранения, которые приемлемы с научной и медицинской точек зрения и характеризуются высоким качеством⁴⁹, и "право быть свободным от всякого вмешательства, например право быть свободным от пыток и не подвергаться без свободного согласия медицинским или научным опытам"⁴⁹. Кроме того, в статье 7 Международного пакта о гражданских и политических правах провозглашается, что "ни одно лицо не должно без его свободного согласия подвергаться медицинским или научным опытам". Государства обязаны уважать, защищать и осуществлять право на здоровье, в том числе посредством воздержания от принудительного лечения, за исключением чрезвычайных случаев, связанных с лечением душевнобольных или с профилактикой инфекционных заболеваний и борьбой с ними⁵⁰. Требования информированного согласия должны соблюдаться при проведении любого лечения наркотической зависимости, включая право на отказ от лечения⁵¹.

33. При принудительном лечении право на здоровье нарушается в основном двояким образом. Во-первых, при этом "лечении", как правило, игнорируются доказательные медицинские методы и, таким образом, не выполняется относящийся к качеству элемент права на здоровье, разработанный Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам⁵². Во-вторых, лечение часто проводится коллективно и без учета необходимости получения информированного согласия на индивидуальной основе.

34. Надлежащее лечение от наркотической зависимости предполагает проведение лечения на доказательной основе. Каталог методов "лечения" во многих центрах принудительного лечения включает принудительный труд, содержание под арестом, муштру армейского типа, физические упражнения и лечение экспериментальными методами наряду с другими мерами вмешательства, действенность которых не подтверждается научными данными. Почти 90–100 процентов потребителей

⁴⁸ См. WHO, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia, and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Geneva, 2009). Доступен по адресу http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/4AF54559-9A3F-4168-A61F-3617412017AB/0/FINALforWeb_Mar17_Compulsory_Treatment.pdf (по состоянию на 10 июня 2010 года).

⁴⁹ Замечание общего порядка № 14 (2000) (E/C.12/2000/4), пункт 12 d).

⁵⁰ Там же, пункт 34.

⁵¹ См. A/64/272, пункты 28 и 88–91.

⁵² Замечание общего порядка № 14 (2000) (E/C.12/2000/4), примечание 55.

наркотиков после прохождения курса принудительного лечения в таких центрах возвращались к употреблению наркотиков⁵³.

35. В сообщениях указывается, что некоторые пациенты подвергаются извращенным методам лечения, таким как "лечение поркой"⁵⁴. Аналогичным образом, согласно сообщениям, пациентов принуждают трудиться почти 17 часов в сутки, без выходных, под угрозой избиения и других физических наказаний⁵⁵.

36. Такое воздействие дисциплинарного характера в большинстве случаев подменяет собой доказательные методы. В результате лица, зависимые от героина и других опиоидов, страдают от безмедикаментозной абстиненции, вместо того чтобы получать фармакологическую поддержку при абстиненции или ОЗТ. Отнесение метадона и бупренорфина к запрещенным средствам возводит дополнительное препятствие на пути доступа к такому лечению от наркотической зависимости⁵⁶. Назначение принудительного лечения, в ущерб ОЗТ и другим мерам воздействия с целью снижения вреда, также повышает риск передачи болезни, в частности ВИЧ/СПИДа⁵⁷.

37. Людей могут также принуждать проходить лечение, которое не является необходимым с медицинской точки зрения, в некоторых странах, в которых, как сообщается, не проводят различия между случайными потребителями наркотиков и наркозависимыми⁵⁸. Многие такие лица могут также подвергаться лечению экспериментальными методами. Любой случай отказа в предоставлении информации, необходимой для того, чтобы пациент мог дать полностью информированное согласие, является нарушением его/ее права на здоровье.

38. Как отмечалось в предыдущем докладе Специального докладчика⁵⁹, информированное согласие на лечение лежит в основе права на здоровье, требования которого при принудительном проведении карательного лечения удовлетворялись бы в крайне редких случаях. Решения в отношении правоспособности и дееспособности, а также необходимости получения информированного согласия должны приниматься в каждом конкретном случае. Коллективное лечение, судя по имеющимся данным, не удовлетворяет этому требованию. В некоторых странах, согласно сообщениям, проводились массовые аресты потребителей наркотиков, которых насильно направляли в центры принудительного лечения⁶⁰. Это подход приводит к принудительному лечению людей на основании не отвечающих требованиям, поверхностных медицинских освидетельствований (если таковые вообще проводились).

⁵³ N. Crofts, "Treatment in Southeast Asia: The need for effective approaches", в *Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform* (2006).

⁵⁴ V. Mendelevich, "Narcology: Drug treatment in Russia", в *Open Society Institute Briefing on Drug Treatment, HIV, and the Challenge of Reform* (2006).

⁵⁵ J.E. Cohen and J.J. Amon, "Health and Human Rights Concerns of Drug Users in Detention in Guangxi Province, China", *Public Library of Science (PLoS Med)*, 5(12): e234 (2008).

⁵⁶ Open Society Institute, *At What Cost?: HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs"* (New York, 2009), p. 87.

⁵⁷ См. Open Society Institute, "Detention as Treatment" (May 2010); R. Pearshouse, "Compulsory Drug Treatment in Thailand: Observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545 2002" (2009).

⁵⁸ WHO, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia, and Viet Nam: An application of selected human rights principles* (Geneva, 2009). Доступен по адресу www.wpro.who.int.

⁵⁹ См. A/64/272.

⁶⁰ См. D. Barrett and others, "Recalibrating the Regime", *The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report Thirteen* (2008).

39. Потребители наркотиков или наркозависимые лица не лишаются автоматически дееспособности давать согласие на лечение. Презумпция недееспособности на основании употребления наркотиков или зависимости от них создает значительные возможности для злоупотреблений. Во многих случаях определение недееспособности отдельного лица просто является предлогом для принудительного "лечения" потребителей наркотиков. Вместо того чтобы отказывать потребителям наркотиков в праве на участие в лечении на основе согласия, следует обеспечить соответствующие механизмы поддержки для преодоления любых препятствий на пути получения информированного согласия.

