



АЗЕРБАЙДЖАН • КАЗАХСТАН • КЫРГЫЗСТАН • ТАДЖИКИСТАН • ТУРКМЕНИСТАН • УЗБЕКИСТАН

Доступность профилактики и лечения
ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики,
и лиц, находящихся в местах лишения свободы,
в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане,
Туркменистане и Узбекистане.

Анализ законодательства и политики,
Рекомендации для реформ



UNODC

Управление ООН по наркотикам и преступности



Название: Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане: Анализ законодательства и политики, Рекомендации для реформ

Резюме

В данном отчете представлен анализ национальных программ по ВИЧ и контролю наркотиков, законов гражданского и уголовного права и соответствующих правительственных постановлений и министерских приказов, которые действовали в 2007-2009 годах в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане.

Результаты анализа указывают на отсутствие регуляторных рамок, которые бы явно санкционировали и поддерживали научно-обоснованные вмешательства для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, включая услуги по снижению вреда; национальные законы, политика и программы могут затруднять и, действительно затрудняют, внедрение эффективных подходов к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп, таких как заключенные и лица, потребляющие наркотики, в полном объеме.

Эти законы, политика и программы включают в себя: контроль наркотиков преимущественно путем применения карательных мер; ограничение прав, людей живущих с ВИЧ, лиц, потребляющих наркотики, и заключенных, живущих с ВИЧ и/или зависимых от наркотиков; широкое санкционирование недобровольных медицинских вмешательств, таких как недобровольное тестирование на наркотики, принудительное лечение наркотической зависимости и обязательное тестирование на ВИЧ; и ограниченное участие гражданского общества, включая группы людей, живущих с ВИЧ, лиц, потребляющих наркотики, и заключенных, в разработке, внедрении и оценке эффективности национальных стратегий и законов, касающихся как ВИЧ, так и наркотиков. В этом отчете содержатся рекомендации правительствам для проведения законодательных реформ и совершенствования политики, которые были бы направлены на усиление национального ответа на эпидемию ВИЧ инфекции и, в частности, на улучшение доступности научно-обоснованных услуг здравоохранения, для потребителей наркотиков и лиц в местах лишения свободы. Кроме того, в отчете имеются рекомендации для ООН и других международных организаций для поддержки стран по внедрению этих реформ.

Ключевые слова: 1. Права человека 2. ВИЧ 3. Потребление наркотиков 4. Тюремь 5. Обзор законодательства 6. Законодательная реформа 7. Центральная Азия 8. Азербайджан

© Управление ООН по наркотикам и преступности (UNODC), Региональное представительство в Центральной Азии

© Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу

Эта публикация не была профессионально отредактирована. Она не является официальной публикацией ООН. Содержание этой публикации не обязательно является отражением взглядов или политики UNODC или организаций, внесших вклад, и не предполагает ее поддержки. Употребляемые обозначения не означают выражение какого-либо мнения со стороны ООН относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей или относительно делимитации их границ. UNODC и Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу приложили все усилия для проверки достоверности информации, содержащейся в этой публикации, и того что она верна на декабрь 2009 года. Однако, опубликованный материал распространяется без каких-либо гарантий любого рода, выраженных явно или предполагаемых. Ответственность за интерпретацию и использование этого материала несет сам читатель. Ни в коем случае UNODC или Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу не несут ответственности за ущерб вследствие его использования.

Впервые опубликовано в 2010

Опубликовано в Ашхабаде, Туркменистан, Региональным представительством Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) в Центральной Азии. Эта публикация имеется на Интернетe: www.unodc.org/centralasia

Эта публикация может воспроизводиться и распространяться в некоммерческих целях при наличии соответствующих ссылок на оригинал.

Дополнительная информация может быть получена по следующим адресам:

Региональное представительство Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) в Центральной Азии:

**Республика Узбекистан, Ташкент, 100100,
ул. Абдуллы Каххара 30а
Телефон: (+998-71)120-80-50
Факс: (+998-71)120-62-90**

или

**Программный офис UNODC в Астане
Республика Казахстан, Астана, 010000,
ул. Букейхана 26, Здание ООН
Телефон: (+7- 7172) 32 06 47
Факс: (+7- 7172) 59 25 40**

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК АББРЕВИАТУР	6
ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ	7
КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ	11
I. СВОДНЫЙ ОТЧЕТ	22
1. ВВЕДЕНИЕ	22
1.1 Базовая информация о проекте.....	22
1.2 Обоснование необходимости законодательных реформ и важности проведения политики, основанной на правах человека	24
1.3 Методология	32
2. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНАХ ПРОЕКТА	36
2.1 Население и география	36
2.2 Потребление наркотиков	36
2.3 Эпидемия ВИЧ-инфекции	37
2.4 Формы правления и законодательство	39
2.5 Системы уголовного правосудия.....	41
2.6 Системы здравоохранения	42
2.7 Системы исправительных учреждений	45
2.8 Ситуация с правами человека: ВИЧ-инфекция, потребление наркотиков, тюрьмы.....	46
3. ВОПРОСЫ АДМИНИСТРАТИВНОГО И УГОЛОВНОГО ПРАВА	49
3.1 Законодательство о наркотиках: ситуация в странах проекта	49
3.2 Обоснование необходимости реформирования законодательства о наркотиках	51
3.3 Рекомендации по реформированию законодательства и политики по контролю наркотиков	55
3.4 Рекомендации относительно других правовых проблем, имеющих отношение к ВИЧ-инфекции	60
4. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ	63
4.1 Здравоохранение в странах проекта	63
4.1.1 Здравоохранение: структура, доступ к услугам и права пациента.....	63
4.1.2 Профилактика и лечение наркотической зависимости	68
4.1.3 Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции.....	83
4.2 Обоснование необходимости реформирования здравоохранения	93
4.2.1 Реформирование национальных программ и законов, касающихся ВИЧ-инфекции и контроля наркотиков	93
4.2.2 Осуществление права на здоровье и других прав пациентов	95
4.2.3 Улучшение профилактики и лечения наркотической зависимости	98
4.2.4 Улучшение доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции	107

4.3 Рекомендации по реформированию политики и законодательства, касающихся систем здравоохранения и социальной защиты	119
4.3.1 Обеспечение доступа к услугам здравоохранения и защита прав пациента	119
4.3.2 Реформирование национальных программ и законов о ВИЧ и наркотиках	120
4.3.3 Улучшение профилактики и лечения наркотической зависимости	124
4.3.4 Улучшение профилактики и лечения ВИЧ-инфекции	128
5. ТЮРЬМЫ	132
5.1 Уголовно-исполнительные системы: общая информация	132
5.2 ВИЧ-инфекция, потребление наркотиков и рискованное поведение в тюрьмах: обзор ситуации	133
5.3 Действующее законодательство, политика и правоприменительная практика в отношении ВИЧ-инфекции и потребления наркотиков в тюрьмах	134
5.4 Обоснование необходимости реформирования пенитенциарной системы	140
5.5 Рекомендации по реформированию уголовно-исполнительной системы	151
6. ЗАКОНОДАТЕЛЬНО ЗАКРЕПЛЕННЫЕ ДИСКРИМИНАЦИЯ И ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВ	159
6.1 Текущая ситуация в странах проекта	160
6.1.1. Дискриминация людей, живущих с ВИЧ	160
6.1.2. Дискриминация людей, потребляющих наркотики.....	164
6.2 Обоснование необходимости реформирования законодательства и политики для предотвращения дискриминации	167
6.3 Рекомендации по реформированию политики и законодательства для искоренения дискриминации	174
7. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ООН И ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОДДЕРЖКУ В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ	178
II. ОТЧЕТЫ СТРАН	181
АЗЕРБАЙДЖАН.....	183
КАЗАХСТАН.....	229
КЫРГЫЗСТАН	283
ТАДЖИКИСТАН	329
ТУРКМЕНИСТАН.....	371
УЗБЕКИСТАН	421
III. ПРИЛОЖЕНИЯ	466
ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Сравнительные таблицы юридической классификации и пороговых количеств контролируемых психоактивных веществ в странах проекта	466
ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Инструмент оценки	471
ПРИЛОЖЕНИЕ 3: Пособие по проведению тренинга	495
ПРИЛОЖЕНИЕ 4: Перечень вопросов для самооценки соответствия национального законодательства страны международным стандартам по правам человека.....	517
ПРИЛОЖЕНИЕ 5: Словарь терминов.....	525

СПИСОК АББРЕВИАТУР

ВДПЧ	Всеобщая декларация прав человека
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ЕС	Европейский Союз
ИОО	Институт «Открытое общество»
КНС	Комиссия по наркотическим средствам
КПЧ	Комиссия по правам человека
КЭСКП	Комитет по экономическим, социальным и культурным правам
МАСВ	Международная ассоциация снижения вреда
МПГПП	Международный пакт о гражданских и политических правах
МПС	Межпарламентский союз
МПСВ	Международная программа снижения вреда
МПЭСКП	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах
ПИН	Потребление (или потребители) инъекционных наркотиков
ПРООН	Программа развития ООН
СНГ	Содружество Независимых Государств
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ССГАООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН
ТБ	Туберкулез
УВКПЧ	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека
ХРВ	Хьюмэн Райтс Уотч
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
UNODC	Управление ООН по наркотиками и преступности

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Данная публикация является результатом коллективной работы большой группы преданных делу людей, представляющих Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Региональное представительство Управления ООН по наркотикам и преступности в Центральной Азии (UNODC ROCA), и Канадскую правовую сеть по ВИЧ/СПИДу. Каждый из ниже следующих людей внес вклад в подготовку настоящего отчета.

Нина Керими, Региональный координатор проекта UNODC, сформулировала цель анализа законодательства и разработала условия технического задания для международного и национальных консультантов, участвовала в составлении программы тренинга национальных экспертов и ко-фасилитировала его; обеспечивала общую координацию работы и техническую поддержку групп экспертов из всех шести стран, включая предоставление комментариев и субстантивной информации в каждый раздел публикации.

Лия Утяшева, Ведущий аналитик по стратегическим вопросам, Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу, и основной консультант UNODC, разработала Инструмент оценки для анализа национального законодательства стран, участвующих в проекте, и его соответствия международным стандартам прав человека. Она осуществляла техническое руководство в течение всей работы национальных экспертов. Используя информацию, собранную национальными экспертными группами с помощью Инструмента оценки, и проведя дополнительные исследования, она составила первые варианты отчетов по странам и интегрированного отчета. Она также составила: модуль тренинга, который может быть использован для подготовки экспертов при выполнении похожих проектов, вопросник для самооценки стран и глоссарий. Лия Утяшева также участвовала в разработке программы тренинга, вела его и представляла результаты анализа законодательства на международных конференциях.

Ричард Эллиотт, Исполнительный директор Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу, внес значительный вклад в разработку структуры этой публикации и ее содержание, включая написание и редактирование английской версии отчета.

Джоан Чете, бывший Исполнительный директор Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу, и Ричард Пирсхаус, бывший Директор отдела по политике и исследованиям Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу, участвовали в разработке методологии и структуры проведенной оценки законодательства. Ричард Пирсхаус и Мирзахид Султанов, Региональный советник UNODC по ВИЧ/СПИДу участвовали в разработке программы тренинга для национальных экспертов и ко-фасилитировали его. Джоан Чете и Ричард Пирсхаус участвовали в написании и редактировании текста отчета.

Эта работа не могла быть сделана без приверженности делу и профессионализма нижеследующих национальных экспертов, которые предоставили информацию, необходимую для анализа, провели оценку национального законодательства, используя стандартный Инструмент оценки, докладывали результаты работы на совещаниях заинтересованных сторон, и давали комментарии к черновым вариантам отчетов стран, написанных международным консультантом UNODC.

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Ады Реджебли	Председатель Комиссии по социальным и политическим вопросам, Руководитель Рабочей группы, Милли Меджлис (Парламент)
Ельхан Азизов	Юрист, Министерство здравоохранения
Адиль Алекперов	Юрист, Управление по специальным вопросам, Министерство внутренних дел
Араз Алигулиев	Руководитель НПО "Шефа"
Кямаля Амирханова	Прокурор отдела правового обеспечения, Генеральная Прокуратура

Сенан Гаджиев	Юрист, Министерство юстиции
Джейхун Гусейнов	Консультант отдела военных и административных органов, Аппарат Кабинета Министров
Ильгар Джафаров	Ведущий специалист Отдела административного и военного законодательства Аппарата Парламента

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Динара Абдрахманова	Главный специалист Отдела социальной и правовой защиты лиц, содержащихся в учреждениях УИС, Управление правового обеспечения Комитета Уголовно-исполнительной системы, Министерство юстиции
Нурия Гафарова	Заведующая Организационно-методическим отделом, Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании, Министерство здравоохранения
Лолита Ганина	Заведующая Отделом эпидемиологического надзора за ВИЧ, Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД, Министерство здравоохранения
Коркем Жетписбаева	Главный специалист, Управление медицинского обеспечения Комитета Уголовно-исполнительной системы (КУИС), Министерство юстиции
Айгуль Катренова	Главный специалист Комитета Государственного Санитарно-эпидемиологического надзора, Министерство здравоохранения
Жанар Кусбергенова	(Бывший) Главный специалист отдела нормативно-правовой работы, Министерство здравоохранения
Гульнар Татымтаева	Старший оперуполномоченный по особо важным делам, Управление профилактики и межведомственной координации, Комитет по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков, Министерство внутренних дел

КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Мавлен Абдукул уулу	Начальник Отдела правового обеспечения, анализа и стратегического развития Управление реформирования УИС Министерства юстиции
Марат Джаманкулов	Начальник Управления реформирования уголовно-исполнительной системы, Министерство Юстиции
Зоотбай Добаев	Координатор Программы по Пенитенциарной Системе, Аппарат Правительства
Эрик Ирискулбеков	Координатор Проекта ЛЖВС и УГ, Правовая клиника "Адилет"
Гульзат Саадабаева	Главный специалист, юрист Управления кадровой политики и организационной работы, Министерство здравоохранения
Богатырь Сапарбаев	Начальник Организационно-инспекторского Отдела Главного управления исполнения наказаний (ГУИН)

РЕСПУБЛИКА ТАДЖИКИСТАН

Мухаммад Арипов	Главный специалист Юридического отдела Исполнительного аппарата Президента Республики Таджикистан
Рахимджон Махмудов	Заведующий Юридическим отделом, Министерство здравоохранения
Владимир Магкоев	Координатор программы по Республике Таджикистан, Программа по снижению спроса на наркотики, ИОО ФС
Азамджон Мирзоев	Заместитель министра здравоохранения, Министерство здравоохранения
Джумабой Сангинов	Член Комитета по социальным вопросам, семьи, охраны здоровья и экологии Маджлиси Намояндагон, Маджлиси Оли (парламента), Руководитель фракции

Муртазокул Хидиров	Директор НПО "РАН"
Фарангиз Ямакова	Ведущий специалист Управления международно-правовых связей и защиты экономических интересов, Министерство юстиции
Бахром Абдулхаков	Заместитель начальника Управления исправительных дел Министерства юстиции

ТУРКМЕНИСТАН

Тагандурды Аннамурадов	Начальник медицинской службы, Министерство внутренних дел
Гулялек Байрамова	Ведущий специалист- юрист Отдела международных отношений и права, Министерство внутренних дел
Алтынгозель Диванова	Независимый юрист-эксперт, Юридическая фирма "Копетдаг-Лада"
Батыр Кулханов	Старший прокурор Управления международных отношений, Генеральная прокуратура
Шамурад Хыдыров	Зам. начальника управления исполнения наказаний, Министерство внутренних дел

РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН

Шоира Умарова	Юрист, депутат, Заместитель председателя Комитета по труду и социальным вопросам Законодательной Палаты Олий Мажлиса (Парламент)
Джамиля Ниязова	Юрист, депутат, член Комитета по труду и социальным вопросам Законодательной Палаты Олий Мажлиса (Парламент)
Ирина Дудукина	Главный юрисконсульт, Министерство здравоохранения
Махмуд Абдухаликов	Директор Адвокатской фирмы "Al-Mahmud Maslahati"
Мумтоз Хакимов	Координатор Странового Координационного Комитета (СКК) по ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии
Носир Джураев	Специалист- эпидемиолог Республиканского Центра СПИД
Ойбек Каюмов	Главный врач Республиканской больницы (УЯ-1864) Главного управления исполнения наказаний (ГУИН), Министерство внутренних дел
Жамолитдин Нуриддинов	Заместитель начальника Республиканской больницы, ГУИН Министерство внутренних дел
Олег Мустафин	Главный врач, Ташкентский городской наркологический диспансер

Следующие национальные сотрудники Регионального представительства Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) в Центральной Азии оказывали всестороннюю поддержку в работе национальных экспертных групп, предоставляли комментарии к отчетам стран, организовывали встречи с заинтересованными сторонами для обсуждения результатов анализа законодательства и представлении правительствам рекомендаций отчета.

Арзу Гулиева	Национальный сотрудник проекта, UNODC, Азербайджанская Республика, Баку
Мадина Такенова	Национальный сотрудник проекта, UNODC, Республика Казахстан, Астана
Мирлан Мамыров	Национальный сотрудник проекта, UNODC, Кыргызская Республика, Бишкек
Мутабара Вохидова	Национальный сотрудник проекта, UNODC, Республика Таджикистан, Душанбе
Аннатч Мамедова	Национальный сотрудник проекта, UNODC, Туркменистан, Ашхабад

Акмаль Рустамов	Национальный сотрудник проекта, UNODC, Республика Узбекистан, Ташкент
Гюльнара Карпишева	Ассистент проекта UNODC, Республика Казахстан, Астана
Ирина Макарова	Ассистент проекта UNODC, Республика Узбекистан, Ташкент
Альмира Манапбаева	Ассистент проекта UNODC, Кыргызская Республика, Бишкек

Перевод с английского на русский и с русского на английский языки: Эля Энгельгардт, Лиана Ибрагимова и Ольга Вовк. Дополнительная помощь в редактировании была предоставлена Аликом Хачатряном.

Эта публикация – результат проекта UNODC TDRAC-I29, финансируемого Фондом международного развития ОПЕК (OFID), ЮНЭЙДС, правительствами Австрии, Италии, Швеции и Ирландии; в Кыргызстане и Таджикистане некоторые части этой работы были выполнены при финансовой поддержке Департамента по международному развитию Великобритании (DFID) и Института Открытого Общества (OSI).

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРОЕКТЕ

В настоящее время в евразийском регионе наблюдается одна из наиболее быстро растущих эпидемий распространения ВИЧ-инфекции, причем ее главным движущим фактором является опасная практика инъекционного потребления наркотиков. За последнее десятилетие в регионе, в который входят страны бывшего Советского Союза, наблюдаются самые высокие в мире темпы роста потребления наркотиков¹ и по недавним оценкам агентств ООН, в Восточной Европе и Центральной Азии инъекционное потребление наркотиков является причиной более чем 80% всех случаев заражения ВИЧ.²

Все шесть стран, участвовавших в проекте по оценке законодательства – Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан – имеют свои отличительные особенности, касающиеся распространенности ВИЧ и ответных мер по борьбе с эпидемией, но между этими странами есть и много общего. Во всех этих странах существует концентрированная эпидемия ВИЧ, которая распространяется главным образом из-за опасной практики потребления инъекционных наркотиков. Существует значительный потенциал для дальнейшего стремительного распространения ВИЧ в Центральной Азии и Азербайджане. В период с 2000 по 2007 гг. число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в регионе Центральной Азии выросло в 15 раз.³ Кроме того, по мнению местных и международных экспертов, вполне возможно, что официальные данные занижены по сравнению с реальным уровнем эпидемии примерно в десять раз.⁴

Распространению ВИЧ на территории участвовавших в проекте стран способствует также высокий уровень распространения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Помимо быстро растущей эпидемии ВИЧ, в регионе распространены туберкулез, заболевание, которое является одной из главных причин смертности людей с ослабленной вследствие ВИЧ-инфекции иммунной системой. Особенно высок уровень распространения туберкулеза среди потребителей инъекционных наркотиков и заключенных.⁵ ВИЧ в тюрьмах – еще одна серьезная причина для озабоченности, напрямую связанная с употреблением наркотиков инъекционным путем. Хотя люди, употребляющие наркотики, и заключенные в местах лишения свободы особенно сильно страдают от ВИЧ-инфекции, они слабо охвачены услугами профилактики и лечения ВИЧ.

По данным агентств ООН, "[в] большинстве стран Восточной Европы и Центральной Азии, где потребление наркотиков в инъекциях является причиной более чем 80% всех новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией, программами распространения игл и шприцев постоянно охвачены лишь 10% от предполагаемого общего числа потребителей инъекционных наркотиков".⁶ Несмотря на признанную эффективность таких вмешательств, как программы предоставления стерильных игл и шприцев и опиоидная заместительная терапия, имеющиеся данные указывают на то, что лишь ограниченное число людей, потребляющих инъекционные наркотики, охвачены такими услугами⁷, а сотни тысяч употребляющих наркотики лиц не имеют доступа к таким программам из-за юридических и социальных барьеров.

1 Центральная Азия: Кыргызская Республика, Таджикистан и Узбекистан – региональное исследование проблемы потребления наркотиков и ВИЧ/СПИДа [Central Asia: Kyrgyz Republic, Tajikistan and Uzbekistan – Regional Study on Drug Use and HIV/AIDS], Regional Summary (УНП ООН и Всемирный банк, 2007), с. 16

2 ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ, *На пути к всеобщему доступу: повышение приоритета работы по ВИЧ/СПИДу в секторе здравоохранения: отчет о достижениях за 2008 год* [Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress Report 2008] (Женева: ВОЗ, 2008), стр. 66.

3 UNODC (Региональный офис по Центральной Азии), *Сборник статистических данных по проблеме наркотиков за 1997-2008 гг.* [Compendium of Drug-related Statistics 1997-2008] (июнь 2008 г.), стр. 32.

4 Там же.

5 ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ, *На пути к всеобщему доступу* [Towards Universal Access] (2008), стр. 36-38.

6 ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ, *На пути к всеобщему доступу*, стр. 63.

7 ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ, *На пути к всеобщему доступу*, стр. 66-67, 69-70.

Оценка законодательства и необходимость реформирования законодательства и политики на основе принципов прав человека

В 2007-2008 гг. под эгидой Регионального представительства Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) по Центральной Азии, в рамках проекта "Эффективная профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения в странах Центральной Азии и Азербайджане" (2006-2010 гг.) была проведена оценка национального законодательства в Азербайджане и в пяти странах Центральной Азии (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан). Ее целью было повышение потенциала этих стран в деле обеспечения всеобщей доступности услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, при этом особое внимание уделялось нуждам людей, употребляющих наркотики, и людей, находящихся в местах лишения свободы. Проект выполняли группы специалистов из всех шести стран с технической поддержкой регионального координатора проекта, сотрудников программных офисов UNODC в каждой из этих стран и Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу ("Правовая сеть").

Как показала проведенная оценка, в законодательстве и правоприменении государств-участников проекта прослеживается много общего. Профилактика ВИЧ-инфекции не интегрирована в государственную систему здравоохранения (это относится и к медицинским службам в местах лишения свободы), а значит, медицинские работники зачастую незнакомы с эффективными и научно-обоснованными методами профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний у людей, подверженных высокому риску заражения. Различные службы помощи уязвимым группам существуют изолированно друг от друга, их деятельность не координируется, а правила работы и порядок направления клиентов/пациентов в другие учреждения здравоохранения и организации сформулированы недостаточно четко. Не разработаны, или недостаточно разработаны официальные стандарты деятельности программ снижения вреда. Кроме того, устаревшее законодательство нередко препятствует использованию научно-обоснованных подходов к профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп, особенно мер по снижению вреда, и усложняет взаимоотношения между низкороговыми службами, предоставляющими услуги, касающиеся ВИЧ-инфекции, с одной стороны, и правоохранительными органами - с другой. Сотням тысяч людей, употребляющих наркотики, и людей в местах лишения свободы недоступны услуги профилактики и медицинская помощь (или они предоставляются в ограниченном объеме) из-за структурных, юридических и социальных барьеров. При правильном подходе, четко сформулированное законодательство и регуляторные нормы, призванные повысить доступность качественных услуг, помогут значительно расширить масштабы внедрения научно-обоснованных эффективных мер профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

Как почти во всем мире, в странах Центральной Азии и в Азербайджане люди, употребляющие запрещенные наркотики, и люди в местах лишения свободы, нередко относятся к той части общества, которая в наибольшей степени подвержена социальной изоляции (маргинализации) и стигматизации. С учетом имеющейся административной и уголовной ответственности за потребление наркотиков и (или) хранение даже небольшого их количества для личного потребления у людей, употребляющих наркотики, существует высокий риск оказаться в тюрьме. Они уязвимы для целого ряда нарушений прав человека, таких как произвол со стороны сотрудников правоохранительных органов, лишение свободы, отказ в медицинской помощи (как в тюрьме, так и на свободе).⁸ В местах лишения свободы заключенные подвергаются повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией из-за совместного использования инструментария для инъекций и нанесения татуировок, а также из-за незащищенных половых контактов - как по добровольному согласию, так и по принуждению. Даже в странах, прилагающих значительные усилия и вложивших большие средства по пресечению распространения наркотиков, не удалось полностью остановить потребление наркотиков в тюрьмах.

Широко признан тот факт, что ответные меры по противодействию ВИЧ и СПИДу гораздо более эффективны в условиях, когда защищены права человека, особенно в отношении наиболее уязвимых лиц. Законы и политика, которые опираются на нормы и принципы прав человека и отражают их, являются основным элементом "подхода, основанного на правах человека" (хотя очевидно, что

⁸ См. подробнее у D. Barrett et al., *Recalibrating the Regime: The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy* (London: The Beckley Foundation Drug Policy Programme, 2008).

для гарантий полного осуществления прав человека потребуются и дополнительные меры, помимо принятия совершенного законодательства и политики). Подход, основанный на уважении прав человека, должен лечь в основу любого реформирования законодательства, и именно такой подход принесет наибольшую пользу с точки зрения охраны здоровья населения.

Международные соглашения о правах человека налагают на государства обязательства уважать, защищать и осуществлять целый ряд прав человека, в том числе посредством национальных законов и политики. В случае Азербайджана и стран Центральной Азии, сюда входит обязательство принимать позитивные меры для постепенного осуществления права на наивысший достижимый уровень здоровья для всех⁹ - в том числе для людей, употребляющих наркотики, и людей, находящихся в местах лишения свободы.

Государства-участники проекта также взяли на себя обязательства уважать и защищать целый ряд гражданских и политических прав, имеющих непосредственное отношение к принятию эффективных мер по противодействию ВИЧ - включая право на жизнь, право на свободу и личную неприкосновенность, право на частную жизнь, право на свободу выражения мнения, право на объединение, а также право на получение информации.¹⁰ Кроме того, в основе всех норм международного права лежит базовый принцип недопустимости дискриминации, имеющий особую актуальность для людей, живущих с ВИЧ, и для таких групп, как люди, употребляющие наркотики, и люди в местах лишения свободы, социальное отторжение и изоляция которых (в том числе посредством санкционированной законом дискриминации) повышает их уязвимость перед ВИЧ-инфекцией и препятствует их доступу к медицинским и иным службам.

⁹ *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*, Генеральная Ассамблея ООН, 993 UNTS 3 (1966) (вступил в силу 3 января 1976 г.), Статья 12; Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, *Комментарий общего характера 14: Право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья*, UN Doc. XXX (2000).

¹⁰ *Международный пакт о гражданских и политических правах*, Генеральная Ассамблея ООН, 999 UNTS 171 (1966) (вступил в силу 3 января 1976 г.), Статьи 6, 17, 19 и 22.

ОБЩЕЕ СОДЕРЖАНИЕ ОТЧЕТА

Данная публикация состоит из следующих частей:

- Часть I представляет собой сводный отчет, содержащий основные результаты обзора и анализа законодательства в шести странах, принявших участие в проекте, и рекомендации по реформированию законодательства;
- Часть II содержит подробные отчеты по каждой из шести стран, в которых дано описание современных международных правовых стандартов и характеристика существующего законодательства и политики, имеющих отношение к проблеме ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики, и людей в местах лишения свободы. В этой части представлены подробные рекомендации по реформированию законодательства и политики для усиления национальных ответных мер по противодействию эпидемии ВИЧ среди названных уязвимых групп населения в каждой из стран, участвовавших в проекте;
- Часть III содержит приложения с дополнительной информацией о проекте и методическими материалами, которые будут полезны законодателям, политикам и другим лицам, ответственным за выполнение рекомендаций.

ЧАСТЬ I – СВОДНЫЙ ОТЧЕТ

Сводный отчет состоит из шести разделов. В **первом разделе** дано описание проекта и используемой методологии. Во **втором разделе** приводятся общие сведения о странах, участвовавших в проекте, включая краткую характеристику ситуации с ВИЧ и СПИДом и потреблением наркотиков среди общего населения и в тюрьмах.

В остальных четырех разделах по отдельности рассматриваются основные вопросы, вызывающие озабоченность. Каждый из этих разделов состоит из следующих подразделов: (а) общий обзор ситуации; (б) обоснование необходимости реформ; (в) рекомендации по реформированию.

В третьем разделе представлена информация по вопросам административного и уголовного права, касающегося потребления наркотиков и ненасильственных преступлений, связанных с наркотиками. Как показал проведенный анализ, в каждой из шести стран-участниц проекта законодательство и правоприменение отражают репрессивный подход к людям, употребляющим наркотики, а в национальных ответных мерах, касающихся проблем потребления наркотиков, главная роль отводится правоохранительным органам, а не органам здравоохранения. Этот подход часто не принимает во внимание научно-доказанные методы профилактики и лечения ВИЧ инфекции и международные стандарты лечения наркотической зависимости и часто противоречит интересам общественного здравоохранения.

В каждой из стран наркотики запрещены административным и уголовным правом; а также установлены минимальные и максимальные количества наркотических и контролируемых психотропных средств для привлечения к административной или (чаще) уголовной ответственности за их хранение. Между странами-участницами проекта отмечены различия в определении понятий мелкого и крупного размера наркотиков, а также в наказаниях за незаконный оборот различного количества наркотиков, причем в Узбекистане и Казахстане отмечены наиболее строгие нормы и жесткие наказания, а в Таджикистане подход несколько более либеральный.¹¹

В законодательстве большинства стран-участниц проекта проводится различие между людьми, употребляющими наркотики и продающими наркотики, путем введения понятий "хранение в целях сбыта" и "хранение без цели сбыта". Азербайджан – единственная страна, в законодательстве которой отражено понятие хранения "для личного потребления".¹² В нескольких странах-участницах проекта

¹¹ Например, в Узбекистане "превышающим небольшое" считается любое количество героина; практически такой же подход существует и в Казахстане, где любой размер героина свыше 0,01 грамма считается "крупным".

¹² В других странах законодательство о наркотиках не содержит понятия "хранения для личного потребления" либо допустимого для хранения количества наркотика в размере "средней разовой дозы".

официально запрещено не только хранение, но и потребление наркотиков *как таковое*, хотя за него не во всех случаях предусмотрены санкции (например, административное или уголовное наказание).¹³

В общем, целью рекомендаций по реформированию административного и уголовного законодательства в странах-участницах проекта является гуманизация политики, касающейся потребления наркотиков и ненасильственных преступлений, связанных с наркотиками путем:

- отмены административной ответственности за потребление наркотиков как таковое и отмены административной и уголовной ответственности за хранение небольших количеств наркотика без цели сбыта;
- принятия мер по защите от преследования программ снижения вреда за "склонение к потреблению наркотиков", "пропаганду" наркотиков, содержание "притона" и по другим подобным обвинениям;
- расширения спектра альтернатив лишению свободы для осужденных за ненасильственные уголовные преступления, связанные с наркотиками, и ограничения использования предварительного заключения;
- отмены практики принудительного выборочного направления граждан на освидетельствование (тестирование) на наркотики сотрудниками правоохранительных органов.

Кроме того, при анализе законодательства были выявлены и другие особенности уголовного и административного права, которые могут помешать эффективным ответным мерам по противодействию ВИЧ среди иных уязвимых групп (помимо людей, употребляющих наркотики, или заключенных), а именно - уголовное преследование таких социально отторгаемых групп, как секс-работники, а в двух странах - мужчин, имеющие сексуальные контакты с мужчинами, и криминализация заражения или постановки в опасность заражения ВИЧ. Эти подходы противоречат международным стандартам прав человека и международным рекомендациям по вопросам политики в области ВИЧ. В данной главе сводного отчета представлены подробное обоснование предложенных реформ и общие рекомендации по названным вопросам, а более детальные рекомендации приведены в отчетах по каждой из стран (Часть II).

В четвертом разделе представлена информация о системах и службах здравоохранения. В каждом из шести государств-участников проекта медицинская помощь населению гарантирована государством. Согласно закону, медицинская помощь оказывается бесплатно по месту постоянного жительства на основании подтверждающего личность документа. Однако отмечено, что во всех шести участвовавших в проекте странах люди, употребляющие наркотики, нередко имеют ограниченный доступ к медицинской помощи и профилактике ВИЧ инфекции. Программ снижения вреда мало и они маргинализированы - их деятельность не предусмотрена законодательством и государственной политикой. Как правило, система наркологического лечения во всех шести странах ставит целью полный отказ от потребления наркотиков и состоит главным образом из детоксификации и некоторых нестандартизованных психосоциальных вмешательств; доступ к другим методам и вариантам лечения, рекомендованным международными организациями, ограничен или вовсе отсутствует. Эффективность существующей системы весьма низка, судя по данным интервьюирования пациентов наркологических служб национальными экспертами в некоторых странах-участницах проекта.¹⁴ По сведениям экспертных групп, адекватной официальной оценки эффективности наркологической службы практически не проводится. Хотя опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) становится все более доступной во всем мире, она по-прежнему отсутствует в двух странах, участвовавших в исследовании (Таджикистан и Туркменистан); единственный пилотный проект ОЗТ в Узбекистане был закрыт в 2009 году, и в остальных трех странах (Азербайджан, Казахстан и Кыргызстан) охват заместительной терапией остается низким.¹⁵

¹³ Законодательством Азербайджана установлена административная ответственность за потребление наркотиков. В Таджикистане и Туркменистане потребление наркотических средств без назначения врача запрещено законом о наркотиках, но мера наказания за такое потребление не предусмотрена ни в административном, ни в уголовном кодексе. В Казахстане и Кыргызстане употребление наркотиков в общественных местах влечет за собой административное наказание, а в Казахстане хранение незначительного количества наркотического вещества может быть уголовно наказуемым. В Узбекистане не предусмотрено ни административной, ни уголовной ответственности за потребление наркотиков, а в законе о наркотиках не содержится запрет их потребления.

¹⁴ Интервью, проведенные экспертными группами Казахстана и Узбекистана; см также: Хьюман Райтс Вотч, *Раздувая пламя: Нарушения прав человека как фактор распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа в Казахстане* (2003 г.)

¹⁵ См. обобщенные доклады по странам.

Принудительное лечение наркотической зависимости в той или иной форме существует во всех шести странах – как в гражданском секторе, так и в местах лишения свободы. Согласно законодательству стран, участвовавших в проекте, на принудительное лечение алкогольной и наркотической зависимости направляются лица, отказывающиеся от прохождения «добровольного» лечения, и чье поведение нарушает общественный порядок и угрожает благополучию окружающих. Во всех этих странах, принудительное лечение для лиц, не совершивших правонарушений или преступлений, предоставляется в наркологических клиниках, находящиеся под эгидой Министерства здравоохранения. В Туркменистане еще сохранился лечебно-трудовой профилакторий, находящийся под контролем Министерства внутренних дел, где проводится принудительное лечение этой категории лиц. Количество лиц, не совершивших преступлений, направляемых на принудительное лечение наркотической зависимости различается в странах проекта: в Таджикистане, Азербайджане и Кыргызстане такой тип лечения применяется редко или оно не применяется вообще, тогда как в Казахстане, Туркменистане и Узбекистане каждый год приблизительно 6-13% от всех людей, получающих лечение наркотической зависимости, проходят его принудительно вне тюрем (UNODC, 2009, неопубликованные данные). Принудительное лечение наркотической зависимости для людей, в местах лишения свободы, практикуется во всех странах, участвовавших в проекте.¹⁶

Во всех этих странах стандартной практикой является постановка людей, потребляющих контролируемые вещества, и людей с зависимостью от наркотиков на учет в наркологических учреждениях - поименно и с указанием других личных данных. Существующие юридические нормы, касающиеся регистрации людей, потребляющих наркотики, в медицинских учреждениях, приводят к многочисленным негативным последствиям для этих людей, включая санкционированную законом дискриминацию в сфере занятости и/или образования.

Многие аспекты национальной политики, касающейся ВИЧ, в странах-участницах проекта устарели, в том числе такая политика, которая позволяет давать широкие полномочия по обязательному или принудительному обследованию на ВИЧ. Хотя национальные законы о ВИЧ непосредственно требуют проведение обязательного или принудительного обследования на ВИЧ только для очень узкого круга людей и ситуаций (например, для доноров крови, иностранных граждан), они и не содержат прямого запрета применения обязательного или принудительного обследования для других групп людей. Нередко ведомственными постановлениями, приказами или инструкциями вводятся дополнительные категории лиц, подлежащих не вполне добровольному обследованию на ВИЧ. Часто нарушается конфиденциальность обследования и имеет место разглашение ВИЧ-статуса обследуемых.

В этом разделе приводятся рекомендации по устранению системных барьеров, препятствующих доступности медицинских услуг. Здесь также обозначены направления, по которым странам-участницам проекта рекомендуется обновить существующие или принять новые законы и стратегии, относящиеся к ВИЧ и к наркотикам, для того чтобы:

- ответные меры по решению взаимосвязанных проблем ВИЧ и наркотиков учитывали особые факторы уязвимости людей, потребляющих наркотики, и людей в местах лишения свободы, и в том числе обеспечивали гарантии полной доступности эффективных программ профилактики и лечения наркотической зависимости и снижения вреда, связанного с потреблением наркотиков;
- организации гражданского общества и уязвимые группы населения были вовлечены в разработку, реализацию и оценку национальной политики и программ по ВИЧ и наркотикам;
- медицинские работники и сотрудники правоохранительных органов были хорошо информированы по вопросам ВИЧ-инфекции, наркотической зависимости и снижения вреда, а также по вопросам прав человека – так, чтобы их деятельность повышала эффективность принимаемых мер.

Кроме того, в этом разделе приведены подробные рекомендации по реформированию законода-

¹⁶ Положения о принудительном наркологическом лечении содержатся в специальных законах о принудительном лечении (в Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане), в специальных разделах УК, регулирующих лечение наркотической зависимости в тюрьмах, и в национальном законодательстве о наркотиках.