V. Доступ к контролируемым лекарственным средствам

40. Миллионы людей во всем мире нуждаются в основных лекарственных средствах, применяемых для болеутоления, лечения наркозависимости и других патологических состояний, однако их доступность часто ограничивается из-за запретительных правил в отношении наркотиков, отсутствия должным образом работающей системы поставок и распределения, а также недостаточного потенциала системы здравоохранения. С точки зрения доступности основных лекарственных средств между развитым и развивающимся странами существует вызывающий тревогу разрыв. Хотя в развивающихся странах проживает почти половина онкологических больных мира и почти все вновь инфицированные ВИЧ, на них приходится всего шесть процентов законных поставок морфина⁶¹. Почти 89 процентов всех находящихся в законном обороте медикаментов, включая морфин, потребляется в Северной Америке и Европе⁶². Экономический и Социальный Совет в своей резолюции 2005/25 признал необходимость устранения препятствий для использования опиоидных анальгетиков⁶³, а Международный комитет по контролю над наркотиками неизменно приходит к выводу, что доступность основных контролируемых лекарственных средств слишком сильно ограничена во многих странах⁶⁴.

41. В отношении этих лекарственных средств часто устанавливаются чрезмерные ограничения из опасения, что произойдет их утечка из сферы законного медицинского использования на незаконные цели⁶⁴. Хотя важно предотвращать утечку лекарственных средств, этот риск должен рассматриваться с учетом нужд пациента, которому предстоит пройти лечение. Единая конвенция о наркотических средствах признает применение в медицине наркотических средств, которые необходимы для "облегчения боли и страданий"⁶⁵. ЮНОДК и Международный комитет по контролю над наркотиками обладают функциями надзора в отношении государств в целях обеспечения выполнения договорных обязательств по контролю над наркотиками. Поскольку многие препятствия на пути надлежащего доступа к контролируемым основным лекарственным средствам носят нормативный характер, их можно изменить быстро и без больших затрат. Однако многие страны не внесли

⁶¹ Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2007 год (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.08.XI.1), стр. 26. Доступен по адресу <http://www.incb.org/pdf/annual-report/2007/ru/annual-report-2007.pdf>.

⁶² WHO, Access to Controlled Medications Programme, Biennial Report 2006-2007 (WHO/PSM/QSM/2008), p. 1.

⁶³ E/2005/INF/2/Add.1, стр. 80.

⁶⁴ См. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2008 год (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.09.XI.1).

⁶⁵ Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года, преамбула.

изменения с целью обеспечения надлежащей доступности лекарственных средств в свои системы контроля над наркотиками; во многих случаях эти системы были введены в действие до того, как стали известны или были разработаны современные методы лечения от хронической боли и наркотической зависимости⁶⁶. Это является нарушением права на здоровье, поскольку Комитет по экономическим, социальным и культурным правам разъяснил, что доступ к основным лекарственным средством является минимальным основным обязательством в отношении данного права⁶⁷ и государства должны незамедлительно выполнить это неумалюемое обязательство независимо от ограниченности ресурсов⁶⁸.

42. Ограниченный доступ к опиоидам оказывает очевидное воздействие на доступность ОЗТ (см. рассуждения в разделе VI, ниже). Однако есть три другие основные области, в которых необходим доступ к контролируемым лекарственным средствам: а) купирование умеренной и сильной боли, в том числе в рамках паллиативной терапии для неизлечимо больных людей; б) некоторые неотложные ситуации при родах; и с) лечение эпилепсии.

43. Паллиативная терапия – это подход, призванный улучшить качество жизни пациентов, у которых диагностированы опасные для жизни болезни, посредством предупреждения и облегчения страданий⁶⁹. Умеренные и сильные боли обычны при таких болезнях, в том числе при злокачественных опухолях на поздней стадии, при лечении которых требуются опиоидные анальгетики⁷⁰. ВОЗ включает эти и другие анальгетики в список основных лекарственных средств. От 60 до 90 процентов пациентов с раком на поздней стадии страдают от болей от умеренных до сильных, при которых требуется такое обезболивание, и примерно у 85 процентов лиц, живущих с ВИЧ, возможна нелеченная боль⁷¹. В тех случаях, когда пациенты с ВИЧ также зависят от наркотиков, им может быть отказано в доступе как к ОЗТ, так и к паллиативной помощи. Последствия хронической нелеченной боли носят не только физический характер. Для людей, испытывающих хроническую боль, в четыре раза повышается вероятность страдать от депрессии или тревоги⁷¹. Страдающие от умеренной и сильной боли пациенты в тех случаях, когда паллиативная помощь фактически недоступна, говорили, что они предпочли бы умереть, чем жить дальше с нелеченной сильной болью⁷².

44. При неотложной акушерской помощи и лечении эпилепсии также необходимо использовать внесенные в списки лекарственные средства, и на них по-прежнему выделяется недостаточно ресурсов. Послеродовое кровотечение ежегодно приводит к более чем 100 тыс. случаев материнской смерти⁷³. К окситоцину и эргометрину – двум используемым при акушерской помощи контролируемым лекарственным

⁶⁶ WHO, *Achieving Balance in National Opioids Control Policy*, Guidelines for Assessment (Geneva, 2000), p. 6.

⁶⁷ Замечание общего порядка № 14 (2000) (E/C.12/2000/4), пункт 43.

⁶⁸ Там же, пункт 47.

⁶⁹ WHO, *WHO Definition of Palliative Care* (Geneva, 2010). Доступен по адресу www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

⁷⁰ WHO, *Pain Relief Ladder* (Geneva, 2010). Доступен по адресу www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/.

⁷¹ O. Gureje and others, "Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care", *JAMA*, vol. 80 (1998), pp. 147-151.

⁷² Human Rights Watch, *Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care* (New York, 2009), pp. 18-20.

⁷³ ВОЗ, Информационный бюллетень: Доступ к контролируемым лекарственным средствам (2010 год). Доступен по адресу www.who.int/mediacentre/factsheets/fs336/ru/index.html.

средствам – трудно получить доступ, однако они снижают риск тяжелого послеродового кровотечения более чем в два раза. Аналогичным образом, около 75 процентов людей, больных эпилепсией, в развивающихся странах и до 90 процентов пациентов с эпилепсией в Африке не получают лечения основными лекарственными средствами, включая фенобарбитал, отчасти потому, что он является контролируемым лекарственным средством⁷⁴.

45. Соблюдение процедурных требований, связанных с хранением, поставками и назначением внесенных в списки лекарственных средств, может быть обременительным для учреждений и работников здравоохранения, что создает препятствия в доступе к этим лекарственным средствам. К таким процедурам, например, относится ограничительное лицензирование контролируемых лекарственных средств в учреждениях здравоохранения. В некоторых странах, как сообщается, только больницам "уровня 1" разрешается назначать опиоиды⁷⁵. Правилами также ограничиваются средства, которые может прописывать тот или иной врач, или назначаемая дозировка. Некоторые государства требуют от работников здравоохранения получения специальной лицензии на право назначать морфин в дополнение к их профессиональным лицензиям⁷⁶. Ограничительные законы создают особую проблему в случае метадона и бупренорфина – лекарственных средств, используемых при ОЗТ. В некоторых государствах использование этих лекарственных средств объявлено незаконным⁷⁷.

46. Вокруг использования контролируемых лекарственных средств существует много мифов: что они ведут к возникновению зависимости, не устраняют должным образом боль или что хроническая или терминальная боль не поддается лечению. Сами работники здравоохранения часто недостаточно образованы по вопросам паллиативной помощи и чувствуют себя стесненно при назначении опиоидных анальгетиков из опасения, что это приведет к возникновению зависимости⁷⁵, вопреки выводам десятков исследований⁷⁸. Там, где недостаточная подготовка является нормой, работники здравоохранения могут быть не уверены в юридических последствиях своей практики назначения лекарственных средств – особенно применительно к пациентам, употребляющим запрещенные наркотические средства, – и могут вообще избегать назначения этих лекарственных средств, что еще более ограничивает доступность основных лекарственных средств.

47. Экономическая доступность является одним из центральных компонентов предусматриваемого правом на здоровье требования доступности. Контролируемые лекарственные средства должны предоставляться не бесплатно, а по доступной цене. Несмотря на это, даже лекарственные средства, которые могут производиться с низкими затратами, необязательно являются доступными по цене для потребителей, поскольку производители лекарственных средств несут значительные нормативно обусловленные затраты, которые перекладываются на потребителей в рыночной цене лекарственного средства. Например, компания "Сипла" – производитель

⁷⁴ ВОЗ, Информационный бюллетень № 336: Доступ к контролируемым лекарственным средствам (наркотическим и психотропным веществам) (июнь 2010 года). Доступен по адресу www.who.int/mediacentre/factsheets/fs336/ru/index.html.

⁷⁵ Human Rights Watch, *Please, do not make us suffer any more...: Access to Pain Treatment as a Human Right?* (New York, 2009), p. 25.

⁷⁶ Ibid., p. 30.

⁷⁷ Open Society Institute, *At What Cost?: HIV and Human Rights Consequences of the Global War on Drugs* (New York, 2009), p. 84.

⁷⁸ WHO, *Achieving Balance in National Opioids Control Policy* (Geneva, 2000), pp. 8 and 9.

непатентованных средств в Индии – выпускает таблетки морфина в дозировке 10 мг, которые продаются оптом по цене 0,017 долл. США за таблетку, однако медианная цена месячного запаса морфина в странах с низким и средним уровнем доходов составляет 112 долл. США по сравнению с 53 долл. США в промышленно развитых странах⁷⁹. Кроме того, часто стимулируется использование патентованных лекарственных средств вместо более дешевых, столь же безопасных и действенных непатентованных аналогов. Фирменные лекарственные средства, как правило, намного дороже и, следовательно, недоступны по цене для больших сегментов населения, особенно уязвимых групп, таких как потребители наркотиков и люди, живущие с ВИЧ.

VI. Основанный на концепции прав человека подход к контролю над наркотиками

48. Основанный на концепции прав человека подход к контролю над наркотиками должен быть принят в первоочередном порядке, с тем чтобы предотвратить продолжающиеся нарушения прав, вытекающие из нынешних подходов к ограничению предложения и спроса, и продвигаться в направлении создания гуманной системы, соответствующей своим собственным целям, связанным со здоровьем. В настоящее время между субъектами, занимающимися вопросами контроля над наркотиками и прав человека на международном уровне, отсутствуют координация и обмен мнениями. Основанные на правоприменении подходы институционально закреплены в международном контроле над наркотиками, поскольку контролем над наркотиками занимается ЮНОДК, которое возглавляет деятельность Организации Объединенных Наций по вопросам организованной преступности. Эта связь между правоприменением и контролем над наркотиками отчасти мешает принятию основанного на концепции прав человека подхода и взаимодействию с органами по правам человека Организации Объединенных Наций.

49. Необходимо осознать неэффективность нынешней международной системы контроля над наркотиками и провести реформу на всех уровнях выработки политики. Национальным правительствам следует внедрять программы и политику снижения вреда, декриминализировать или депенализировать употребление и хранение наркотиков и внести изменения в нормативные акты, касающиеся основных лекарственных средств. Органы по контролю над наркотиками Организации Объединенных Наций должны обеспечить согласованность действий всей системы, приняв основанный на концепции прав человека подход к контролю над наркотиками, для чего обязательно необходимо признать, что международное право в области прав человека играет основную роль в их деятельности, и эти изменения в международной системе должны также направлять и узаконивать внутренние реформы.