тельной базы относительно (1) лечения наркотической зависимости и (2) профилактики и лечения ВИЧ, с особым вниманием к проблемам людей, потребляющих наркотики. Рекомендовано внести такие изменения в национальное законодательство, политику, регуляции, инструкции и протоколы/руководства, чтобы они гарантировали:

- наличие и всеобщую доступность разнообразных программ добровольного лечения наркотической зависимости, включая легкую доступность опиоидной заместительной терапии (ОЗТ);
- применение принудительного лечения наркотической зависимости только как крайней меры, и только при полном соблюдении принципов прав человека и в соответствии с клиническими протоколами, рекомендованными ВОЗ;
- полную конфиденциальность данных о личности пациентов и информации о его здоровье, и запрет на использование информации из медицинской документации людей, употребляющих наркотики/зависимых от наркотиков (например, данные наркологической регистрации) для информирования третьей стороны, если отсутствует ясное и документированное согласие пациента о разрешении передачи информации

Рекомендации по совершенствованию законодательства в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, включают принятие нормативно-правовых положений, которые:

- обеспечат всеобщую доступность тестирования на ВИЧ, сопровождающегося качественным до- и после- тестовым консультированием, которое было бы полностью добровольным, осознанным и строго конфиденциальным (и, хотя бы в некоторых случаях, предусматривает доступность полностью анонимного обследования на ВИЧ);
- запретят обязательное и принудительное тестирование на ВИЧ (за исключением тестирования доноров крови, органов, тканей или иного биологического материала);
- гарантируют полную конфиденциальность сведений медицинского характера, включая результаты тестирования на ВИЧ, и обеспечат наличие эффективных и доступных правовых средств возмещения ущерба лицам, чье право на конфиденциальность медицинских сведений было нарушено;
- гарантируют легкую доступность медицинской помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, в том числе АРТ, особенно для людей, живущих с ВИЧ и потребляющих наркотики или находящихся в местах лишения свободы;
- гарантируют легкую доступность услуг, касающихся туберкулеза, для людей, потребляющих наркотики или лиц, находящихся в местах лишения свободы

В пятом разделе анализируется информация о доступности медицинских услуг (особенно профилактики и лечения ВИЧ инфекции) **в тюрьмах**. В 2008 году в странах-участницах проекта в местах лишения свободы содержалось порядка 135 000 человек, значительная доля которых отбывали срок наказания за преступления, связанные с наркотиками.¹⁷

Власти некоторых стран, участвовавших в проекте, признают факт потребления наркотиков в тюрьмах (например, в Кыргызстане, Казахстане, Таджикистане), но тюремных программ, которые защищали бы потребляющих наркотики людей от инфекционных заболеваний и иного вреда, по-прежнему очень мало. В большинстве стран-участниц проекта заключенным выдают хлорамин, но, по всей видимости, им не сообщается о том, как его правильно применять для эффективной дезинфекции инструментария, используемого при инъекциях (или при нанесении татуировок), также у них нет возможностей получения и использования хлорамина в условиях конфиденциальности. Агентствами ООН и многими другими экспертами по охране здоровья признано, что обеспечение хлорамином не является оптимальной мерой и не может служить заменой доступа к стерильному инструментарию для инъекций или татуировок. Что касается других мер снижения вреда помимо выдачи хлорамина, наиболее прогрессивной из шести стран является политика Кыргызстана, где существуют программы обмена игл и шприцев для заключенных и ОЗТ в пенитенциарной системе. В момент написания этого отчета таких программ не имелось ни в одной из других стран проекта.

¹⁷ По приблизительным подсчетам, до одной трети заключенных в тюрьмах Таджикистана ранее употребляли наркотики в инъекциях; по данным национальной экспертной группы, на момент проведения исследования в 2007 году одна треть заключенных отбывала наказание за преступления, связанные с наркотиками. В Узбекистане 21.4% заключенных отбывали наказание за преступления, связанные с наркотиками.

Согласно докладам о ситуации в некоторых странах-участницах проекта, заключенные нередко вынуждены платить за лекарства и предметы личной гигиены, а доступ к специализированной медицинской помощи (лечение ИППП, стоматологическая помощь и т.д.) часто отсутствует или является неадекватным.

Во всех странах-участницах проекта, заключенные в тюрьмах - в той или иной форме - подвергаются принудительному лечению по поводу наркотической зависимости. Как правило, принудительное лечение назначается осужденному по приговору суда в дополнение к уголовному наказанию – хотя международные договоры о контроле за наркотиками явным образом предусматривают возможность замены осуждения или наказания, в том числе, лечением и реабилитацией наркозависимых, т.е. эти меры могут применяться в качестве *альтернативы*, а не в *дополнение* к уголовному наказанию.¹⁸ В соответствии с национальным законодательством, в тюрьмах почти всех стран, участвовавших в проекте, имеется возможность прохождения добровольного лечения наркотической зависимости (за исключением Туркменистана). Однако национальные эксперты отмечают, что на практике очень немногие заключенные, нуждающиеся в лечении наркотической зависимости, проходят его добровольно.

Во всех странах-участницах проекта законодательство допускает освобождение от наказания из соображений гуманности - в связи с тяжелой болезнью. Обычно считается, что эта процедура применима, по крайней мере, к некоторым больным с диагнозом СПИД, хотя СПИД, как правило, не упоминается в законе как таковой. Вместе с тем, существуют особые дискриминирующие ограничения прав заключенных с ВИЧ и (или) заключенных, не закончивших принудительное лечение наркотической зависимости, – например, отказ в праве перевода в места лишения свободы с менее строгим режимом содержания.

В целом, рекомендации данного раздела направлены на усиление противодействия эпидемии ВИЧ в местах лишения свободы, путем разработки законодательных положений о:

- включении положений о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы в национальные стратегии и программы с четким указанием источников финансирования;
- обеспечении доступности адекватной охраны здоровья заключенных;
- передаче ответственности за охрану здоровья, предоставление медицинских услуг в местах лишения свободы органам здравоохранения (вместо Министерства юстиции или Министерства внутренних дел), чтобы легче было обеспечить гарантированное право заключенных на такие же меры по охране и укреплению здоровья и на такое же медицинское обслуживание, какое доступно людям на свободе;
- информировании и обучении персонала тюрем и заключенных вопросам профилактики и лечения ВИЧ и СПИДа;
- обеспечении беспрепятственного и конфиденциального доступа к дезинфицирующим средствам, таким как хлорамин, и к стерильному инъекционному инструментарию;
- обеспечении доступности добровольного лечения наркотической зависимости (включая ОЗТ), и ограничении применения принудительного лечения в тюрьмах;
- обеспечении доступа к антиретровирусной терапии (АРТ) в тюрьмах;
- обеспечении в местах лишения свободы доступности добровольного и конфиденциального тестирования на ВИЧ с обязательным получением информированного согласия и с консультированием обследуемого;
- предоставлении возможности НПО принимать участие в профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах и помогать заключенным организовывать обучение "равный - равному" и аутрич-работу по вопросам ВИЧ-инфекции.

В шестом разделе приводятся информация и рекомендации по поводу содержащихся в законодательстве **дискриминации и других ограничений прав** людей, живущих с ВИЧ, или уязвимых

¹⁸ Единая конвенция о наркотических средствах, 1961, ООН, 520 UNTS 331, с изменениями, внесенными Протоколом от 1972 г., Статья 36(2); Конвенция о психотропных веществах, 1971, ООН, 1019 UNTS 175, Статья 22; Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988, Статья 3(4)

перед этой инфекцией. В Конституциях и законодательстве всех шести стран-участниц проекта содержатся общие положения о запрете дискриминации, однако, в их правовых системах отсутствуют специальные законы, запрещающие дискриминацию. Запрет дискриминационных действий в отношении определенных групп чаще всего содержится в законах, касающихся этих групп. Анти-дискриминационные положения также содержатся в законодательстве о труде и занятости, а в законах об охране здоровья населения нередко предусмотрены запрет дискриминации и (или) обязанность медицинских работников оказывать медицинскую помощь всем без исключения. В некоторых странах, участвовавших в проекте, нарушение норм о недопустимости дискриминации (или о равноправии) наказуемо в соответствии с Уголовным кодексом. Подобным же образом, в некоторых странах законодательством предусмотрена возможность уголовной ответственности за дискриминационный отказ в медицинской помощи.

Тем не менее, несмотря на эти запреты, дискриминация зачастую формально допускается законодательством в сфере занятости, образования, семейной жизни и в некоторых других областях. В ряде стран людям, живущим с ВИЧ, и лицам, употребляющим наркотики, официально запрещено работать по некоторым специальностям или занимать некоторые должности. Такие запреты нередко сопровождает (и обеспечивает их исполнение) практика обязательного обследования на ВИЧ всех лиц, работающих по определенным специальностям или на определенных должностях или желающих устроиться на работу. В некоторых странах, участвовавших в проекте, лица, желающие поступить в профессиональное или высшее учебное заведение, обязаны представить медицинскую справку, где есть пункты о том, состоит ли человек на учете в наркодиспансере как потребитель наркотиков или как зависимый от наркотиков или алкоголя, а в некоторых случаях требуется и результат обследования на ВИЧ. В странах, где обследование на ВИЧ является обязательным требованием при поступлении в некоторые виды учебных заведений, например, в военную академию, это является нарушением права на образование.

Во многих из стран-участниц проекта иностранные граждане (и лица без гражданства), живущие с ВИЧ, подлежат депортации. Эту практику сопровождает (и обеспечивает ее исполнение) обязательное обследование на ВИЧ иностранцев и лиц без гражданства. Существуют и ограничения на право создавать семью, например, в случае, когда в стране действует утвержденный правительством перечень заболеваний, автоматически лишаящих человека с таким диагнозом права на усыновление ребенка (в такой перечень входят как ВИЧ инфекция, так и наркотическая зависимость).

Для устранения такой дискриминации, заложенной в законе, рекомендуется разработка и уточнение положений, которые бы:

- усилили существующую правовую защиту от дискриминации по признаку ВИЧ-статуса во всех случаях, где такая защита недостаточна или отсутствует;
- ввели правовые механизмы защиты от дискриминации по признаку наркотической зависимости;
- позволили признавать ВИЧ-инфекцию и наркотическую зависимость состояниями инвалидности, по крайней мере, в юридическом смысле (например, в целях защиты от дискриминации по признаку инвалидности);
- устранили необоснованные ограничения прав (или отказ в правах) людей, потребляющих наркотики, и людей, живущих с ВИЧ, таких как, например, необоснованная дискриминация в сфере занятости и образования, в иммиграционной политике и семейных отношениях.

Часть II – Отчеты по странам

Часть II настоящей публикации состоит из шести отчетов о ситуации в странах, участвовавших в проекте, с такой же структурой, как и структура сводного отчета – общий обзор правовой системы страны; положения административного и уголовного законодательства, относящиеся к проблеме наркотиков; доступность медицинской помощи, включая услуги профилактики и лечения наркотической зависимости; услуги профилактики и лечения ВИЧ-инфекции (главным образом, в отношении лиц, потребляющих наркотики); специфические вопросы профилактики и лечения ВИЧ-

инфекции в тюрьмах; положения о запрете дискриминации. Каждый отчет по стране завершается подробным перечнем рекомендаций, соответствующих специфике данной страны, включая ее законодательство и политику на данный момент. Эти отчеты по странам - довольно объемные и подробные - сами являются результатом обобщения еще более подробных результатов оценки законодательства страны специалистами соответствующей национальной экспертной группы, а также дополнительных материалов, собранных экспертными группами, Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу и сотрудниками программных офисов UNODC.

Часть III – Приложения

Часть III содержит несколько приложений, которые включают инструмент оценки, использованный экспертными группами для сбора информации и анализа законодательства; обучающий модуль, согласно которому проводился тренинг экспертных групп; таблицы с информацией по странам, которая может заинтересовать политиков в этих странах, исследователей и специалистов; и глоссарий терминов, использованных в этой публикации.

Ключевые результаты анализа и заключение

В целом, оценка национального законодательства и политики в отношении людей, потребляющих наркотики, и лиц в местах лишения свободы, показала, что у всех шести стран есть общие проблемы, мешающие достижению всеобщего доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Во всех странах существует законодательство, мешающее реализации научно-обоснованных подходов к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди таких уязвимых групп, как заключенные и лица, потребляющие наркотики. Существующее отношение к проблеме и проводимая политика иногда затрудняют взаимодействие между службами профилактики ВИЧ-инфекции и правоохранительными органами. В целом проблемы, выявленные национальными экспертными группами и международными специалистами, можно представить в виде следующих категорий:

- жесткая политика по отношению к людям, потребляющим наркотики, включая их тюремное заключение (иногда за хранение очень малого количества наркотического вещества), при недостатке (или отсутствии) альтернатив лишению свободы для лиц, потребляющих наркотики, совершивших ненасильственные преступления;
- ограничение прав людей, живущих с ВИЧ, потребляющих наркотики, заключенных с ВИЧ и (или) наркотической зависимостью, а также отсутствие имеющих исковую силу анти-дискриминационных норм;
- широкие юридические рамки, дающие возможность для применения недобровольных медицинских вмешательств, таких как принудительное тестирование на наркотики, принудительное лечение наркотической зависимости и обязательного тестирования на ВИЧ;
- отсутствие регуляторной базы, которая явным образом разрешала и поддерживала бы научно-обоснованные методы профилактики ВИЧ-инфекции, включая услуги по снижению вреда, что приводит к ограничению доступа к эффективной профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики и лиц, в местах лишения свободы;
- нехватка эффективных методов лечения наркотической зависимости, особенно опиоидной заместительной терапии (отсутствие ОЗТ в одних странах, а в других - ограниченное число пилотных программ с минимальным охватом), нехватка или полное отсутствие программ реабилитации и профилактики передозировок в гражданском секторе и в тюрьмах;
- недостаток значимого участия гражданского общества, в том числе организаций людей, живущих с ВИЧ, людей, употребляющих наркотики, и заключенных, в разработке, внедрении и оценке эффективности национальных стратегий и законов, касающихся ВИЧ-инфекции и наркотиков.

Этот отчет может помочь парламентариям и людям, принимающим решения, в странах, участво-

вавших в проекте, пересмотреть существующие законодательство и политику, регулирующие доступность услуг здравоохранения в общем, и услуг, связанных с ВИЧ, в частности (включая документы, регулирующие лечение наркотической зависимости, и доступность услуг здравоохранения в местах лишения свободы) и привести их в соответствие с лучшими научно-обоснованными практиками и принципами прав человека. Поправки должны быть разработаны для улучшения законодательства о здравоохранении (конфиденциальность, информированное согласие на медицинские процедуры и лечение, ограничение использования недобровольных медицинских мер), законов о ВИЧ (тестирование на ВИЧ, отмена дискриминационных практик), законодательства о социальной защите и семье (инвалидность, усыновление/удочерение, лишение родительских прав), и административного и уголовного законодательства (положения о потреблении наркотиков/хранении для личного потребления, меры, альтернативные лишению свободы, принудительное лечение наркотической зависимости). Эти рекомендации должны быть отражены в национальных программах по ВИЧ, туберкулезу, контролю наркотиков, и уголовному правосудию/реформе уголовно-исполнительных систем. Для того, чтобы воплотить в жизнь эти рекомендации, будет необходимо привести подзаконные акты и правоприменение в соответствие с измененными законами. Это поможет введению новых и улучшению существующих протоколов и стандартов услуг, улучшению отчетности и подотчетности, улучшению стандартов высшего и среднего профессионального образования. Эти реформы также внесут вклад в защиту людей, потребляющих наркотики, и заключенных от нарушения их прав, включая защиту от дискриминации и наказаний, обусловленных их состоянием здоровья, в то же время, обеспечивая им всеобщий доступ к научно обоснованным услугам здравоохранения. Эти реформы помогут привести национальное законодательство в соответствие с обязанностью государств уважать, защищать и обеспечивать права человека в этих группах населения, включая их право на здоровье, и таким образом, в конечном итоге, внесут вклад в общественное здравоохранение и благополучие общества в целом.

I. СВОДНЫЙ ОТЧЕТ

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 БАЗОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРОЕКТЕ

Настоящий отчет охватывает шесть стран бывшего Советского Союза: Азербайджан и пять стран Центральной Азии: Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан, который приняли участие в проекте «Эффективная профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп в Центральной Азии и Азербайджане» (2006-2010), осуществляемом при поддержке UNODC.

Хотя участвовавшие в проекте страны различаются по уровню распространенности ВИЧ-инфекции и по масштабу ответных мер, у них много общего. По данным ООН, эпидемия ВИЧ в этом регионе в последние годы является одной из самых быстрорастущих в мире, что связано, в основном, с небезопасными методами потребления инъекционных наркотиков. В последние десять лет в этом регионе, состоящем из стран бывшего Советского Союза, наблюдается самый высокий в мире рост распространенности употребления наркотиков.¹⁹ Если в мире потребление инъекционных наркотиков является причиной около 10% заражения ВИЧ-инфекций, в Центральной Азии и в Восточной Европе более чем 80% случаев заражения ВИЧ-инфекцией происходит через инъекционное потребление наркотиков.²⁰ Во всех этих странах наблюдаются концентрированные эпидемии ВИЧ с уровнем распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, достигающим 33 процентов в некоторых городах.²¹

В Центральной Азии и Азербайджане имеется значительный потенциал дальнейшего быстрого распространения ВИЧ. С 2000 по 2007 год число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в регионе Центральной Азии увеличилось в 15 раз.²² По данным за 2008 год в странах бывшего Советского Союза насчитывалось около 2 миллионов людей, живущих с ВИЧ, что означает, что менее чем за десять лет показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в этих странах увеличился в 20 раз.²³ В период между 2000 и 2003 годом наблюдалось ежегодное увеличение числа заболеваний – тройное в Казахстане и Азербайджане, девятикратное в Кыргызстане, в 16 раз в Узбекистане и в 17 раз в Таджикистане.²⁴ Более того, по мнению местных и международных экспертов, в реальности, распространенность ВИЧ-инфекции в 10 раз выше, чем официальные показатели.²⁵ Помимо быстро растущей эпидемии ВИЧ-инфекции, в регионе наблюдается серьезная проблема с туберкулезом (ТБ), который является главной причиной смерти людей с нарушениями иммунной системы в связи с ВИЧ-инфекцией; показатель распространенности ТБ особенно высок среди потребителей инъекционных наркотиков и заключенных. По данным ООН, в 2008 году распространенность устойчивого к лекарствам ТБ достигла наивысшего исторически зафиксированного уровня. Азербайджан и Узбекистан относятся к странам, где распространенность таких форм туберкулеза достигла самых высоких уровней.²⁶

19 Центральная Азия: Кыргызская Республика, Таджикистан и Узбекистан – региональное исследование проблемы потребления наркотиков и ВИЧ/СПИДа [Central Asia: Kyrgyz Republic, Tajikistan and Uzbekistan – Regional Study on Drug Use and HIV/AIDS], Regional Summary (UNODC и Всемирный банк, 2007), с. 16 [далее: «Центральная Азия – региональное исследование проблемы потребления наркотиков и ВИЧ/СПИДа»].

20 ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ, *На пути к всеобщему доступу: повышение приоритета работы по ВИЧ/СПИДу в секторе здравоохранения: отчет о достижениях за 2008 год [Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress Report 2008]* (Женева: ВОЗ, 2008), с. 66.

21 Н. Керими «Доступность опиоидной заместительной терапии в странах Центральной Азии и Азербайджане: текущая ситуация и следующие шаги». Презентация на 4-ом Центрально-азиатском партнерском форуме по вопросам ВИЧ инфекции (Казахстан, Алматы, 9-10 ноября 2009 г.).

22 UNODC (Региональный офис по Центральной Азии), *Сборник статистических данных по проблеме наркотиков за 1997-2008 гг. [Compendium of Drug-related Statistics 1997-2008]* (июнь 2008 г.), стр. 32.

23 ЮНЭЙДС и Европейский офис ВОЗ, *Концептуальная записка: прогресс в реализации Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии [Policy Brief: Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia]* (2008), стр. 5.

24 ПРООН, Доклад о человеческом развитии в Центральной Азии «В будущее без барьеров: региональное сотрудничество в области человеческого развития и обеспечения человеческой безопасности», *Доклад о человеческом развитии в Центральной Азии* (2005), р. 167 [далее: «Доклад о человеческом развитии в Центральной Азии 2005»].

25 Там же.

26 *На пути к всеобщему доступу* (2008) стр. 36-38.

ВИЧ в тюрьмах – еще одна область, вызывающая озабоченность, и тесно связанная с потреблением инъекционных наркотиков. В Таджикистане, например, зарегистрированы случаи заражения ВИЧ в тюрьмах: по официальным данным, распространенность ВИЧ среди заключенных в двух городах Таджикистана, где проводились наблюдения (Душанбе и Ходжент), выросла с 6,2% в 2005 году до 8,4% в 2006 году.²⁷ В Узбекистане самый высокий уровень распространенности ВИЧ наблюдается среди заключенных.²⁸ В Кыргызстане общее число случаев ВИЧ в тюрьмах было почти в 120 раз выше, чем в среднем по стране; оценочно 60% заключенных употребляли наркотики во время отбывания наказания, преимущественно путем инъекций.²⁹

Несмотря на то, что ВИЧ-инфекция является серьезной проблемой среди людей, потребляющих инъекционные наркотики, и заключенных, они слабо охвачены услугами по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Согласно оценкам, в мире 15,9 млн. человек (оценки варьируются в интервале от 11,0 до 21,2 млн. человек) потребляют инъекционные наркотики, из них 3 миллиона (оценки варьируются от 0,8 до 6,6 млн. человек) живут с ВИЧ.³⁰ Несмотря на признанную эффективность специальных мер, таких как программы предоставления стерильных игл и шприцев и опиоидная заместительная терапия, имеющиеся данные дают основания считать, что общий охват людей, потребляющих инъекционные наркотики, этими услугами остается ограниченным,³¹ и сотни тысяч нуждающихся людей, не имеют к ним доступа из-за правовых и социальных барьеров.

По данным органов ООН, «[в] большинстве стран Восточной Европы и Центральной Азии, где причиной более 80% случаев заражения ВИЧ-инфекцией является потребление инъекционных наркотиков, регулярный доступ к программам предоставления стерильных игл и шприцев имеют лишь 10% от предположительного числа людей, потребляющих инъекционные наркотики».³² В 2007 году лучшие показатели в регионе отмечались в Таджикистане и Узбекистане, где удалось достичь показателя доступности программ предоставления игл и шприцев сравнимого с охватом этими программами населения европейских стран с высоким уровнем доходов: не менее одной программы на 1000 лиц, потребляющих наркотики.³³

Хотя страны все больше расширяют доступ к опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), в двух из участвовавших в проекте стран (Таджикистане и Туркменистане) этот метод лечения до сих пор недоступен. Еще в одной стране (Казахстане) она проводится только в рамках двух пилотных программ, начатых в 2008 году. В Азербайджане и Кыргызстане охват ОЗТ остается ограниченным, а в Узбекистане единственный пилотный проект ОЗТ был отменен в июне 2009 года.³⁴ Что касается доступа к антиретровирусной терапии (АРТ), то в 2006 году в странах Восточной Европы и Центральной Азии около 79% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции приходилось на потребителей инъекционных наркотиков, но они составляли только 39% от числа лиц, получавших АРТ.³⁵

В странах реализации проекта имеются многочисленные законодательные положения, касающиеся ВИЧ, а также национальные планы и стратегии по ВИЧ, и потреблению наркотиков. Часто эти положения остаются только на бумаге, так как не обеспечиваются достаточными ресурсами для их практического осуществления, а уязвимые группы населения и группы риска не получают реальной защиты. Более того, в связи с отсутствием четких правовых положений о мерах профилактики ВИЧ-инфекции среди групп наиболее высокого риска (таких как люди, потребляющие наркотики) услуги по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции (в том числе и в местах лишения свободы) часто оказываются недостаточно хорошо интегрированными в более широкую государственную

27 Национальный доклад о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН: Таджикистан 2007 (представлен 31 января 2008 г.), онлайн.

28 См. ниже Часть II: Отчет по Узбекистану.

29 *Центральная Азия – региональное исследование проблемы потребления наркотиков и ВИЧ/СПИДа*, стр. 36.

30 Б.М. Мазерс и др., «Глобальная эпидемиология потребления инъекционных наркотиков и ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков: систематизированный обзор» [B.M. Mathers et al., "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review"] *Lancet* 2008; 372: 1733-1745.

31 *На пути к всеобщему доступу* (2008), стр. 66-67, 69-70.

32 Там же. «Регулярный доступ» определяется как контакты не реже одного раза в месяц. Там же, стр. 63.

33 Там же, стр. 67.

34 Более подробно см. Часть II, итоговые отчеты стран, участвовавших в проекте.

35 ЮНЭЙДС и Европейский офис ВОЗ, *Прогресс в реализации Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии [Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia]* (2008), стр. 79-80.

систему здравоохранения, так как, теоретически, ответственность за профилактику и лечение ВИЧ-инфекции лежит только на центрах СПИД. В результате, большинство медицинских работников не знают о доказательно обоснованных эффективных методах профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди групп риска, а услуги, рассчитанные на уязвимые группы населения, фрагментарны и плохо координируются; нет четких правил предоставления этих услуг, так же как и схем перенаправления пациентов (например, для соблюдения преемственности лечения). Существует лишь небольшое число стандартов для программ по снижению вреда. Устаревшее или недостаточно адекватное национальное законодательство препятствует расширению применения доказательно обоснованных подходов к профилактике ВИЧ инфекции среди уязвимых групп, в частности, мер по снижению вреда, и усложняет отношения между работниками служб, оказывающих услуги, касающиеся ВИЧ-инфекции, и сотрудниками правоохранительных органов.

И последнее, в большинстве стран реализации проекта, подходы, принятые в национальном законодательстве и документах, определяющих политику, сводятся к тому, что наркотики и употребляющие их люди рассматриваются, преимущественно, как объекты уголовных и других принудительных мер, вместо того, чтобы признать потребление наркотиков, в первую очередь, медицинской проблемой, и соответственно формировать ответные меры в отношении потребления наркотиков как на личную проблему со здоровьем, или общую проблему здравоохранения. В результате, при разработке и реализации законодательства и других правовых инструментов, часто не учитываются последствия их применения и влияние на жизнь и положение представителей уязвимых и маргинализированных групп и на здоровье населения в более широком смысле.

Основное внимание в настоящем отчете уделяется двум группам населения, особенно уязвимым в отношении ВИЧ: людям, потребляющим инъекционные наркотики, и заключенным. Отчет представляет собой результат всестороннего анализа национального законодательства, имеющего отношение к проблеме ВИЧ-инфекции, проведенного в шести странах-участницах проекта. Отчет представляет рекомендации по реформе законодательства и политики, необходимые для устранения барьеров и улучшения доступа маргинализированных групп к профилактике, уходу, лечению и поддержке в связи с ВИЧ, и призван помочь странам в выполнении их обязательств по достижению всеобщей доступности услуг, касающихся ВИЧ-инфекции.

1.2 ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ РЕФОРМ И ВАЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛИТИКИ, ОСНОВАННОЙ НА ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА

В принятой в 2000 году *Декларации тысячелетия*, государства-члены ООН, помимо других обязательств, решили остановить распространение и положить начало тенденции к сокращению масштабов ВИЧ к 2015 году.³⁶ В *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, принятой Генеральной Ассамблеей ООН в 2001 году, страны признали, что всеобщая реализация прав человека и основных свобод является важным элементом глобального реагирования на пандемию ВИЧ (в том числе в таких областях как профилактика, уход, поддержка и лечение), позволяющим снизить уязвимость перед ВИЧ и предотвратить стигму и связанную с ней дискриминацию по отношению к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, или подвергающимся риску заразиться этой инфекцией.³⁷

Пять лет спустя в *Политической декларации по ВИЧ/СПИДу* государства-члены ООН подтвердили принятые на себя ранее обязательства по преодолению правовых, нормативных и других барьеров, препятствующих доступу к эффективной профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке, включая доступ к лекарствам и другим товарам и услугам.³⁸

Государства-члены ООН приняли обязательства по достижению к 2010 году цели «всеоб-

36 Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций, Резолюция 55/2 Генеральной Ассамблеи ООН, UN Doc. A/RES/55/2 (2000), п. 19.

37 Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, Резолюция S-26/2 Генеральной Ассамблеи ООН, UN Doc. RES/S-26/2 (2001).

38 Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу, см. выше.

щего доступа» к комплексным программам профилактики, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.³⁹

«Упор на уголовные санкции в качестве главного ответа на нелегальное потребление наркотиков неизбежно приводит к отрицанию прав человека ПИН [потребителей инъекционных наркотиков], так как потребление наркотиков остается проблемой правоохранительных органов, а не органов здравоохранения. За этим следуют негативные последствия для здоровья этих людей, потому что труднее предоставлять услуги здравоохранения группам населения, подвергающимся стигматизации и находящимся в подполье. Защита прав человека является необходимой предпосылкой для улучшения здоровья отдельных потребителей наркотиков и для улучшения ситуации со здравоохранением в местах, где они живут».

A. Wodak, "Health, HIV Infection, Human Rights, and Injecting Drug Use," *Health and Human Rights* 1998; 2(4): 24–41.

Сейчас широко признается, что ответная реакция на ВИЧ и СПИД намного эффективнее, если защищаются права человека, и особенно права представителей наиболее уязвимых групп населения. Эти обязательства особенно важны для достижения всеобщего доступа к услугам, связанным с ВИЧ, для уязвимых групп населения, таких как люди, употребляющие наркотики, и заключенные. Особенно это важно учитывая ключевую роль, которую играют законодательство и политика в этой области, и их практическая реализация, в предоставлении этим группам доступ к средствам профилактики ВИЧ-инфекции и к надлежащему уходу в связи с ВИЧ. Традиционно, государственная политика по отношению к наркотикам, направлена на сокращение «предложения» наркотических веществ (их нелегальных поставок) и «спроса» на них (уровня их потребления). Однако, как было неоднократно документально установлено, стратегии сокращения предложения и спроса, которые главным образом или всецело направлены на применение уголовных запретов на наркотики и их потребление, приводят к целому ряду отрицательных последствий с точки зрения прав человека и здоровья людей, потребляющих наркотики.⁴⁰ В соответствии с международными нормами в области прав человека, государства обязаны уважать, защищать и осуществлять весь комплекс прав человека, включая право на наивысший достижимый уровень здоровья для всех, в том числе для тех, кто потребляет наркотики и/или страдает наркотической зависимостью, или находится в заключении. Если права человека не уважаются, не защищаются и не осуществляются – особенно в отношении групп, которым грозит повышенный риск, таких как люди, потребляющие инъекционные наркотики, и заключенные – это препятствует усилиям по предупреждению распространения ВИЧ и по обеспечению доступа к уходу, лечению и поддержке для людей, живущих с ВИЧ. В конечном счете, это оказывает отрицательное влияние на здоровье всего населения.

Как и в других областях права и политики, усилия по сокращению предложения и спроса на наркотики должны быть согласованы с обязательствами государств в области прав человека. Также они должны сочетаться с эффективными и доказательно обоснованными мерами по защите здоровья людей, потребляющих наркотики, и всего населения в целом, включая целенаправленные действия по снижению вреда.⁴¹ Поэтому в странах региона существует

39 Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу, Резолюция 60/262 Генеральной Ассамблеи ООН, UN Doc. A/RES/60/262 (2006), п. 20.

40 См., например: «Какой ценой?: ВИЧ и последствия для прав человека глобальной 'войны с наркотиками'» [At What Cost?: HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs"] (Нью-Йорк: Институт «Открытое общество», 2009); Д. Вольф и К. Малиновска-Семпрух, *Стратегии борьбы с запрещенными наркотиками и глобальная эпидемия ВИЧ: действие подходов, применяемых ООН и национальным правительством* [D. Wolfe & K. Malinowska-Sempruch, *Illicit Drug Policies and the Global HIV Epidemic: Effects of UN and National Government Approaches*] (Нью-Йорк: Институт «Открытое общество», 2004).

41 Д. Барретт и др., *Перенастройка режима: необходимость в подходе, основанном на правах человека, к международной политике в отношении наркотиков* [D. Barrett et al., *Recalibrating the Regime: The Need for a Human-Rights Based Approach to International Drug Policy*], The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report Thirteen (2008), см. версию на английском языке на сайте: www.aidslaw.ca/drugpolicy.

настоятельная потребность в анализе, а во многих случаях – в реформировании национальных законодательств и политики, с учетом их влияния на положение людей, потребляющих наркотики, и заключенных, на их доступ к информации, средствам и услугам по профилактике ВИЧ инфекции, лечению, уходу и поддержке. Понятно, что законодательные и политические реформы не являются панацеей от распространения ВИЧ среди людей, потребляющих контролируемые вещества, заключенных и других групп населения, которым грозит повышенный риск ВИЧ-инфицирования. Однако, хотя одного этого может быть недостаточно, это необходимый, но часто упускаемый из виду элемент комплексного реагирования на эпидемию.

Ответные меры в отношении ВИЧ должны быть основаны на соблюдении прав человека и направлены на улучшение здоровья населения

В национальном законодательстве страны должны учитывать свои обязательства по международному праву и уважать, защищать и осуществлять права человека. Такими обязательствами, относящимися к мерам по предотвращению распространения ВИЧ и СПИДа, являются следующие:

- В соответствии с *Уставом Организации Объединенных Наций* на все государства, входящие в ООН, возлагается обязательство «предпринимать совместные и самостоятельные действия» для достижения целей ООН, в том числе для содействия «всеобщему уважению и соблюдению прав человека и основных свобод для всех».⁴²
- Во *Всеобщей декларации прав человека* провозглашается, что «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния», включая «медицинский уход и необходимое социальное обслуживание».⁴³
- Государства-участники *Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах* – к которым относятся все шесть стран проекта – признали право каждого человека на «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья».⁴⁴ На эти государства возлагается обязательство принять меры для полной реализации этого права, включая мероприятия, «необходимые для... предупреждения и лечения эпидемических, эндемических... и иных болезней» и «создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни».⁴⁵ Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, экспертный орган ООН, уполномоченный оценивать соблюдение государствами их обязательств по *Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах*, пояснил, что «право на здоровье следует понимать, как право пользоваться различными учреждениями, товарами, услугами и условиями, необходимыми для реализации наивысшего достижимого уровня здоровья».⁴⁶
- *Международный пакт о гражданских и политических правах* гласит, что право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека.⁴⁷ Комитет по правам человека,

экспертный орган ООН, уполномоченный рассматривать вопросы соблюдения государствами-участниками их обязательств по *Международному пакту о гражданских и политических правах*, пояснил, что это право «нельзя толковать узко» и что государства-участники должны принять позитивные конструктивные меры для защиты жизни каждого человека, в том числе меры, направленные на снижение распространения эпидемий.⁴⁸

С целью перевода этих и других норм прав человека в практические действия в контексте ВИЧ были разработаны *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, первоначально изданные Управлением Верховного комиссара ООН по правам человека и ЮНЭЙДС в 1998 году и переизданные с изменениями и дополнениями в 2006 году. В этом документе приводятся экспертные рекомендации государствам относительно того, какие законодательные, политические и практические меры следует принимать в ответ на ВИЧ и СПИД, чтобы при этом соблюдались права человека и выполнялись задачи общественного здравоохранения. Особо нужно отметить, что в *Международных руководящих принципах* рекомендуется, чтобы меры по снижению вреда (например, предоставление стерильного инструментария для инъекций) были частью усилий, направленных на профилактику ВИЧ среди людей, потребляющих наркотики, и заключенных, и чтобы, в частности, было пересмотрено уголовное законодательство для обеспечения того, чтобы оно не препятствовало государствам осуществлять эти меры.⁴⁹

Страны, в которых осуществлялся проект, в своих региональных документах, также признали важность усилий по противодействию распространению ВИЧ среди людей, потребляющих инъекционные наркотики, и среди заключенных, в том числе, путем внедрения мер по снижению вреда. В *Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии*, подписанной главами государств и правительств в феврале 2004 года, еще раз подтверждается первостепенная важность прав человека «для профилактики передачи ВИЧ, снижения уязвимости к инфекции и устранения последствий ВИЧ/СПИДа».⁵⁰ В Декларации признается, что в данном регионе заключенные и люди, потребляющие инъекционные наркотики, подвержены наиболее высокому риску заражения и наиболее уязвимы к ВИЧ-инфекции. Декларация подтверждает, что в соответствии с национальным законодательством и политикой, государства-участники обязуются вводить в действие и укреплять меры по расширению доступа к профилактике ВИЧ-инфекции, лечению наркотической зависимости и программам снижения вреда – таким как программы по предоставлению стерильных игл и шприцев, распространение стерилизующих средств и презервативов, добровольное консультирование и тестирование в связи с ВИЧ, опиоидная заместительная терапия, диагностирование и лечение ИППП.⁵¹ Государства, подписавшие Дублинскую декларацию, обязались увеличить масштаб охвата проводимых программ таким образом, чтобы к 2010 году обеспечить, по крайней мере, 80% тех, кто подвергается наибольшему риску инфицирования и является наиболее уязвимыми к ВИЧ, были охвачены широким кругом профилактических программ, предоставляющих доступ к информации, профилактическим услугам и товарам.⁵²

В Дублинской декларации подчеркивается необходимость определения и реагирования на факторы, которые делают определенные группы и сообщества особенно уязвимыми в отношении ВИЧ, и способствовать укреплению и охране их здоровья. В документе ЮНЭЙДС

42 Устав Организации Объединенных Наций, UNTS 993 (вступил в силу 24 октября 1945 г.), статьи 55, 56.

43 Всеобщая декларация прав человека, Резолюция 217 A(III) Генеральной Ассамблеи ООН, UN GAOR, 3rd Sess., Supp. No. 13, UN Doc. A/910 (1948) 71, статья 25.

44 Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, Генеральная Ассамблея ООН, 993 UNTS 3 (1966) (вступил в силу 3 января 1976 г.), статья 12.

45 Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12.

46 Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 14: Право на наивысший достижимый уровень здоровья, UN Doc. E/C/12/2000/4 (2000).

47 Международный пакт о гражданских и политических правах, Генеральная Ассамблея ООН, 999 UNTS 171 (1966) (вступил в силу 3 января 1976 г.), статья 6.

48 Комитет ООН по правам человека, Замечание общего порядка № 6: Право на жизнь (статья 6), UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.1 (1982), стр. 6.