A. Снижение вреда и доказательное лечение

50. Меры по снижению вреда направлены на снижение вреда, связанного с употреблением психотропных средств, но при этом необязательно препятствуют их

⁷⁹ S. Burris and C. Davis, “A Blueprint for Reforming Access to Therapeutic Opioids: Entry Points for International Action to Remove the Policy Barriers to Care”, Centers for Law and the Public’s Health: A Collaborative at the Johns Hopkins and Georgetown Universities (2008), p. 18.

употреблению⁸⁰, и могут применяться в рамках ограничительных правовых режимов. К этим мерам относятся, в частности, программы в отношении игл и шприцев, назначение лекарственных средств – заменителей, выделение помещений для употребления наркотиков, меры с целью изменения способа употребления (меры, способствующие распространению распространению безинъекционных способов употребления наркотиков), методы предотвращения передозировки и программы информационно-разъяснительной работы и просвещения.

51. Программы в отношении игл и шприцев связаны с предоставлением потребителям инъекционных наркотиков стерильных принадлежностей для инъекций. Всемирная организация здравоохранения одобрила применение таких программ, отметив, что существуют "убедительные доказательства" того, что они существенно сокращают инфицирование ВИЧ эффективным по затратам образом без каких-либо значительных негативных последствий⁸¹. Применение программ в отношении игл и шприцев согласуется с обычными принципами здравоохранения в том смысле, что устранение переносчика (в данном случае, зараженных игл) снижает масштабы распространения передаваемой этим переносчиком болезни⁸².

52. Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) представляет собой подход на основе доказательного лечения, предполагающий назначение лекарственных средств-заменителей для преодоления опиоидной зависимости, таких как метадон или бупренорфин. ОЗТ сокращает масштабы распространенности употребления инъекционных наркотиков и совместного использования принадлежностей для инъекций, снижая тем самым риск заражения ВИЧ и другими передаваемыми через кровь вирусами⁸³. Глобальная доступность ОЗТ могла бы уменьшить число вновь инфицированных ВИЧ более чем на 100 тыс.⁸⁴, значительно снизить распространенность других передаваемых через кровь болезней и снизить смертность от передозировки опиоидов почти на 90 процентов⁸⁴. Там, где ОЗТ недоступна, после лечения от наркотической зависимости часто наблюдается более значительная распространенность передозировки вследствие снижения у человека уровня толерантности к наркотику⁸⁵. Кроме того, многочисленные исследования показывают, что фармакологическая поддержка эффективна при лечении абстиненции при опиоидной зависимости⁸⁶ и предотвращении рецидива употребления наркотиков⁸⁷.

53. Такие меры, как программы просвещения, также призваны минимизировать вред для лиц, употребляющих наркотики. В настоящее время почти нет информации об их эффективности, зачастую из-за того, что они входят в состав других программ, однако они часто используются⁸⁸. При одном мета-анализе был сделан вывод, что

⁸⁰ International Drug Policy Consortium, *What is harm reduction?* (London, 2010), p. 1.

⁸¹ WHO, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users* (Geneva, 2004), p. 28.

⁸² S. Burris and others, "Physician Prescribing of Sterile Injection Equipment to Prevent HIV Infection: Time for Action", *Annals of Internal Medicine*, vol. 133, No. 3 (2000), p. 219.

⁸³ L. Gowing and others, "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review)", *The Cochrane Library*, Issue 4 (2008), pp. 27-29.

⁸⁴ WHO, *Briefing Note 2007: Access to Controlled Medications Programme* (Geneva, 2007), p. 1.

⁸⁵ Eurasian Harm Reduction Network, *The impact of drug policy on health and human rights in Eastern Europe: 10 years after the UN General Assembly Special Session on Drugs* (Vilnius, 2009), p. 18.

⁸⁶ См. L. Gowing and others, "Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal", *The Cochrane Library*, Issue 3 (2009).

⁸⁷ L. Gowing and others, "Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review)", *The Cochrane Library*, Issue 4 (2008).

⁸⁸ N. Hunt, "A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use", p. 30. Доступен по

программы просвещения приводят к снижающим риск поведенческим изменениям среди потребителей наркотиков, однако результаты были различными в зависимости от построения программы⁸⁹. Программы информационно-разъяснительной работы применяются для контакта с потребителями наркотиков в их среде, а также для предоставления информации, направления на диагностическое тестирование и обслуживание (помимо других видов деятельности). После контакта с информационно-просветительскими службами наблюдается снижение рискованного поведения примерно на 27 процентов⁹⁰.

54. Для минимизации вреда, связанного с передозировкой наркотиков, применяются также такие меры, как обучение оказанию первой помощи и введение налоксона (антагонист опиоидных рецепторов, используемый для снятия угнетения центральной нервной системы в случаях передозировки опиоидов), а также выделение помещений для употребления наркотиков, в которых люди могут употреблять наркотики в условиях доступности сторонней помощи. В число потенциальных выгод от наличия помещений для употребления наркотиков входят предотвращение передачи болезней и уменьшение повреждения вен, а также поощрение обращения за лечением и другими услугами. Есть свидетельства того, что помещения для употребления наркотиков способствовали снижению частоты передозировок и увеличению числа обращений за медицинскими и социальными услугами⁹¹.