49 Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и ЮНЭЙДС, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека* (Объединенный вариант 2006 г.), п. 21(d)-(e).

50 Дублинская декларация о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии, подписана 24 февраля 2004 г., см. на сайте: http://www.euro.who.int/aids/treatment/20051018_1.

51 Там же, п. 10.

52 Там же, п. 9.

Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ, выпущенном в 2005 году, не только определены конкретные услуги и товары, которые должны предоставляться (см. Вставку 1), но еще раз подчеркивается **необходимость правового анализа и реформы правовой базы**, для того чтобы устранить правовые препятствия, затрудняющие осуществление эффективных и доказательно обоснованных мер профилактики ВИЧ-инфекции, для преодоления стигмы и дискриминации и для защиты прав людей, живущих с ВИЧ или входящих в группы, которым грозит повышенный риск заражения ВИЧ.⁵³

Вставка 1: ЮНЭЙДС: Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и заключенных⁵⁴

Люди, потребляющие наркотики

В отношении людей, потребляющих наркотики, ЮНЭЙДС считает, что наиболее эффективными и экономичными программами профилактики ВИЧ-инфекции являются меры снижения вреда, и что для успешности этих программ необходимы, как минимум, следующие действия:

- Адекватный охват и низкий порог доступа к стерильному инъекционному инструментарию, для того, чтобы эти программы соответствовали фактическим потребностям людей, употребляющих наркотики, в том числе, в исправительных учреждениях.
- Доступ к качественным программам лечения наркотической зависимости без применения принуждения, особенно к программам заместительной терапии с использованием метадона и бупренорфина.
- Устранение стигматизирующих и принудительных мер, таких как обязательный учет (регистрация) людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) и принудительное тестирование на ВИЧ.
- Устранение правовых барьеров для доступа к профилактике и уходу, таких как законы и политика, препятствующие распространению стерильного инъекционного инструментария и/или доступу к заместительному лечению с использованием метадона и бупренорфина; а также значимое участие потребителей наркотиков в процессах планирования, реализации политики, и получения финансовой помощи для своих организаций.

Заключенные

В отношении заключенных ЮНЭЙДС рекомендует, помимо прочего, следующие меры:

- Устранение правовых барьеров и реформу тюремных процедур/правил для обеспечения доступа заключенных к услугам по профилактике и уходу в связи с ВИЧ.
- Наличие презервативов, стерильных шприцев и игл и инструментов для прокалывания кожи, а также пропаганда постоянного и правильного использования презервативов.
- Доступ к программам лечения наркотической зависимости, особенно, к программам заместительной терапии, с обеспечением защиты конфиденциальности.
- Доступ к консультированию и тестированию на ВИЧ, антиретровирусным препаратам, лечению и уходу в связи с ТБ и качественному лечению при инфекциях, передающихся половым путем.
- Пересмотр законов о контроле наркотиков; назначение мер, альтернативных тюремному заключению, в качестве наказаний за незначительные нарушения, связанные с наркотиками; предоставление потребителям наркотиков лечения вместо тюремного заключения.

В 2009 году ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС выпустили Техническое руководство, определяющее, какие интервенции должны быть включены в комплексные программы профилактики ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики. А, именно, девять основных вмешательств : (1) программы предоставления стерильных игл и шприцев ; (2) опиоидная заместительная терапия и другие методы лечения наркотической зависимости; (3) тестирование и консультирование в связи с ВИЧ; (4) антиретровирусная терапия; (5) профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым пу-

⁵³ ЮНЭЙДС, *Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: На пути к обеспечению всеобщего доступа [Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access]* (Женева: ЮНЭЙДС, 2005).

⁵⁴ Там же, стр. 46 (Таблица 2.2) и стр. 53 (Таблица 2.9).

тем; (6) программы распространения презервативов среди людей, потребляющих наркотики инъекционным путем, и их сексуальных партнеров ; (7) целевые информационные, образовательные и коммуникационные кампании, направленные на людей, потребляющих наркотики инъекционным путем, и их сексуальных партнеров; (8) вакцинация, диагностика и лечение вирусного гепатита; и (9) профилактика, диагностика и лечение туберкулеза.⁵⁵

27 июля 2009 года Экономический и социальный совет ООН (ЭКОСОК), главный орган ООН, созданный для координации работы в экономической, социальной и смежных областях, принял резолюцию, признающую необходимость:

- Значительно расширить и усилить работу ЮНЭЙДС с национальными правительствами и работу со всеми группами гражданского общества, для исправления недостатков доступа к услугам лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем, в том числе в местах лишения свободы;
- Разработать комплексные модели предоставления услуг людям, употребляющим наркотики;
- Направить усилия на решение вопросов стигматизации и дискриминации;
- Увеличить возможности и ресурсы для предоставления комплексного пакета услуг для лиц, потребляющих наркотики инъекционным путем, включая услуги по снижению вреда в отношении ВИЧ, как описано в Технической руководстве.⁵⁶

Существует ряд полезных инструментов, которые помогают выполнить задачу по пересмотру и реформе законодательства.⁵⁷ В дополнение к *Международным руководящим принципам* Межпарламентский союз (МПС), Программа развития ООН (ПРООН) и ЮНЭЙДС подготовили публикацию *Принятие мер против ВИЧ и СПИДа: пособие для парламентариев*, в которой приводятся подробные рекомендации для законодателей относительно факторов, которые следует учитывать, и мер, которые следует принять, или от которых следует отказаться, при разработке законодательства и политики, касающихся эпидемии ВИЧ. Этот документ направлен на то, чтобы национальные законы и стратегии обеспечивали выполнение обязательств стран по правам человека, были научно-обоснованы и опирались на документированный «передовой опыт».⁵⁸ В этом документе отмечается, что за более чем 25 лет эпидемии ВИЧ более «половины государств представили в ЮНЭЙДС доклады, в которых признается наличие политики, препятствующей доступности и эффективности мер по профилактике ВИЧ-инфекции и уходу за людьми, живущими с ВИЧ», и что эта ситуация должна измениться, если государства стремятся к достижению цели по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, уходу, лечению и поддержке в связи с ВИЧ (см. Вставку 1).⁵⁹

Вставка 2: Почему важно соблюдать права человека в ответных мерах, касающихся ВИЧ?

«Права человека важны в осуществлении ответных мер на СПИД как минимум с трех точек зрения:

- 1 Они снижают уязвимость к инфекции и ее последствиям. Определенные группы, в том числе люди, потребляющие инъекционные наркотики, и заключенные, более уязвимы перед ВИЧ-инфекцией, потому что они не могут реализовать свои гражданские, политические, экономические, социальные и культурные права.

⁵⁵ WHO, UNODC, UNAIDS, *Technical Guide for Countries To Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*, 2009.

⁵⁶ Economic and Social Council, *Joint United Nations Programme on Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (UNAIDS)*, Резолюция E/2009/L.23, 24 июля 2009, параграф 19.

⁵⁷ Как отмечалось, в публикации *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе* (Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006), см. на сайте на английском языке (www.aidslaw.ca/modellaw) и на русском языке (www.aidslaw.ca/modellaw-ru), приводятся конкретные законодательные положения, основанные на фактическом материале и международном законодательстве в области прав человека, о мерах противодействия распространению ВИЧ среди потребителей наркотиков. Эта публикация была главным ресурсом для пересмотра законодательства, проводившегося в рамках настоящего проекта. См. ниже Вставку 3.

⁵⁸ Межпарламентский союз, ЮНЭЙДС и ПРООН, *Принятие мер против ВИЧ и СПИДа: пособие для парламентариев [Taking Action against HIV and AIDS: A Handbook for Parliamentarians]*, No. 15/2007, см. на сайте: <http://www.ipu.org/english/handbks.htm#aids07>.

⁵⁹ Там же, стр. 70, цитата из: ЮНЭЙДС, *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа за 2006 год*.

- 2 Они снижают дискриминацию и стигму в связи с ВИЧ. Стигматизация и дискриминация людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, затрудняют их доступ к лечению и могут отрицательно сказаться на их праве на занятость, жилище и других правах. Это, в свою очередь, способствует уязвимости к инфекции других людей, так как связанные с ВИЧ стигма и дискриминация мешают людям, живущим с ВИЧ или затронутым этой инфекцией, обращаться в медицинские и социальные службы. В результате, те, кто больше всего нуждается в информации, просвещении и консультировании, не имеют доступа к этим услугам, даже в тех странах, где эти услуги предоставляются.
- 3 Они делают национальные ответные меры в связи с ВИЧ более эффективными. Стратегии борьбы с эпидемией ВИЧ буксуют, если не соблюдаются права человека. Например, дискриминация и стигматизация уязвимых групп, таких как люди, потребляющие инъекционные наркотики, секс-работники и мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами, заставляет эти группы уходить в подполье. Это подрывает способность социальных служб проводить с ними профилактическую работу, таким образом, повышая уязвимость этих групп к ВИЧ».

Принятие мер против ВИЧ и СПИДа: пособие для парламентариев (2007)

Нарушения прав человека отрицательно влияют не только на отдельных людей, но, в конечном счете, на все общество в целом. Из мер в ответ на ВИЧ и СПИД, применявшихся до сих пор, можно извлечь ряд важных уроков, в том числе следующие:

- Защита прав человека чрезвычайно важна для сохранения достоинства личности и для обеспечения эффективных ответных мер в контексте ВИЧ. Когда права человека не защищены, люди более уязвимы к ВИЧ-инфекции. Если не защищаются права людей, живущих с ВИЧ, они подвергаются большему риску стигмы и дискриминации, могут заболеть, не имеют возможности поддерживать себя и свои семьи; если таким людям не будет предоставлено лечение, они могут умереть.
- Для эффективного реагирования на СПИД необходимо осуществление всех прав человека – гражданских и политических, экономических, социальных и культурных – в соответствии с существующими международными стандартами прав человека.
- Интересы общественного здравоохранения не противоречат правам человека. Наоборот, признано, что когда защищены права человека, заражается меньше людей, а те, кто живет с ВИЧ и их семьи лучше справляются со СПИДом.
- Основанный на правах человека подход к решению проблемы ВИЧ, связан с установлением соответствующих институциональных обязанностей государства, реализацией правовой реформы, и развитием системы поддержки, а также с созданием благоприятной для групп, уязвимых к ВИЧ и для людей, живущих с ВИЧ, среды.
- В контексте ВИЧ, международные нормы в области прав человека и прагматичные цели общественного здравоохранения, требуют, чтобы государства приняли меры, в том числе те, которые могут считаться спорными, особенно в отношении статуса женщин и детей, секс-работников, людей, потребляющих инъекционные наркотики, а также мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами. Тем не менее, все государства должны определить, каким образом они могут в полной мере выполнить обязательства по соблюдению прав человека и обеспечению охраны здоровья общества.⁶⁰

⁶⁰ Там же, стр. 32.

Очень часто законы и стратегии, предназначенные защищать права и здоровье людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, и наиболее подверженных риску инфицирования, не реализуются на практике. В среде людей, потребляющих инъекционные наркотики, право на защиту здоровья и другие права человека, нередко ослабляются законодательством, в том числе правилами, ограничивающими предоставление услуг по снижению вреда или доступ к уходу и лечению для заключенных, или людей, живущих с ВИЧ, которые потребляют наркотики.⁶¹

Почти во всем мире, люди, употребляющие запрещенные наркотики, часто относятся к наиболее маргинализируемым и стигматизируемым группам общества. Для них наиболее высока вероятность попадания в места лишения свободы; они более уязвимы к широкому кругу нарушений прав человека, таких как злоупотребления со стороны представителей правоохранительных органов, заключение под стражу, и отказ в предоставлении медицинских услуг. «Потребители наркотиков... изображаются в СМИ как морально подозрительные или социально пассивные... Изображаемые как «недочеловеки», потребители наркотиков воспринимаются как существа, не заслуживающие прав человека. Действительно, некоторые политики рекомендуют относиться к ним как к наркотикам: как к объектам, которые следует изолировать, контролировать и содержать под стражей».⁶²

Заключенным грозит повышенный риск ВИЧ-инфицирования из-за совместного использования инструментария для инъекций и нанесения татуировок и из-за незащищенного секса. Несмотря на усилия по противодействию проникновению наркотиков в тюрьмы, часто очень дорогостоящие, наркотики проникают в тюрьмы во всех странах мира, и потребление наркотиков в тюрьмах, в том числе и путем инъекций, продолжается. Заключенные также подвержены ВИЧ-инфекции через сексуальные отношения, как с согласия, так и по принуждению. Более того, в странах, где потребители наркотиков преследуются в уголовном порядке, большая их часть – а, следовательно, и непропорционально большое число людей, живущих с ВИЧ – рано или поздно попадает в тюрьму для отбывания срока наказания. Подобно тому, что упор на запрет потребления наркотиков, уголовное преследование и тюремное заключение людей, потребляющих наркотики, приводит к большому количеству людей за решеткой, законодательство часто препятствует реализации эффективных мер по профилактике ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы. Более того, службы, оказывающие медицинские услуги заключенным, часто не входят в обычную государственную систему здравоохранения. Теоретически, в уголовно-исполнительной системе должны применяться те же протоколы и правила лечения, что и за ее пределами, поскольку они издаются Министерствами здравоохранения для следования по всей стране. Однако из-за того, что медицинские службы уголовно-исполнительной системы не подчиняются Министерству здравоохранения, последние не могут проверить насколько строго эти протоколы и правила выполняются.

Как видно из настоящего отчета и отдельных отчетов по странам, эти наблюдения справедливы для ситуации, сложившейся во всех шести странах проекта. Как отмечается в отчете ПРООН, несмотря на то, что многие страны региона успешно приняли законодательство о правах человека, разрыв между теорией и практикой остается слишком большим, чтобы полностью защитить права тех, кто принадлежит к маргинализируемым группам, наиболее подверженным риску заражения ВИЧ. Более того, страны региона продолжают бороться с наследием советского периода, включая слабое вовлечение граждан в процессы формирования социальной политики. Однако, ответ на эпидемию ВИЧ может быть эффективным

⁶¹ ПРООН, *Как обратить эпидемию вспять: ВИЧ/СПИД в странах Восточной Европы и Содружества Независимых Государств* (Региональное бюро ПРООН по странам Восточной Европы и СНГ, 2004), с. 69 [далее: «Как обратить эпидемию вспять»].

⁶² Д. Барретт и др., *Перенастройка режима: необходимость в подходе, основанном на правах человека, к международной политике в отношении наркотиков* [D. Barrett et al., *Recalibrating the Regime: The Need for a Human Rights-Based Approach to International Drug Policy*] (London: The Beckley Foundation Drug Policy Programme, 2008).

ным, только если правительства и общество будут активно защищать права самых уязвимых групп населения, наиболее подверженных риску.⁶³

В большинстве стран региона действующее законодательство часто упоминается в качестве причины отсутствия более эффективных и доказательно обоснованных подходов к решению проблемы ВИЧ среди уязвимых групп населения. Надо учитывать, что законы, препятствующие введению таких мер, берут начало в другой эпохе, когда была иная социальная, политическая и эпидемиологическая ситуация. Национальное законодательство не высечено в камне, и может и должно быть изменено. Оно должно служить целям защиты прав и интересов отдельных лиц, и общества в целом. Когда законодательство перестает служить своей цели, его необходимо менять. Глобальная и региональная пандемия ВИЧ показала со всей очевидностью вред, причиняемый отдельным лицам, общественному здоровью и обществу в целом, маргинализацией, дискриминацией и криминализацией целых групп населения, таким образом способствуя усилению их уязвимости к ВИЧ. Эта эпидемия ставит на повестку дня неотложную необходимость уважения, защиты и осуществления прав человека, для того, чтобы сделать меры в ответ на ВИЧ более эффективными.

Цель настоящего отчета – помочь руководству шести стран, участвовавших в проекте (и других заинтересованных стран), в работе по устранению препятствий к доступности профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и заключенных. В отчете определяются основные законодательные реформы и политические действия, которые страны могут и должны предпринять для приведения своего законодательства и программ по ВИЧ и наркотикам в соответствии с *Целями развития тысячелетия*, их обязательствами в рамках *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (2001)* и *Политической декларации по ВИЧ/СПИДу (2006)*, *Международных руководящих принципов по ВИЧ/СПИДу и правам человека* и других документов ООН, определяющих наилучшие стратегии и передовой опыт реагирования на ВИЧ и СПИД. Правовая реформа и реализация представленных здесь рекомендаций поможет в создании и поддержании правовой среды, необходимой для достижения цели «всеобщего доступа» к профилактике ВИЧ-инфекции, уходу, лечению и поддержке.

1.3 МЕТОДОЛОГИЯ

В 2007-2008 гг. в шести странах, в которых реализовывался проект, была проведена оценка национального законодательства, касающегося доступности профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и заключенных. Анализа законодательства был направлен на повышение эффективности ответных мер на ВИЧ и СПИД в странах Центральной Азии и Азербайджане с фокусом на обеспечение всеобщего доступа к профилактике, уходу, лечению и поддержке в связи с ВИЧ для потребителей наркотиков и заключенных. Настоящий отчет является одним из результатов проекта регионального представительства Управления ООН по наркотикам и преступности в Центральной Азии «Эффективная профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения в странах Центральной Азии и Азербайджане» (2006-2010).

Конечной целью оценки законодательства была разработка рекомендаций по совершенствованию национального законодательства, включая разработку поправок (или новых законов, инструкций и других нормативных документов), регулирующих доступ людей, употребляющих наркотики, и людей, находящихся в заключении, к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркмениста-

63 Как обратить эпидемию вспять, стр. 58-61.

не и Узбекистане. Для выполнения этой задачи, региональное представительство UNODC во Центральной Азии наняло экспертов в области права из Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу, которые в дальнейшем выступали как консультанты проекта. Кроме того, было сформировано шесть междисциплинарных групп национальных экспертов, представляющих каждую из участвующих стран. Эти группы состояли из технических экспертов, назначенных правительствами/министерствами, юристов, представителей неправительственных организаций и затронутых сообществ. Региональный координатор проекта UNODC координировала процесс оценки, представители офиса UNODC в каждой из стран координировали выполнение проекта в странах.

Работа выполнялась в соответствии с проектным техническим заданием, которое в деталях описывало процесс работы, ожидаемые результаты, роли и обязанности консультантов и работников UNODC.

Учитывая, что в проекте главное внимание уделялось вопросам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики, и заключенных, в процессе проведения анализа, рассматривались следующие законодательные и нормативные документы:

- национальные планы и стратегии в отношении ВИЧ/СПИДа и наркотиков (и их оперативные планы);
- уголовное и административное право;
- законодательство о наркотиках, законодательство в области здравоохранения, антидискриминационное законодательство, и другие законы;
- уголовно-исполнительное законодательство;
- нормативно-правовые акты (приказы, руководства и протоколы) в вышеперечисленных сферах.

Особое внимание уделялось положениям законодательства, призванным гарантировать уважение, выполнение и защиту прав людей, употребляющих наркотики, и людей, находящихся в местах лишения свободы.

Анализ состоял из следующих этапов:

1. Инструмент оценки

Инструмент оценки был создан Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу для использования национальными экспертными группами при анализе действующего в их странах законодательства и политики (и их применения), имеющих непосредственное отношение к ВИЧ, особенно среди людей, употребляющих наркотики, и заключенных. Инструмент оценки был разработан на основе известного передового опыта внедрения вмешательств, касающихся ВИЧ-инфекции, и модельных практик по правовому обеспечению мер, предпринимаемых в ответ на ВИЧ-эпидемию и потребление наркотиков (см. ниже Вставку 3), с учетом характеристик правовых систем стран, участвовавших в проекте.⁶⁴ Инструмент оценки предназначался для помощи национальным экспертам в определении тех областей, где определенные аспекты национального законодательства вызывают озабоченность в связи с возможными нарушениями прав человека и препятствуют эффективной профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения, а также для определения потен-

64 Этот инструмент оценки частично основывался на материалах публикации *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе* (Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006), см. на сайте: www.aidslaw.ca/modellaw.

циальных реформ (инструмент оценки приводится в Приложении 2).

2. Тренинг для национальных экспертных групп

Национальные экспертные группы участвовали в недельном тренинге в городе Алматы, Казахстан, в июле 2007 года, проведенном двумя правовыми экспертами из Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу и сотрудниками UNODC. Тренинг был сфокусирован на международных нормах в области прав человека и последних данных в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики, и заключенных. Особое внимание было уделено технике оценки законодательства и ее анализа. (Модули тренинга, которые можно использовать в подобных проектах в других странах, приводятся в Приложении 3).

3. Национальные оценки и отчеты

Применяя инструмент оценки и предоставленные материалы, национальные экспертные группы провели обзор законодательства и нормативных документов в своих странах. В процессе постоянных консультаций, предоставления комментариев и обмена информацией между Правовой сетью, UNODC и экспертными группами, каждая национальная экспертная группа составила подробную подборку информации, ставшую основой национального отчета, и выработала рекомендации по реформе национального законодательства. Основываясь на этой информации, обогащенной дополнительными исследованиями, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, как технический консультант, подготовила итоговый отчет по каждой стране. В этих отчетах приводятся конкретные рекомендации, отражающие сложившуюся на настоящий момент законодательную и политическую ситуацию в каждой стране. Отчеты всех шести стран приводятся в Части II настоящей публикации.

4. Сводный отчет

Опираясь на итоговые отчеты всех шести стран, и включив дополнительную информацию, предоставленную UNODC, и данные углубленного исследования и анализа, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу составила сводный отчет, представляющий Часть I данной публикации. В сводном отчете обзор законодательства рассматривается в региональном контексте, анализируются общие темы и ключевые факты, приведенные в оценках каждой страны, и выделяются рекомендации, актуальные для всех стран реализации проекта. Отчет также содержит рекомендации международным организациям, работающим в регионе.

5. Перечень контрольных вопросов для самооценки

Основываясь на информации, полученной в ходе проведения национальных оценок, и на рекомендациях к реформам, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу (при участии UNODC и национальных экспертных групп) подготовила перечень из 100 контрольных вопросов для самооценки странами своего прогресса в деле реформирования национального законодательства, политики и практики, в сфере ответных мер на ВИЧ среди уязвимых групп населения, в частности, людей, употребляющих наркотики и заключенных (этот перечень контрольных вопросов приводится в Приложении 4).

6. Представление результатов проекта

Предварительные результаты проекта были представлены заинтересованным сторонам, обсуждены и прокомментированы парламентариями, сотрудниками министерств и представителями неправительственных организаций во всех шести странах. Кроме того, резуль-

таты обзора и анализа законодательства, политики и практики в шести странах, а также рекомендации относительно реформ, были представлены на международных и региональных форумах. Они послужили основой для региональных и национальных дискуссий с законодателями и лицами, определяющими политику, о путях реализации выбранных реформ. Еще до выпуска настоящей публикации, проект стал стимулом для внесения поправок в законодательства ряда стран региона. Данная публикация представляет основу для продолжения реформ, направленных на усиление ответных мер в отношении ВИЧ, касающихся потребителей наркотиков и заключенных, двух особо уязвимых групп населения, таким образом способствуя достижению всеобщего доступа к профилактике ВИЧ-инфекции, уходу, лечению и поддержке ЛЖВ в странах, участвовавших в проекте.

Вставка 3: Правотворчество в области здоровья и прав человека: модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе

Модельный закон является ресурсным материалом, подготовленным Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу в 2006 году после консультаций с заинтересованными сторонами во всем мире. Модельный закон представляет собой детальную структуру модельных положений и сопровождающих их комментариев относительно профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. Документ ссылается на примеры законодательства правовых систем, которым удалось создать четкие правовые рамки для решения вопросов, связанных с распространением ВИЧ и СПИДа среди лиц, употребляющих наркотики. Данный документ опирается на принципы прав человека и обязательства государств соблюдать эти принципы.

Модельный закон предназначен служить в качестве источника информации для законодателей, лиц, ответственных за разработку политики и принятие решений, и широкого ряда активистов, в области реформирования законодательства или разработки новых законов для того, чтобы они отражали современные правовые вопросы, связанные с распространением ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики. Этот документ будет особенно полезен для стран, где инъекционное употребление наркотиков является основным фактором распространения эпидемии ВИЧ, и, в частности, для развивающихся стран и стран, переживающих переходный период, которые, возможно, испытывают нехватку законодательных ресурсов.

Модельный закон состоит из следующих восьми модулей, каждый из которых является отдельным документом:

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

Полный текст всех модулей приводится на сайте: www.aidslaw.ca/modellaw (на английском языке) и www.aidslaw.ca/modellaw-ru (на русском языке).

2. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНАХ ПРОЕКТА

Как отмечалось, в ходе реализации проекта были определены аспекты законодательства и политики, касающиеся ВИЧ-инфекции и ответных мер среди людей, потребляющих инъекционные наркотики, и заключенных, которые имеют особое значение. В этой главе приводится общий обзор регионального контекста, в котором осуществлялся проект: дается представление о степени распространенности проблемного потребления наркотиков и эпидемии ВИЧ, и связанных с ними расстройствах здоровья в странах региона. Также дается общее описание политических и правовых систем, систем здравоохранения и уголовного правосудия, которые должны участвовать в осуществлении законодательных и политических реформ, направленных на улучшение профилактики ВИЧ-инфекции, ухода, лечения и поддержки ЛЖВ среди уязвимых групп населения и, в частности, среди людей, потребляющих наркотики, и заключенных.

2.1 НАСЕЛЕНИЕ И ГЕОГРАФИЯ

Пять центрально-азиатских государств и южно-кавказское государство Азербайджан существенно различаются по своим размерам, природным ресурсам, политической ориентации и другим показателям. Тем не менее, у них имеются сходные характеристики, частично берущие начало в общей истории в качестве бывших республик СССР. Кроме того, у Азербайджана и стран Центральной Азии имеются общие тюркские этнические корни и исламские религиозные традиции, энергетические и экологические связи через Каспийское море.⁶⁵

Общая численность населения стран Центральной Азии и Азербайджана в середине 2009 года составляла около 70 млн. человек.⁶⁶ Казахстан – самая большая из стран, участвовавших в проекте, по территории, но, – учитывая, что в Казахстане проживает всего 15.8 млн. человек –, с самой низкой плотностью населения. Казахстан также самая богатая страна, участвовавшая в проекте, на долю которой приходится более половины регионального ВВП, большая часть которого имеет своим источником крупные запасы нефти. В Узбекистане самая высокая численность населения (27.5 млн. человек), в этой стране проживает 40% от общей численности населения стран проекта. В Кыргызстане и Туркменистане проживает почти одинаковое число жителей (5.3 млн. человек и 5.1 млн. человек соответственно), однако в остальном эти страны непохожи: Туркменистан является безводной пустынной страной с большими запасами энергетических ресурсов, в частности, природного газа, а Кыргызстан – это небольшая гористая страна с незначительными запасами природных богатств за исключением водных ресурсов. Гористый и не имеющий выхода к морю Таджикистан, с населением 7.4 млн. человек, является самой небольшой из стран Центральной Азии по территории; главной индустриальной отраслью является алюминиевая промышленность, а наличие рек позволяет считать, что в стране имеется потенциал для строительства гидроэлектрических станций. Азербайджан занимает самую малую территорию их всех стран, участвовавших в проекте, с численностью населения около 8.7 млн. человек.

2.2 ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

По данным ООН, страны Центральной Азии сталкиваются с самым значительным, по сравнению с остальным миром, ростом употребления наркотиков в последние годы – увеличение в 17 раз с 1990 по 2002 год (особенно внутривенного употребления героина).⁶⁷ В Таджикистане количество людей, проходящих лечение от наркотической зависимости в государственных лечебных учреждениях, увеличилось в 4 раза за период с 1996 по 2000 год; реальные цифры, по мнению экспертов в области здравоохранения, могут быть на 10-15% выше.⁶⁸ В Туркменистане количество людей, потребляющих наркотики, зарегистрированных в наркологических учреждениях, в период с 1991 по

65 ПРООН, Доклад о человеческом развитии в Центральной Азии 2005, стр. 27.

66 Данные Информационной справочной службы по вопросам народонаселения на середину 2009 года, см. сайт <http://www.prb.org>.

67 ПРООН, Доклад о человеческом развитии в Центральной Азии 2005, стр. 122.

68 Там же.

2001 год возросло приблизительно в 8 раз.⁶⁹ С 1991 по 2001 год в Кыргызстане количество людей, потребляющих наркотики, увеличилось на 340%.⁷⁰ ПРООН отмечает, что употребление наркотиков становится все более опасным, при этом наиболее часто употребляется героин низкого качества, вводимый внутривенно.⁷¹ Кроме того, понизился средний возраст лиц, потребляющих наркотики, и возросло количество женщин, зависимых от наркотических веществ (как и количество женщин, задержанных за участие в незаконном обороте наркотиков, которое увеличилось в четыре раза за период с 1993 по 1998 год).⁷²

Потребление наркотиков заключенными в местах лишения свободы является обычным явлением в странах, участвовавших в проекте; имеются сведения о потреблении инъекционных наркотиков в тюрьмах. Около 60% заключенных в Кыргызстане сообщили, что употребляли наркотики, находясь в местах лишения свободы, при этом большинство из них употребляли наркотики путем инъекций.⁷³ Пользование общими иглами является обычной практикой: многие заключенные говорили о том, что они одалживают, сдают внаем или продают свои использованные иглы другим заключенным для инъекций.⁷⁴ Еще одной обычной практикой в тюрьме является нанесение татуировок: в трех странах (Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане) опросы заключенных показали, что около 17% заключенных в каждой стране делают татуировки во время пребывания в тюрьмах, чаще всего это делается иглами, которые использовались неоднократно.⁷⁵ Хотя заключенные имеют половые контакты в тюрьмах, лишь очень немногие из них пользуются презервативами.⁷⁶

2.3 ЭПИДЕМИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

До 1994 года в странах региона было зарегистрировано лишь несколько случаев ВИЧ-инфекции.⁷⁷ Сейчас в этом регионе ВИЧ распространяется намного быстрее, чем во многих других регионах мира. Если в 1996 году в регионе было всего 50 случаев ВИЧ-инфекции, к 2004 году уже было зарегистрировано 8078 случаев,⁷⁸ а в период с 2002 по 2004 год рост числа инфицированных составил 1600%.⁷⁹ Во всех шести странах проекта в настоящее время наблюдается эпидемия ВИЧ, сконцентрированная среди людей, потребляющих инъекционные наркотики и их сексуальных партнеров, работников коммерческого секса, и, в меньшей степени, среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.⁸⁰

Основной движущей силой распространения эпидемии в регионе являются небезопасные инъекционные практики, широко распространенные среди людей, потребляющих наркотики. По оценкам, 85% случаев заражения ВИЧ в Центральной Азии происходит через инъекционное потребление наркотиков.⁸¹ Согласно данным опубликованным ПРООН, степень информированности о риске заражения ВИЧ-инфекцией через совместное использование игл и другого инструментария остается невысокой как среди лиц, потребляющих наркотики, так и населения в целом. В Узбекистане бо-

69 Там же. Исторически оральный прием опиума или его курение были одобряемым, но почти приемлемым поведением в Туркменистане. С 1970 годов, практики потребления наркотиков в Центральной Азии изменились, однако Туркменистан до сих пор отличается от соседних стран в том отношении, что героин (и опий-сырец) употребляется в основном путем курения (особенно в сельской местности) и в меньшей степени путем инъекций. Однако, как отмечают наблюдатели, это, вероятно, является не результатом эффективных просветительских мер о рисках, связанных с инъекционным потреблением наркотиков и инфекциями, передающимися через кровь, такими, например как ВИЧ-инфекция, а, скорее, отражает уровень экономической и физической доступности героина и опия, что, свою очередь, обусловлено совокупностью различных социально-политических, экономических и культурных факторов. См. в: Н. Керими «Потребление опиума в Туркменистане: историческая перспектива» [N. Kerimi, "Opium Use in Turkmenistan: A Historical Perspective"], *Addiction* 2000; 95(9): 1319-1333.

70 ПРООН, Доклад о человеческом развитии в Центральной Азии 2005, стр. 122.

71 Там же, стр. 123.

72 Там же.

73 УНП ООН и Всемирный банк, Региональное исследование о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе [Regional Study on Drug Use and HIV/AIDS] (2007), стр. 36.

74 Там же, стр. 52.

75 Там же.

76 Там же.

77 Как обратить эпидемию вспять, стр.13.

78 ПРООН, Доклад о человеческом развитии в Центральной Азии 2005, стр. 167.

79 Там же.

80 ЮНЭЙДС, Восточная Европа и Центральная Азия: уточненный региональный отчет об эпидемии СПИДа [Eastern Europe and Central Asia: AIDS Epidemic Update Regional Summary] (2007).

81 ПРООН, Доклад о человеческом развитии в Центральной Азии 2005, стр. 141.

лее 60% людей, живущих с ВИЧ, являются потребителями инъекционных наркотиков. В некоторых регионах Азербайджана, Казахстана, Кыргызстана и Узбекистана от 30 до 40% лиц, потребляющих инъекционные наркотики, заражены ВИЧ-инфекцией.⁸²

В настоящее время в Узбекистане наблюдается самый высокий уровень распространенности ВИЧ в Центральной Азии, число зарегистрированных новых случаев ВИЧ увеличилось экспоненциально с 28 случаев в 1999 году до 1836 случаев в 2003 году. С тех пор число вновь регистрируемых случаев ВИЧ-инфекции растет медленнее; в 2006 году было зарегистрировано 2205 человек с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией. Тем не менее, за период с 2002 по 2006 год ежегодно регистрируемое число новых случаев ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих инъекционные наркотики, увеличилось более чем в два раза - с 631 до 1464.⁸³ В Казахстане число впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции увеличилось с 699 в 2004 году до 1745 в 2006 году, и две трети (66%) новых случаев ВИЧ-инфекции в 2006 году пришлось на потребителей инъекционных наркотиков.⁸⁴

Главной причиной эпидемии ВИЧ в Кыргызстане и Таджикистане также является инъекционное потребление наркотиков, но в этих странах масштабы эпидемии намного меньше, чем в других странах региона. В Таджикистане число впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции увеличилось с 7 случаев в 2000 году до 41 случая в 2003 году и до 204 случаев в 2006 году. В Кыргызстане в 2000 году было зарегистрировано 16 случаев, этот показатель увеличился до 132 в 2003 году и до 244 случаев в 2006 году. Почти половина (47%) от всех случаев ВИЧ, зарегистрированных в Азербайджане, где эпидемия началась относительно недавно, были выявлены в 2005-2006 гг.⁸⁵ Резко контрастируя с остальными странами региона, официальные источники Туркменистана сообщают только о двух случаях заражения ВИЧ-инфекцией в стране.⁸⁶

Распространенность ВИЧ в тюрьмах является серьезной проблемой в странах региона, при этом главными факторами этого роста является инъекционное потребление наркотиков и запретительный правовой подход к проблеме наркотиков, используемый государствами, из-за которого многие люди, потребляющие наркотики попадают в места лишения свободы. В Таджикистане уровень распространенности ВИЧ среди заключенных пенитенциарных учреждений Душанбе и Худжанта вырос с 6,2% в 2005 году до 8,4% в 2006 году⁸⁷; в 2005 году в тюрьмах Таджикистана было зарегистрировано 23 случая ВИЧ, их них 95% приходилось на потребителей инъекционных наркотиков.⁸⁸ В Кыргызстане все 39 случаев ВИЧ-инфицирования среди заключенных были зарегистрированы среди людей, потребляющих инъекционные наркотики; по сообщениям, общее число случаев ВИЧ-инфекции в тюрьмах Кыргызстана составляло в 2006 году 277 человек, что почти в 120 раз больше, чем распространенность ВИЧ в целом по стране.⁸⁹ Согласно самым последним данным UNODC, оценка распространенности ВИЧ среди заключенных составляет 3,5%, а вируса гепатита С (ВГС) – 40,3%.⁹⁰ В Азербайджане в 2007 году из 5663 заключенных, прошедших тестирование, ВИЧ-инфекция была выявлена у 132 человек (2,3%). По данным UNODC, 72% людей, живущих с ВИЧ в Азербайджане, ранее находились в местах лишения свободы или являются заключенными в настоящее время.⁹¹

82 Там же, стр. 141.

83 ЮНЭЙДС, *Восточная Европа и Центральная Азия: уточненный региональный отчет об эпидемии СПИДа [Eastern Europe and Central Asia: AIDS Epidemic Update Regional Summary]*, стр. 6.

84 Там же, стр. 7.

85 Там же, стр. 9.

86 Там же, стр. 8.

87 Национальный доклад о ходе реализации Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН [National progress report on the Declaration of Commitment on HIV/AIDS to the Special Session of the UN General Assembly], Таджикистан, 2007, стр. 9.

88 UNODC, *Региональное исследование о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе [Regional Study on Drug Use and HIV/AIDS]* (2007), стр. 36.

89 Там же., стр. 36, 40.

90 Данные, предоставленные национальными сотрудниками UNODC [неопубликованные данные].

91 Данные, предоставленные национальными сотрудниками UNODC [неопубликованные данные].

Таблица 1: Потребление наркотиков, ВИЧ-инфекция и вирусный гепатит С (ВГС) в странах реализации проекта⁹²

Страна и численность населения (мил.)	Оценочное число ПИН	Оценочное число людей, живущих с ВИЧ	Уровень распространения ВИЧ среди взрослых (возраст 15-49 лет)	Уровень распространения ВИЧ среди ПИН	Уровень распространения ВГС среди ПИН	% ПИН среди всех ВИЧ+	Число лиц, получающих АРТ
Азербайджан 8.700	21.189 человек (в том числе 374 женщины) были зарегистрированы как наркозависимые в наркологических службах на 2007 г. ^a 80.000 ^b	7.800 (диапазон 4700-16000 по данным за 2008 г.) ^a	0,2% (0.1-0.3%); 23.9 на 100 000 населения ^a	19-24% ^b	57% ^b	57.7% (2007) ^a	< 100; 6-24% (2007) ^e
Казахстан 15.800	186.000 ^b	12.000 (диапазон 7.000-29.000) ^e	0.1% (0.1-0.3%) ^d ; 54.0 на 100.000 населения ^e	3.9% ^b	65.7% ^b	72.7 ^d	< 500; 14-36% (2007) ^e
Кыргызстан 5.300	5.387 (зарегистрировано) ^a 44.000 ^b	4.200 (1479 зарегистрировано, в том числе 326 женщин по данным за 2008 г.) ^a	0.1% (0.1-0.3%) ^b ; 26.1 на 100 000 населения ^a	1.039 чел. (~ 7,4%) ^a 3-9% ^b	50.6% ^a	72% ^a	< 100; 8-26% (2007) ^e
Таджикистан 7.400	15.000 ^b 34.000 (2007) ^c	1.153 ^a 10.000 (5.000-23.000) ^d	0.3% (0.1-0.6%) ^d ; 15.5 на 100.000 населения ^c	663 (57%) ^a 23,5% ^b	43.4% ^b	57.9% (2007) ^c	<100; 4-11% (2007) ^e
Туркменистан 5.1	11.148 ^b	2 ^a < 1000 ^d	<0.1 ^d	n/a	n/a	n/a	0
Узбекистан 27.500	80.000 (15% женщин) ^a	16.000 (8.100-45.000) ^d	0.1% (0.1 – 0.3%); 11.7 на 100,000 населения ^d	15.33% ^b	5% ^b	11.7% ^a 45% (2006) ^c	<500; 9-51% (2007) ^e

2.4 ФОРМЫ ПРАВЛЕНИЯ И ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Несмотря на изменения, произошедшие после обретения независимости, правовые системы и системы государственного устройства, стран, ранее входивших в состав СССР, до сих пор во многих отношениях схожи. Азербайджан, Казахстан, Таджикистан и Узбекистан являются президентскими

92 В таблице приведены данные из следующих источников:

^a Данные, предоставленные национальными сотрудниками UNODC [неопубликованные данные].