55. Статья 12 с) Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах обязывает государства-участники принимать меры для предупреждения и лечения эпидемических болезней и борьбы с ними. Поскольку распространение ВИЧ достигло размеров эпидемии среди потребителей наркотиков, особенно в тюрьмах, от государств недвусмысленно требуется принять непосредственные меры в этом отношении. В пункте 1 b) статьи 15 Пакта также говорится, что каждый человек имеет право на пользование результатами научного прогресса. Поскольку существует значительный объем данных об эффективности программ и политики снижения вреда, государства-участники обязаны осуществлять такие меры, однако они по-прежнему используются в недостаточной степени во всем мире. В настоящее время подход, основанный на снижении вреда, поддерживают 93 страны и территории⁹². По состоянию на 2009 год программы в отношении игл и шприцев внедрены в 82 странах, а ОЗТ – в 70 странах, при этом обе меры доступны в 66 странах⁹³. Однако подтверждено, что программы в отношении игл и шприцев не проводятся в 55 странах, в которых употребляются инъекционные наркотики⁹⁴. Особенно беспокоит то, что ОЗТ недоступна в 29 странах Африки и Ближнего Востока, особенно в свете бремени ВИЧ во всей Африке⁹⁴.

адресу www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html.

⁸⁹ J.E. Cross and others, "The Effectiveness of Educational and Needle Exchange Programs: A Meta-analysis of HIV Prevention Strategies for Injecting Drug Users", *Quality & Quantity*, vol. 32, No. 2 (1998), p. 176.

⁹⁰ A. Ritter and J. Cameron, "A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs", *Drug and Alcohol Review*, vol. 25, No. 6 (2006), p. 615.

⁹¹ N. Hunt, "A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use", pp. 31 and 32.

⁹² International Harm Reduction Association, *The Global State of Harm Reduction 2010* (London, 2010), p. 8.

⁹³ B. Mathers and others, "HIV prevention, treatment and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage", *The Lancet*, vol. 375 (2010), pp. 1018 and 1019.

⁹⁴ *Ibid.*, pp. 1019-1021.

1. ВИЧ/СПИД

56. Законы и политика в отношении наркотиков оказывают воздействие на борьбу с ВИЧ вследствие динамики употребления наркотиков, в частности совместного использования игл, через которые может передаваться ВИЧ. Примерно один из десяти новых случаев заражения ВИЧ во всем мире имеет место в результате употребления инъекционных наркотиков, а до 90 процентов случаев заражения происходит среди потребителей инъекционных наркотиков в таких регионах, как Восточная Европа и Центральная Азия⁹⁵. Там, где меры по снижению вреда не осуществляются, распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков может возрасти до 40 процентов или более в течение года или двух после появления вируса в их кругах⁹⁶.

57. С риском передачи вируса при совместном использовании игл можно бороться на основе принципов снижения вреда. Осуществление программ в отношении игл и шприцев в сильной степени коррелирует с уменьшением распространенности рискованного поведения, определяющего предрасположенность потребителей инъекционных наркотиков к ВИЧ-инфицированию⁹⁷. К другим связанным с такими программами выгодам относится более широкое участие в программах лечения ВИЧ⁹⁸. Однако нынешний охват услугами программ в отношении игл и шприцев, ОЗТ и антиретровирусной терапии (АРВТ) недостаточен для предотвращения передачи ВИЧ в подавляющем большинстве стран, в которых люди употребляют инъекционные наркотики⁹⁹. В настоящее время финансирование в целях обеспечения всеобщего доступа к услугам по предотвращению заражения ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков составляет примерно одну двадцатую от необходимого объема¹⁰⁰.

58. Организация Объединенных Наций объявила, что в целях минимизации риска передачи ВИЧ среди потребителей наркотиков необходимо осуществлять информационно-просветительскую работу, программы в отношении игл и шприцев и доказательное лечение от наркотической зависимости (включая ОЗТ)¹⁰¹. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам признал, что снижение вреда занимает основное место в национальных мерах по борьбе с зависимостью от запрещенных наркотиков, и вынес рекомендации государствам-участникам. Совет по правам человека в резолюции 12/27 также признал необходимость "комплексного пакета услуг для потребителей инъекционных наркотиков, включая программы снижения риска ВИЧ-инфицирования"¹⁰².

⁹⁵ WHO (Europe), *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction* (Copenhagen, 2005), p. 3.

⁹⁶ Ibid., p. 5.

⁹⁷ A. Wodak and A. Cooney, "Do Needle Syringe Programs Reduce HIV Infection among Injecting Drug Users: A Comprehensive Review of the International Evidence", *Substance Use & Misuse* (2006), vol. 41, Nos. 6-7, p. 792.

⁹⁸ Ibid., p. 799.

⁹⁹ Mathers and others, "HIV prevention", p. 1025.

¹⁰⁰ G. V. Stimson and others, "Three Cents a Day is Not Enough: Resourcing HIV-Related Harm Reduction on a Global Basis" (International Harm Reduction Association, 2010).

¹⁰¹ Administrative Committee on Coordination (ACC) Subcommittee on Drug Control (2000). *Preventing the Transmission of HIV among Drug Abusers: A position paper of the United Nations System*. Annex to the report of the eighth session of the ACC Subcommittee on Drug Control (28 and 29 September 2000), paras. 3-10.

¹⁰² A/HRC/12/50, раздел I.

2. Места заключения

59. Государства несут обязанность уважать право на здоровье, воздерживаясь от принятия мер, закрывающих равный доступ всем, в том числе заключенным или содержащимся под стражей лицам, к профилактическим, лечебным и паллиативным услугам здравоохранения¹⁰³. Многие государства начали осуществлять программы снижения вреда в лечебных учреждениях, поскольку прежние карательные режимы привели к самому быстрому росту распространенности ВИЧ в мире¹⁰⁴. Тем не менее программы в отношении игл и шприцев в настоящее время доступны в местах заключения только в 10 странах, а ОЗТ доступна по крайней мере в одной тюрьме менее чем в 40 странах¹⁰⁵.

60. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах налагает на государства-участники ряд безотлагательных обязательств, в том числе обеспечение осуществления прав без дискриминации¹⁰⁶. Если программы снижения вреда и доказательное лечение доступны для населения в целом, но не для людей в заключении, это противоречит международному праву. Действительно, ввиду связанных с лишением свободы рисков для здоровья Специальный докладчик считает, что в тюрьмах для выполнения целей здравоохранения могут потребоваться более значительные усилия. В контексте ВИЧ и снижения вреда для этого требуется внедрить услуги по снижению вреда в местах заключения даже там, где они еще недоступны для общества, поскольку принципа равенства недостаточно для борьбы с эпидемией среди заключенных¹⁰⁷.

61. В Мадридской рекомендации 2009 года отмечается, что имеются "неопровержимые объективные свидетельства" эффективности мер защиты здоровья, в том числе направленных на снижение вреда, при их применении в местах лишения свободы¹⁰⁸. В Мадридской рекомендации говорится, что в местах лишения свободы безотлагательно необходимы программы реабилитации потребителей наркотиков, а также меры по снижению вреда, в том числе программы в отношении игл и шприцев¹⁰⁹. Также отмечается, что лечение от наркотической зависимости "очень эффективно помогает в снижении преступности": лечение и оказание помощи в тюрьме или в качестве альтернативы лишению свободы снижают частоту рецидивов, передачу ВИЧ и рецидивы преступности¹¹⁰. Таким образом, эффективное лечение от наркотической зависимости защищает не только отдельных лиц, но и общество в целом, и противодействует отрицательному циклу рецидива, который подвергает риску других содержащихся под стражей лиц. Поскольку программы снижения вреда эффективны по затратам и относительно просто осуществляются в учреждениях закрытого типа, их следует в срочном порядке внедрять в местах заключения.

¹⁰³ Замечание общего порядка № 14 (2000) Комитета по экономическим, социальным и культурным правам (E/C.12/2000/4), пункт 34.

¹⁰⁴ Open Society Institute, "At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global 'War on Drugs'" (2009), p. 81.

¹⁰⁵ International Harm Reduction Association, *Global State of Harm Reduction 2010* (London, 2010), p. 105.

¹⁰⁶ E/C.12/2000/4, пункт 30.

¹⁰⁷ См. R. Lines, "From equivalence of standards to equivalence of objectives: the entitlement of prisoners to health care standards higher than those outside prisons", *International Journal of Prisoner Health*, vol. 2, No. 4 (2006), pp. 269-280.

¹⁰⁸ ВОЗ (Европа), Мадридская рекомендация: Защита здоровья в местах лишения свободы как важный компонент общественного здравоохранения (Мадрид, 2009 год), стр. 22.

¹⁰⁹ Там же, стр. 22-23.

¹¹⁰ UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (Geneva, 2008), p. 14.

В. Декриминализация и депенализация

62. Специальный докладчик считает, что нынешнее установление уголовных наказаний за употребление и хранение наркотиков увековечивает многие из основных рисков, связанных с употреблением наркотиков. Он выступает за рассмотрение менее ограничительных подходов к контролю над наркотиками, включая декриминализацию или депенализацию. Декриминализация употребления наркотиков не может просто приравниваться к *легализации* их употребления. В случае декриминализации употребления и хранения наркотиков они могут быть по-прежнему запрещены по закону, однако уголовные наказания за такие правонарушения либо вовсе не применяются, либо назначаются только легкие наказания. Декриминализация, как правило, влечет за собой полную отмену уголовного наказания за соответствующее поведение (вместо него могут применяться административные наказания), тогда как в случае депенализации необходимо отменить наказание, связанное с лишением свободы, хотя указанное поведение по-прежнему является уголовным поведением¹¹¹. Легализация, напротив, не предполагает каких-либо запретов в отношении соответствующего поведения.

63. Международными договорами о контроле над наркотиками допускается возможность ряда добросовестных толкований, которые позволяют провести внутреннюю законодательную реформу¹¹² даже в отсутствие значительных изменений международного режима контроля над наркотиками. Например, в пункте 2 статьи 3 Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года предусматривается, что обязательства о криминализации хранения для личного потребления являются второстепенными по отношению к конституционным положениям и принципам правовой системы государства. Например, Верховный суд Аргентины недавно постановил, что применение уголовных наказаний за хранение марихуаны для личного потребления противоречит конституции. Впоследствии Аргентина приняла законодательные меры с целью декриминализации личного потребления наркотиков. Мексика также недавно декриминализовала хранение небольших количеств наркотиков для личного потребления, и обе страны подверглись критике со стороны Международного комитета по контролю над наркотиками, особенно на том основании, что поправки порождают "ошибочные представления среди широкой общественности"¹¹³.

64. Кроме того, в 2001 году Португалия декриминализовала приобретение, хранение и употребление всех запрещенных наркотиков для личного потребления, отнеся их вместо этого к административным правонарушениям¹¹⁴. Этот закон допускает применение денежных или неденежных санкций, и существует положение о приостановлении действия санкций в случае прохождения правонарушителем курса лечения. В отличие от реакции Международного комитета по контролю над наркотиками в случае Аргентины и Мексики, декриминализация в такой степени была признана соответствующей Конвенции 1988 года¹¹⁵. Декриминализация в

¹¹¹ G. Greenwald, *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies* (Cato Institute, Washington, D.C., 2009), p. 2.

¹¹² G. Harris, "Decriminalisation: pushing the limits of drug control", International Harm Reduction Association Conference, Liverpool, 27 April 2010.

¹¹³ МККН, *Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2009 год* (E/INCB/2009/1), стр. 84 и 92.

¹¹⁴ Декрет-закон Португалии № 183/2001 от 21 июня 2001 года, статья 2 (1).

¹¹⁵ МККН, *Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2004 год*

целом рассматривалась как лучший вариант минимизации связанных с наркотиками проблем в Португалии, в значительной степени посредством дестигматизации употребления наркотиков и привлечения большей доли потребителей наркотиков к лечению, а не как сигнал для общественности, что употребление наркотиков не влечет за собой ответственности¹¹⁶.