^b С.Кук и Н. Канаев, *Глобальная ситуация в отношении снижения вреда 2008: планирование мер в ответ на связанные с потреблением наркотиков эпидемии ВИЧ и гепатита С* [C. Cook & N. Kanaev, *Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*] (London: International Harm Reduction Program, 2008).

^c ЮНЭЙДС, Национальный доклад о ходе выполнения декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД: Таджикистан (январь 2008); Национальный доклад о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН: Республика Узбекистан (2008).

^d ЮНЭЙДС, информационные страницы по странам, через <http://www.unaids.org/ru/CountryResponses/Countries/default.asp> (последний раз проверено 22 июня 2009).

^e ЮНЭЙДС, Эпидемиологическая информация по странам, 2008 год, через

<http://www.unaids.org/ru/CountryResponses/Countries/default.aspx> (последний раз проверено 22 июня 2009).

республиками с двухпалатными парламентами, избираемыми на пять лет. В Кыргызстане и Туркменистане парламенты однопалатные. Все шесть стран являются государствами с сильной президентской властью. В Азербайджане, Кыргызстане, Таджикистане и Туркменистане, президенты избираются на пятилетний срок, и законодательно ограничены двумя сроками подряд в Азербайджане, Кыргызстане и Таджикистане; в Туркменистане число переизбраний президента не оговаривается в конституции страны. В Узбекистане и Казахстане президенты избираются на 7 лет, при этом в Казахстане нет ограничений для переизбрания на пост президента.

Азербайджан – единственная страна проекта, которая является государством-членом Совета Европы и поэтому Азербайджан подписал и ратифицировал *Европейскую конвенцию о правах человека*.⁹³ Все шесть стран являются государствами-членами Организации по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ); они все также являются членами ООН и ратифицировали основные международные конвенции по правам человека.⁹⁴ Все страны, участвовавшие в проекте, являются государствами-членами Содружества Независимых Государств (СНГ), региональной организации, в состав которой входят многие бывшие советские республики (с 2005 года Туркменистан – ассоциированный член СНГ). Между странами заключен ряд двусторонних и многосторонних договоров и соглашений о сотрудничестве в деле борьбы с незаконным оборотом наркотиков.

Все шесть стран проекта провозгласили верховенство международного права, включая ратифицированные международные договоры, над национальным законодательством.⁹⁵ В каждой стране международные договоры автоматически вступают в силу после их ратификации национальным парламентом,⁹⁶ при этом не требуется принятие нового закона о включении положений договора в национальное законодательство. Все законодательные акты, касающиеся прав и свобод человека, подлежат обязательной публикации для широкой публики, в противном случае они считаются недействительными. Во всех странах проекта существует романо-германская система права, в отличие от системы общего права, что означает, что судебные прецеденты играют незначительную роль или вообще не принимаются во внимание.

Конституции каждой из стран проекта закрепляют широкий круг прав и свобод человека. В иерархии законодательных актов, наверху находится *конституция*, ниже располагаются *кодексы* и *законы* (регулирующие определенные области права), которые дополняются вспомогательными инструментами, такими как *постановления*, *указы*, *приказы* и *инструкции* (издаваемые, например, президентом, правительством или отдельными министерствами).⁹⁷

Национальное законодательство часто формулируется широко, декларативно, и содержит нормы, которые более подробно разъясняются в подзаконных нормативных актах. Законы (принятые парламентом) могут интерпретироваться и толковаться постановлениями и инструкциями, издаваемыми органами исполнительной власти (например, в указами президента, постановлениями кабинета министров или отдельных министерств), таким образом, что это фактически приводит к ограничению прав и свобод человека.⁹⁸

Судебная власть осуществляется посредством гражданского, уголовного и других процессов (например, конституционного, административного, по экономическим делам). Как правило, в уголовном процессе обвиняемому гарантируется государственный защитник, судебный процесс является публичным и открытым. Суды существуют на уровне района города, города, района (или приравненной территориальной единицы); а также имеются апелляционные и верховные суды. В Азербайджане допускается су-

93 Азербайджан присоединился к Совету Европы 25 января 2001 года и ратифицировал *Европейскую конвенцию* 15 апреля 2002 года.

94 Полный список договоров ООН в области прав человека и статуса их ратификации различными государствами см. на сайте Управления Верховного комиссара ООН по правам человека (www.ohchr.org).

95 Например, *Конституция Азербайджанской Республики* (от 12 ноября 1995 г.), статья 151.

96 Например, *Конституция Казахстана* (от 30 августа 1995 г.), статья 4.

97 См., например, *Закон № 160-II «О нормативно-правовых актах Республики Узбекистан»* (от 14 декабря 2000 г.), статья 14, или казахский *Закон № 213-1 «О нормативно-правовых актах»* (от 24 марта 1998 г.).

98 Например, в национальном законе о ВИЧ может утверждаться, что дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ, запрещена, за исключением случаев, перечисленных в особом дополнительном законодательном акте. Но затем в постановлении – а часто в нескольких постановлениях – перечисляются ситуации, в которых права людей, живущих с ВИЧ, ограничиваются или могут ограничиваться. При таких ограничениях прав могут не учитываться эпидемиологическая ситуация и широкие последствия для здоровья населения, а также права и свободы отдельных лиц. Более того, законодательство запрещает дискриминацию, в то время как нормативно-правовые акты ее определяют и расширяют, таким образом, они противоречат конституции страны и международным правовым обязательствам. Они также могут противоречить правилу, согласно которому ограничение прав допустимо только по закону, но не по нормативно-правовым актам: например, *Конституция Казахстана*, статья 39(1).

ществование специализированных судов: так, суды общей юрисдикции, конституционный, верховный и апелляционный суды функционируют наряду с судами по делам о тяжких преступлениях, военными трибуналами и местными экономическими судами (в которых рассматриваются контрактные и коммерческие споры). В Кыргызстане также могут быть учреждены специализированные суды. Во всех странах, участвовавших в проекте, за исключением Туркменистана, имеются конституционные суды, которые занимаются толкованием конституции и других законов и могут выносить решения о соответствии законов положениям конституции. В Казахстане вместо Конституционного суда учрежден Конституционный совет, выполняющий схожие функции.⁹⁹

2.5 СИСТЕМЫ УГОЛОВНОГО ПРАВОСУДИЯ

В странах, участвовавших в проекте, системы уголовного правосудия регулируются *уголовными*, *уголовно-процессуальными* и *уголовно-исполнительными кодексами*, а также другими правовыми актами и постановлениями.

Правоохранительные органы обязаны проводить досудебное производство по всем делам, за исключением дел, не имеющих большого общественного значения, куда не входят преступления, связанные с наркотиками. Подозреваемые или обвиняемые в совершении уголовных преступлений могут содержаться в предварительном заключении до суда (заключение под стражу до предъявления обвинения на основе подозрения в совершении преступления ограничено кратким сроком, не более нескольких суток; задержание после предъявления обвинения может быть значительно дольше). Лица, обвиняемые в уголовных преступлениях, могут быть освобождены из-под стражи под подписку о невыезде – «обязательство» того, что они не покинут место проживания.

Во всех шести странах, участвовавших в проекте, государство обязано предоставлять бесплатную юридическую помощь лицам, обвиняемым в уголовно-наказуемых деяниях, которые не имеют возможности оплатить услуги адвоката, а также в случаях, когда участие защитника является обязательным. По закону, если обвиняемый является инвалидом, несовершеннолетним, не может самостоятельно представлять свои интересы, просто просит предоставить защитника или обвиняется в тяжком преступлении, караемом длительным сроком заключения, государство должно предоставить государственного защитника.¹⁰⁰ Как и в отношении других преступлений, лицам, обвиняемым в преступлениях, связанных с наркотиками, может предоставляться бесплатная юридическая помощь. В определенных случаях, лицам, направляемым на принудительное лечение от наркотической зависимости, автоматически предоставляется бесплатная юридическая помощь (например, в Азербайджане и Туркменистане).

В Азербайджане, Кыргызстане и Таджикистане функции предоставления бесплатной юридической помощи иногда выполняют НПО, которые предоставляют некоторые виды бесплатной юридической помощи малоимущим лицам. В Таджикистане, например, пункты бесплатной юридической помощи были созданы в крупных городах при содействии международных организаций. В некоторых случаях коллегии адвокатов, руководители юридических консультаций или юридических фирм могут принять решение о предоставлении услуг *pro bono*, учитывая финансовое положение клиента.

В Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане уголовные дела в судах первой инстанции рассматривают судья и два народных заседателя. При рассмотрении более тяжких уголовных дел судеб-

99 *Конституция Казахстана* (от 30 августа 1995 г.), глава VI.

100 Например, согласно статье 51 *Уголовно-процессуального кодекса* Азербайджанской Республики, участие защитника в уголовном процессе должно быть обеспечено в следующих случаях:

- 1) по требования подозреваемого или обвиняемого;
- 2) если в момент совершения преступления, подозреваемый или обвиняемый был несовершеннолетним;
- 3) при невозможности самостоятельного осуществления подозреваемым или обвиняемым своего права на защиту в силу физической или психической инвалидности;
- 4) при не владении подозреваемым или обвиняемым языком, на котором ведется уголовное судопроизводство;
- 5) если подозреваемому или обвиняемому вменяется совершение особо тяжкого преступления;
- 6) если подозреваемый или обвиняемый является военнослужащим срочной военной службы;
- 7) в случае принудительного помещения подозреваемого или обвиняемого в специальное медицинское (стационарное лечебно-психиатрическое) учреждение.

ные слушания проходят перед коллегией в составе трех судей. В Узбекистане, Таджикистане и Туркменистане нет института присяжных заседателей. Азербайджан, Казахстан и Кыргызстан отказались от советской модели народных заседателей и вместо этого учредили суды с участием присяжных заседателей. В этих странах в судах первой инстанции заседает один судья или коллегия из трех судей. В Азербайджане судебные процессы с участием присяжных заседателей проходят по делам, в которых обвиняемому может быть назначено наказание в виде пожизненного заключения или по делам о тяжких преступлениях (включая некоторые преступления, связанные с наркотиками), и при соответствующем ходатайстве со стороны обвиняемого о проведении судебного процесса с участием присяжных заседателей. В Казахстане судебные процессы с участием присяжных заседателей проводятся по делам о тяжких преступлениях и при наличии соответствующего ходатайства со стороны обвиняемого. Апелляции во всех шести странах рассматриваются коллегиями в составе трех или более судей.

2.6 СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Все страны, участвовавшие в проекте, унаследовали системы здравоохранения со схожими централизованными структурами и системами управления, действовавшими в советское время. В каждой стране, Конституция гарантирует определенный объем бесплатной медицинской помощи, однако имеются убедительные свидетельства наличия значительных расхождений между провозглашенными правовыми гарантиями и реальностью.¹⁰¹ Некоторые национальные экспертные группы, участвовавшие в реализации проекта, сообщили, что лицам, нуждающимся в медицинской помощи, часто приходится платить за медицинские препараты, питание, постельное белье, за то, чтобы их срочно приняли в стационар, и за качество обслуживания.¹⁰²

Доступ к бесплатной медицинской помощи предоставляется на основе свидетельства о месте жительства (т.е. регистрации по определенному адресу). При такой системе, у лиц, не имеющих определенного места жительства, могут возникнуть проблемы, и чаще всего это касается бездомных и мигрантов. При отсутствии регистрации по месту жительства медицинские услуги предоставляются только на платной основе (за исключением скорой медицинской помощи).

Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции

Во всех странах, участвовавших в проекте, имеются специализированные СПИД центры, ответственные за профилактику и лечение ВИЧ-инфекции. Эти учреждения были созданы в начале 1990х годов; и если тогда этот подход считался прогрессивным, со временем возникли сомнения в его эффективности.¹⁰³ Существуют опасения, что при таком подходе ВИЧ-инфекция выделяется из более широкой системы общественного здравоохранения, что препятствует интеграции услуг, касающихся ВИЧ-инфекции, с услугами по профилактике и лечению туберкулеза, вирусных гепатитов и зависимости от наркотиков. Высказываются также опасения о том, что образование отдельных центров, ответственных за меры по реагированию на ВИЧ, и освобождение других подразделений системы здравоохранения и других медицинских работников от работы, касающейся ВИЧ-инфекции, может еще больше усугубить стигму и дискриминацию в отношении людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, и уязвимых к этой инфекции.

В каждой стране, участвовавшей в проекте, имеется законодательство о здравоохранении, регулирующее отношения в сфере охраны здоровья, в том числе право на бесплатные медицинские услуги. В этом законодательстве, помимо прочего, определяются такие понятия как «заболевания, представляющие угрозу для окружающих» и «социально значимые/опасные заболевания».¹⁰⁴ Эти категории

¹⁰¹ См., например: ПРООН, *Как обратить эпидемию вспять* (2004), выше; Хьюэн Райтс Уотч, *Разжигание пожара: как нарушения прав человека разжигают эпидемию СПИДа в Казахстане* (2003), выше.

¹⁰² См., например, страновые отчеты, подготовленные национальными экспертными группами из Узбекистана и Казахстана (полная версия, только на русском языке) [неопубликованные данные].

¹⁰³ В Казахстане первый такой центр был создан в 1992 году, и на момент написания настоящего отчета в рамках этого центра работало 16 региональных и 6 городских центров. В Кыргызстане национальный орган по СПИДУ был создан в 1994 году. В Таджикистане система состоит из Национального центра по профилактике СПИДа и 4 региональных, 3 городских и 7 районных центров. В Туркменистане с 1989 года имеется один национальный центр и 5 областных центров профилактики ВИЧ с приемными, где проводится консультирование и тестирование на ВИЧ.

¹⁰⁴ Это положение позаимствовано из «Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» (1969), где хронический алкоголизм и наркомания классифицировались как заболевания, представляющие угрозу для других лиц (наряду с такими состояниями как лепра, венерические заболевания, а также инфекции, в связи с которыми может быть назначен карантин).

присутствуют в законодательстве всех стран, участвовавших в проекте, за исключением Кыргызстана. В странах, участвовавших в проекте, в середине 1990-х гг. были приняты специальные законы о ВИЧ/СПИДе, как правило, по образцу закона, принятого в Советском Союзе в 1990 году (см. Вставку 4).¹⁰⁵ В этих законах регулируются права и обязанности лиц в отношении ВИЧ-инфекции и СПИДа, и определяются полномочия, ответственность и права медицинских работников и СПИД-сервисных учреждений. Во всех этих законах имеются анти-дискриминационные положения и положения о конфиденциальности медицинской информации.¹⁰⁶ Однако было всего несколько случаев возбуждения дел в связи с нарушениями вышеупомянутых положений, например, связанные с разглашением конфиденциальной информации о ВИЧ статусе пациента медицинскими работниками.¹⁰⁷

Во всех странах (за исключением Кыргызстана) в национальных законах о ВИЧ и/или в подзаконных актах содержатся очень широкие положения об обязательном и принудительном тестировании на ВИЧ различных категорий лиц.¹⁰⁸ Хотя в некоторых странах, участвовавших в проекте, внедрены услуги по добровольному тестированию на ВИЧ и предоставлению до- и после-тестового консультирования, но часто обязательства по до- и после-тестовому консультированию не получили формального закрепления в законе. Кроме того, закон и подзаконные акты часто неоправданно нарушают права людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, что выражается в дискриминационных практиках (например, запрет на службу в армии, запрет на работу по определенным профессиям или на определенных должностях, отказ в праве на усыновление ребенка или вмешательство в семейные отношения).¹⁰⁹

Вставка 4: Закон СССР «О профилактике заболевания СПИД»

В Закон СССР «О профилактике заболевания СПИД» 1990 года¹¹⁰ были включены общие положения о правах людей, живущих с ВИЧ, относящиеся к уходу, лечению и поддержке. Эти права включали бесплатные лекарства и покрытие расходов на поездки к месту лечения и обратно. Родители и лица, осуществляющие уход за больным, получали финансирование на сопровождение пациента по дороге в лечебное учреждение, и получали оплачиваемый отпуск по уходу за больным. Люди, живущие с ВИЧ, также имели право на поддержку, если инфицирование ВИЧ произошло в медицинском учреждении.

В закон также были включены общие анти-дискриминационные положения, запрещающие работодателю отказывать в приеме на работу или увольнять с работы по причине ВИЧ-инфицирования, а также положения, запрещающие детским дошкольным учреждениям и учебным заведениям отказывать в приеме ВИЧ-инфицированных детей и студентов. Закон гарантировал защиту других прав и не разрешал ограничение прав людей, живущих с ВИЧ, на основании их ВИЧ-статуса или диагноза СПИД. Он также гарантировал защиту прав и интересов членов семьи и родственников лиц, живущих с ВИЧ. Однако эти положения о защите от дискриминации и о других правах человека оставались, главным образом, на бумаге.

Лечение наркотической зависимости (наркологическая помощь)

В странах, участвовавших в проекте, лечение наркотической зависимости предоставляется в наркологических диспансерах и в наркологических отделениях больниц общего профиля. Обычно лечение наркотической зависимости проводится бесплатно, за исключением Кыргызстана, где такое лечение предоставляется на основе со-оплаты пациентом.

В соответствии с методикой, применявшейся в наркологической системе в советское время, лече-

¹⁰⁵ Более подробно см. Часть II, итоговые отчеты стран, участвовавших в проекте.

¹⁰⁶ Например, согласно Закону Республики Таджикистан о ВИЧ, иностранцы и доноры крови обязательно должны проходить тестирование на ВИЧ, а последующие постановления предусматривают также обязательное тестирование на ВИЧ для беременных женщин, потребителей инъекционных наркотиков и других групп населения. См.: Итоговый отчет Таджикистана, ниже, в Части II.

¹⁰⁷ Сообщение об одном из таких случаев см. в: Л. Утяшева, «Первый правовой прецедент по ВИЧ в Кыргызстане: нарушение медицинской тайны» [L. Utyasheva, "First HIV legal precedent in Kyrgyzstan: breach of medical privacy"], *HIV/AIDS Policy and Law Review* 2007; 12(2/3): 70, см. на сайте: www.aidslaw.ca/review.

¹⁰⁸ Более подробно см. ниже в разделе 4.

¹⁰⁹ Более подробно см. ниже в разделе 5.

¹¹⁰ Союз Советских Социалистических Республик, *Закон № 1447-1 «О профилактике заболевания СПИД»* (от 23 апреля 1990 г.).

ние основано на детоксификации с ограниченным использованием реабилитационных и психологических методов (см. Вставку 5). Другие подходы, базирующиеся на признании наркотической зависимости болезнью (а не девиантным поведением, подлежащим уголовному наказанию) с трудом получают признание в пост-советской системе. На момент написания настоящего отчета, несмотря на веские доказательства, собранные в течение десятков лет в других правовых системах, и их подтверждение специализированными техническими агентствами ООН, опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) была внедрена только в трех из шести стран реализации проекта (Азербайджане, Кыргызстане, Казахстане), но и там охват этими услугами остается ограниченным. Из всех стран, участвовавших в проекте, опиоидная заместительная терапия впервые была внедрена в Кыргызстане в 2002 году. В Таджикистане правительство планирует начать пилотные проекты ОЗТ в ближайшем будущем. Опиоидная заместительная терапия существовавшая в Узбекистане с 2004 года, в 2009 году была прекращена, согласно решению Правительства. В Туркменистане ОЗТ не проводится.

Вставка 5: Наркология советской эпохи¹¹¹

Разделение на психиатрию и наркологию (направленную на лечение наркотической и алкогольной зависимостей) в странах, участвовавших в проекте, произошло в советское время. Это разделение между произошло в 1976 году с целью совершенствования управления системой психиатрического лечения и развития системы лечения алкоголизма и наркомании, особенно учитывая рост злоупотребления алкоголем в Советском Союзе. Задачами наркологии были раннее выявление, регистрация, лечение и профилактика алкогольной и наркотической зависимостей. Профилактика заболеваемости среди населения (диспансеризация) была руководящим принципом этой системы – другими словами, была учреждена система активного надзора и лечение населения. Врачей обязали выявлять и направлять на лечение в наркологию тех, кого они считали зависимыми от наркотиков или алкоголя.

Принудительное лечение

Концепция принудительного лечения берет начало в Законе СССР «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» (1969), в котором были определены случаи и порядок принудительного лечения хронических алкоголиков и наркоманов. В частности, в случае если лицо, страдающее наркотической зависимостью, отказывалось добровольно пройти курс лечения, его (или ее) могли направить через суд на принудительное лечение в лечебно-трудовых профилакториях, находившихся в ведении Министерства внутренних дел. Правовой статус лиц, находившихся на принудительном лечении, был подобен статусу заключенных, а режим напоминал тюремный. Побег из такого учреждения или по пути в него приравнивался к побегу из мест лишения свободы, и в случае поимки беглецу грозило тюремное заключение. Пациенты не имели права обжаловать решение суда о направлении на принудительное лечение или о продлении либо сокращении срока лечения, они также не имели права на услуги адвоката.

Система принудительного лечения в Советском Союзе прекратила свое существование незадолго до того как страны реализации проекта получили независимость, после того, как в 1990 году Комитет конституционного надзора объявил эту систему неконституционной.¹¹² Комитет определил, что ни в Конституции СССР, ни в международных документах по правам человека не предусматривается обязанность людей заботиться о своем здоровье, и, таким образом, это обязательство не может «обеспечиваться мерами принудительного характера». Комитет сделал заключение, что «лечение пациентов с алкогольной зависимостью, не совершивших преступлений, должно проводиться на добровольной основе».

Врачебная тайна

В 1979 году Министерство здравоохранения СССР издало инструкцию «О порядке информирования о психическом здоровье населения». В этой инструкции запрещалось раскрывать инфор-

111 Организация помощи при химической зависимости в Российской Федерации, *Наркоконтроль* № 4 (2007); В. Менделевич, «Недобровольное (принудительное) и альтернативное лечение наркомании: дискуссионные вопросы теории и практики», *Наркология* № 7 (2007).

112 Заключение Комитета конституционного надзора СССР «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией», решение № 8 (от 25 октября 1990 г.).

мацию о психическом здоровье пациентов и их диагнозах. Такую информацию разрешалось сообщать только правоохранительным органам и судам. Однако в случаях пациентов с алкогольной или наркотической зависимостью врачи обязаны были сохранять врачебную тайну, только если пациент критически оценивал собственное состояние (сознавал свою зависимость), был настроен пройти лечение и строго выполнял все медицинские предписания.

Программы снижения вреда

Кыргызстан был первой страной в регионе, где началась реализация программ снижения вреда, когда в городах Бишкек и Ош в 1999 году были запущены программы обмена шприцев.¹¹³ На момент написания настоящего отчета, программы предоставления стерильных игл и шприцев действуют в пяти из шести стран реализации проекта (их нет в Туркменистане).

Однако ни в одной из этих стран меры снижения вреда не закреплены в законах. Формулировки положений о профилактике ВИЧ инфекции как это касается потребления наркотиков варьируют в национальных стратегиях по контролю наркотиков в смысле их широты и детализации. Однако эти документы не определяют правовой статус таких профилактических программ для потребителей наркотиков. В Казахстане определенные меры по снижению вреда реализуются в «пунктах доверия», работа которых регулируется постановлениями. Отсутствие четкой законодательной базы ставит такие программы в рискованное положение, повышая их уязвимость в контексте возможных изменений политики вместо того, чтобы обеспечить их устойчивое функционирование в качестве ключевых программ, воспринимаемых как обязательная часть системы здравоохранения

2.7 СИСТЕМЫ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В Советском Союзе исправительные учреждения находились в ведении Министерств внутренних дел, и такая система до сих пор существует в Туркменистане и Узбекистане. В Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане в ходе реформ начала 2000-х годов, исправительные учреждения были переданы в ведение Министерств юстиции.

Услуги здравоохранения в тюрьмах предоставляются медицинской службой соответствующего министерства, которая отвечает за здравоохранение в пенитенциарной системе. В каждой стране проекта согласно законодательству, заключенные с ВИЧ должны получать АРТ. Однако, интервьюирование заключенных, проведенное национальными экспертными группами в отдельных странах проекта, показало, что медицинские услуги в исправительных учреждениях не сопоставимы с услугами, предоставляемыми в обычных медицинских учреждениях за пределами тюрем: заключенные говорили о том, что им часто приходится покупать лекарства или просить родственников и друзей, чтобы они купили им необходимые медицинские препараты, потому что в тюремных медицинских отделах их нет.¹¹⁴

Заключенные с ВИЧ содержатся вместе с остальными заключенными. Заключенные, больные туберкулезом, содержатся отдельно во всех шести странах реализации проекта.

Ответные меры стран проекта на риск распространения инфекционных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, в местах лишения свободы и на необходимость предоставления заключенным медицинских услуг разнятся. В большинстве стран, участвовавших в проекте (в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане), тюремные власти признают, что в местах лишения свободы и изоляторах временного содержания происходит сексуальная активность и потребление наркотиков и сейчас внедряют меры по профилактике распространения ВИЧ-инфекции. В официальных сообщениях из Туркменистана говорится, что в тюрьмах нет употребления наркотиков, как и нет случаев ВИЧ-инфекции.

113 Д. Вульф, *Снижение вреда в Кыргызстане: спасая жизни* [D. Wolfe, *Pointing the Way: Harm Reduction in Kyrgyz Republic*] (Ассоциация снижения вреда в Кыргызстане, 2005).

114 Более подробно см., например, в итоговом отчете Кыргызстана.

По данным национальных экспертных групп, информация о профилактике ВИЧ-инфекции распространяется в тюрьмах всех стран, участвовавших в проекте. Однако презервативы выдаются заключенным только в трех странах (Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане), в остальных странах они имеются только в помещениях для личных свиданий заключенных.

В 2000 году Кыргызстан стал одной из первых стран СНГ, наряду с Молдовой, где начали реализовываться программы предоставления стерильных игл и шприцев (обмена шприцев) в тюрьмах – программы, важность и эффективность которых подкрепляется все большим числом документальных доказательств, и которые получают международное признание в растущем числе стран как часть правильного всестороннего подхода к мерам реагирования на распространение ВИЧ-инфекции в тюрьмах.¹¹⁵ Во всех остальных странах существуют правовые положения, запрещающие заключенным хранить колюще-режущие предметы (хотя конкретно иглы и шприцы там не упоминаются). В Кыргызстане, после недавних поправок к внутренним тюремным правилам, хранение игл и шприцев заключенными разрешено.¹¹⁶ В трех странах проекта (Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане) заключенные имеют доступ к дезинфицирующим средствам: хотя это важно, нельзя считать, что доступ к дезинфицирующим средствам адекватно заменяет доступ к стерильному инструментарию для инъекций или нанесения татуировок.¹¹⁷ В августе 2008 года, в Кыргызстане были введены пилотные проекты по предоставлению опиоидной заместительной терапии (с использованием метадона) в системе исполнения наказаний.¹¹⁸ В других странах, участвовавших в проекте, таких программ в тюрьмах нет.

Как отмечалось выше, законодательство всех стран, участвовавших в проекте, предусматривает принудительное лечение наркотической зависимости в тюрьмах, хотя имеются различия в организации такого лечения. В то же время добровольное лечение наркотической зависимости в местах лишения свободы не всегда доступно для пациентов, которые в нем нуждаются.¹¹⁹

2.8 СИТУАЦИЯ С ПРАВАМИ ЧЕЛОВЕКА: ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ, ТЮРЬМЫ

Во всех странах, участвовавших в проекте, нормативно-правовые акты, затрагивающие права и свободы человека и гражданина, подлежат публикации для всеобщего сведения. Если такие нормативно-правовые акты не доведены до всеобщего сведения, они являются недействительными.¹²⁰ Закрепленные в Конституции нормы и положения о правах человека имеют прямое действие, и, теоретически, для применения не нуждаются в раскрытии в других нормативных правовых актах.¹²¹ Исполнительная и судебная власти, а также органы прокуратуры обязаны уважать и защищать права человека. Специализированные органы, такие как служба уполномоченного по правам человека (омбудсмена) или Комиссия по правам человека при президенте (например, в Кыргызстане и Азербайджане) учреждаются для рассмотрения жалоб о нарушениях прав человека государственными органами. Ни в одной из шести стран нет какого-либо специализированного органа, который бы занимался защитой от дискриминации.

Большинство стран, участвовавших в проекте, ратифицировали международные договоры по правам человека, предусматривающие право подавать индивидуальные жалобы в международные органы и организации. Например, все участвовавшие в проекте страны кроме Казахстана, ратифицировали Факультативный протокол к *Международному пакту о гражданских и политических правах* (согласно которому разрешается подавать жалобы в Комитет ООН по правам человека);

115 Вульф, *Спасая жизни, выше*, стр. 9; Р. Лайнс и др., *Обмен игл в тюрьмах: уроки всестороннего обзора международных свидетельств и опыта* (2-е изд.) [R. Lines et al., *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience* (2nd ed.)], (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006), стр. 41, см. на сайте: www.aidslaw.ca/prisons; Р. Юргенс, *Меры по решению проблемы ВИЧ в тюрьмах: программы обмена игл и шприцев и стратегии детоксификации* [R. Jürgens, *Interventions to address HIV in prisons: needle and syringe programmes and decontamination strategies*], Evidence for Action Technical Papers (Женева: ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, 2007).

116 Постановление Правительства Кыргызской Республики, "О правилах работы следственных изоляторов (СИЗО), No. 229 (16 мая 2008).

117 Юргенс, *Меры по решению проблемы ВИЧ в тюрьмах, выше*, стр. 19-20.

118 Более подробную информацию, см. в Разделе 6.

119 Более подробно см. ниже в разделах 4 и 6.

120 Например, *Конституция Туркменистана* (от 26 сентября 2008 г.), статья 5.

121 Там же.

Азербайджан также ратифицировал *Европейскую конвенцию о правах человека*. Однако, согласно информации, предоставленной национальными экспертными группами, на настоящее время, не было подано ни одной жалобы в международные органы по таким вопросам как дискриминация на основе состояния здоровья или отказ в адекватной медицинской помощи или лечении в местах лишения свободы. В то же время, по сообщениям национальных экспертных групп, права людей, потребляющих наркотики, и заключенных регулярно нарушаются. (Несмотря на отсутствие официально поданных индивидуальных жалоб, некоторые органы ООН по правам человека выразили общую озабоченность ситуацией с ВИЧ-инфекцией в некоторых странах реализации проекта и подчеркнули жизненно важную важность расширения услуг по снижению вреда).¹²²

Как видно из итоговых отчетов по странам, строгие запретительные законы и стратегии в отношении наркотиков действуют во всех странах реализации проекта. Было собрано множество свидетельств, показывающих, что такие стратегии способствуют маргинализации и стигматизации людей, потребляющих наркотики, подрывают возможность предоставления им услуг по профилактике ВИЧ-инфекции, препятствуют их доступу к уходу, лечению и поддержке, необходимым при ВИЧ-инфекции, наркотической зависимости и других проблемах со здоровьем. Такие стратегии противоречат обязательствам по правам человека, взятым на себя государствами, и принципам надлежащей политики в области здравоохранения.¹²³ Например, люди, потребляющие наркотики, легко становятся объектами задержания при приведении в жизнь строгого законодательства о потреблении и хранении наркотиков: по результатам проведенного в Казахстане исследования, 80% людей, употребляющих инъекционные наркотики, опрошенных представителями Хьюман Райтс Уотч, сообщили, что в прошлом, они уже отбывали срок наказания в виде лишения свободы, а многие находились в тюрьме уже в четвертый или пятый раз, как правило, за хранение наркотических веществ или кражу.¹²⁴ В том же отчете, приводятся данные о том, что в задержании люди подвергаются вымогательству, угрозам и физическому насилию; многие не выдерживают давления со стороны представителей правоохранительных органов и признают свою вину по ложным обвинениям после применения «силовых» методов допроса или в обмен на наркотики.

Сообщается о систематических преследованиях и недопустимом обращении с людьми, употребляющими инъекционные наркотики, со стороны правоохранительных органов, а также о пытках задержанных. На основе бесед с потребителями наркотиков в Казахстане, Хьюман Райтс Уотч сообщает о случаях произвольных арестов, вербальных и физических оскорблений, физического насилия, в некоторых случаях представляющего собой пытки, вымогательства, подбрасывания ложных улик людям, употребляющим наркотики, или секс работникам, принудительного секса и «выбивания» признательных показаний.¹²⁵ После взятия под стражу, многие заключенные с опиоидной зависимостью испытывают синдром отмены, что может нарушить их способность принимать осознанные решения и повышает вероятность того, что они не выдержат давления правоохранительных органов.¹²⁶ Более того, методы работы правоохранительных органов и страх перед задержанием и уголовным преследованием приводят к тому, что люди используют более опасные способы употребления наркотиков; у людей, потребляющих наркотики, пропадает желание обращаться за услугами по снижению вреда, а также получать информацию о ВИЧ и соответствующее лечение.¹²⁷

122 Например, в ноябре 2006 г. Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам выразил озабоченность в связи с «быстрым распространением ВИЧ в государстве-участнике, в частности, среди потребителей наркотиков, заключенных [и] работников коммерческого секса» и рекомендовал, чтобы правительство определило задачи по расширению предоставления бесплатных... услуг по снижению вреда во всех частях страны с указанием конкретных сроков: «Заключительные замечания: Таджикистан» [“Concluding Observations: Tajikistan”], UN Doc. No. E/C.12/TJK/SO/1 (24 ноября 2006 г.), п. 70.

123 Более подробное обсуждение см. в: Дж. Чете и Д. Козен «Летальное нарушение: нарушения прав потребителей инъекционных наркотиков в эпоху ВИЧ/СПИДа» [J. Csete & J. Cohen, “Lethal Violation: Human Rights Abuses Faced by Injection Drug Users in the Era of HIV/AIDS”], в: Малиновска-Семпрух и Галлахер, *«Война с наркотиками, ВИЧ/СПИД и права человека»* [Malinowska-Sempruch & Gallagher, *War on Drugs, HIV/AIDS and Human Rights*], выше, стр. 212-227; Р. Эллиотт и др., «Снижение вреда, ВИЧ/СПИД и права человека: проблема для глобального наркоконтроля» [R. Elliott et al., “Harm Reduction, HIV/AIDS, and the Human Rights Challenge to Global Drug Control”], *Health and Human Rights* 2005; 8(2): 104-138; и «Какой ценой?: ВИЧ и правозащитные последствия глобальной 'войны с наркотиками'» [At What Cost?: HIV and Human Rights Consequences of the War on Drugs], выше.

124 Хьюман Райтс Уотч, *Раздувая пламя: Нарушения прав человека как фактор распространения эпидемии СПИДа в Казахстане*, выше, стр. 24.

125 Там же.

126 Р.Д. Брюс и Р. Шлейфер «Этические и правозащитные императивы для обеспечения медикаментозного лечения опиоидной зависимости в тюрьмах и следственных изоляторах» [R.D. Bruce & R. Schleifer, “Ethical and human rights imperatives to ensure medication-assisted treatment for opioid dependence in prisons and pre-trial detention”], *International Journal of Drug Policy* 2008; 19(2): 17-23.

127 Хьюман Райтс Уотч, *Раздувая пламя: Нарушения прав человека как фактор распространения эпидемии СПИДа в Казахстане*, выше, стр. 18; см. также J. Csete, *Do Not Cross: Policing and HIV Risk Faced by People Who Use Drugs*, (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2007), см. на сайте: www.aidslaw.ca/drugpolicy.

Представители органов здравоохранения и работники программ снижения вреда высказывают озабоченность в связи с тем, что отсутствие понимания со стороны сотрудников правоохранительных органов, их недостаточное обучение и информирование о ВИЧ и СПИДе, и укоренившийся репрессивный подход к людям, потребляющим наркотики, приводят к преследованиям и дискриминации работников программ снижения вреда со стороны правоохранительных органов. Например, по словам одного ответственного лица из Казахстана, полиция может наблюдать и преследовать лиц, посещающих пункты обмена игл и шприцев, с целью идентификации и задержания.¹²⁸ В том же исследовании приводятся случаи, когда аутрич-работники были задержаны за переноску коробок с пустыми шприцами, а в двух городах несколько человек говорили о том, что полиция постоянно наблюдает за аптеками, чтобы выявить потребителей наркотиков, покупающих дезинфицирующие средства или шприцы.¹²⁹ В ходе реализации проекта национальные экспертные группы выражали озабоченность в том, что методы работы полиции могут удерживать потребителей наркотиков от обращения за медицинской помощью. Например, национальная экспертная группа из Казахстана сообщила, что во многих городах потребители наркотиков боятся заходить в «пункты доверия» (государственные учреждения, предоставляющие услуги, в том числе программы обмена игл и шприцев), потому что, если будут установлены их личности, это может привести к преследованиям со стороны правоохранительных органов. Одна из главных причин того, что люди, потребляющие наркотики, не пользуются услугами пунктов доверия, – страх, что полиция их идентифицирует.¹³⁰

Национальные экспертные группы также систематически сообщали о низкой эффективности применяемых в настоящее время методов лечения наркотической зависимости. Большинство пациентов возобновляют прием наркотиков почти сразу после курса лечения, за которое им часто приходится платить, несмотря на то, что по закону такое лечение должно предоставляться бесплатно.¹³¹

Условия содержания в местах лишения свободы остаются суровыми и представляют угрозу для жизни: тюрьмы обычно переполнены, в них не соблюдаются санитарно-гигиенические нормы; серьезной проблемой исправительных учреждений являются болезни, особенно туберкулез. Например, в Таджикистане представители властей сообщили, что в 2007 году от туберкулеза или от заболеваний, связанных со СПИДом, умерло 36 заключенных.¹³² В замечаниях отчета Комитета ООН против пыток (КПП) по Таджикистану отмечается, что имеется множество заявлений о широко распространенном повседневном применении пыток и недопустимого обращения со стороны сотрудников правоохранительных и следственных органов, особенно с целью получения признательных показаний для их использования в судебных процессах.¹³³ Сообщается о том, что заключенным отказывают или препятствуют в доступе к адвокату, в свиданиях с членами семьи и в проведении независимой медицинской экспертизы. В Азербайджане были документированы случаи пыток, в том числе с применением электрошока, жестоких избиений и угроз изнасилования, а также другие пытки в полицейских участках и тюрьмах по всей стране.¹³⁴ В тюрьмах широко распространена коррупция, и заключенные вынуждены платить тюремным охранникам за привилегии, а иногда за медицинскую помощь.¹³⁵

128 Хьюмэн Райтс Уотч, *Раздувая пламя*, стр. 38.