65. Несколько других государств депенализовали различные виды употребления и хранения наркотиков. Это произошло либо в результате принятия с этой целью законов, либо в виде депенализации де-факто, в силу которой законы о наркотиках не применяются со всей строгостью. Испания сохраняет уголовные санкции за употребление наркотиков, хотя отданные под суд лица никогда не приговариваются к тюремному заключению только за употребление наркотиков¹¹⁶. В Нидерландах и Германии хранение наркотиков для личного потребления остается незаконным де-юре, но наказание за нарушение этих законов не назначается¹¹⁷. Однако это решение, очевидно, является недостаточным в лучшем случае.

66. Декриминализация и депенализация могут уменьшить риски, связанные с употреблением наркотиков, и расширить участие потребителей наркотиков в лечении от наркомании. В Португалии после декриминализации употребление наркотиков снизилось в абсолютном выражении во всех основных демографических категориях и сократились как связанная с наркотиками смертность, так и число новых случаев ВИЧ-инфицирования среди наркозависимых¹¹⁸. В 1999–2003 годах число лиц, проходящих заместительную терапию, также возросло с 6040 до 14 877 человек¹¹⁹.

67. Следует отметить, что в Португалии, например, декриминализация проводится наряду с другими усилиями, включая значительное расширение спектра программ лечения от наркомании, санитарное просвещение по вопросам наркотиков и переключение усилий полиции на пресечение оборота наркотиков¹¹⁹. Это показывает, что одних законодательных изменений недостаточно для значительного снижения вреда при употреблении наркотиков. Там, где декриминализация проводится наряду с лечением, санитарным просвещением и другими мерами, осуществляемыми в нужном масштабе – например, с целью сдерживания распространения передаваемых через кровь вирусов, – право на здоровье всех членов общества осуществляется самым эффективным образом.

68. Депенализация некоторых преступлений, связанных с наркотиками, также привела бы к снижению численности лиц, лишенных свободы, что в свою очередь уменьшает риски для здоровья, связанные с тюремным заключением. Чрезмерная пенализация может также привести к переполненности и плохим условиям содержания в тюрьмах и сама служит стимулом к смягчению некоторых законов об употреблении наркотиков¹²⁰. Недавно была осуществлена депенализация в Бразилии, где приговоры к тюремному заключению за хранение наркотиков для

(E/INCB/2004/1), стр. 100.

¹¹⁶ C. Hughes and A. Stevens, “What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs?” *British Journal of Criminology*, forthcoming.

¹¹⁷ M. Jelsma, “Salir de la oscuridad”, *Newsweek Argentina*, 19 August 2009.

¹¹⁸ *Ibid.*, pp. 15-17.

¹¹⁹ C. Hughes and A. Stevens, “The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal”, *The Beckley Foundation Drug Policy Programme*, Briefing Paper 14 (2007), p. 2.

¹²⁰ *Ibid.*, p. 9.

личного потребления были отменены и заменены просветительскими программами¹²¹.

69. Помимо законодательных изменений, нельзя недооценивать важность переподготовки и повышения осведомленности сотрудников правоохранительных органов, особенно из-за риска, порождаемого жесткими действиями полиции. Например, в 1980-х годах значительно более высокая распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков отмечалась в Эдинбурге, где полиция агрессивно проводила в жизнь законы, запрещающие обладание иглами, по сравнению с соседним Глазго, в котором таких жестких правоприменительных мер не было¹²². Любые усилия по декриминализации или депенализации употребления или хранения наркотиков должны сочетаться с соответствующими стратегиями, с тем чтобы гарантировать ослабление страха и стигматизации, которые усиливаются в результате чрезмерно жестких полицейских мер.

С. Использование основанных на концепции прав человека показателей и руководящих положений

70. При разработке международных руководящих положений в отношении осуществления международных договоров о контроле над наркотиками была бы подробно рассмотрена связь между усилиями по контролю над наркотиками и правами человека, что позволило бы государствам определить, согласуются ли их усилия с подходом, основанным на праве на здоровье. Такие руководящие положения должны выдвигать на первый план уязвимость маргинализированных групп, таких как потребители наркотиков и люди, живущие с ВИЧ, которые в наибольшей степени подвергаются риску нарушения прав человека в результате режимов контроля над наркотиками. Эти руководящие положения должны разрабатываться в ходе инклюзивного, транспарентного и основанного на широком участии процесса консультаций с соответствующими группами населения. По вопросам ВИЧ и борьбы с терроризмом уже разработаны международные руководящие положения, используемые для руководства политикой и программами на национальном уровне, в которых кратко описывается, как нормы в области прав человека применяются в каждом контексте, и перечисляются практические меры, которые должны приниматься государствами в связи с этими вопросами в соответствии с подходом, основанным на концепции прав человека.

71. В последние 10 лет благодаря этой процедуре также обсуждается применение показателей здоровья в рамках основанного на концепции прав человека подхода к здоровью¹²³. Основанный на концепции прав человека подход требует "эффективных, транспарентных и доступных механизмов мониторинга и отчетности"¹²³. Основанные на концепции прав человека показатели используются во многих областях, включая сокращение масштабов бедности, развитие и другие важнейшие области, с тем чтобы обеспечить соблюдение государствами всех обязательств, вытекающих из различных прав человека. Бывший Специальный докладчик установил три категории показателей: структурные показатели, показатели процесса и показатели последствий. Структурный показатель, который,

¹²¹ См. Закон № 11343/2006, статья 28.

¹²² R. MacCoun and P. Reuter, "Harm Reduction in Europe", *Drug war heresies: learning from other vices, times and places* (Cambridge, 2001) p. 266.

¹²³ См. E/CN.4/2006/48, раздел II.

как правило, оформляется как вопрос, требующий ответа "да" или "нет", позволяет узнать, существует ли та или иная основная структура или механизм, тогда как показатели процесса и последствий – это показатели, которые измеряются в процентах или числах и поэтому требуют более сложных исследований и анализа¹²⁴. Показатели процесса измеряют усилия государства по осуществлению права на здоровье, а показатели последствий измеряют воздействие таких мер на здоровье различных групп населения. Эти показатели устанавливают стандарт, на который могут ориентироваться государства, что позволяет им измерять свои последовательные достижения и эмпирически определять недостатки, когда они имеют место.