129 Там же, стр. 38.

130 См.: Итоговый отчет Казахстана.

131 М. Хидиров и М. Ан, в: К. Малиновска–Семпрух, Сара Галлахер (ред.), *Война с наркотиками, ВИЧ/СПИД и права человека* (русское издание) (IDEA, 2004), стр. 190. (эта статья опубликована только в русском издании данной книги).

132 Государственный Департамент США (Бюро по демократии, правам человека и труду), *Страновые доклады по реализации прав человека 2007: Таджикистан [Country Reports on Human Rights Practices 2007: Tajikistan]* (11 марта 2008 г.), см. на сайте: www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2007/100621.htm.

133 Комитет ООН против пыток, 37 сессия, *Таджикистан: заключения и рекомендации Комитета против пыток [Tajikistan: Conclusions and recommendations of the Committee against Torture, 37th Sess.]* 6-24 ноября 2006 г.

134 Хьюмэн Райтс Уотч, *Справочный документ: Азербайджан и европейская политика добрососедства [Briefing Paper: Azerbaijan and the European Neighbourhood Policy]* (15 июня 2005 г.), см. на сайте: <http://hrw.org/backgrounders/eca/azerbaijan0605>.

135 Там же.

3. ВОПРОСЫ АДМИНИСТРАТИВНОГО И УГОЛОВНОГО ПРАВА

3.1 ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О НАРКОТИКАХ: СИТУАЦИЯ В СТРАНАХ ПРОЕКТА

В каждой из шести исследуемых стран, законодательство и его исполнение отражают преобладание репрессивного подхода к лицам, употребляющим наркотики, а в решении проблемы с потреблением наркотиков в масштабах государства особая роль отводится правоохранительным органам, а не органам здравоохранения. Все шесть стран, охваченных проектом, приняли похожие национальные стратегии борьбы с незаконным потреблением и оборотом наркотических средств, основными целями которых являются искоренение предложения и потребления наркотиков. Однако в недавнее время, эта ситуация стала медленно меняться: недавно принятые программы по контролю наркотиков содержат меры по снижению вреда (например, в Казахстане и Кыргызстане).

Каждая из стран, участвовавших в проекте, сохраняет запреты в отношении наркотиков в рамках административного и уголовного права. Потребление наркотиков *как таковое*, в отличие от хранения наркотиков, официально запрещено в ряде стран, хотя при этом оно не всегда влечет применение карательных мер (например, наказания в соответствии административным или уголовным кодексом страны). Законодательством Азербайджана предусматривается административная ответственность за потребление наркотиков. В Таджикистане и Туркменистане потребление наркотиков без назначения врача запрещено законом о наркотических средствах, однако ни административным, ни уголовным законодательством не определено наказание за данное деяние.¹³⁶ В Казахстане и Кыргызстане потребление наркотиков в общественных местах влечет административную ответственность. Законодательством Узбекистана за потребление наркотиков не предусмотрено ни административной, ни уголовной ответственности, не существует и запрета на потребления наркотиков в рамках закона о наркотических средствах.

Совершение правонарушения в состоянии наркотического или алкогольного опьянения рассматривается в качестве отягчающего вину обстоятельства в уголовном и/или административном законодательстве большинства стран проекта, что является наследием законодательной системы Советского Союза. Лишь законодательство Азербайджана и Таджикистана не содержит данного положения, но оно по-прежнему присутствует в законодательстве Туркменистана, Узбекистана, Казахстана и Кыргызстана.¹³⁷

Хранение незначительных размеров наркотических веществ во всех странах, участвовавших в проекте, влечет административную или уголовную ответственность. Каждая из стран проекта разработала Списки, определяющие минимальные и максимальные размеры наркотических средств и психотропных веществ, хранение которых ведет к административной или уголовной ответственности (см. Приложение 1). В большинстве стран проекта количества наркотических средств могут быть отнесены к «небольшим», «крупным» и «особо крупным» размерам (в Узбекистане используются понятия «небольшие», «превышающие небольшие» и «крупные» размеры, в Таджикистане – «мелкие», «небольшие», «крупные» и «особо крупные»);¹³⁸ количества наркотического вещества, относимые к данным категориям в разных странах различны. Размеры, хранение которых влечет уголовную ответственность обычно незначительны – в Узбекистане и Казахстане существуют более строгие рамки и суровое наказание, а в Таджикистане используется более либеральный подход. Так, в Узбекистане, любой размер героина квалифицируется как «превышающий небольшой»; в Казахстане, любое количество выше чем 0.01 грамм, определяется как «крупное». В обеих странах, хранение наркотиков в этих размерах ведет к уголовной ответственности. В Таджикистане, незаконное производство, изготовление, переработка, приобретение, хранение, транспортировка и пересылка наркотика *без цели*

136 В Таджикистане, например, ни *Уголовным Кодексом*, ни *Кодексом об административной ответственности* собственно потребление наркотических средств не рассматривается в качестве правонарушения. Однако, согласно Статье 15 *Закона «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»*, потребление наркотиков и психотропных веществ без назначения врача запрещается, при этом меры ответственности в случае нарушения данного положения законом не предусмотрены.

137 См. детальную информацию и ссылки в отчетах по странам в Части II.

138 В таблицах наблюдаются отличия. Таблицы с отнесением контролируемых веществ к определенным размерам, определяющим вид и суровость наказания в рамках уголовного или административного права за различные виды правонарушений, связанных с наркотиками, не всегда соответствуют вреду, наносимому тем или иным веществом: см. сопоставительную таблицу размеров наркотических веществ в Приложении 1.

сбыта в размере меньше чем «мелкий» ведет к административной ответственности (то есть менее 0.5 грамм в случае героина) (см. подробное описание размеров наркотических средств и психотропных веществ и наказаний за незаконное хранение в отчетах по странам).

Таким образом, подходы Узбекистана и Казахстана чрезвычайно суровы, в то время как некоторые другие страны региона признали, что применение карательных санкций в рамках закона в отношении хранения столь малых количеств наркотика не является необходимым и даже приводит к обратным результатам. Это, в свою очередь, привело к внесению изменений в законодательство с целью увеличения размеров наркотических средств (в списках контролируемых веществ), которые рассматриваются как малые/мелкие и хранение которых не влечет уголовной ответственности. Так, в 2004 году в *Уголовный Кодекс* Таджикистана были внесены поправки, значительно увеличившие минимальные размеры веществ, за хранение которых возможно привлечение к уголовной ответственности,¹³⁹ и в настоящее время подход данной страны к определению подобных размеров является самым либеральным в регионе.¹⁴⁰ Подобным образом, Указом, принятым в Кыргызстане в 2007 году, были увеличены минимальные размеры веществ, влекущие привлечение к уголовной ответственности.

Законодатели пытаются провести различие между лицами, потребляющими наркотики, и теми, кто их распространяет, для чего в законы вводятся понятия хранения «с целью сбыта» и «без цели сбыта». Однако подобное разграничение не всегда может быть четко осуществлено, так как многие лица, потребляющие наркотики, продают небольшие количества наркотиков, чтобы обеспечить средства для финансирования своей собственной зависимости. В 2005 году в законодательство Азербайджана было введено понятие хранения «для личного пользования».¹⁴¹ Законодательством других стран не предусматриваются понятия хранения для «личного пользования» или хранение допустимого количества, основанного на «средней разовой дозе».

На бумаге уголовное законодательство всех стран предполагает применение мер, альтернативных лишению свободы, в отношении ряда правонарушений. Согласно данным национальных экспертных групп, по крайней мере, в Таджикистане и Кыргызстане предпринимаются реальные шаги в области поиска альтернативных мер наказания в отношении правонарушений, не представляющих серьёзной общественной опасности.

В то время как программы предоставления стерильных игл и шприцев осуществляются во всех странах проекта за исключением Туркменистана, теоретически их реализация может противоречить ряду положений законов о наркотиках. Ни в одной из стран проекта хранение средств для потребления наркотиков не рассматривается в качестве уголовного правонарушения. Однако *Уголовные Кодексы* всех этих стран содержат допускающие достаточно широкую трактовку положения об уголовной ответственности за «пропаганду» употребления наркотических средств, «склонение» к потреблению наркотических средств и организацию мест («притонов») для их потребления.

Положения, предусматривающие принудительное освидетельствование на наркотики, осуществляемое правоохранительными органами, имеются в законодательстве всех шести стран. Зачастую, согласно законодательству, правоохранительным органам достаточно подозрения, что лицо потребляет наркотики, чтобы иметь право задержать и отправить данное лицо на тестирование на наркотики.¹⁴² Согласно данным национальной экспертной группы из Кыргызстана, не исключена возможность осуществления выборочных проверок и задержания для проведения освидетельствования на наркотики.¹⁴³ Уклонение от прохождения медицинского обследования, в том числе освидетельствования на наркотики, а также уклонение от лечения в случае, если существуют «до-

139 K. Malinowska-Sempruch & S. Gallagher (eds.), *War on Drugs, HIV/AIDS and Human Rights* (IDEA, 2004).

140 См. Приложение 1.

141 Закон Азербайджанской Республики «Об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» № 959-III от 28 июня 2005 года.

142 Например, Статья 16 Закона Республики Таджикистан «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» и Статья 18 Закона Республики Таджикистан «О наркологической помощи»; Статья 25 Закона Азербайджанской Республики «Об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров»; Статьи 50-51 Закона Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту».

143 См. отчёт по Кыргызстану в Части II.

статочные данные» о том что, лицо потребляет наркотики, могут рассматриваться в качестве административных правонарушений.¹⁴⁴

3.2 ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О НАРКОТИКАХ

Политика снижения спроса и предложения, главным образом, или полностью основанная на применении мер уголовного характера, часто имеет отрицательное воздействие на здоровье и права людей, принимающих инъекционные наркотики.¹⁴⁵

Такие законы, политики и практики правоохранительных органов могут вступать в противоречие с целями, преследуемыми органами здравоохранения, уменьшать способность системы здравоохранения влиять на сложившуюся ситуацию, а также снижать эффективность такого влияния. Применение уголовного права не должно обострять существующие социальные проблемы (путем чрезмерных уголовных санкций) или приводить к прерыванию лечения или применению мер снижения вреда. Подходы к проблеме употребления наркотиков, основанные главным образом на уголовных санкциях, могут скорее увеличить, чем снизить вред от применения наркотиков. Существует несколько путей того, как это может обострить проблему:

- В отсутствие, или при наличии ограниченной доступности заместительных препаратов, назначенных врачом, люди, зависимые от наркотиков, приобретают наркотик на нелегальном рынке; поскольку сила и состав таких наркотиков неизвестны, это может привести к передозировке или другим негативным последствиям для лиц, употребляющих наркотики.
- Страх перед уголовным наказанием и высокая цена наркотиков могут заставить людей употреблять наркотики, используя более эффективные пути, например, с помощью введения наркотических веществ внутривенно, а не путем курения; в результате риск передачи вируса ВИЧ и других инфекций, передающихся через кровь, возрастает.
- Так как стерильные средства для инъекций не всегда доступны, из-за законов, подзаконных актов и их правоприменения, лица, принимающие наркотики, могут быть вынуждены использовать общие шприцы, иглы и другое оборудование, что способствует дальнейшему распространению инфекций.
- Значительные финансовые средства затрачиваются на уголовное преследование: это деньги, которые могли бы быть использованы для профилактики наркотической зависимости и расширения сети лечебных учреждений для лиц, больных наркотической зависимостью. Такой подход являлся бы более эффективным для снижения спроса на наркотики и предотвращения вреда здоровью и нарушений прав человека.

Практика строгого применения репрессивных законодательных мер может затруднить доступ к важнейшим услугам здравоохранения для лиц, употребляющих наркотики. Уголовные санкции могут также усложнить работу работников здравоохранения по предоставлению людям, принимающим наркотики, важнейшей информации и услуг. Они могут заставить потребителей наркотиков остерегаться обращения за медицинскими и социальными услугами; могут привести к тому, что работники медицинских и социальных учреждений станут уклоняться от необходимой просветительской работы о менее опасном употреблении наркотиков или от распространения средств для менее опасных инъекционных практик (например, от распространения стерильного инструментария для инъекций) из-за боязни, что их могут обвинить в склонении к употреблению наркотиков. Уголовные санкции могут усилить предубеждение и стигму в отношении людей, употребляющих наркотики, направляя энергию в сторону наказания «нарушителя», вместо проявления понимания и оказания помощи.

Правительства государств иногда утверждают, что жесткие запреты в отношении наркотиков и связанной с ними деятельности являются требованием Конвенций ООН по наркотикам, и что смяг-

144 Например, Статья 326 Кодекса об административных правонарушениях Республики Казахстан; Постановление Кабинета министров Азербайджанской Республики № 135 от 7 августа 2000г.

145 Данное обоснование адаптировано из документа «Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе», Модуль 1: Вопросы уголовного права (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006), онлайн: www.aidslaw.ca/modellaw (на английском языке) и www.aidslaw.ca/modellaw-ru (на русском языке).

чение подобных запретов, в том числе и для принятия мер по охране здоровья граждан в целях снижения вреда, связанного с потреблением наркотиков, противоречило бы этим конвенциям.

«Проблема злоупотребления наркотиками не может быть решена только путем применения процедур уголовного принуждения. Карательный подход может заставить уйти в подполье тех потребителей наркотиков, которые больше всего нуждаются в профилактических мерах и медицинском уходе.

– Организация Объединенных Наций, *Профилактика распространения ВИЧ-инфекции среди людей, злоупотребляющих наркотиками* (2001)

Однако, такое мнение ошибочно, и органы ООН не раз подтверждали, что осуществление мер снижения вреда не идет вразрез с данными договорами. (Следует также отметить, что данные соглашения были приняты в то время, когда ещё не было полностью оценено и осознано, насколько серьёзной окажется роль инъекционного потребления наркотиков в распространении глобальной эпидемии ВИЧ, и, следовательно, насколько важно обеспечение беспрепятственного функционирования программ снижения вреда, для чего лица, потребляющие наркотиков, не должны преследоваться по закону и нести уголовную ответственность.)¹⁴⁶

Тремя основными конвенциями ООН по контролю за наркотиками являются:

- *Единая конвенция о наркотических средствах 1961г.*¹⁴⁷

- *Конвенция о психотропных веществах, 1971г.*¹⁴⁸

- *Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988г.*¹⁴⁹

Эти конвенции могут быть интерпретированы, как разрешающие применять подходы, рассматривающие потребление наркотических средств как проблему здравоохранения и включающие различные меры по снижению вреда. Эти конвенции позволяют государствам некоторую гибкость в определении того, какие действия, включающие хранение и потребление наркотических средств, считать противозаконными. Появляется все больше доказательств того, что запретительные меры уголовного характера не только не помогают решить проблему, а наоборот, могут усугубить вред, связанный с проблемным потреблением наркотических веществ. Широкое распространение ВИЧ эпидемии среди людей, потребляющих запрещенные наркотические средства, особенно инъекционным способом, лишь подчеркивает недостатки и проблемы подхода, направленного, целиком или преимущественно, на криминализацию и введение сурового наказания. Поэтому так важно, чтобы государства, планирующие реформу своих законов, знали о том, что рамки международных конвенций по наркотикам позволяют определенную гибкость (см. Вставку б).

Правильное толкование Конвенций ООН по контролю за наркотиками делает ясным, что они поддерживают реализацию таких мер по снижению вреда, как заместительная терапия опиоидами, программа предоставления стерильных шприцев, и др. Программа ООН по контролю наркотиков (UNDCP), в составе Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC), составила для Международного комитета по контролю наркотиков (INCB) юридическое заключение о том, что все эти меры (по снижению вреда) можно признать соответствующими трем конвенциям ООН по контролю наркотиков.¹⁵⁰

Аналогичным образом, важную роль в снижении вреда, в том числе, для профилактики распространения ВИЧ, имеет сведение к минимуму применения такой меры как лишение свободы, к ли-

146 – Организация Объединенных Наций, *Профилактика распространения ВИЧ-инфекции среди людей, злоупотребляющих наркотиками* (2001) –146 (см. англ. текст)

147 *Единая конвенция о наркотических средствах*, 520 UNTS 204, с поправками, внесенными в нее в соответствии с *Протоколом 1972 года о поправках к Единой Конвенции о наркотических средствах 1961 года*, 976 UNTS 3.

148 *Конвенция о психотропных веществах*, 1971, 1019 UNTS 175.

149 *Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ*, UN Doc. E/CONF.82/15 (1988), 28 ILM 493 (1989).

150 Правовое управление программы ООН по контролю за наркотиками, «*Гибкость положений международных договоров по отношению к программам снижения вреда*», Решение 74/10, от 30 сентября 2002 [UNDCP (Legal Affairs Section), Flexibility of treaty provisions as regards harm reduction approaches, Decision 74/10, UN Doc. E/INCB/2002/W.13/SS.5], расположено на: <http://www.ungassondrugs.org/images/stories/un300902.pdf>. Международный комитет по контролю за наркотиками (INCB) проводит оценку соблюдения странами договоров, однако он не имеет полномочий интерпретации или вынесения обязательного решения.

цам, потребляющим наркотики. Лишение свободы, связанное с употреблением наркотиков (и не связанное со сбытом наркотиков), является проблематичным с точки зрения профилактики ВИЧ-инфекции. Мнение о том, что заключение в тюрьму людей потребляющих наркотики, снижает уровень распространения инфекций, передающихся через кровь, включая ВИЧ-инфекцию, является неверным. В большинстве случаев, заключенные имеют определенный доступ к нелегальным наркотическим средствам, однако не имеют возможности получения доступа к лечению наркотической зависимости, включая заместительную терапию, или к стерильному инъекционному инструментарию, либо эти услуги предоставляются им в ограниченных объемах. В результате, практика, предусматривающая тюремное заключение лиц, употребляющих наркотики, ускоряет распространение заболеваний. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает, что тюрьмы являются средой высокого риска для передачи ВИЧ-инфекции, а также развития других расстройств здоровья, связанных с наркотиками.¹⁵¹ План действий Европейского Союза, по вопросам, связанным с наркотиками (2005-2008), призывает государства– члены Европейского Союза, «продолжать развивать альтернативы тюремному заключению для лиц, принимающих наркотики, а также услуги для лиц, находящихся в заключении, с учетом национальных законодательств».¹⁵² Как отмечается ниже (см. Вставку б), соглашения ООН по наркотикам в четкой форме разрешают странам, присоединившимся к Конвенциям, предусматривать в своём законодательстве *меры, альтернативные осуждению к лишению свободы, за деяния, связанные с наркотиками.*¹⁵³

В том или ином виде, альтернативы тюремному заключению (за ненасильственные деяния, связанные с наркотиками, или деяния, совершенные лицами, потребляющими наркотики) существуют во многих странах мира, и во всех странах Европейского Союза. В рамках некоторых правовых систем, законодательство предписывает прекращение уголовного производства со стороны прокуратуры в случае, если обвиняемый даёт согласие пройти лечение; в других – правоохранительные органы могут потребовать, чтобы правонарушитель прошел курс лечения в качестве части срока или вместо тюремного заключения. В ряде правовых систем, осуществление мер, альтернативных уголовному преследованию, может инициироваться правоохранительными органами, в других – по решению суда. Применение социальных и медицинских мер в отношении употребления наркотиков (а зачастую и в отношении сбыта наркотических веществ в небольших количествах) превалирует во всех странах Европейского Союза. Лечение предлагается в качестве альтернативы уголовному преследованию во всех этих странах. Данные меры, в основном, применяются в отношении лиц, которым предъявлены обвинения в деяниях, связанных с наркотическими средствами для личного потребления, или хранения малого количества наркотика для целей сбыта лицом, имеющим наркотическую зависимость. Дело в том, что многие лица, потребляющие наркотики, могут быть вовлечены в продажу небольших количеств наркотика, чтобы обеспечить средства для финансирования своей зависимости.¹⁵⁴

Специальные «суды по делам о наркотиках» являются одной из подобных альтернатив. В Англии суд может обязать правонарушителя начать курс лечения и регулярно в течение определенного срока проходить медицинское освидетельствование в качестве альтернативы тюремному заключению. В Австрии, Германии и Швейцарии применяется подход «терапия вместо наказания», предполагающий возможность приостановки уголовного преследования или вынесения приговора при условии, что правонарушитель начнет лечение. В Италии сроки тюремного заключения, не превышающие четырех лет, или последние четыре года более длительного срока тюремного заключения могут быть заменены на период лечения от наркотической зависимости, контролируемого в порядке, установленном судом. Информированное согласие правонарушителя является необходимым условием применения лечения в качестве альтернативы другому наказанию.¹⁵⁵

151 Европейский офис ВОЗ, *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction* (май 2005), доступно: <http://www.euro.who.int>.

152 Совет Европейского Союза. План действий Европейского Союза по наркотикам (2005-2008), цель 13 [European Council, *EU Drugs Action Plan (2005-2008)*, 2005/C168/01, Objective 13].

153 Статья 36(2) *Единой конвенции о наркотических средствах*, 520 UNTS 204, с поправками, внесенными в нее в соответствии с *Протоколом 1972 года о поправках к Единой Конвенции о наркотических средствах 1961 года*, 976 UNTS 3; Статья 22 *Конвенции о психотропных веществах*, 1971, 1019 UNTS 175; Статья 3(4) *Конвенции ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ* (1988), **UN Doc. E/CONF.82/15**.

154 Более подробно в Wolfgang Werdenich and Gabriele Waidner, *Final Report on Quasi Compulsory Treatment – System Descriptions*, European Commission, University of Kent, 2003, на: <http://www.kent.ac.uk/eiss/projects/qcteuropa/papers.html>.

155 A. Stevens et al, "The Relationships between Legal Status, Perceived Pressure and Motivation in Treatment for Drug Dependence: Results from a European Study of Quasi-Compulsory Treatment," *European Addiction Research* 2006; 12:197-209 (А. Стивенс и др. «Соотношение правового положения, воспринимаемого давления и мотивации в выборе лечения от наркотической зависимости: Результаты исследования квази-принудительного лечения в Европе»). Онлайн на англ. яз. на <http://www.kent.ac.uk/eiss/projects/qcteuropa/papers.html>

Недавнее исследование, проведенное в шести Европейских странах, показало, что эффективность так называемого «квази-принудительного лечения» – гибридных моделей совмещения лечения и наказания для правонарушителей с наркотической зависимостью – не доказана.¹⁵⁶ Опасения были высказаны и в связи с тем, что некоторые специальные суды по делам о наркотиках могут нарушать права человека (например, право на то, чтобы любое дело рассматривалось с соблюдением всех процессуальных гарантий судом, или право на презумпцию невиновности). Вопросы возникают и по поводу заявленной эффективности данной практики, а также о целесообразности использования финансовых средств, которые в другом случае могли бы быть направлены на расширение и облегчение доступа к добровольному лечению. Выведение лиц, употребляющих наркотики, из системы уголовного производства является чрезвычайно важным, но схемы подобного перенаправления от преследования к лечению должны быть тщательно отработаны.¹⁵⁷

Далее, Конвенция 1988 г., также гласит, что в случае хранения, приобретения или выращивания наркотиков для личного потребления государство может применить в отношении правонарушителя такие меры как «лечение, перевоспитание, последующее наблюдение за ним, восстановление работоспособности или социальная реинтеграция», «либо в дополнение к осуждению или наказанию, либо в качестве альтернативы осуждению или наказанию».¹⁵⁸

Вставка 6: Гибкость конвенций ООН по наркотикам

Обе конвенции – *Единая конвенция о наркотических средствах 1961г.* и *Конвенция о психотропных веществах 1971г.* – допускают производство, распространение или хранение контролируемых веществ для «медицинских и научных целей». Более того, обе конвенции требуют от государств «принимать все возможные меры» для обеспечения лечения, воспитания, восстановления трудоспособности, возвращения в общество лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, и отмечают, что эти меры могут быть применены «в качестве замены осуждения или наказания».¹⁵⁹ Государства сами определяют в своем законодательстве как толковать и реализовывать эти положения.

Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988 г., часто ошибочно интерпретируется, как требующая полной криминализации любого хранения запрещенных наркотических веществ.

Однако эта конвенция гласит, что каждая страна, присоединившаяся к Конвенции, принимает меры, которые могут потребоваться, для того чтобы признать правонарушениями согласно своему законодательству преднамеренное «хранение, приобретение или культивирование любого наркотического средства или психотропного вещества для личного потребления «в нарушение положений Конвенции 1961 года, Конвенции 1961 года с поправками или Конвенции 1971 года». Таким образом, гибкость положений двух предыдущих Конвенций остается неизменной. Как сказано выше, эти Конвенции включают ряд положений, которые делают юридически возможным избежать, по крайней мере, в определенной степени, криминализации людей, потребляющих или хранящих наркотики, например, если декриминализация осуществляется для «медицинских и научных целей» или является частью реальных мер по обеспечению медицинского ухода, лечения или поддержки людей, принимающих наркотики. Ошибочной интерпретацией Конвенции 1988 г. является то, что она призывает к исключительно полной криминализации хранения наркотиков для личного употребления.

Единая конвенция 1961 года, Статья 38, 36(2); Конвенция 1971 года, Статьи 20, 22; Конвенция 1988 года, Статья 3(4).

156 A. Stevens, *The treatment/punishment hybrid: selection and experimentation*, Paper presented at the 4th Annual Conference of the European Society of Criminology, Amsterdam, August 2004 (А. Стивенс *Гибрид лечения/наказания: выбор и экспериментирование*, Доклад, представленный на IV Ежегодной Конференции Криминологов Европы, Амстердам, август 2004), Онлайн на англ. яз. на <http://www.kent.ac.uk/eiss/projects/qcteuropa/papers.html>.

157 Дальнейшее обсуждение данного вопроса и возможные решения в сфере законодательства см. в документе «*Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*», Модуль 1: Вопросы уголовного права, стр. 23-30; онлайн на английском (www.aidslaw.ca/modellaw) и русском (www.aidslaw.ca/modellaw-ru) языках.

158 1988 Convention, Article 3(4).

159 1961 Convention, Articles 38, 36(2); 1971 Convention, Articles 20, 22.

3.3 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕФОРМИРОВАНИЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И ПОЛИТИКИ ПО КОНТРОЛЮ НАРКОТИКОВ

Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека ЮНЭЙДС и Управления Верховного комиссара ООН по правам человека содержат рекомендацию о том, что «уголовное законодательство не должно препятствовать государствам использовать меры, уменьшающие риск передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и обеспечивающие уход и лечение в связи с ВИЧ-инфекцией».¹⁶⁰ Таким образом, данный документ рекомендует государствам «пересмотреть и реформировать их уголовное законодательство и исправительные системы, с тем, чтобы они соответствовали международным обязательствам в области прав человека, не использовались недобросовестно в контексте ВИЧ/СПИДа и не были направлены против уязвимых групп населения».¹⁶¹ Для достижения этой цели были определены ключевые реформы, проведение которых рекомендовано для некоторых или всех шести стран проекта. (Отчеты по отдельным странам проекта, которые являются частью данной публикации, содержат подробное изложение рекомендаций по реформированию законодательства и политики для каждой из них..)

Рекомендация 1: Декриминализировать и/или депенализировать хранение наркотических средств для личного потребления

Выше говорилось о негативных последствиях для индивидуального и общественного здоровья, и для прав человека уголовного преследования и наказания, за употребление и хранение наркотических средств для личного потребления. Также было подчеркнуто, что страны имеют предусмотренную Конвенциями ООН по наркотикам возможность проявлять гибкость, выбирая подходы, в меньшей степени основанные на применении запретов и наказаний и отражающие действительное положение дел, заключающееся в том, что потребление наркотиков и наркотическая зависимость являются, в конечном счете, проблемами здравоохранения и должны рассматриваться в качестве таковых. Учитывая, что наркотическая зависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием, существующие положения уголовного и административного права в значительной степени способствуют применению наказания к лицам на основании состояния их здоровья, а именно наркотической зависимости. В связи с этим, в каждой из стран проекта национальные экспертные группы пришли к заключению о необходимости «гуманизации» существующего законодательства путём *декриминализации* хранения наркотиков для личного потребления, а в некоторых случаях и отказа от применения административного наказания за подобное деяние (*депенализации*). Для этого законами о наркотиках должны быть установлены критерии определения случаев, когда наркотики хранятся для «личного потребления», что, как следствие, не влечет уголовного и/или административного наказания. Следует отметить, что правительства некоторых стран бывшего Советского Союза, предприняли подобные шаги, однако зачастую устанавливаемые в качестве допустимых количества наркотика для «личного потребления» (или «без цели сбыта»)¹⁶² оказались настолько низкими, что в реальности даже малая доза значительно превышает допустимый минимум. При декриминализации и депенализации хранения наркотических средства для личного потребления стандарты, устанавливаемые законом, должны соответствовать реальному количеству, обычно используемому для личного потребления, в противном случае подобные меры являются иллюзорными и фактически не приносят пользы.

Для того чтобы устранить уголовное и/или административное наказание за хранение наркотиков для личного потребления, странам рекомендуется предпринять следующие шаги, соотнося их с конкретными законодательными актами внутреннего законодательства:

160 *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*, Руководящий принцип 4, пункт 21(d) (Женева: Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (УВКПЧ ООН и ЮНЭЙДС), Объединенная версия 2006), размещено по адресу: <http://www2.ohchr.org/english/issues/hiv/index.htm>.

161 *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*. Руководящий принцип 4.

162 Понятие «личного потребления» существует только в законодательстве Азербайджанской Республики. В других странах, участвовавших в проекте, деяния, связанные с наркотиками, разделяются на совершенные «с целью сбыта» и «без цели сбыта», при этом утверждается, что данное разграничение служит той же цели – проведению различия между деяниями с наркотиками для личного потребления и незаконным оборотом наркотических средств.

1.1 Увеличить пороговую величину минимального размера наркотического вещества, хранение которого влечёт уголовную ответственность: В ряде стран проекта национальные экспертные группы пришли к заключению, что установленные минимальные размеры веществ, хранение которых влечёт уголовную ответственность, чрезвычайно малы, что фактически является запретом на хранение наркотиков для личного потребления (т.е., не в целях сбыта) и наказывается как преступление. Странам рекомендуется изменить свое внутреннее законодательство с целью увеличения минимального размера веществ, за хранение которых для личного потребления не следует привлечения к уголовной ответственности, в соответствии с реалиями потребления наркотиков в стране.

Отменить уголовную и административную ответственность за хранение малого количества наркотика без цели сбыта: В Азербайджане, Казахстане и Кыргызстане национальные экспертные группы рекомендуют дальнейшую декриминализацию и депенализацию хранения малых количеств контролируемых веществ «без цели сбыта», в результате чего подобное деяние не должно рассматриваться в качестве уголовного или административного правонарушения и не должно повлечь наказания. Данная рекомендация в равной степени относится и к другим странам проекта.

Отменить административную ответственность за потребление наркотиков как таковое: В ряде стран проекта потребление наркотиков запрещено законами о наркотиках, в других странах установлена административная ответственность за потребление наркотиков (Азербайджан), за появление в общественных местах в состоянии наркотического опьянения (Кыргызстан), или за потребление наркотических средств в общественных местах (Казахстан и Кыргызстан). На основаниях, изложенных выше, рекомендуется отменить подобные положения.

Гарантировать то, чтобы законодательство принимало в расчет количества чистого контролируемого веществ (без примесей): Во многих случаях запрещенное вещество может транспортироваться или продаваться смешанным с другим веществом (например, с наполнителями, такими как мука). Однако для соблюдения требований справедливости, определение количества наркотика в целях установления, влечёт ли данное деяние уголовное либо административное наказание, и если да, то какое, необходимо учитывать только количество самого запрещенного вещества, не включая объем примесей. Это имеет особое значение в отношении Кыргызстана, где объем примесей при определении количества наркотика не определяется (т.е. вес наполнителей не исключается из общего веса уличного наркотика), в связи с чем необходимо внесение изменений в Постановление Правительства страны с целью уточнения, что учитываться должно только количество запрещенного вещества.¹⁶³

Рекомендация 2: Гарантировать, чтобы уголовное и административное право не препятствовало эффективному осуществлению программ, нацеленных на охрану здоровья лиц, потребляющих наркотики, и здоровья граждан в целом

Изучение законов и политики стран проекта показало, что ряд положений существующего уголовного и административного законодательства могут тем или иным способом подрывать эффективность программ снижения вреда, направленных на охрану здоровья лиц, потребляющих наркотики, а следовательно, и здоровья граждан в целом. Простые меры, в том числе и внесение изменений в законодательство, могут быть предприняты для того, чтобы четким образом определить, что подобные программы не нарушают уголовного и административного законодательства в отношении наркотиков.

2.1 Отменить запреты на хранение принадлежностей для потребления наркотиков: По крайней мере, в одной из стран проекта (Туркменистане) закон запрещает хранение «инструментов и оборудования», используемых для незаконного потребления контролируемых ве-

ществ.¹⁶⁴ В случаях, когда правоохранительные органы в соответствии с предписаниями данных положений осуществляют конфискацию и уничтожают шприцы и другое оборудование для безопасного потребления наркотиков, это очевидным образом негативно сказывается на результате усилий по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции. Это способствует тому, что люди стараются избегать хранения инъекционного оборудования, такого как стерильные шприцы, полученные в рамках программ предоставления игл и шприцев, или купленные в аптеках. Это ведёт к совместному использованию нестерильного инструментария. Успех профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков напрямую зависит от обеспечения свободного доступа к чистому инъекционному оборудованию, и любое законодательство, предписывающее привлечение лиц к уголовной либо административной ответственности за хранение подобного оборудования, идёт вразрез с усилиями по охране здоровья граждан.

2.2 Гарантировать, чтобы хранение остаточного количества наркотических средств и психотропных веществ в использованном инъекционном инструментарии или других инструментах, используемых для потребления наркотиков, не влекло ответственности: В некоторых случаях, закон может толковаться как запрещающий хранение остаточного количества наркотического вещества в использованном шприце или другом оборудовании, используемом для потребления наркотиков, или применяться для преследования людей за это.¹⁶⁵ Подобное законодательство приводит к негативным результатам с точки зрения охраны здоровья граждан. Люди, потребляющие наркотики, боятся иметь при себе использованные шприцы, таким образом, стимулируется практика быстрого избавления от шприцев и другого оборудования, а не их безопасная утилизация в рамках программ игл и шприцев, предоставляющих при этом новое, стерильное оборудование. Подобная практика также способствует тому, что люди совместно используют инъекционное оборудование. Эти положения также ставят под угрозу персонал и волонтеров служб, осуществляющих меры снижения вреда, такие как программы предоставления стерильных игл и шприцев, так как они могут быть привлечены к ответственности за хранение использованного оборудования для потребления наркотиков, которое возвращается непосредственно в пункты, где они работают, или собирается усилиями аутрич работников. Странам, имеющим подобные положения в законодательстве, рекомендуется их отменить, чтобы устранить возможность привлечения к ответственности за хранение остаточного количества наркотиков. Кроме того, необходимо в четкой форме определить, в том числе, и посредством принятия поправок к законодательству, что работники и волонтеры, осуществляющие программы снижения вреда, не могут быть привлечены к уголовной ответственности за распространение и хранение принадлежностей для потребления наркотиков.¹⁶⁶

2.3 Гарантировать, чтобы работники программ снижения вреда не преследовались за «склонение» к потреблению наркотических средств, «пропаганду» потребления наркотиков или «содержание притонов для потребления наркотических средств»: Уголовные Кодексы всех стран проекта содержат положения, запрещающие «склонение» к потреблению наркотических средств¹⁶⁷, либо «вовлечение в потребление наркотических средств».¹⁶⁸ В некоторых странах существуют положения, запрещающие «рекламу» или «пропаганду» потребления запрещенных наркотиков.¹⁶⁹ Как правило, законодательство не содержит разъяснений этих терминов. Подобным образом, во многих странах в качестве уголовного преступле-

¹⁶⁴ Статья 45 Закона Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту» (9 октября 2004 г.).

¹⁶⁵ Например, Статья 42.1 Кодекса Республики Таджикистан об административной ответственности; Постановление Правительства Кыргызской Республики № 543 «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, подлежащих контролю в Кыргызской Республике» от 9 ноября 2007 года; Статья 43(1) Кодекса Туркменистана об административных правонарушениях; Статья 234 Уголовного Кодекса Азербайджанской Республики.

¹⁶⁶ Возможные формулировки подобных поправок к закону см. в документе: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными шприцами (Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006). Интернет: на английском (www.aidslaw.ca/modellaw) и русском (www.aidslaw.ca/modellaw-ru) языках.

¹⁶⁷ Например, см. Уголовные Кодексы Туркменистана (Статья 296), Кыргызской Республики (Статья 249) и Республики Казахстан (Статья 261), Азербайджанской Республики (Статья 236).

¹⁶⁸ Например, Статья 203 Уголовного Кодекса Республики Таджикистан.

¹⁶⁹ Например, Статья 47 Закона Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту».

¹⁶³ См. Отчет по Кыргызстану, Рекомендация 4.

ния рассматривается «организация и содержание притонов для потребления наркотических средств».¹⁷⁰ Существует потенциальная опасность, что данные положения могут быть истолкованы и применены способом, препятствующим эффективной профилактике ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики - если органы внутренних дел ошибочно будут рассматривать деятельность программ снижения вреда как поощряющую и пропагандирующую потребление запрещённых наркотических средств. Правительственные органы и законодатели должны активно противостоять такой интерпретации законодательства. Для того чтобы гарантировать, что работники и волонтеры программ снижения вреда не подвергаются риску уголовного преследования за предоставление услуг в области здравоохранения, рекомендуется принять поправки, в четкой форме определяющие, что никакой из данных запретов не распространяется на программы снижения вреда.¹⁷¹

Рекомендация 3: Предусмотреть альтернативы лишению свободы в отношении деяний, связанных с наркотиками, и для лиц, потребляющих наркотики

Странам проекта необходимо предпринять ряд шагов, чтобы уменьшить применение такой меры, как лишение свободы, в отношении лиц, потребляющих наркотики или имеющих наркотическую зависимость. Это сократит распространенность рискованного потребления наркотиков и число лиц с ВИЧ в местах лишения свободы. Также необходимо обеспечить гарантии того, чтобы наказания, наложенные в административном порядке (например, административный арест) не становились препятствием к предоставлению услуг здравоохранения (например, программам снижения вреда):

3.1 Создать альтернативы лишению свободы: Странам проекта рекомендуется принять и обеспечить выполнение положений, предусматривающих альтернативы наказанию в виде лишения свободы, для лиц, совершивших ненасильственные уголовные преступления, связанные с наркотиками (включая деяния, тем или иным образом связанные с потреблением наркотиков). Подобными альтернативами являются штрафы, временное лишение права заниматься определенным видом деятельности (период должен определяться индивидуально для каждого конкретного случая и подлежать пересмотру судом через определенные промежутки времени), требование посещать занятия по профилактике потребления наркотиков, прохождение лечения в случае наличия наркотической зависимости.¹⁷²

3.2 Ограничить применение предварительного заключения: Чтобы избежать не являющегося необходимым заключения лиц, потребляющих наркотики, странам рекомендуется ограничить применение предварительного заключения в отношении лиц, обвиняемых в совершении ненасильственных преступлений (в том числе и связанных с наркотическими средствами).

3.3 Отменить административные наказания, ограничивающие доступ к услугам в области здравоохранения: В заключение, странам рекомендуется пересмотреть практику применения административного наказания, и не применять такие меры как административный «арест», жестким безальтернативным способом, ограничивающим доступ лиц, потребляющих наркотики, и имеющих наркотическую зависимость, к услугам здравоохранения, в которых они нуждаются.¹⁷³

170 Например, Статья 205 Уголовного Кодекса Республики Таджикистан.

171 Примеры формулировок для каждой из стран можно найти в соответствующих отчетах (Часть II) и в документе: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными шприцами (Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006). Онлайн на английском (www.aidslaw.ca/modellaw) и русском (www.aidslaw.ca/modellaw-ru) языках.

172 Национальная экспертная группа по Кыргызстану, например, рекомендует создать специальную Комиссию по делам, связанным с незаконным изготовлением, приобретением, хранением, перевозом или пересылкой наркотических или психотропных веществ в малых размерах и без цели сбыта. Данная Комиссия могла бы применять наказания в виде предупреждений, штрафов, ограничений на передвижение и посещение определенных мест, а также направления в программы снижения спроса: см. отчет по Кыргызстану в Части II.

173 В данном контексте термин «арест», как правило, используется в административных кодексах ряда стран для обозначения периода времени в строгой изоляции в тюрьме или подобном учреждении.

Рекомендация 4: Устранить дискриминацию в отношении лиц, потребляющих наркотики, отказавшись от рассмотрения совершения уголовного преступления в состоянии наркотического опьянения в качестве отягчающего вину обстоятельства, влекущего более суровое наказание

Согласно законам ряда стран проекта (Казахстана, Кыргызстана, Узбекистана и Туркменистана), совершение правонарушения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения является отягчающим вину обстоятельством и влечёт вынесение более сурового приговора.¹⁷⁴ Однако сам факт опьянения не увеличивает причиненного деянием вреда, вследствие чего данное состояние не должно рассматриваться в качестве обстоятельства, увеличивающего тяжесть преступления. Данные положения, в сущности, дискриминируют обвиняемых на основании состояния здоровья (т.е. наркотической или алкогольной зависимости), так как ведут к назначению более сурового наказания за совершенное преступление на основании наличия расстройства здоровья лица. Странам, имеющим в *Уголовных Кодексах* подобные положения, рекомендуется их отменить.

Рекомендация 5: Отказаться от направления на недобровольное освидетельствование на наркотики, применяемого правоохранительными органами к широкому кругу лиц при различных обстоятельствах

Как было отмечено выше, правоохранительные органы во всех странах проекта имеют полномочия направлять людей на освидетельствование на наркотики без их согласия, даже на основании одного только подозрения о том, что лицо потребляет наркотики. Такие обширные полномочия сотрудников правоохранительных органов по направлению на недобровольное освидетельствование представляет собой пример не только нерационального использования имеющихся ресурсов, но и неоправданного нарушения прав человека. Так, например, направление лица, не совершившего никакого незаконного деяния, на принудительное освидетельствование на наркотики является нарушением прав человека на свободу, личную неприкосновенность и тайну частной жизни, а также его права на защиту от произвольного медицинского вмешательства, а если результаты принудительного медицинского освидетельствования используются в целях преследования человека в административном или уголовном порядке, нарушается и право лица не давать заведомо невыгодные для себя показания.¹⁷⁵ В качестве единственного оправданного основания для нарушения государством вышеперечисленных прав человека, может быть признано вмешательство для предотвращения причинения человеком серьёзного вреда себе или окружающим - потребление алкоголя или наркотиков как таковое никоим образом не подходит под это определение.

Принудительное освидетельствование на наркотики идет вразрез с рекомендациями международных организаций, например с *Международными руководящими принципами по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, и в частности, рекомендацией о том, что «уголовное законодательство не должно препятствовать государствам использовать меры, снижающие риск распространения ВИЧ среди инъекционных потребителей наркотиков и обеспечивающие уход и лечение таких лиц в связи с ВИЧ-инфекцией».¹⁷⁶ Принудительное освидетельствование может способствовать уходу потребителей наркотиков в подполье, препятствовать их обращению за медицинской помощью (в том числе и в случаях передозировок) и, следовательно, способствовать дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции и нанесению другого вреда. Национальные экспертные группы пришли к выводу о необходимости отказаться от подобного недобровольного освидетельствования на наркотики.¹⁷⁷ Странам проекта рекомендуется отменить положения действующих законов, разрешающие право-

174 Статья 54 Уголовного Кодекса Республики Казахстан; Статья 55 Уголовного Кодекса Кыргызской Республики; Статья 56 Уголовного Кодекса Республики Узбекистан; Статья 25 Уголовного Кодекса Туркменистана. Подобных положений в законодательстве Азербайджана и Таджикистана нет. Законодательством Казахстана предусмотрено, что суд вправе в зависимости от характера преступления не признать это обстоятельство отягчающим.

175 *Международный пакт о гражданских и политических правах [International Covenant on Civil and Political Rights]*, Генеральная Ассамблея ООН, 999 UNTS 171, 1966. Статьи 7, 9, 14 и 17.

176 *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*. Руководящий принцип 4, пункт 21(d).

177 В Кыргызстане, например, национальная экспертная группа рекомендует Министерству внутренних дел издать приказ, запрещающий проведение несанкционированных обысков или задержаний на основании подозрений о том, что лицо потребляет наркотики, в том числе и основываясь на наличии у лица следов от инъекций наркотика: см. отчет по Кыргызстану в Части II.

охранительным органам направлять людей на принудительное освидетельствование на наркотики за исключением случаев, когда лицо представляет серьезную опасность для себя или окружающих.

3.4 РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ДРУГИХ ПРАВОВЫХ ПРОБЛЕМ, ИМЕЮЩИХ ОТНОШЕНИЕ К ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

При осуществлении настоящего проекта в центре внимания находились две группы населения – люди, употребляющие наркотики, и лица, находящиеся в местах лишения свободы. Однако анализ, проведенный национальными экспертными группами, Управлением ООН по наркотикам и преступности и Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу, выявил ряд положений уголовного и административного права, препятствующих осуществлению мер профилактики и лечению ВИЧ-инфекции среди других уязвимых групп населения. В частности, во многих странах проекта продолжается криминализация маргинализированных групп населения, таких как секс-работники и мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами. Также во всех странах существуют положения по административному и уголовному преследованию именно за заражение ВИЧ или постановку в опасность заражения ВИЧ. Как будет показано ниже, такие подходы идут вразрез с принципами соблюдения прав человека и международными рекомендациями, касающимися национальной политики. Высказываемые опасения по этому поводу, как и рекомендации по реформированию законодательства, кратко представлены в настоящем документе и соответствующих отчетах по странам (в Части II).

Рекомендация 6: Отменить положения уголовного законодательства, запрещающие секс по обоюдному согласию между взрослыми людьми одного пола

Криминализация секса между мужчинами является наследием правовой системы Советского Союза, но она была отменена почти во всех странах проекта, за исключением Узбекистана и Туркменистана, законы которых все еще нуждаются в реформе.¹⁷⁸ Несмотря на то, что положения, рассматривающие секс между мужчинами в качестве уголовного преступления, в настоящее время редко применяются (в Узбекистане, например, за последние годы только один человек был осужден по этой статье), само существование данного положения в *Уголовном Кодексе* страны противоречит международным нормам прав человека и приводит к негативным последствиям в области охраны здоровья граждан. Комитет ООН по правам человека подчеркивает, что законы криминализирующие секс между взрослыми мужчинами, нарушают право человека на личную жизнь, закрепленное в Статье 17 *Международного пакта о гражданских и политических правах* (ратифицированного всеми странами проекта):

... установление уголовной ответственности за действия гомосексуального характера не может считаться обоснованным средством или соразмерной мерой для достижения цели предотвращения распространения ВИЧ, ... заставляя таиться многих людей, подверженных риску инфекции, (это), как представляется, препятствует эффективной реализации образовательных программ, направленных на профилактику ВИЧ/СПИДа.¹⁷⁹

Кроме того, криминализация мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), является нарушением прав человека, закреплённых в Конституциях, как Узбекистана, так и Туркменистана, а именно: права на личную жизнь, личную свободу и неприкосновенность, а также права на защиту от посягательств на честь и достоинство.¹⁸⁰ В соответствии с рекомендациями, представленными в *Международных руководящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, данные положения законов Узбекистана и Туркменистана должны быть отменены.¹⁸¹

178 Статья 135 *Уголовного Кодекса* Туркменистана, и Статья 120 *Уголовного Кодекса* Республики Узбекистан.

179 Комитет по правам человека ООН, Сообщение № 488, 1992. *Николас Тунен против Австралии* [UN Human Rights Committee, *Nicholas Toonen v. Australia*, Communication No. 488/1992], UN Doc. CCRP/C/50/D/488/1992, 31 марта 1994. Пункт 8.5.

180 Конституция Туркменистана, Статьи 23 (право на неприкосновенность) и 40 (судебная защита чести и достоинства); Конституция Республики Узбекистан, Статьи 25 (права на личную свободу и неприкосновенность) и 27 (право на защиту от посягательств на честь и достоинство).

181 *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*. Руководящий принцип 4, пункт 21(b).

Рекомендация 7: Провести реформу законодательства для декриминализации и депенализации секс работников

Законы, рассматривающие занятие секс работой в качестве административного или уголовного правонарушения, не являются действенной мерой борьбы с предоставлением секс услуг, но ведут к нарушению прав человека в отношении секс-работников и препятствуют осуществлению мер профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в данной уязвимой группе населения. Такие законы заставляют секс работников уйти в подполье или ведут к тому, что они оказываются в положении изоляции, что затрудняет доступ секс-работников к службам здравоохранения, равно как и доступ служб здравоохранения к ним. Это также делает их ещё более уязвимыми перед насилием, вымогательством и жестоким обращением со стороны клиентов и правоохранительных органов. Необходимо реформировать данные законы, чтобы защитить права секс-работников и обеспечить реализацию их права на охрану своего здоровья, а, следовательно, и здоровья их клиентов. Согласно рекомендациям *Международных руководящих принципов по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, «уголовное законодательство не должно препятствовать осуществлению мер, снижающих риск распространения ВИЧ-инфекции среди секс-работников и их клиентов, и обеспечивающих им уход и лечение в связи с ВИЧ-инфекцией», а «работа взрослых в сфере сексуальных услуг, не влекущая за собой причинение вреда» должна быть декриминализована.¹⁸²

Пяти странам из числа участвовавших в проекте — Азербайджану, Казахстану, Таджикистану, Туркменистану и Узбекистану — необходимо отменить положения административного законодательства, рассматривающие занятие секс работой («проституцией») в качестве правонарушения (в том числе и положения, предусматривающие привлечение к уголовной ответственности в случае повторного совершения данного правонарушения после того, как было наложено административное наказание). Конкретные детали возможных законов и рекомендации в отношении каждой из стран представлены в индивидуальных отчетах в Части II.

Законодательство Кыргызстана, является единственным из шести стран проекта, не предусматривающим административной ответственности за занятие секс работой. Однако, согласно оценке национальной экспертной группы, в Кыргызстане секс-работники часто преследуются полицией (и преследуются в судебном или уголовном порядке за «разврат» или «нарушение общественного порядка») и направляются на принудительное тестирование на ИППП. Таким образом, во всех странах, включая Кыргызстан, службам здравоохранения и правоохранительным органам необходимо организовать обучение в области прав человека для своих сотрудников (в том числе и для предотвращения принудительного направления на тестирование на ВИЧ и другие ИППП). Организации, ответственные за защиту прав человека, должны быть обучены тому, как эффективно реагировать на злоупотребления со стороны правоохранительных органов в отношении секс-работников.

Рекомендация 8: Исключить деяния, связанные с заражением ВИЧ/ИППП, из числа наказуемых деяний, и ограничить сферу применения этих положений законов

Во всех шести странах проекта, поправка в опасность заражения или заражение ВИЧ-инфекцией рассматриваются в качестве преступлений, с расплывчатыми формулировками положений *Уголовных Кодексов*. Однако, в соответствии с международными рекомендациями, национальное законодательство не должно включать заражение именно ВИЧ-инфекцией и поправку в опасность заражения в число уголовных преступлений: подобный подход, выделяя людей, живущих с ВИЧ, способствует усилению стигматизации, связанной с ВИЧ-инфекцией. При рассмотрении подобных исключительных случаев, предпочтение должно отдаваться применению положений законов общего характера (например, нанесение вреда здоровью). Согласно рекомендациям *Международных руководящих принципов в отношении ВИЧ/СПИДа и прав человека*, применение законов общего характера «должно обеспечить четкое и законное определение таких элементов, как предвидение последствий, умысел, причинно-следственная связь и согласие, для обоснования обвинительного

182 Там же, пункт 21(c).

приговора и/или более суровых мер наказания».¹⁸³ Кроме того, согласно рекомендациям ЮНЭЙДС, следует применять уголовное законодательство только в случае умышленного заражения ВИЧ, т.е. когда человек знает о том, что заражен ВИЧ-инфекцией, и действует с намерением передать ВИЧ и фактически передаёт вирус.¹⁸⁴

Во многих странах проекта, уголовное право применяется еще шире. В этих странах, уголовная ответственность предусматривается не только за постановку в опасность заражения или заражение ВИЧ-инфекцией, но и за постановку в опасность заражения или заражение другими инфекциями, передающимися половым путём (ИППП). Кроме того, в Узбекистане преступлением является сокрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией. В некоторых странах (например, в Казахстане) в качестве административного правонарушения рассматривается уклонение лица от медицинского освидетельствования на определенные болезни, в том числе и на ВИЧ-инфекцию (в дополнение к уголовной и административной ответственности, предусматриваемых за уклонение от тестирования на наркотики).¹⁸⁵ Подобные положения рекомендуется отменить или, по крайней мере, ограничить сферу их применения. Конкретные рекомендации по этим вопросам представлены в индивидуальных отчетах по странам (Часть II).

4. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

4.1 ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В СТРАНАХ ПРОЕКТА

4.1.1 ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: СТРУКТУРА, ДОСТУП К УСЛУГАМ И ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

Конституции всех стран, участвовавших в данном исследовании, гарантируют своим гражданам доступ к службам общественного здравоохранения. Основная концепция и структура современных систем здравоохранения все еще основана на советской модели. Однако, в отличие от полностью бесплатных услуг здравоохранения предоставляемых в Советском Союзе, системы здравоохранения стран проекта, используют финансовые схемы, которые совмещают различные источники финансирования. Так определенные услуги предоставляются бесплатно (обычно - неотложная и первичная медицинская помощь и некоторые специализированные услуги), а для получения других медицинских услуг пациенты должны сами оплатить часть расходов или полностью покрыть все расходы.

Система здравоохранения всех стран проекта состоит из первичного звена здравоохранения (услуги предоставляются амбулаторно в поликлиниках или их аналогах); вторичного звена здравоохранения на уровне сельских районов, городов и областей/регионов (больницы общего профиля), и третичного звена здравоохранения или специализированных услуг (например, кардиология, наркология, учреждения, лечящие инфекционные заболевания, психические расстройства, ИППП, туберкулез, Центры СПИД), которые служат в качестве ведущих клинических и методологических центров на областном и национальном уровнях.

Одной из основополагающих характеристик Советской системы здравоохранения была система диспансеров для профилактики и лечения распространенных заболеваний, особенно таких, как хронические, рецидивирующие, трудно поддающиеся лечению заболевания, как туберкулез, психические заболевания, алкоголизм и наркомания, рак и ИППП. Система диспансеров существовала на городском, областном и национальном (республиканском) уровнях, с соответствующей иерархией отчетности. Диспансеры национального уровня, (сейчас часто называемые центрами) обычно служили исследовательскими центрами, и были ответственны за сбор информации и анализ ситуации в своей области, и предоставление этой информации в Министерства здравоохранения; а также - за разработку стандартов/протоколов лечения и предоставление рекомендаций, направленных на улучшение эффективности мероприятий общественного здравоохранения. Цель создания такой системы, заключалась в учреждении специализированных центров, легко доступных для людей с вышеперечисленными заболеваниями, которые часто требовали долгосрочного и дорогого лечения (отсюда берут начало перечни «социально значимых» заболеваний, описанные ниже, которые определяли материальные и социальные льготы, предоставляемые пациентам, наряду с определенными обязательствами, налагаемыми на пациентов).

Учитывая высокую концентрацию социально неблагополучных групп населения среди пациентов с данными заболеваниями, бесплатное лечение, бесплатное предоставление медикаментов, и возможность получения ухода после окончания лечения, снижали финансовое бремя для пациентов и их семей. Социальная поддержка таким пациентам предоставлялась через так называемых патронажных медсестер, посещавших пациентов на дому. Патронажные медсестры должны были изучать социальные и медицинские факторы, оказывающие влияние на здоровье пациентов, и помогали им получить социальную помощь (например, от государственных служб социального обеспечения). Эта система предназначалась для того, чтобы облегчить социальные последствия вышеперечисленных заболеваний (например, скатывания в нищету из-за плохого здоровья), таким образом, улучшая здоровье и благополучие населения. Система специализированных диспансеров была учреждена в 1920-1930 годах, и в течение последующих 50 лет была довольно эффективной. Со временем, определенные диспансеры закрылись, так как успешное лечение и улучшение социальных условий уменьшило число пациентов, нуждающихся в определенном виде медицинских услуг (например, диспансеры для лечения трахомы). Для многих других заболеваний результаты ле-

183 Там же, пункт 21(а).

184 ЮНЭЙДС, *Краткое заявление по вопросам политики: Криминализация передачи ВИЧ* [UNAIDS, *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission*], 2008.

185 *Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях*, Статьи 326-327.

чения были не столь успешными, и, во многих случаях, весьма разочаровывающими, например, результаты лечения алкоголизма и наркомании. Более того, часто пациенты, получавшие лечение во фтизиатрических, кожно-венерологических и наркологических диспансерах (и, в последние годы, в центрах СПИД) были все те же социально неблагополучные группы населения. Государственным ответом на эту ситуацию стал акцент на меры, направленные на изоляцию пациентов от «вредной социальной среды», и меры, контролирующие их поведение (например, введение строгих требований по посещению диспансеров в определенное время для «поддерживающего лечения», ограничение определенных видов деятельности и профессий, принудительное лечение в случае, если пациент уклоняется от добровольного лечения и нарушает порядок). Если изначально данный подход (наличие диспансеров) был направлен на лечение и предоставление социальной защиты людям с серьезными хроническими заболеваниями, то в дальнейшем он перерос в репрессивную систему с медицинскими учреждениями и их медицинским персоналом, играющими несвойственную для медиков роль контролеров, а не агентов предоставления услуг здравоохранения. Кроме того, такое (чаще всего, стационарное) лечение было чрезвычайно дорогим, требующим значительных финансовых и людских ресурсов, которые не могли быть предоставлены в полном объеме.

В последнее десятилетие, новые, научно-обоснованные методы лечения туберкулеза (например, DOTS), ИППП (синдромный метод) и наркотической зависимости (например, ОЗТ) были постепенно внедрены в системы общественного здравоохранения в некоторых странах, участвовавших в проекте. Однако, несмотря на доказанную эффективность и сравнительную дешевизну этих вмешательств, эти методы все еще не являются широко доступными. Страны, участвовавшие в проекте, все еще сохраняют старую систему лечения туберкулеза, ИППП и наркотической зависимости (в основном, стационарного) со всеми характеристиками контроля и ограничения, описанными выше.

Доступность услуг здравоохранения

В каждой стране реализации проекта скорая медицинская помощь оказывается бесплатно всем, в том числе людям, не имеющим прописки, мигрантам и иностранцам.

Медицинская помощь предоставляется по территориальному принципу: определенное медицинское учреждение (например, поликлиника или диспансер) ответственно за медицинское обслуживание (как правило, бесплатно) населения, живущего на определенной административной территории (например, городского или сельского района). Для получения медицинской помощи человек должен предоставить документ, удостоверяющий, что он/она постоянно проживает на территории обслуживания данного лечебного учреждения. Люди, временно проживающие на какой-либо территории должны получить временную регистрацию. Человек может получить медицинскую помощь за пределами территории, где он зарегистрирован как постоянный житель (или временно проживающий), за плату.

Исключением вышеизложенного правила является Кыргызстан, где медицинское обслуживание и лекарственные препараты предоставляются пациентам бесплатно только в случае скорой медицинской помощи; в остальных случаях медицинские услуги предоставляются при наличии полиса медицинского страхования, а лечение некоторых заболеваний, таких как наркотическая зависимость, частично оплачивается пациентом.

В нормативно-правовых актах четырех стран реализации проекта (Азербайджана, Казахстана, Туркменистана и Узбекистана) некоторые заболевания классифицируются как вызывающие особую озабоченность («социально значимые заболевания» и «социально опасные заболевания»)¹⁸⁶ Такая классификация для людей, страдающих этими заболеваниями, обычно означает как некоторые выгоды (например, бесплатное лечение), так и ограничения прав (например, принудительное лечение).

В Азербайджане законодательство гарантирует не ограниченное во времени бесплатное лечение «социально значимых заболеваний» и «общественно опасных заболеваний»; обе эти категории

186 В Кыргызстане, в статье 30 Закона № 6 «Об охране здоровья граждан» (от 9 января 2005 г.) упоминаются «социально значимые заболевания» и «заболевания, опасные для окружающих», но по информации национальных экспертов, не существует определений или перечней таких болезней. В Таджикистане также нет перечней таких заболеваний.

включают ВИЧ-инфекцию, наркотическую зависимость, туберкулез, вирусный гепатит и другие.¹⁸⁷ Однако, по информации, предоставленной национальной экспертной группой, в действительности, ситуация с доступностью лечения несколько другая, что связано с ограниченным финансированием и неадекватным качеством бесплатного медицинского обслуживания. Эксперты сообщают, что хотя пациент нуждающийся в лечении в медицинском учреждении может быть принят в больницу без задержки, ему (или ей), возможно, придется самому обеспечивать питание, лекарственные препараты и постельное белье. В *Закоме «О частной медицинской деятельности»* лечение «социально опасных заболеваний» (в том числе ОЗТ для лечения наркотической зависимости) исключено из перечня услуг, которые могут оказывать частные медицинские учреждения.¹⁸⁸

В Казахстане гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, предоставляемой государством, включает первичную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую помощь, специализированную (вторичную) медицинскую помощь в стационаре по направлению специалистов, оказывавших первичную медицинскую помощь, а также медицинскую помощь для людей, страдающих «социально значимыми заболеваниями» и «заболеваниями, представляющими опасность для окружающих».¹⁸⁹ Наркологические заболевания классифицируются как «социально значимые заболевания», в то время как ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит, чума и туберкулез относятся к «заболеваниям, представляющим опасность для окружающих».¹⁹⁰ В национальном законе о ВИЧ гарантируется бесплатная медицинская помощь (включая бесплатную АРТ) людям, живущим с ВИЧ и СПИДом в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.¹⁹¹ Лечение наркотической зависимости также предоставляется бесплатно в рамках гарантированной бесплатной медицинской помощи, так как наркотическая зависимость считается «социально значимым заболеванием».¹⁹² Имеется и платное лечение наркотической (и алкогольной) зависимости. Однако национальная экспертная группа отмечает, что система предоставления гарантированной медицинской помощи на основе регистрации по месту жительства создает препятствия для получения медицинских услуг людьми без определенного места жительства, и людьми, потерявшими идентификационные документы (паспорт), которые бесплатно могут получить только скорую медицинскую помощь. Аналогичным образом лица без гражданства и иностранцы имеют право только на бесплатную скорую медицинскую помощь.¹⁹³

Подобная же система действует и в Таджикистане, где все медицинские услуги, включая лечение наркотической зависимости и ВИЧ-инфекции, предоставляются пациентам бесплатно, в соответствии с конституционным положением, которое гласит, что каждый гражданин в рамках, определенных законом, пользуется бесплатной медицинской помощью в государственных учреждениях здравоохранения.¹⁹⁴

Правительство Кыргызстана ежегодно принимает «Программу государственных гарантий», где определяются конкретные категории населения, которым предоставляется право на определенные бесплатные услуги первичной медико-санитарной помощи. По этой Программе, неотложная госпитализация, включая реанимационные вмешательства, - бесплатны. В национальном законе о ВИЧ предусматривается, что люди, живущие с ВИЧ, имеют право на получение качественной медико-санитарной помощи и лекарственное обеспечение бесплатно и на льготных условиях в соответствии с Программой государственных гарантий.¹⁹⁵ Согласно законодательству Кыргызстана,

187 Например, Закон Азербайджанской Республики № 282-IQD «О предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа» (25 апреля 1997 г.), статьи 3 и 4. Следует отметить, что ВИЧ, туберкулез и наркотическая зависимость также классифицируются как «социально опасные заболевания»; Закон № 360-IQ «Об охране здоровья населения», (26 июня 1997 г.); перечень заболеваний приводится в Постановлении № 5 Кабинета Министров (12 января 1990 г.).

188 Закон Азербайджанской Республики «О частной медицинской деятельности», № 789-IG (30 декабря 1999 г.).

189 Закон Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», № 361-II (4 декабря 2002 г.), с изменениями и дополнениями согласно Закону № 13-III (20 декабря 2004 г.).

190 Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих» № 468 (30 марта 2000 г.).

191 Закон Республики Казахстан «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД», № 176-XIII (5 октября 1994 г.), статьи 2-4.

192 Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на 2006-2007 годы», № 1296 (28 декабря 2005 г.), п. 20.

193 Закон Республики Казахстан «О системе здравоохранения» № 430-2 (4 июня 2003 г.).

194 Конституция Республики Таджикистан, статья 38.

195 Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» № 149 (13 августа 2005 г.), статья 6.

стоимость лечения наркотической зависимости в наркодиспансере только частично покрывается государством, пациенты оплачивают часть стоимости лечения на условиях со-оплаты.¹⁹⁶

В Туркменистане гарантируется бесплатное медицинское обслуживание в сети государственных медицинских учреждений для граждан Туркменистана, иностранцев, лиц без гражданства и беженцев. Первичная и скорая медицинская помощь оказывается по месту жительства. По информации экспертной группы, безработные и люди, не имеющие регистрации по месту жительства, получают бесплатное медицинское обслуживание на общих основаниях по месту обращения за медицинской помощью. По закону мигранты и беженцы имеют право на такое же лечение, как и граждане Туркменистана. В национальном законе о ВИЧ гарантируется бесплатное лечение для людей, нуждающихся в АРТ¹⁹⁷, однако, согласно официальным сообщениям, в настоящее время в Туркменистане АРТ не проводится. (На 2008 г.по данным официальных источников, в стране зарегистрировано всего 2 случая ВИЧ-инфекции). В официальный перечень инфекционных заболеваний, «представляющих опасность для окружающих», наряду с такими инфекционными заболеваниями, как чума, холера и геморрагическая лихорадка включена и ВИЧ-инфекция.¹⁹⁸

В Узбекистане государством установлен гарантированный объем медицинских услуг, предоставляемых бесплатно в лечебно-профилактических учреждениях государственной системы здравоохранения.¹⁹⁹ Медицинские и иные услуги сверх установленного государством гарантированного объема медицинской помощи оплачиваются пациентами. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Республике Узбекистан, пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами Республики Узбекистан; иностранным гражданам, законно находящимся на территории Республики Узбекистан, гарантируется право на охрану здоровья на основе двусторонних соглашений между государствами.²⁰⁰ Государство гарантирует бесплатное медицинское обслуживание всем пациентам, страдающим «социально значимыми заболеваниями», в перечень которых входят туберкулез, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), ВИЧ-инфекция, злокачественные опухоли, лепра и «расстройства психического здоровья» (в том числе наркотическая зависимость).²⁰¹ Люди, страдающие «социально значимыми заболеваниями», получают медицинскую помощь и лекарственные препараты бесплатно при амбулаторном лечении, а также бесплатное стационарное лечение. Государство гарантирует бесплатное лечение наркотической зависимости в специализированных государственных медицинских учреждениях. По желанию пациенты могут проходить лечение наркотической зависимости в частных клиниках, имеющих лицензии на оказание определенных видов услуг на платной основе. ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты также классифицируются как «заболевания, представляющие угрозу для окружающих», и лица, страдающие такими заболеваниями, имеют право на получение бесплатной медицинской помощи в специализированных учреждениях государственной системы здравоохранения.²⁰²

Во всех странах, участвовавших в проекте, кроме Туркменистана, через программы, финансируемые Глобальным Фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, все услуги по уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией предоставляются бесплатно, включая социальное и психологическое консультирование, социальную реабилитацию людей, живущих с ВИЧ, помощь в трудоустройстве (если это необходимо), получении социальных пособий и так далее. Программы Глобаль-

196 Постановление Правительства «Положение о со-оплате за медицинские услуги, предоставляемые организациями здравоохранения, работающими в системе Единого плательщика» № 363 (24 августа 2007 г.).

197 Согласно Закону Туркменистана «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», людям, живущим с ВИЧ, и проходящим амбулаторное лечение, лекарства предоставляются бесплатно. Людям, живущим с ВИЧ, расходы на поездки в медицинские учреждения и обратно в пределах страны возмещаются медицинским учреждением по месту постоянного проживания. Родители (или законные представители) ВИЧ-положительных детей имеют право находиться с ними в стационарах и получать пособия по временной нетрудоспособности. Одному из родителей (или законных представителей) срок, в течение которого осуществляется уход за ВИЧ-положительным ребенком, засчитывается в трудовой стаж. Дети, живущие с ВИЧ и не достигшие возраста 16 лет, имеют право на получение ежемесячного государственного пособия.

198 Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, «О санитарной охране территории Туркменистана» Приказ № 116 (26 декабря 1995 г.). Этот приказ был подготовлен на основе Приказа № 18 заместителя председателя Кабинета Министров (12 декабря 1995 г.). Кроме того, Санитарный кодекс Туркменистана (19 мая 1992 г.) регулирует поддержание общественного здоровья, в том числе вопросы профилактики и распространения инфекционных заболеваний.

199 Закон «Об охране здоровья граждан», № 265-1 (29 августа 1996 г.), статья 8.

200 Там же, статья 14.

201 Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и установлении льгот лицам, страдающим ими» № 153 (20 марта 1997 г.).

202 Перечень был принят Приказом № 96 Кабинета Министров Республики Узбекистан (20 февраля 1997 г.).

ного Фонда также покрывают профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, и предоставляют услуги по снижению вреда людям, потребляющим наркотики (ясно, что имеются значительные различия между странами по спектру и объему предоставления таких услуг).

Предоставление государством бесплатного лечения наркотической зависимости и ВИЧ-инфекции в большинстве стран, участвовавших в проекте, является позитивной характеристикой. Однако, внесение этих расстройств здоровья в списки заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и социально опасных заболеваний, может усиливать и так немалую стигму и дискриминацию людей с этими заболеваниями. Более того, предоставление бесплатного медицинского обслуживания только на основе регистрации по месту жительства и документов, удостоверяющих личность, ограничивает доступ к медицинским услугам таких остро нуждающихся в медицинском уходе групп, как люди без определенного места жительства, и люди, утерявшие идентификационные документы.

В общем, существующая инфраструктура здравоохранения в странах, участвовавших в проекте, достаточна для достижения всеобщего доступности профилактики, лечения, ухода и поддержки, касающихся ВИЧ-инфекции. Однако доступность этих услуг затрудняется законодательными ограничениями (например, регистрацией (пропиской) по месту жительства) или системой предоставления качественного и конфиденциального лечения только лицам, которые в состоянии заплатить за услуги частным образом. Более того, во многих случаях качество предоставляемых услуг не является адекватным, что подрывает национальную концепцию всеобщей доступности здравоохранения.

Права пациентов

В законодательствах стран реализации проекта до некоторой степени определены права пациентов, что является положительным моментом. Однако по результатам проведенного национальными экспертными группами обзора законодательства выяснилось, что в национальных законах обычно не закреплены такие права, как право отказаться от лечения, право участвовать в процессе принятия решения относительно лечения, а также право на получение полной информации. Например, в Законе Таджикистана «Об охране здоровья населения» перечисляются права пациентов, в том числе: право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских и других работников; право на выбор лечащего врача; право на предоставление адвоката или другого законного представителя для защиты прав пациента.²⁰³ В этом кратком списке не учитываются, помимо прочего, такие вопросы как право участвовать в выборе вариантов лечения, право на отказ от лечения, защита конфиденциальности, а также право обжаловать деятельность медицинских учреждений и работников в суде или других органах.

Хотя в национальном законодательстве стран реализации проекта обычно содержатся положения о защите конфиденциальности информации о состоянии здоровья пациентов, национальные экспертные группы сообщают, что эти положения редко применяются на практике, частично из-за того, что отсутствует или недостаточно разработана система их правоприменения. Например, национальные экспертные группы отмечают, что, несмотря на часто случающиеся нарушения конфиденциальности (в частности, при таких стигматизируемых состояниях как ВИЧ-инфекция и наркотическая зависимость), медицинские работники редко привлекаются к ответственности за раскрытие конфиденциальной информации.

В соответствии с законодательством, медицинская информация может быть раскрыта без согласия пациента, по официальным запросам правоохранительных органов, прокуратуры, суда или органов здравоохранения. В некоторых странах региона, медицинские работники обязаны информировать представителей правоохранительных органов о случаях передозировок и прохождении лечения в наркологическом диспансере. Не вызывает сомнения, что эта политика вынуждает людей, употребляющих наркотики, воздерживаться от обращения за медицинской помощью (в том числе, и обращаться за медицинской помощью при передозировке наркотиков).

Анализ законодательства и правоприменительных практик выявил отсутствие бесплатного анонимного лечения ИППП. Отсутствие свободного доступа к анонимному добровольному лечению

203 Закон Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения», № 419 (15 мая 1997 г.), статья 31.

ИППП является существенным недостатком систем здравоохранения, препятствующим всеобщему доступу к медицинским услугам. Ранняя диагностика и лечение ИППП может значительно снизить вероятность передачи ВИЧ, так как ИППП могут вызывать появление язв и раздражений тканей гениталий, кроме того, при ИППП может повышаться содержание ВИЧ в биологических жидкостях, что приводит к повышению вероятности заражения. В Казахстане, например, согласно информации, предоставленной национальной экспертной группой, медицинские учреждения оказывают только платные анонимные услуги. В качестве условия для бесплатного лечения ИППП требуется регистрация в медицинском учреждении и предоставление информации о сексуальных контактах под угрозой административных санкций. Эти препятствия для получения медицинских услуг часто непреодолимы для уязвимых групп населения и молодежи. Когда препятствия для диагностики и лечения ИППП приводят к высокому распространению этих инфекций среди населения, создается среда, благоприятствующая распространению ВИЧ..

4.1.2 ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Национальные программы по контролю наркотиков

Национальные программы по контролю наркотиков являются политическими документами, которые определяют основные концепции и стратегии по борьбе с нелегальными поставками наркотиков, снижению их потребления и смягчению медицинских и социальных последствий потребления наркотиков. Во всех странах, принимавших участие в проекте концепция этих программ основана на принятии постулата о том, что потребление нелегальных наркотиков является незаконным актом, будь-то единичный эпизод приема наркотика молодым человеком, или регулярное потребление лицом, зависимым от наркотических веществ (даже при том, что наркомания признана заболеванием).

Сохраняя подход, распространенный в Советском Союзе, лица, употребляющие наркотики, и/или зависимые от наркотиков, зачастую считаются «социально ненадежными и «бесполезными для общества», а, в худшем случае, - преступниками, а не людьми, которым может помочь лечение. Этот подход может обнаруживаться даже в тех областях, где предпринимаются попытки обеспечить доступ к услугам здравоохранения. Вследствие этого предлагаемые стратегии и вмешательства представляют собой комбинацию мер, направленных на предупреждение потребления наркотиков, основанных на устрашении и принуждении, даже когда это касается лечения наркомании. Этот подход проявляется и в законодательном обеспечении лечения наркотической зависимости: это лечение чаще всего регулируется законами о наркотиках (основной фокус которых - правоохранительные меры), а не законодательством об охране здоровья. В некоторых странах проекта (например, в Кыргызстане и Узбекистане) законодательное регулирование лечения наркотической зависимости представлено в трех-четырёх статьях национальных законов о наркотиках, а не в законодательстве о здоровье (например, в законе о лечении наркотической зависимости).

Даже там, где вопросы потребления наркотиков регулируются законодательством о здоровье, часто нормативно-правовые акты фокусируются на малоэффективных мерах, касающихся лечения наркотической зависимости. Вместо анализа причин низкой эффективности лечения и замены их на более эффективные, люди, зависимые от наркотиков обвиняются, в том, что они не поддаются лечению, и, как следствие, применяются еще более жесткие регуляторные меры.