72. Специальный докладчик предлагает, чтобы соответствующие международные организации разработали показатели, аналогичные указанным ниже:

- a) Структурные показатели:
 - i) доступность ОЗТ, программ в отношении игл и шприцев и других мер по снижению вреда;
 - ii) принятие государством списка основных лекарственных средств;
 - iii) доступность этих основных лекарственных средств;
 - iv) осуществление законов об альтернативных видах исправительного воздействия или аналогичных законов в отношении наркозависимых, столкнувшихся с системой уголовного правосудия.
- b) Показатели процесса:
 - i) процентная доля центров содержания под стражей, в которых осуществлены меры по снижению вреда;
 - ii) процентная доля потребителей наркотиков, получающих антиретровирусную терапию (в соответствующих случаях);
 - iii) процентная доля наркозависимых, получающих соответствующее лечение (согласно определению ЮНОДК/ВОЗ).
- c) Показатели последствий:
 - i) процентная доля потребителей наркотиков, которые инфицированы ВИЧ;
 - ii) процентная доля лиц в местах заключения, которые инфицированы ВИЧ.

D. Альтернативные нормативные основы контроля над наркотиками

73. Специальный докладчик считает, что в долгосрочном плане существует необходимость рассмотреть альтернативы нынешней системе контроля над наркотиками. Рамочная конвенция по борьбе против табака может стать одной из таких альтернативных моделей, в которой некоторые контролируемые лекарственные средства регулировались бы подобно табаку. Цель Рамочной конвенции заключается в снижении вреда от курения табака с социальной,

¹²⁴ См. A/58/427, пункт 25.

экологической точек зрения и с точки зрения здравоохранения посредством создания системы, с помощью которой можно постоянно уменьшать глобальное потребление табака. Она представляет смену парадигмы в разработке регулятивной стратегии в отношении вызывающих привыкание веществ, которая защищает права потребителей наркотиков и наркозависимых лиц при минимизации сопутствующего вреда. Новая регулятивная основа, относящаяся к другим наркотическим средствам, помимо табака, потребовала бы оценки научных данных о воздействии того или иного наркотика на отдельных лиц и общество, а также о воздействии каждого контролируемого наркотического средства на общественное здоровье и права человека, и включение в схему происходило бы на индивидуальной основе.

74. Неценовые меры Рамочной конвенции по борьбе против табака служат лучшими примерами мер защиты и правил, которые могут заменить существующую систему, основанную на правоприменительных мерах. К таким мерам относятся регулирование содержания наркотического средства, просвещение и повышение осведомленности, а также меры, относящиеся к снижению зависимости и отказу от употребления. Осуществление этих мер обеспечивало бы право на здоровье, в частности, в результате обеспечения поставок нефальсифицированных наркотических средств, повышения осведомленности отдельных лиц и групп населения в целях минимизации риска, а также, в случае необходимости – обеспечения доступа к соответствующему лечению. Как правило, почти все эти меры реализуются сторонами Рамочной конвенции по борьбе против табака в высокой степени, что свидетельствует об аналогичных возможностях применительно к контролируемым в настоящее время наркотическим средствам.

75. Кроме того, предлагаемая основа допускала бы обусловленное культурными традициями употребление наркотиков, воздействие которых на общественное здоровье, как доказано, является очень ограниченным, таких как листья коки в Боливии и различные формы каннабиса в Индии. Существующий режим лишает миллионы людей средств к существованию и не допускает традиционное употребление наркотических средств из-за запретов на выращивание и чрезвычайно вредных методов уничтожения, используемых для ограничения производства. Эти санкции неоправданны и бесполезны в ограничении употребления наркотиков.

VII. Рекомендации

76. Государствам-членам следует:

- **обеспечить доступность для потребителей наркотиков, в особенности находящихся в местах лишения свободы, всех мер по снижению вреда (перечисленных ЮНЭЙДС) и услуг по лечению от наркотической зависимости, в особенности опиоидной заместительной терапии;**
- **декриминализовать или депенализировать хранение и употребление наркотиков;**
- **отменять или постоянно изменять законы и политику, препятствующие предоставлению основных медико-санитарных услуг потребителям наркотиков, и рассматривать результаты осуществления инициатив в области правоохранительной деятельности в связи с контролем над наркотиками в целях обеспечения соблюдения обязательств в области прав человека;**

- вносить поправки в законы, нормативные акты и политику в целях расширения доступа к контролируемым основным лекарственным средствам.

77. Органам по контролю над наркотиками Организации Объединенных Наций следует:

- учитывать вопросы прав человека в законах, политике и программах при осуществлении мер в рамках контроля над наркотиками;
- поощрять расширение коммуникации и диалога между организациями системы Организации Объединенных Наций, заинтересованными вопросами воздействия употребления наркотиков и рынков, и политическими мерами и программами контроля над наркотиками;
- рассмотреть возможность создания постоянного механизма, такого как независимая комиссия, посредством которого международные субъекты в области прав человека могут способствовать формированию международной политики в отношении наркотиков и контролировать национальное осуществление, при этом его основной целью считалась бы необходимость охраны здоровья и защиты прав человека потребителей наркотиков и общин, в которых они живут;
- выработать руководящие положения, обеспечивающие указания для соответствующих субъектов в отношении применения основанного на концепции прав человека подхода к контролю над наркотиками, и разработать и опубликовать основанные на концепции прав человека показатели, относящиеся к контролю над наркотиками и праву на здоровье;
- рассмотреть вопрос о создании в долгосрочном плане альтернативных нормативных основ в отношении наркотических средств, построенных по такой модели, как Рамочная конвенция по борьбе против табака.