В целом, предлагаемые этими программами профилактические меры - например, выборочное тестирование на наркотики, единовременные информационные кампании и т.д., - неэффективны. Все еще остается мало стратегий и инициатив, которые бы не подходили к наркотикам, и к лицам, их употребляющим, как к объектам контроля и наказания через системы уголовного правосудия и применения принудительных мер.

Исторически сложилось так, что в программы по контролю наркотиков не включались стратегии по снижению вреда, или они были представлены очень узко. Однако, в последние годы страны проекта начали использовать более сбалансированный подход, по крайней мере представленный

в документах. Кыргызстан стал первой страной региона, в которой стратегии снижения вреда являются неотъемлемой частью программ по контролю наркотиков; национальная программа по контролю наркотиков на 2004-2010 гг. четко предписывает внедрение научно-обоснованных вмешательств, направленных на защиту здоровья потребителей наркотиков.

Процессе анализа законодательства показал, что некоторые из участвовавших в проекте стран также начали по-новому трактовать свою политику по контролю наркотиков, а именно, в направлении использования доказательно обоснованных вмешательств, как в отношении лечения наркотической зависимости, так и в отношении предоставления более широкого круга услуг по снижению вреда и медицинской помощи людям, употребляющим наркотики. Также, как видно из оценок национальных экспертных групп, растет признание того, что защита и поддержка прав людей, употребляющих наркотики, и страдающих от наркотической зависимости, являются не только вопросом соблюдения обязательств страны по международному праву, но и целесообразны с точки зрения общественного здравоохранения, особенно учитывая то, что эпидемия ВИЧ в регионе в значительной степени связана с рискованными методами употребления наркотиков. (Более подробная информация приводится в итоговых отчетах по странам в Части II).

Основная роль в развитии и координации выполнения национальной программы по наркотикам в стране принадлежит национальному агентству по контролю наркотиков, или аналогичным органам, главной задачей которых является приведение в исполнение законодательства о наркотиках для предотвращения нелегального оборота и потребления наркотиков. В некоторых странах проекта, органы по контролю за наркотиками подчиняются непосредственно президенту (Таджикистан), или кабинету министров (Азербайджан, Туркменистан и Узбекистан); в других странах, они являются департаментами (комитетами) входящими в состав Министерства внутренних дел (в Казахстане и Кыргызстане; в Кыргызстане агентство по контролю за наркотиками было реорганизовано в департамент МВД в октябре 2009 года). Тот факт, что эти агентства работают почти или полностью независимо от Министерств внутренних дел или юстиции делает не вполне понятным их положение в системе иерархии правительства и субъектом какой юрисдикции они являются. Эти органы были созданы в течение последнего десятилетия с целью повышения эффективности политики по контролю наркотиков путем усиления аналитического потенциала стран, лучшего планирования и координации мероприятий в стране, между странами региона и по всему миру. С этой целью, в дополнение к структурам, ответственным за сбор и анализ информации о наркотиках и правоохранительным мерам, они включают департаменты, ответственные за профилактику потребления наркотиков, лечение наркотической зависимости и реабилитацию.

Национальные агентства по контролю наркотиков, несомненно, играют главную роль в формировании политики, касающейся наркотиков. Некоторые национальные программы по наркотикам дают агентствам по контролю наркотиков полномочия по координации всей деятельности, связанной с наркотиками (включая лечение наркотической зависимости и профилактику потребления наркотиков, что по логике мандатов должно входить в компетенцию министерств здравоохранения и образования)..²⁰⁴ Даже там, где агентства по контролю наркотиков не осуществляют планирование и координацию лечения наркотической зависимости, их интерпретация динамики наркологической ситуации в стране и то, как они оценивают эффективность тех или иных профилактических и лечебных вмешательств, могут привести к таким политическим и законодательным изменениям, которые могут повлиять на доступность научно-обоснованных мер профилактики и лечения наркомании.

Поскольку главными задачами национальных агентств по контролю наркотиков являются противодействие незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ, а также другие правоохранительные меры, касающиеся действия уголовного законодательства, эти агентства нередко предлагают и используют в основном контролируемые меры и в сфере профилактики употребления наркотиков и лечения зависимости от наркотиков. Например, зачастую комитет по контролю наркотиков и другие правоохранительные органы имеют неограниченный доступ к

204 Например, ответственность за предотвращение распространения наркотической зависимости возлагается, наряду с прочим, на Комитет по борьбе с наркобизнесом МВД Республики Казахстан, в образовательных учреждениях ответственность за предотвращение распространения наркотической зависимости среди молодежи несёт Инспекция по делам несовершеннолетних Министерства внутренних дел РК.

(считающейся) конфиденциальной информации о пациентах, состоящих на наркологическом учёте в качестве потребителей наркотиков и больных наркоманией.²⁰⁵

Так как агентства по контролю наркотиков являются в первую очередь правоохранительными органами, а не органами здравоохранения, их вовлечение в вопросы лечения наркотической зависимости не помогает формированию отношения к наркотической зависимости как к болезни, а не как к преступлению. Как показал обзор законодательства, для улучшения результатов лечения наркотической зависимости и профилактики ВИЧ-инфекции, желательнее отказаться от предоставления этим органам координации и контроля за профилактикой наркотической зависимости и любого их участия в лечении наркомании; лечение должно быть исключительно задачей здравоохранения.

Доступность эффективного лечения наркотической зависимости

Организация лечения наркотической зависимости регулируется приказами, инструкциями и клиническими протоколами, издаваемыми Министерствами здравоохранения, а также законами о наркологической помощи (в Азербайджане, Казахстане и Таджикистане). Обычно законы о наркотиках и (или) законы об общественном здравоохранении (в Кыргызстане, Туркменистане и Узбекистане) дают только общую законодательную базу, описывающую доступ к лечению. Начиная с 1970-х годов, все страны проекта учредили сеть стационарных наркологических учреждений с достаточно хорошим географическим охватом.

Как отмечалось выше, медицинское обслуживание, предоставляемое государством, в том числе лечение наркотической зависимости, является бесплатным, за исключением Кыргызстана, где пациенты проходят лечение наркотической зависимости на условиях со-оплаты.²⁰⁶ Однако на практике, если человек хочет *анонимно* пройти курс лечения наркотической зависимости или получить лечение в частном медицинском учреждении, услуги предоставляются на платной основе. В Кыргызстане и Таджикистане лечение наркомании может осуществляться неправительственными организациями (НПО), а также лечение предоставляется в платно (например, анонимное лечение или лечение в частных клиниках). В то же время, в некоторых странах при лечении в стационаре пациентам приходится питаться за свой счет или платить за питание и другие предметы первой необходимости, а иногда и за лекарства.²⁰⁷

По данным проведенного в 2006 году в Казахстане опроса 1200 человек, употребляющих опиоидные наркотики, существующие варианты лечения наркотической зависимости являются малопривлекательными для людей, употребляющих наркотики. Некоторые хотели бы пройти более качественное или анонимное лечение. У других нет средств для оплаты услуг, которая взимается, несмотря на положения закона о гарантии бесплатного лечения (треть опрошенных заявили о том, что у них нет средств для оплаты лечения). По мнению национальной экспертной группы, несколько хорошо оборудованных медицинских учреждений, где проводится лечение наркотической зависимости, не могут обеспечить лечение и реабилитацию для всех, кто в них нуждается.²⁰⁸

Во всех шести странах лечение наркотической зависимости направлено в основном на полное воздержание от наркотиков. В Азербайджане, например, единственными доступными вариантами лечения являются детоксикация и одна небольшая программа ОЗТ, психотерапевтические виды лечения отсутствуют. По данным национальной экспертной группы из Азербайджана, только очень небольшая часть людей добровольно проходит лечение, предоставляемое государством; широ-

205 В Туркменистане, например, наркологический учёт ведётся в соответствии с Указом Президента от 2008 года. Согласно Указу, одной из важнейших задач, стоящих перед Государственной службой Туркменистана по борьбе с наркотиками, является «создание единой базы данных, содержащей информацию о ситуации с наркотиками в стране в целом, о количестве лиц, зарегистрированных в качестве потребителей наркотиков, а также лиц, вовлеченных в распространение наркотиков».

206 Как отмечалось, Кыргызстан является исключением, поскольку в этой стране действует порядок со-оплаты, согласно которому пациент оплачивает часть определенных медицинских услуг, этот порядок действует в соответствии с Постановлением Правительства «Положение о со-оплате за медицинские услуги, предоставляемые организациями здравоохранения, работающими в системе Единого плательщика» № 363 (24 августа 2007 г.).

207 См., например, Часть II, итоговые отчеты Таджикистана и Азербайджана.

208 См. Часть II, итоговый отчет Казахстана.

ко распространенной практикой в Азербайджане является неофициальное (проводимое частным образом) лечение наркотической зависимости. Нежелание добровольно проходить лечение наркотической зависимости в официальных государственных структурах связано, по видимому, с отрицательными последствиями постановки на наркологический учет. Национальная экспертная группа из Казахстана сообщает, что лечение наркотической зависимости в этой стране состоит из «детоксикации, сенсibiliзирующей терапии и комплексной психотерапии», но стандартные протоколы этих процедур не разработаны. В Таджикистане, в дополнение к государственным программам детоксикации, НПО проводят реабилитацию и программы по методике «12 шагов». Во всех странах реализации проекта при создании наркологических служб не уделяется особого внимания гендерным аспектам лечения; например, нет специальных программ для женщин, которые бы учитывали их специфические потребности, включая вопросы ухода за детьми.

Хотя официальные оценки эффективности наркологической службы проводятся редко, известно, что успешность применяемых методов лечения низкая - в среднем около 10-12% пациентов воздерживаются от приема наркотиков в течение одного года после лечения.²⁰⁹ Низкая эффективность лечения наркотической зависимости методами, применяемыми в странах, участвовавших в проекте, давно известна. Предпринимались попытки улучшить ее эффективность путем усиления мер контроля и принуждения к лечению (регистрация пациентов и недобровольное лечение), что основывалось на предположении о том, что эти меры повысят приверженность пациентов лечению и, таким образом, приведут к долгосрочной ремиссии. Однако эти принудительные меры не имеют доказательной базы и, на деле, только ухудшают медицинские и социальные последствия потребления наркотиков: остается высоким уровень рецидивов, а полупринудительное поступление на лечение (где «согласие» пациента на лечение обычно получается под угрозой направления на принудительное лечение), ведет к тому, что люди нарушают режим лечения, совершают побеги из стационаров и, в конечном счете, избегают лечения. Такие неадекватные и неэффективные способы лечения и последующего наблюдения приводят к ухудшению здоровья людей, потребляющих наркотики, и их дальнейшей маргинализации и криминализации. Несмотря на это, страны проекта все еще сохраняют вышеперечисленные «методы принуждения», хотя практическое применение и строгость их претворения в жизнь различаются в каждой из стран.

Наркологический учет людей, употребляющих наркотики или страдающих наркотической зависимостью

Во всех странах реализации проекта обычной практикой наркологических учреждений является регистрация имени, фамилии и другой информации о людях, которые обращаются за лечением или направленных правоохранительными органами, в тех случаях, когда потребление наркотиков или наличие наркотической зависимости установлено. В большинстве стран действует два вида учета: профилактический наркологический учет людей, употребляющих наркотики, но не имеющих признаков наркотической зависимости, - целью мониторинга и предупреждения продолжения употребления наркотиков (и развития зависимости); и учет людей, страдающих наркотической зависимостью, с целью, так называемого, диспансерного наблюдения.

Что касается вмешательств для людей на профилактическом учете, никаких специальных научно-обоснованных мер не применяется. Профилактика состоит из периодических медосмотров с тестированием на наркотики. Профилактический учет обычно действует в течение одного года. Если после года наблюдения, лицо не дало оснований подозревать факт потребления наркотиков, оно снимается с учета.

Люди, с наркотической зависимостью, прошедшие лечение, или использовавшие услуги государственных наркологических учреждений иным способом, ставятся на учет. Учет проводится как в случае принудительного, так и в случае добровольного лечения наркотической зависимости, на основе наличия диагноза зависимости от наркотиков. Срок наркологического учета - от трех лет (Кыргызстан, Туркменистан и Узбекистан), до пяти лет (Азербайджан, Казахстан и Таджикистан). В течение этого времени, лицо должно предоставить доказательства что оно не употребляет наркотики. После трех-пяти лет полного воздержания от наркотиков (подтвержденного документально) пациент снимается с учета решением медицинской комиссии наркологического учреждения и

209 Информация предоставлена национальными сотрудниками UNODC.

считается излечившимся. До снятия с учета, даже если пациент не употребляет наркотики в течение года или более, он/она считается больным (хотя и в состоянии ремиссии) и его/ее права могут быть ограничены.

В то время как, теоретически, учет необходим для обеспечения непрерывности услуг здравоохранения (преемственности лечения), некоторые правовые положения делают его инструментом ограничения прав и дискриминации лиц, состоящих на учете. Например, во всех странах проекта существуют правила, согласно которым, лица, состоящие на наркологическом учете не могут иметь водительские права. Также, существуют перечни профессий и работ, которые запрещены для лиц, состоящих на учете. Постановление на наркологический учет может повлечь лишение родительских прав судом.²¹⁰ В Туркменистане, учет в наркологическом учреждении может быть основанием для аннулирования вида на жительство иностранного гражданина или лица без гражданства.²¹¹ В Узбекистане человеку, состоящему на учете в качестве страдающего наркотической зависимостью, может быть отказано в доступе к высшему образованию, так как при поступлении в высшее учебное заведение необходимо представить медицинскую справку с отметкой нарколога о том, что данное лицо не состоит на наркологическом учете.²¹² В Таджикистане, по информации национальной экспертной группы, если лицо, состоящее на учете, совершает какое-либо преступление, ему назначается принудительное лечение наркотической зависимости в местах лишения свободы, в то время как если бы это лицо не состояло на учете, оно могло бы избежать приговора, связанного с лишением свободы.²¹³

Наркологический учет также содержит угрозу раскрытия конфиденциальности информации о пациентах и праву пациентов на неприкосновенность частной жизни, если не существует строгого контроля за утечкой информации. Экспертная группа из Казахстана отмечает, что положения о конфиденциальности лечения наркотической зависимости и программ реабилитации практически никогда не соблюдаются. По данным упоминавшегося выше опроса людей, употребляющих опиоиды, в Казахстане, 55.5% из 1200 респондентов хотели бы пройти лечение наркотической зависимости, но боялись это делать из-за боязни быть поставленными на наркологический учет; 75.2% респондентов высказались за отмену наркологического учета, так как он приводит к ограничениям прав (например, проблемы с трудоустройством, предвзятое отношение со стороны правоохранительных органов, привлечение к ответственности по обвинениям в «хранении наркотиков», принуждение к сотрудничеству с правоохранительными органами, включая признание вины за преступления, совершенные другими лицами).²¹⁴ Экспертная группа из Казахстана рекомендует предоставлять медицинскую помощь людям, употребляющим наркотики, на условиях полной анонимности.

Во всех странах, участвовавших в проекте, информация о лице, состоящем на наркологическом учете может быть предоставлена по запросам судебных, следственных и других правоохранительных органов и учреждений здравоохранения. Более того, по информации национальных экспертов, от медицинских работников обычно требуется, чтобы они сообщали правоохранительным органам информацию о лицах, состоящих на учете по поводу наркотической зависимости. Например, как упоминалось выше, в законе Таджикистана содержится положение о том, что наркологические учреждения и медицинские работники обязаны сотрудничать с органами внутренних дел при оказании наркологической помощи лицам, страдающим наркологическими заболеваниями, по предотвращению совершения со стороны их действий, угрожающих жизни и здоровью их и окружающих.²¹⁵ В Туркменистане медицинские работники обязаны информировать правоохранительные органы о людях, обращающихся за помощью в случаях передозировок или с целью лечения наркотической зависимости.²¹⁶

В отличие от этого, в Кыргызстане медицинские работники не обязаны автоматически информи-

210 Например, *Кодекс Туркменистана о браке и семье*, статьи 70 и 115.

211 Закон Туркменистана «О миграции», № 30-III (7 декабря 2005 г.), статья 16.

212 Информация предоставлена национальной экспертной группой из Узбекистана [неопубликованные данные].

213 Информация предоставлена национальной экспертной группой из Таджикистана [неопубликованные данные].

214 Для информации из других стран бывшего Советского союза, с похожими системам, см: *The Effects of Drug User Registration Laws on People's Rights and Health: Key Findings from Russia, Georgia, and Ukraine* (Институт открытое общество, октябрь 2009).

215 Закон Республики Таджикистан «О наркологической помощи» № 67 (8 декабря 2003), статья 22.

216 Приказ Министерства здравоохранения Туркменистана (14 октября 2000 г.).

ровать правоохранительные органы о случаях передозировок или обращения за лечением наркотической зависимости, хотя они все же должны предоставлять такую информацию по запросам суда, следственных органов или прокуратуры. По данным экспертной группы из Узбекистана, в национальном законодательстве нет положений, обязывающего медицинских работников сотрудничать с правоохранительными органами, но такая практика существует – учреждения, проводящие лечение наркотической зависимости, обычно предоставляют правоохранительным органам информацию о людях, проходящих лечение от наркотической зависимости. Некоторые экспертные группы отметили, что в определенных странах проекта коррупция в системе наркологического учета позволяет избежать постановления на учет или купить поддельную справку о том, что человек не состоит на учете, чтобы поступить в высшее учебное заведение или на работу. Помимо своей противозаконности, этот вариант, скорее всего, неприемлем для людей, страдающих наркотической зависимостью и живущих в бедности.

Принудительное лечение наркотической зависимости

В той или иной форме, принудительное лечение наркотической зависимости существует во всех странах реализации проекта, и регулируется законами и подзаконными актами. Некоторые из стран проекта приняли специальные законы о принудительном лечении. Теоретически, в соответствии с законодательством, суд может назначить принудительное лечение наркомании в двух случаях: лицам, которые отказываются проходить «добровольное» лечение, и чье поведение нарушает общественный порядок и благополучие окружающих; и лицам, находящимся в местах лишения свободы.²¹⁷ Как минимум в одной стране (в Таджикистане) принудительное лечение больных хроническим алкоголизмом или наркоманией вне тюрем не применяется, главным образом, из-за отсутствия финансирования и его неэффективности, хотя принудительное лечение наркотической зависимости для заключенных имеет место.²¹⁸

Национальное законодательство стран, участвовавших в проекте, обычно предоставляет властям большую свободу действий и разрешает использовать широкий круг обстоятельств при назначении принудительного лечения наркотической зависимости. Например, законом Узбекистана предусматривается принудительное лечение людей, страдающих хроническим алкоголизмом и наркотической зависимостью, которые (а) нарушают «общественный порядок», (б) нарушают права других лиц или (с) создают угрозу безопасности, здоровью и нравственности населения.²¹⁹ В Таджикистане лица, страдающие наркотической зависимостью, алкоголизмом и токсикоманией по закону обязаны проходить лечение в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения. Лица, уклоняющиеся от лечения, могут быть направлены на лечение принудительно по решению суда. В случае совершения наказуемого деяния лицом, употребляющим наркотики, следственные органы могут направить лицо на тестирование на предмет употребления наркотиков и медицинское освидетельствование. Если при этом устанавливается диагноз наркотическая зависимость и медицинская комиссия рекомендует принудительное лечение, суд назначает лечение наркотической зависимости в учреждении пенитенциарной системы в дополнение к приговору о лишении свободы.²²⁰

Согласно законодательству, жалобы на беспорядочное поведение лица, зависимого от наркотиков, и просьба применить принудительные меры медицинского характера могут быть поданы родственниками или третьими лицами, чьи интересы затронуты, в местное отделение полиции (милиции). Правоохранительные органы расследуют эти заявления, и если они подтверждаются, подают ходатайства в наркологический диспансер по месту жительства лица, для дальнейшего рассмотрения и принятия решения медицинской комиссией о том нуждается ли лицо в принудительном лечении наркотической зависимости. Принудительное лечение может быть назначено

217 Положения о принудительном лечении наркотической зависимости устанавливаются отдельными законами о принудительном лечении (в Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане), отдельными разделами уголовных кодексов, регулирующими лечение наркотической зависимости в системе исполнения наказаний и национальными законами о наркотиках. Более подробная информация дана в Части II.

218 Закон Республики Таджикистан «О принудительном лечении больных хроническим алкоголизмом или наркоманией» (12 апреля 1991 г.).

219 Закон Республики Узбекистан «О принудительном лечении больных хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией» № 175-II (15 декабря 2000 г.).

220 *Уголовный кодекс Республики Таджикистан*, № 684 (13 ноября 1998 г.), последние изменения и дополнения внесены в соответствии с Законом № 97 (25 июля 2005 г.), статья 101; и Закон Республики Таджикистан «О принудительном лечении больных хроническим алкоголизмом или наркоманией» (12 апреля 1991 г.).

судом на период от 3 месяцев до 2 лет, в зависимости от национального законодательства. Туркменистан – единственная страна, которая до сих пор имеет, так называемые, *лечебно-трудовые профилактории*, в системе Министерства внутренних дел. В других странах проекта принудительное лечение наркотической зависимости проводится в учреждениях системы Министерства здравоохранения. В этом случае, лечение организуется в местном наркодиспансере или наркологическом учреждении, специально созданном для принудительного лечения. В большинстве стран проекта, результаты лечения оцениваются, по крайней мере, раз в шесть месяцев, основываясь на выводах медицинской комиссии срок лечения может быть снижен или лечение прекращено, если есть доказательства прогресса.

Во всех странах проекта суды назначают лечение наркотической зависимости во время отбывания наказания, но не в качестве меры, альтернативной лишению свободы. Как отмечалось выше (см. Раздел 3), в международных конвенциях по наркотикам государствам разрешается предусматривать меры, альтернативные лишению свободы за преступления, связанные с наркотиками, в том числе и направление на лечение.²²¹ Направление на лечение наркотической зависимости как часть приговора к лишению свободы, как это происходит в странах проекта, поднимает вопросы о наличии и качестве лечения в тюрьмах, и о возможности продолжения лечения и поддержки после освобождения из мест лишения свободы.

Для того чтобы обеспечить качество лечения, некоторые страны недавно начали разрабатывать стандарты и клинические протоколы принудительного лечения наркотической зависимости (Узбекистан и Казахстан). Хотя, теоретически, при принудительном лечении должны применяться такие же клинические протоколы/методы, как и при добровольном лечении, в действительности, не существует механизмов проверки точно ли они соблюдаются, что приводит к тому, что стандарты (в широком смысле – включая режим и т.п.) принудительного лечения намного ниже, чем для те, которые существуют в системе добровольного лечения.

Согласно информации, собранной национальными экспертными группами, ни одна из стран, участвовавших в проекте, не проводила официальную оценку эффективности и экономической выгоды принудительного лечения наркотической зависимости. Однако согласно общему мнению специалистов и населения в целом, такое «лечение», на деле, является временной изоляцией трудных пациентов и таким образом, единственным положительным моментом его является то, что оно дает возможность «передохнуть» родственникам пациента и сообществу, где он (она) живет.

221 В последние годы во многих странах были учреждены так называемые «суды по делам о наркотиках», предлагающие людям, страдающим наркотической зависимостью, возможность пройти назначенный судом курс лечения вместо лишения свободы. Суды по делам о наркотиках стараются снизить вред для людей, обвиняемых в ненасильственных преступлениях, связанных с наркотиками, выводя их из уголовно-исполнительной системы и помогая в реабилитации. Однако тот факт, что участники начинают лечение под угрозой лишения свободы или воздерживаются от употребления наркотиков, чтобы избежать санкций, влечет за собой серьезные последствия для прав человека и юридических прав этих лиц. К ним относятся возможные нарушения права на надлежащую правовую процедуру и принципа презумпции невиновности. Эти соображения необходимо внимательно изучить и принимать во внимание при разработке любых подобных инициатив. Также высказывается озабоченность относительно эффективности деятельности судов по делам о наркотиках – возникают вопросы, не лучше ли направлять ресурсы на расширение доступа к доказательно обоснованным услугам по добровольному лечению наркотической зависимости. (Некоторые дополнительные определения приводятся в глоссарии, см. Приложение 5 и более подробно эти вопросы обсуждаются в публикации Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, модуль I: Вопросы уголовного права, включая «Приложение: Суды по делам наркотиков» (Торонто, Канадская правовая сеть по вопросам ВИЧ/СПИДа, 2006 г., www.aidslaw.ca/modellaw).

ТАБЛИЦА 2: Принудительное лечение наркотической зависимости вне пенитенциарной системы (UNODC, Региональное представительство в Центральной Азии, данные, предоставленные национальными сотрудниками, 2009 г.)

Страна и орган власти, в ведении которого находится лечение	Вместимость (число койко-мест) и процент от общего числа койко-мест в наркологических учреждениях системы	Продолжительность принудительного лечения	Число людей, проходящих принудительное лечение, и % от общего числа пациентов, прошедших лечение в учреждении	Процедура направления на принудительное лечение. Периодичность проверок прогресса в лечении.
Азербайджан Министерство юстиции	600 койко-мест для лечения наркотической зависимости. Отдельные койко-места для принудительного лечения не предусмотрены.	От 3 месяцев до 1 года. Срок лечения определяется судом.	В 2008 года было 4 человека. За период с января по июнь 2009 года – 1 человек.	На основании решения суда, после медико-наркологической экспертизы. Прогресс в лечении проверяется каждые 6 месяцев.
Казахстан Министерство здравоохранения	Общее число койко-мест: 5028, из них 2740 (54,5%) используются для принудительного лечения.	От 6 месяцев до 2 лет. Срок лечения определяется судом на основании заключения медицинской наркологической экспертизы	В 2007 году 746 человек (10,9%) от общего числа 6816 человек, прошедших лечение. В 2008 году 709 человек (13,1%) от общего числа 5408 человек, прошедших лечение.	Учреждение наркологической службы может направить запрос в правоохранительный орган о направлении лица на медицинское обследование. Если установлен диагноз наркотической зависимости, решение принимает суд. Если человек уклоняется от добровольного лечения, наркологическое учреждение может направить ходатайство в правоохранительный орган о направлении такого лица на принудительное лечение. Прогресс в лечении проверяется каждые 6 месяцев. При успешном лечении срок может быть пересмотрен, но не ранее, чем через 6 месяцев после начала лечения. Длительность лечения – не более 2 лет, или не более 3 лет, при повторном направлении.
Кыргызстан Министерство здравоохранения	Специальные койко-места не предусмотрены	До 12 месяцев – определяется судом на основании заключения медицинской наркологической экспертизы	В 2007 году 3 человека (0,5%) от общего числа 575 человек, прошедших лечение. В 2008 году 5 человек (1,3%) от общего числа 385 человек, прошедших лечение	Направление на принудительное лечение выдает суд по ходатайству родственников (т.е. если считается, что человек представляет опасность для общества). Прогресс в лечении проверяется каждые 6 месяцев.

Таджикистан	По информации, предоставленной национальной экспертной группой, принудительное лечение наркотической зависимости проводится только в рамках уголовно-исполнительной системы.		
Туркменистан Министерство здравоохранения и медицинской промышленности	95 койко-мест для лечения пациентов преклонного возраста, страдающих наркотической зависимостью, что составляет 7,4% от общего числа койко-мест в наркологических учреждениях страны (1290). Кроме того, имеются специализированные лечебные учреждения для людей, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью, относящиеся к ведению Министерства внутренних дел	3-6 месяцев - определяется судом на основании заключения медицинской наркологической экспертизы	В 2007 году 197 человек прошли лечение в государственных наркологических учреждениях (1,7% от общего числа наркологических пациентов (11 160)). В 2008 году 1500 человек прошли принудительное лечение в специализированных учреждениях Министерства внутренних дел.
Узбекистан Министерство здравоохранения	В 2008 году было 704 койко-мест для принудительного лечения, что составляет 41% от общего числа (1718) койко-мест в наркологических учреждениях.	До 18 месяцев - определяется судом на основании заключения медицинской наркологической экспертизы	В 2007 году 12,7% от общего числа прошедших лечение пациентов лечились принудительно. В 2008 году этот показатель составлял 13,3%.
			Принудительное лечение назначается судом в отношении лиц, нарушающих общественный порядок, права других людей или представляющих угрозу для безопасности (включая угрозу насилия), здоровья или нравственности населения на основании ходатайств родственников или соседей и соответствующих юридических процедур, включая наркологическую экспертизу. Принудительное лечение может проводиться в стационарах и, в некоторых случаях, амбулаторно. Прогресс лечения проверяется каждые 6 месяцев.
			Документ о необходимости направления на принудительное лечение составляют правоохранительные органы по собственной инициативе или по ходатайству родственников коллег по работе или наркологических учреждений. Суд назначает лечение тем пациентам, которые нарушают общественный порядок, права других людей или представляют угрозу безопасности (включая угрозу насилия), здоровью и нравственности населения. Правил проверки прогресса лечения нет. Частота проверок зависит от решения комиссии. Срок может быть сокращен при хорошем прогрессе лечения.

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)

Несмотря на появление случаев ВИЧ-инфекции в начале 1990-х годов, и ее быстрого распространения среди потребителей инъекционных наркотиков, нередкими случаями фатальных передозировок наркотиками и многочисленных других медицинских и социальных проблем, связанных с потреблением наркотиков, вопросы низкой эффективности лечения наркомании применяемыми в регионе методами редко обсуждаются даже в профессиональной среде. Более того, рекомендации ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС по применению опиоидной заместительной терапии в качестве эффективного метода лечения опиоидной зависимости, и действенного метода профилактики ВИЧ среди людей, потребляющих инъекционные наркотики²²², игнорируются или прямо отрицаются ведущими специалистами-наркологами в некоторых странах проекта (например, в Узбекистане) и агентствами по контролю наркотиков или правоохранительными органами, в других.

Три агентства ООН (ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС) определяют ОЗТ как назначение врачом людям с зависимостью от психоактивных веществ лекарства (психоактивного вещества) по фармакологическим свойствам близкого к веществу, вызвавшему эту зависимость, «для достижения определенных терапевтических целей».²²³ Учитывая, что опиоидный препарат, обычно такое лекарственное средство как метадон или бупренорфин, применяется внутрь в виде раствора или таблеток, ОЗТ позволяет людям с зависимостью от опиоидов прекратить инъекции и избежать вреда, связанного с использованием нестерильного инъекционного инструментария. Именно по этой причине, агентства ООН подчеркивают, что ОЗТ «следует рассматривать как один из важных методов лечения в местах с высокой распространенностью опиоидной зависимости»; ОЗТ следует как можно более оперативно реализовать для лечения потребителей инъекционных наркотиков с опиоидной зависимостью на территориях, где ВИЧ передается в основном через инъекции наркотиков.²²⁴

ОЗТ в том или ином виде существует в трех странах реализации проекта (в Азербайджане, Кыргызстане и в Казахстане, где недавно были начаты пилотные программы). Кыргызстан стал первой страной в регионе учредившим и расширившим программы заместительной терапии – к концу 2009 года, лечение получали около 1000 пациентов в 18-ти программах заместительной терапии под эгидой Министерства здравоохранения, и в 3-х программах в местах лишения свободы под эгидой Министерства юстиции.²²⁵ До 2009 года пилотный проект ОЗТ существовал в Узбекистане, когда в июне того года руководство страны решило его прекратить. По некоторым сведениям это произошло из-за проблем с качеством предоставления услуг; представляется, что принятие мер по повышению качества предоставления ОЗТ стало бы более правильным решением, чем закрытие проекта. ОЗТ остается недоступной в Таджикистане и Туркменистане, двух странах с тысячами людей, зависимых от героина, правда, правительство Таджикистана приняло решение начать внедрение ОЗТ на пилотной основе в 2010 году.

Анализ показал, что в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Туркменистане, не существует правовых барьеров для внедрения и расширения программ опиоидной заместительной терапии.²²⁶ Как показывает таблица 3, основные препараты, используемые для ОЗТ – бупренорфин и метадон - разрешены для использования в медицинских целях, хотя и подлежат строгому контролю во всех этих странах. В Узбекистане метадон принадлежит к запрещенным наркотическим средствам, но бупренорфин разрешен для медицинского использования.

222 ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС. *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа: Совместная позиция ВОЗ/UNODC| ЮНЭЙДС* (Женева, 2004), п. 20. См. на сайте: http://www.unodc.org/pdf/publications/report_2004-03-15_1_ru.pdf.

223 Там же, параграф 20.

224 Там же, введение и п. 70.

225 Информация представлена доктором Р. Токубаевым, директором Национального центра наркологии на 4 Межпарламентской конференции по ВИЧ/СПИДу в Центральной Азии, 6-7 октября 2009.

226 Например, Закон Республики Таджикистан «О наркологической помощи», статья 9. В этой статье упоминается «альтернативная заместительная терапия для лиц с наркотической зависимостью».

Таблица 3: Правовой статус метадона и бупренорфина²²⁷

Метадон				
Страна	Правовой статус	Входит ли в Национальный перечень жизненно важных лекарственных средств	Законодательные положения по импорту: национальные правила	Комментарии
Азербайджан	Национальный Список наркотических средств II: разрешается для использования в медицинских целях, но ограничен для ввоза, со строгими мерами контроля для оборота (<i>Закон о легальном обороте наркотиков и психотропных веществ, № 959-IIIQ, 28 июня 2005 г.</i>)	Нет	Ежегодно квоты для ввоза метадона определяются Министерством здравоохранения, и подаются в Правительство, согласно Указу которого происходит приобретение препарата.	Закупается на средства государства. Ввоз и использование метадона производится в соответствии с Законом о легальном обороте наркотиков и психотропных веществ, № 959-IIIQ, 28 июня 2005 г.)
Казахстан	Национальный Список II: Перечень наркотических веществ и психотропных веществ, используемых для медицинских целей. Оборот ограничен со строгими мерами контроля. (<i>Закон о наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, и мерах по противодействию незаконному обороту наркотиков и злоупотреблению ими, N 279, 10 июля 1998</i>).	Нет	Такие же правила для импорта метадона, как и для импорта других наркотических веществ, находящихся под строгим контролем: ежегодный Указ о квотах наркотических веществ и психотропных веществ и других контролируемых веществ, оценка производится Министерством здравоохранения, с разрешением от Комитета по наркоконтролю, Министерства внутренних дел.	Первый раз ввезен в 2008. Приобретение было поддержано Глобальным Фондом по борьбе со СПИДом, Малярией и Туберкулезом
Кыргызстан	Национальный список №I: потенциально опасные наркотические средства, которые могут быть использованы в медицинских целях; разрешены к использованию в медицинских целях, но с ограниченным ввозом и строгими мерами контроля к обороту (<i>Указ Правительства Кыргызской Республики № 543 от 9 ноября 2007 «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, находящихся под контролем в Республике Кыргызстан»</i>)	Да	Ежегодные Указы Правительства об одноразовом импорте ограниченного количества метадона.	Ввозится ежегодно, с поддержкой Глобального Фонда.

Таджикистан	Национальный список №2: Особо опасные наркосодержащие растения и вещества, которые могут быть использованы в медицинских целях. Оборот ограничен, применяются строгие меры контроля (<i>Правительство Республики Таджикистан, Постановление о наркотиках психотропных веществах и прекурсорах, № 390, 21 сентября 2000 г.</i>)	Нет	Нет документов, регулирующих ввоз метадона. В принципе, для приобретения метадона могут быть использованы те же правила и инструкции, как и для ввоза других наркотических средств, используемых в медицине (например, для импорта морфина)	Не ввозится.
Туркменистан	Список наркотических веществ и психотропных средств (используемых в медицинских целях) с ограниченным оборотом и мерами контроля, предусмотренными законодательством (<i>Указ Президента Туркменистана «Об утверждении Списка наркотических средств и прекурсоров», № 9192 (13 November 2007) Приложение 2.</i>)	Нет	Нет специальных положений. В принципе, для ввоза метадона могут использоваться те же правила, что и для ввоза других наркотических средств, повсеместно используемых в медицине (например, морфина).	Не ввозится
Узбекистан	Список наркотических средств, оборот которых в Узбекистане запрещен. (<i>Список I контролируемых наркотических средств Указа Государственной комиссии по наркотикам Республики Узбекистан, №3, 22 мая 1998</i>).	Нет	По закону, метадон не может быть ввезен, так как является запрещенным к обороту в соответствии с его нахождением в Списке I.	Согласно специальному Указу № 7/3 Государственной Комиссии по контролю за наркотиками (сентябрь 2003) метадон ввозился дважды для пилотных проектов ОЗТ в 2006 и 2007 годах, с поддержкой Глобального Фонда.

Бупренорфин				
Страна	Правовой статус	Входит ли в перечень жизненно важных лекарственных средств	Законодательные положения по импорту: национальные правила	Комментарии
Азербайджан	Национальный Список II (психотропные вещества): потенциально опасные психотропные вещества, разрешенные к применению в медицинских целях, но со строгими мерами контроля (<i>Закон о легальном обороте наркотиков и психотропных веществ, № 959-IIIQ, 28 июня 2005 г.</i>).	Нет	Нет специальных положений	Бупренорфин не ввозится
Казахстан	Национальный список II: наркотических и психотропных веществ, используемых в медицинских целях со строгими мерами контроля (<i>Закон о наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, и мерах по противодействию незаконному обороту наркотиков и злоупотреблению ими, N 279, 10 июля 1998</i>).	Нет	Те же правила, что для ввоза метадона и других веществ, подлежащих строгому контролю.	Тот же закон, что и для метадона. Бупренорфин не ввозится, но зарегистрирован министерством здравоохранения.

227 Данные на 1 мая 2009 г. предоставлены Национальными сотрудниками программ UNODC.

Кыргызстан	Национальный список III- психотропные вещества: потенциально опасные психотропные вещества, разрешенные к использованию в медицинских целях, со строгими мерами контроля их оборота, кроме случаев, когда они совмещены с неконтролируемыми веществами. Специальное исключение из правил, издаваемое Агентством по наркоконтролю, по просьбе Министерства здравоохранения (<i>Указ Правительства Кыргызской Республики № 543 от 9 ноября 2007 «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, находящихся под контролем в Республике Кыргызстан»</i>)	Нет	Нет специальных правил. Теоретически может быть ввезен тем же способом, как метадон и другие наркотические вещества подлежащие контролю.	Бупренорфин не ввозится.
Таджикистан	Национальный список № 3: вещества, представляющие определенную опасность причинения вреда, но которые могут быть использованы в медицинских целях (<i>Правительство Республики Таджикистан, Постановление о наркотиках психотропных веществах и прекурсорах, № 390, 21 сентября 2000 г.</i>).	Нет	Нет специальных правил. Теоретически может быть ввезен тем же способом, как метадон.	Бупренорфин не ввозится.
Туркменистан	Национальный список наркотических веществ, психотропных средств и прекурсоров (используемых в медицине) с ограниченным оборотом, подлежащих контролю. (<i>Указ Президента Туркменистана «Об утверждении Списка наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров» № 9192, 13 ноября 2007</i>), <i>Приложения 2 и 3.</i>	Нет	Нет специальных правил	Бупренорфин не ввозится.
Узбекистан	Национальный список наркотических средств с ограниченным в Республике Узбекистан оборотом (<i>Перечень II Указа Государственной комиссии по наркотикам №3, 22 мая 1998</i>).	Нет	Ввозился на основе ежегодных запросов Министерства здравоохранения, с разрешения Агентства по контролю за наркотиками, и на основе Указа правительства о закупке по годовой квоте.	Был завезен дважды (2006 и 2007 годы) с финансовой поддержкой Глобального фонда, раунд-3.

Экспертные группы подчеркнули, что программы ОЗТ непосредственно не урегулированы законодательством ни одной из стран, где они существуют - такие программы, чаще всего, учреждены на основании приказов и инструкций министерств, что делает их более уязвимыми к переменам политической обстановки. Более того, доступ к услугам таких программ чаще всего крайне ограничен и недостаточен для удовлетворения спроса. Этот метод лечения наркотической зависимости не институционализирован, и все еще функционирует на пилотной основе, с финансированием, в основном, предоставляемым Глобальным Фондом (за исключением Азербайджана, где две программы ОЗТ финансируются Министерством здравоохранения, но с малым количеством пациентов).

Тем временем ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС выпустили руководство, которое должно помочь странам в установлении национальных целей для достижения доступности ОЗТ, достижение которых может привести к улучшению здоровья пациентов и сдержать распространение ВИЧ среди общего населения.²²⁸

228 WHO/UNODC/UNAIDS, *Technical Guide for countries to Set Targets for Universal Access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users (2009)*.

Кроме того, из отчетов стран следует, что протоколы лечения, применяемые в этих (чаще всего пилотных) программах, нужно усовершенствовать, чтобы они соответствовали лучшим практикам.²²⁹ Например, снижение дозировки поддерживающего препарата никогда не следует применять для наказания пациента, как это происходит, по некоторым данным, в Азербайджане. Люди со стабильными результатами лечения должны иметь возможность принимать препарат на дому и не должны ежедневно отчитываться в наркологическом учреждении. В качестве положительного явления следует отметить, что страны, которые начали обеспечивать доступ к ОЗТ, не ограничивают, по крайней мере, на бумаге, срок, в течение которого пациенты могут получать лечение. Но общая ограниченность доступности этих программ вызывает серьезную озабоченность с точки зрения прав человека и общественного здравоохранения.

Таблица 4: Статус предоставления опиоидной заместительной терапии в странах проекта (2009 г.)²³⁰

Страна	Дата открытия и место расположения первых проектов ОЗТ.	Кол-во пациентов первый год	Кол-во проектов на 1.12. 2008	Кол-во пациентов на 1.12. 2008	Кол-во проектов на 1 октября 2009		Комментарии
					Расположение, кол-во пациентов и используемый препарат	Всего пациентов	
Азербайджан	Январь 2004. Республиканский центр наркологии, Баку.	60 пациентов	Один	100	2 проекта: республиканский Рациональный центр наркологии: 101 пациент. Национальный центр СПИД: 15 пациентов. Метадон. Оба проекта находятся в Баку.	116	В настоящее время расширение программ обсуждается в Министерстве здравоохранения
Казахстан	Ноябрь 2008. Наркологические клиники в Темиртау и Павлодаре.	50 пациентов	Два	50 (по 25 пациентов каждом проекте)	2 проекта: наркологические клиники в Темиртау (25) и Павлодаре (25). Только метадон.	50	Обсуждаются планы в 2010 увеличить число пациентов в каждом проекте до 100.
Кыргызстан	2002. Два пилотных проекта: в городах Бишкеке и Ош.	56 пациентов в Бишкеке и 52 в Ош.	16 проектов (1 - в колонии #47)	Общее число с 2002 г.: 1569 пациентов. 829 вне тюрем и 97 - пациентов колонии #47.	18 проектов – в наркологических клиниках в Бишкеке и Ош, в региональном центре СПИД в Ош. Остальные в центрах семейной медицины (поликлиники). 4 проекта в Бишкеке (260 пациентов); 7 проект в Чуйской области (335); 5 в Ош и Ошской области (204). Два дополнительных проекта открыты в СИЗО #21 и в Бишкеке (55). Только метадон.	926 пациентов, включая 100 человек в пени-тенциарной системе	Новые проекты будут открыты в СИЗО #25 в Ош, и три в Джала-лабаде, Узгене и Кызыл-Кийе.

229 См. ВОЗ, ЮНЭЙДС и УНП ООН, *Совместная позиция*.

230 Информация по состоянию на май 2009 года. Данные предоставлены Национальными координаторами проекта UNODC.

Таджикистан	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Обсуждаются планы начать два пилотных проекта (метадон) в Душанбе (120 пациентов) и Худджанте (80 человек) в начале 2010 г.
Туркменистан	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Определенных планов внедрения ОЗТ нет.-
Узбекистан	Февраль 2006. Ташкентская наркологическая клиника	125: (100 – бупренорфин), 25 (метадон)	1	142 пациента	Одна программа в Ташкенте. 142 пациента: 57 на метадоне; 85 на бупренорфине	0	Проект закрыт в июне 2009 года
Всего в 6 странах	-	-	20 проектов	1060 пациентов	23 проекта	1092 пациента	

Помощь при передозировках наркотиками

Люди с опиоидной зависимостью подвергаются высокой опасности передозировок, особенно если они употребляют инъекционные наркотики неизвестной силы и непроверенного качества, или в сочетании с другими психоактивными веществами. Передозировки связаны с высоким риском смертельного исхода. По оценкам ВОЗ, ЮНЭЙДС и UNODC, передозировки влияют на уровень смертности среди людей с героиновой зависимостью: смертность среди них до 20 раз превышает смертность лиц того же возраста и пола без героиновой зависимости.²³¹ Смерть от передозировки обычно происходит в течение нескольких часов после приема наркотического вещества.

Необходимо заметить, что обеспечение доступности программ опиоидной заместительной терапии является одним из самых действенных и эффективных путей уменьшения смертности от передозировок среди людей с опиоидной зависимостью – что является еще одной причиной для введения и расширения программ ОЗТ во всех странах проекта.

Во многих странах установилась практика, в которой бригадам скорой помощи, пунктам скорой помощи в больницах и наркологическим учреждениям разрешено использовать препарат налоксон для лечения передозировок героином.²³² Налоксон является опиоидным антагонистом (т.е. он блокирует функционирование опиоидных рецепторов в нервной системе), снижающим действие героина; налоксон является быстродействующим препаратом, если он вводится путем инъекции.²³³ Он включен в Примерный перечень основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения.²³⁴ Во многих странах налоксон применяется в течение многих лет для профи-

231 ВОЗ, ЮНЭЙДС и УНП ООН, Совместная позиция, п. 4.

232 Дж. Стренг и другие, «Неотложная терапия налоксоном при передозировке героина: Следует ли его продавать без рецепта?» [J. Strang et al., "Emergency naloxone for heroin overdose: Should it be available over the counter?"], *British Medical Journal* 2006; 333:614-615.

233 UNODC, «Снижение вреда от употребления наркотиков и наркозависимости» ["Reducing the harm of drug use and dependence (Treatment paper)"] (Вена: UNODC, 2007).

234 ВОЗ, *Примерный перечень основных лекарственных средств*, 15-е изд. (Женева: ВОЗ, 2007), см. на сайте: www.who.int.

лактики смертности от передозировки без отрицательных побочных эффектов или последствий.²³⁵ Некоторые эксперты высказывают мнение, что друзьям и членам семьи людей, употребляющих героин, или самим потребителям героина следует разрешить иметь при себе налоксон для его использования в случаях передозировок, свидетелями которых они могут стать (так как часто смерть от передозировки происходит в присутствии друзей или семьи до приезда скорой помощи).²³⁶

В некоторых странах реализации проекта налоксон может применяться для лечения передозировок. В тех странах, где налоксон зарегистрирован как лекарственное средство, он применяется для оказания срочной медицинской помощи и продается в аптеках только по рецепту врача. В Казахстане²³⁷ и Кыргызстане²³⁸ налоксон включен в национальные перечни основных лекарственных средств и применяется как антидот при отравлениях и для оказания неотложной помощи. В Таджикистане²³⁹ налоксон зарегистрирован как лекарственное средство, но он также является контролируемым веществом; это означает, что его разрешено применять в медицинских учреждениях, но он не может выдаваться людям, употребляющим наркотики, и аутрич работникам для профилактики передозировок. В Туркменистане налоксон не зарегистрирован, и не применяется в медицинских целях. В Узбекистане до 2009 года налоксон не был включен в перечень основных лекарственных средств, и государственные закупки этого препарата не осуществлялись (хотя, по информации национальных экспертов, ограничений на его использование не было). В 2009 году правительство Узбекистана стало закупать налоксон (он был внесен в Перечень жизненно необходимых лекарственных средств), что сделало его доступным для помощи при передозировках, правда только в медицинских учреждениях.²⁴⁰ В Азербайджане, согласно отчету экспертной группы, налоксон официально не импортируется в страну, и правительство не осуществляет его закупки.²⁴¹ Ни в одной из стран реализации проекта, где налоксон зарегистрирован, он не доступен для аутрич работников или людей, употребляющих наркотики, которые могли бы его использовать в случаях передозировок, когда нужна скорая медицинская помощь. Предоставление широкого доступа к этому лекарству, позволяющему сохранять жизнь, является важным и неотложным вопросом для системы здравоохранения.

4.1.3 ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Национальные программы по ВИЧ и СПИДу

Национальные программы по ВИЧ/СПИДу существуют в странах проекта уже давно.. Первые планы и стратегии редко содержали адекватные и всеобъемлющие положения о профилактике ВИЧ инфекции, и до последнего времени в них не затрагивались проблемы, связанные с группами населения, которым грозит повышенный риск инфицирования. Чаще всего в национальных программах основное внимание уделялось таким вопросам как соблюдение учреждениями здравоохранения надлежащих процедур для предупреждения заражения ВИЧ медицинских работников, в связи с исполнением профессиональных обязанностей, стерилизация медицинского инструментария, а также дополнительные льготы для медицинских работников, осуществляющих уход за людьми, живущими с ВИЧ.. Обзор действующих национальных программ показал, что в последнее время в большинстве стран проекта стали внедряться вмешательства с доказанной эффективностью, и эти страны преодолевают наблюдавшееся на первоначальной стадии нежелание открыто рассматривать проблемы передачи ВИЧ вследствие сексуальных контактов и употребления наркотиков. (Более подробно эти вопросы изложены в отчетах отдельных стран, см. Часть II). В национальных программах пяти из всех шести стран проекта, упоминается, что профилактика ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, является вопросом, требующим внимания, а в планах некоторых из них имеются прямые ссылки на конкретные программы снижения вреда, как части

235 Там же.

236 Там же.

237 Перечень принят Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 883 (22 декабря 2004 г.).

238 Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств Кыргызской Республики», №759 (31 октября 2006 г.).

239 Приказ Министерства здравоохранения № 485 «Об усовершенствовании наркологической службы в Республике Таджикистан» (7 августа 2006 г.).

240 См. Часть II, Отчет Узбекистана.

241 См. Часть II, Отчет Азербайджана.

стратегий по профилактике распространения ВИЧ (например, в программах Азербайджана, Казахстана, Кыргызстана, Таджикистана и Узбекистана). Однако, нередко мало внимания уделяется профилактике и лечению ВИЧ инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы, хотя в этих местах люди сталкиваются с дополнительными рисками ВИЧ-инфицирования, и где поэтому требуются дополнительные усилия по предотвращению распространения ВИЧ.

Чаще всего, в странах, участвовавших в проекте, национальные программы по ВИЧ разрабатываются министерствами здравоохранения. В некоторых странах предпринимаются более согласованные усилия, чем в соседних государствах, по привлечению к этому процессу людей, живущих с ВИЧ и групп населения, особенно затронутых ВИЧ. Национальные эксперты отметили ряд проблем, характерных для действующих национальных программ, в том числе следующее:

- Национальные программы по ВИЧ часто носят декларативный характер и сводятся только к заявлениям о политических намерениях руководства страны или о желаемых результатах, но при этом не имеют реальной силы. В частности, в национальных программах или стратегиях часто отсутствует четко определенный бюджет, и нет ясного положения о выделении финансовых средств, необходимых для осуществления мер, предусмотренных программами.
- Замечание, которое непосредственно имеет отношение к цели данного анализа, состоит в том, что даже в тех программах, которые упоминают потребителей инъекционных наркотиков, как уязвимую группу, нуждающуюся в особом внимании, или включают в перечень вмешательств «снижение вреда», очень редко сформулированы конкретные вмешательства, необходимые для защиты здоровья потребителей наркотиков и людей, находящихся в местах лишения свободы; очень редко представлены и целевые индикаторы охвата научно-обоснованными вмешательствами этих групп населения.
- Обычно гражданское общество и группы, которым грозит повышенный риск ВИЧ-инфицирования, недостаточно представлены в процессе разработки национальных программ по ВИЧ и при их реализации.
- В национальных программах по ВИЧ редко рассматриваются вопросы уважения, защиты и осуществления прав человека в отношении уязвимых групп; часто национальные программы «хромают» в том, что касается четкого определения действий, необходимых для защиты и поддержки здоровья уязвимых групп.

Ниже представлена информация о законодательном регулировании некоторых важных элементов профилактики и лечения ВИЧ инфекции, в частности, среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. (Ситуация, связанная с законодательным регулированием профилактики и лечения ВИЧ инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы, в том числе среди людей, употребляющих наркотики в местах лишения свободы или заключенных с наркотической зависимостью, более подробно обсуждается в разделе о тюрьмах).

Тестирование и консультирование в связи с ВИЧ

Информированное (осознанное) согласие

Во всех странах реализация проекта законодательство, как правило, требует получения согласия для тестирования на ВИЧ, но практика получения информированного (осознанного) согласия имеет большие различия. Также имеется большое число предусмотренных законом исключений из принципа добровольного тестирования на ВИЧ, когда в постановлениях государственных органов перечисляются категории лиц, подлежащих недобровольному тестированию (последнее более подробно описано ниже).

Кыргызстан является единственной страной реализации проекта, где в законе четко определено требование о получении «информированного, осознанного, письменного согласия».²⁴² В других

242 В соответствии со статьей 7 Закона Кыргызской Республики «О ВИЧ», добровольное медицинское освидетельствование на ВИЧ проводится анонимно и конфиденциально на основе информированного, осознанного, письменного согласия обследуемого лица или его/ее законного представителя. Принудительное освидетельствование на ВИЧ проводится только по решению суда на основании постановления следователя, прокурора о его назначении.

странах закон требует получения согласия, но не определяет, как такое согласие следует получать. Например, приказ Министерства здравоохранения Казахстана гласит, что тестирование и сопутствующее консультирование должно проводиться только на основе информированного согласия лица.²⁴³ В Туркменистане закон гарантирует каждому доступ к «добровольному, конфиденциальному, анонимному тестированию на ВИЧ»²⁴⁴, но не содержит явного требования о получении информированного согласия на тестирование на ВИЧ. В Узбекистане люди имеют право на добровольное анонимное тестирование на ВИЧ с гарантированным соблюдением конфиденциальности.²⁴⁵ В Постановлении, утвержденном Главным санитарным врачом Узбекистана, гарантируются права пациентов на анонимность и конфиденциальность тестирования и на врачебную тайну, а также на доступность тестирования и гарантию до- и после-тестового консультирования.²⁴⁶ В 2008 году Министерство здравоохранения Таджикистана приняло подробные инструкции о тестировании на ВИЧ, в которых, помимо прочего, предусматривается бесплатное анонимное или конфиденциальное тестирование на ВИЧ с информированного письменного или устного согласия обследуемого лица. В этих инструкциях говорится о том, что до- и после-тестовое консультирование должно проводиться в каждом случае тестирования на ВИЧ. В инструкции также предусмотрены широкие исключения из принципа добровольного тестирования и перечисляются группы лиц, для которых тестирование на ВИЧ является обязательным.²⁴⁷

Консультирование

Консультирование, сопровождающее тестирование на ВИЧ, предусмотрено в законах или правоприменительных документах большинства из стран, участвовавших в проекте²⁴⁸, но на практике не всегда предоставляется в связи с недостатком обученных специалистов. В некоторых странах конфиденциальность обеспечивается правовыми гарантиями, но в отчетах практически всех стран реализации проекта отмечается, что информация о ВИЧ-статусе может предоставляться СПИД-центрами (и нередко предоставляется) и без согласия пациента, и не всегда оправданно (то есть, не в интересах пациента) сотрудникам правоохранительных органов и медицинских учреждений.

Конфиденциальность и доступ к анонимному тестированию

Анонимное тестирование на ВИЧ существует, как минимум, в некоторых странах реализации проекта, но чаще всего оно проводится на платной основе. Согласно отчетам национальных экспертных групп, только в Кыргызстане и Казахстане анонимное тестирование на ВИЧ является широко доступным.²⁴⁹ В этих странах при проведении анонимного тестирования обследуемое лицо не обязано предъявлять идентификационные документы или сообщать свои имя и адрес; тестирование проводится с использованием кода, согласно которому результат выдается пациенту. Закодированные результаты о каждом новом случае ВИЧ-инфекции немедленно направляются в местные учреждения эпиднадзора. В Азербайджане в случае анонимного тестирования на ВИЧ (которое проводится на платной основе) консультирование не проводится. В Таджикистане в постановлении, принятом в 2008 году (см. выше), определен порядок бесплатного анонимного тестирования на ВИЧ.²⁵⁰

243 Приказ Министерства здравоохранения Казахстана № 227 (9 марта 2004 г.).

244 Закон Туркменистана «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», статья 5. В тексте этой статьи и в подобных положениях законов некоторых других стран реализации проекта одновременно утверждается, что тестирование является «анонимным» и «конфиденциальным»; остается неясным вопрос о том, обеспечивается ли доступ к полностью анонимному тестированию.

245 Закон «О ВИЧ», статья 3.

246 Постановление Главного государственного санитарного врача Узбекистана «Санитарные правила и нормы по медицинскому освидетельствованию на ВИЧ/СПИД и организации медицинской помощи больным ВИЧ/СПИД» № 0187 (6 октября 2005 г.) [далее: «Санитарные правила»].

247 Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования с целью выявления заражения вирусом иммунодефицита человека, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними и Списка лиц, подлежащих обязательному конфиденциальному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию по эпидемиологическим показаниям» № 171 (1 апреля 2008 г.).

248 Относительно Туркменистана информация о предоставлении до- и после-тестового консультирования отсутствует.

249 Приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 575 (11 июня 2002 г.) и № 227 (9 марта 2004 г.) «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека». На момент составления отчета национальной экспертной группой в 2008 году в стране было 326 пунктов анонимного тестирования на ВИЧ; в первой половине 2007 года 3,4 % людей, прошедших тестирование на ВИЧ в Казахстане, сделали это анонимно: информация предоставлена национальной экспертной группой из Казахстана [неопубликованные данные].

250 Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования с целью выявления заражения вирусом иммунодефицита человека, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними и Списка лиц, подлежащих обязательному конфиденциальному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию».

Обычно в ситуации, когда тестирование на ВИЧ проводится не анонимно (т.е. делается запись об имени и идентифицирующей лицо информации), такая информация может предоставляться правоохранительным органам только по официальному запросу следователя/прокурора или по постановлению суда. В других случаях персональная идентифицирующая информация является конфиденциальной.

Недобровольное тестирование на ВИЧ

Как отмечалось выше, согласно широко принятым в мире стандартам, тестирование на ВИЧ должно проводиться только с согласия обследуемого лица. Однако в странах реализации проекта существует многочисленные обстоятельства, при которых, либо по нормативно-правовому акту, либо по установившейся практике, тестирование проводится *обязательно* или *принудительно*, а в некоторых случаях регуляции сформулированы настолько нечетко, что их применение на практике становится принудительным или полупринудительным.²⁵¹ Ниже рассматриваются эти три категории.

Очень часто понятия *обязательного* и *принудительного* тестирования смешиваются и эти термины употребляются неправильно, так как будто это одно и то же; если законы сформулированы нечетко [в отношении использования этих терминов], возникают трудности как их интерпретировать. Различие состоит в следующем.

Определенные законы и указы/постановления/приказы могут требовать, чтобы определенные категории людей проходили тестирование на ВИЧ, если они хотят получить от государства какие-то блага (например, получение въездной визы, вида на жительство или разрешения на работу - для иностранцев) или разрешения на занятие какой-то деятельностью (например, при найме на определенную работу). В этих случаях тестирование на ВИЧ является *обязательным* для получения данного блага или разрешения. Человек может отказаться от тестирования, и, таким образом, потерять возможность получения данного блага или разрешения, но никакого наказания за этим не последует; т.е. человек имеет возможность выбора (тестироваться или нет).

Другая категория – *принудительное* тестирование на ВИЧ - определяется законами или указами/постановлениями/приказами, предписывающими проведение тестирования вне зависимости от согласия на это человека, т.е. у человека нет другого выбора; он обязан пройти тестирование (например, на основании постановления суда или правоохранительных/следственных органов во время проведения уголовного расследования) и, если он/она отказывается от тестирования, то могут быть применены меры физического принуждения или какие-то наказания (например, штраф или тюремное заключение)

Существует еще и третья категория ситуаций, которая наблюдается в странах проекта, а именно, *недобровольное* или *полупринудительное* тестирование на ВИЧ. Это такие случаи, когда тестирование не является *обязательным* по закону, т.е. оно не является условием получения каких-то благ или определенного статуса (разрешения), и оно не является *принудительным* в том смысле, что юридически не предусматривается никакого наказания за отказ от тестирования, и, тем не менее, прохождение тестирования не может квалифицироваться как полностью добровольное.

В законах о ВИЧ стран, принимавших участие в проекте, *обязательное* или *принудительное* тестирование на ВИЧ предусматривается только в некоторых ограниченных обстоятельствах (например, *обязательное* тестирование для доноров крови, иностранных граждан, желающих приехать в страну, или *принудительное* тестирование обвиняемого при проведении уголовного расследования), но в этих же законах обычно нет явного запрета на более широкое применение недобровольного тестирования. Даже там, где закон или правоприменительный документ предписывают, что тестирование на ВИЧ должно быть добровольным и при информированном согласии человека, реальность может быть другой - выполнение каких-то законов или регуляций может привести к тому, что тестирование будет проводиться без полного информированного согласия. Таким образом, часто министерские приказы, указания или инструкции, оказываются регуляторными документами, рас-

по эпидемиологическим показателям» № 171 (1 апреля 2008 г.).

251 См. определения *обязательного* и *принудительного* тестирования и различия между ними в Глоссарии, Приложение 5.

ширяющими категории людей, которые могут подвергаться риску прохождения недобровольного тестирования на ВИЧ. Это происходит в тех случаях, когда такие директивы предписывают медицинским работникам проводить тестирование этих категорий людей. Так существуют регуляции (например, постановления правительства или министерские приказы), обязывающие медицинских работников проводить тестирование определенных категорий пациентов (например, беременных женщин, потребителей наркотиков/людей, зависимых от наркотиков, людей с ИППП и т.д.). Они имеют похвальную цель - увеличение доступности тестирования на ВИЧ и соответственно профилактических и лечебных вмешательств, особенно для людей с повышенным риском заражения ВИЧ (так называемое тестирование по инициативе медицинских работников). Однако, формулировки таких регуляций и то, как они понимаются и применяются медицинскими работниками, могут сильно варьировать. Хотя эти регуляции не накладывают никаких юридических обязательств по прохождению тестирования на пациента, они не детализируют обязанности медицинских работников (предоставляющих эту услугу) и того, что пациент имеет право отказаться от тестирования. Это может приводить к тому, что тестирование проводится без получения согласия пациента или того, что это тестирование планируется провести или оно уже было проведено без информирования об этом пациента, т.е. в отсутствие активного возражения согласие просто предполагается. Такое под-ход вызывает озабоченность с точки зрения его этичности и соблюдения прав человека.

Нижеследующие примеры из законодательств стран, участвовавших в проекте, отражают смесь разных типов регуляций. Некоторые из них прямо предписывают (другие потенциально могут интерпретироваться подобным образом) наказание за отказ от тестирования на ВИЧ (*принудительное* тестирование), или обязывают предоставление результатов тестирования (подтверждение отсутствия ВИЧ инфекции) для получения благ или какого-то статуса (*обязательное* тестирование), или предписывают медицинским работникам (или другому персоналу) назначать тестирование на ВИЧ людям из определенных групп населения без указаний на то, что обязательно требуется информированное согласие пациентов (и таким образом, фактически предписывают недобровольное тестирование).

Обязательное тестирование на ВИЧ

Во всех странах реализации проекта обязательное тестирование на ВИЧ должны проходить доноры крови, органов и тканей - это соответствует принятым в мире лучшим практикам и не вызывает возражений.

- Во всех странах реализации проекта, за исключением Азербайджана, *обязательное* тестирование на ВИЧ предусмотрено для иностранных граждан и для людей, работающих на определенных работах (и это типичная практика), а также в ряде других случаев, которые нельзя рассматривать как лучшие практики, соответствующие международным нормам по правам человека. В Азербайджане в законе о ВИЧ предусматривается обязательное тестирование на ВИЧ только для доноров крови и тканей. Однако согласно последующим приказам Министерства здравоохранения, тестирование на ВИЧ стало обязательным как минимум для лиц, работающих в пищевой промышленности.²⁵²
- В Кыргызстане иностранные граждане и лица без гражданства обязаны пройти тестирование на ВИЧ после прибытия в страну и в ходе ежегодных профилактических медицинских осмотров, если со страной, гражданином которой является обследуемое лицо, имеется соглашение о предъявлении сертификата о ВИЧ-статусе. В случае преднамеренного уклонения от обязательного тестирования на ВИЧ, иностранцы подлежат административному выдворению из Кыргызстана. Тестирование на ВИЧ проводится при трудоустройстве работников определенных производств, профессий и должностей, предусмотренных в утвержденном правительством перечне; работники, перечисленные в этом перечне, должны периодически проходить медицинские осмотры (например, медицинские работники).²⁵³

252 Закон Республики Азербайджан «О ВИЧ», статья 7; Приказ Министерства здравоохранения № 157 (23 октября 1997 г.).

253 Закон «О ВИЧ/СПИДе», статья 8; Постановление Правительства Кыргызской Республики «Правила медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека, медицинского учета и наблюдения за лицами с положительными и сомнительными результатами анализа на ВИЧ в Кыргызской Республике» № 296 (25 апреля 2006 г.).

- В Казахстане иностранцы и военнослужащие должны проходить тестирование на ВИЧ. Военнослужащие обязаны пройти тестирование при поступлении на военную службу и через 6 месяцев после поступления.²⁵⁴ Законодательство Казахстана не запрещает работодателям требовать справки о ВИЧ-статусе от своих работников.
- В Узбекистане предусмотрено обязательное тестирование на ВИЧ перед вступлением в брак (а также обследование на предмет других ИППП, туберкулеза и наркотической зависимости).²⁵⁵ Если в ходе обследования выясняется, что одна или обе стороны, планирующие вступление в брак, страдают одним из указанных выше заболеваний, регистрация брака происходит после того, как обе стороны подтвердят, что ознакомлены с результатами обследования. Призывники, военнослужащие и кадеты военных училищ, подлежат обязательному тестированию на ВИЧ. При положительном результате тестирования их отчисляют из учебных заведений или увольняют из вооруженных сил.
- В Таджикистане обязательное тестирование на ВИЧ проводится для определенных категорий лиц на основании «эпидемиологических показаний», в качестве предварительного условия для приема на работу, и при регулярных медосмотрах: для врачей и медсестер, работающих в СПИД-центрах, других медицинских учреждениях, где лечатся люди, живущие с ВИЧ; медицинских работников лабораторий, где проводится тестирование на ВИЧ; медицинских работников, контактирующих с кровью; а также для специалистов по нанесению татуировок.²⁵⁶ Военнослужащие и кадеты военных училищ также подлежат обязательному тестированию.²⁵⁷ Если по результатам тестирования устанавливается ВИЧ-положительный статус, работники определенных профессий должны быть переведены на другие должности. Если такие работники отказываются проходить тестирование на ВИЧ, они могут быть уволены с работы.
- В Туркменистане некоторые работники органов здравоохранения (работающие с кровью) подлежат обязательному тестированию на ВИЧ, что является условием для их приема на работу. Регулярные медицинские обследования, включающие тестирование на ВИЧ, обязаны проходить медицинские работники, которые проводят диагностические тесты на ВИЧ, оказывают медицинскую помощь людям с ВИЧ инфекцией или контактируют с кровью и другими биологическими материалами инфицированных лиц.²⁵⁸

Как видно из приведенного выше описания, во многих странах тестирование на ВИЧ является обязательным требованием при приеме на определенные виды работ. Тестирование на ВИЧ до приема на работу и тестирование работников как условие продолжения работы существует во всех странах реализации проекта в той или иной форме. Обычно тестирование до приема на работу является обязательным требованием для определенных профессий, например, для медицинских работников, людей, занятых в пищевой промышленности и/или военнослужащих. В дополнение к этому государственные учреждения и частные предприятия могут требовать от своих сотрудников прохождения регулярных медицинских обследований, включая тестирование на ВИЧ. Ни в одной из стран реализации проекта не запрещено требовать прохождения тестирования на ВИЧ для уже работающих.

Принудительное тестирование на ВИЧ

Граждане Республики Казахстан, иностранцы и лица без гражданства обязаны проходить «обязательное» конфиденциальное медицинское освидетельствование при наличии «достаточных оснований» полагать, что эти лица могут быть инфицированы ВИЧ, по запро-

254 Совместный приказ Министерства здравоохранения № 562 (4 ноября 2005 г.) и Министерства обороны № 342 (от 19 сентября 2005 г.).

255 «О медицинском обследовании лиц, вступающих в брак», Приложение 1 к Постановлению Кабинета Министров «Об утверждении Положения о медицинском обследовании лиц, вступающих в брак» № 365 (25 августа 2003).

256 Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования с целью выявления заражения вирусом иммунодефицита человека, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними и Списка лиц, подлежащих обязательному конфиденциальному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию по эпидемиологическим показаниям» № 171 (1 апреля 2008 г.). Приложение 3, Перечень профессий и должностей, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию.

257 Закон Республики Таджикистан «О противодействии ВИЧ/СПИДу», статья 9.

258 Закон Туркменистана «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», статья 11.

сам органов здравоохранения, прокуратуры, следствия и суда (несмотря на термин «обязательное», на самом деле, такое тестирование с юридической точки зрения является принудительным).²⁵⁹ Лица, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (к которым относятся ВИЧ, вирусный гепатит и туберкулез)²⁶⁰; а также лица, страдающие психическими расстройствами и совершившие общественно опасное деяние (т.е. административные или уголовные преступления), также подлежат принудительному тестированию.²⁶¹ Более того, в *Кодексе об административных правонарушениях* предусмотрена административная ответственность, которая влечет наказание в виде штрафа, за уклонение от медицинского обследования и лечения лиц с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.²⁶² Необходимо отметить, что в Казахстане все законодательство, касающееся здравоохранения, пересматривается, поскольку в сентябре 2009 года был принят новый кодекс о здоровье.²⁶³

- В Кыргызстане принудительное тестирование на ВИЧ проводится по решению суда на основании постановления следователя или прокурора; результаты тестирования могут быть переданы только запросившим его лицам (следователю или прокурору).²⁶⁴ Даже при проведении тестирования на ВИЧ без согласия пациента медицинские работники обязаны провести до- и после- тестовое консультирование, хотя понятно, что в таких обстоятельствах требование получить информированное *согласие* неуместно.
- В Узбекистане уклонение от обследования лиц, в отношении которых имеются «достаточные данные» о том, что они больны ИППП или СПИДом, а также сокрытие источника заражения ВИЧ или ИППП являются административными правонарушениями.²⁶⁵ Кроме того, принудительное тестирование на ВИЧ может проводиться по запросу правоохранительных органов. Тестированию часто подвергаются секс-работники и люди, употребляющие наркотики.²⁶⁶

Недобровольное или полупринудительное тестирование на ВИЧ

- В большинстве стран проекта регуляции или министерские инструкции требуют от медицинских работников проведения тестирования на ВИЧ определенных групп населения, когда последние контактируют учреждения здравоохранения. Вследствие того, что такие регуляторные документы сформулированы нечетко в отношении прав пациента, их выполнение часто приводит к нарушению прав человека, а именно, поведение тестирования без информированного согласия. В некоторых случаях, люди с ИППП и бездомные также входят в контингенты для таких видов тестирования.
- В Таджикистане медицинские работники обязаны проводить консультирование и тестирование на ВИЧ людям с симптомами ВИЧ-инфекции или СПИДа либо с симптомами заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией.²⁶⁷ Определены следующие группы пациентов:

259 Закон Республики Казахстан «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД» (5 октября 1994 г., последние изменения и дополнения от 7 июля 2006 г.), статья 6.

260 Постановление Правительства Республики Казахстан № 468 (30 марта 2000 г.), п. 14 (Перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих). Также существует общая юридическая обязанность граждан сохранять и укреплять свое здоровье; в законе также содержится обязанность граждан с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, по требованию медицинских работников проходить обследование и лечение, информировать медицинский персонал о своем заболевании при обращении за помощью: Закон «Об охране здоровья граждан», статьи 18-19.

261 Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан», статья 17.

262 *Кодекс об административных правонарушениях*, статьи 326-327. Кроме того, в Кодексе административным правонарушением признается также сокрытие лицами с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, источника заражения (если он известен) и лиц, находившихся с ними в контакте (например, бывших сексуальных партнеров), создающее опасность заражения этими болезнями других лиц: статья 328.

263 Кодекс о здоровье населения и здравоохранении, Казахстан, 18.09.2009 г.

264 Закон Кыргызской Республики «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике», статья 7.

265 *Кодекс Республики Узбекистан об административной ответственности*, № 2015-ХII (22 сентября 1994 г.), статьи 57 и 58.

266 См. Отчет Республики Узбекистан.

267 Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования с целью выявления заражения вирусом иммунодефицита человека, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними и Списка лиц, подлежащих обязательному конфиденциальному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию по эпидемиологическим показаниям» № 171 (1 апреля 2008 г.), Приложение 5: Список лиц, подлежащих обязательному освидетельствованию на ВИЧ.

пациенты с клиническими проявлениями, связанными с ВИЧ-инфекцией (лихорадка, диарея, снижение массы тела и т.п.); пациенты с подозрением на определенные заболевания или с установленным диагнозом таких заболеваний (например, саркома Капоши, туберкулез, гепатиты В и С и т.п.); пациенты, которым регулярно проводятся процедуры по переливанию крови; пациенты, получившие донорскую кровь или органы; дети, рожденные матерями, живущими с ВИЧ. Кроме того, определенные категории лиц, которые рассматриваются как группы с повышенным риском инфицирования ВИЧ, подлежат тестированию на ВИЧ по «эпидемиологическим показаниям», к ним относятся, например, беременные женщины; люди, употребляющие наркотики; люди с ИППП; пациенты с туберкулезом; люди, находящиеся в местах лишения свободы и призывники.²⁶⁸ В отличие от других стран региона в Таджикистане инструкции по проведению тестирования, инициированного медицинскими работниками, четко определяют, что до тестирования необходимо получение согласия (т.е. эти инструкции полностью совпадают с духом и буквой соответствующего закона).

- В Туркменистане нечеткие формулировки регуляций и министерских инструкций и недостаток детального описания функций и обязанностей медицинских работников в том, как это касается соблюдения прав пациентов, позволяют их широкую интерпретацию, что сказывается на их практическом применении. Это может привести к тому, что так называемое «обязательное конфиденциальное тестирование», которое применяется в отношении пациентов, проходящих лечение по поводу наркотической зависимости, туберкулеза, вирусного гепатита и ИППП, заключенных, секс работников, а также беременных женщин и новорожденных (если у их матерей обнаружен ВИЧ или имеются клинические показания для тестирования на ВИЧ) становится на самом деле недобровольным: эти люди могут быть не информированы о том, что у них берется кровь на ВИЧ и их согласие на эту процедуру не спрашивается.²⁶⁹
- Приказами Министерства здравоохранения Азербайджана определены следующие категории лиц, которым медицинские работники должны назначать тестирование на ВИЧ: беременные женщины; люди, употребляющие наркотики; люди, находящиеся в местах лишения свободы; секс работники; мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами; и пациенты с туберкулезом или ИППП.²⁷⁰

Недобровольное раскрытие сексуальных партнеров

Отказ людей, живущих с ВИЧ (или с ИППП), раскрыть личные детали сексуальных партнеров может привести к уголовной или административной ответственности, в Туркменистане и Азербайджане. В нескольких странах проекта люди могут привлекаться к административной ответственности, если они отказываются лечиться от ИППП. Регуляции также требуют проведения тестирования на ВИЧ лиц, в отношении которых установлено, что они имели сексуальные контакты с людьми, живущими с ВИЧ.²⁷¹

Профилактика ВИЧ инфекции среди людей, употребляющих наркотики: программы предоставления стерильных игл и шприцев и аутич работа

Как показано выше, в национальных законах редко можно встретить положения о профилактике ВИЧ инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем, несмотря на то, что эта группа лиц относится к одной из наиболее уязвимых в отношении ВИЧ в регионе. Несмотря на это, одна из основных мер профилактики ВИЧ инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем, – программы игл и шприцев (ПИШ), – применяется во всех странах кроме Туркменистана. Чаще всего эти программы действуют в соответствии с постановлениями и другими

268 Закон Республики Таджикистан «О противодействии ВИЧ/СПИДу», статья 9.

269 Информация предоставлена национальной экспертной группой из Туркменистана [неопубликованные данные].

270 Закон Республики Азербайджан «Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа», статья 7; Приказ Министерства здравоохранения № 157 (23 октября 1997 г.).

271 Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Узбекистан «Санитарные правила и нормы по медицинскому освидетельствованию на ВИЧ/СПИД и организации медицинской помощи больным ВИЧ/СПИД», № 0187 (6 октября 2005 г.).

правоприменительными документами, но иногда они существуют без правовой основы. Уровень охвата программами игл и шприцев часто остается низким.²⁷²

В Казахстане и Узбекистане финансируемые государством ПИШ существуют в виде так называемых «пунктов доверия» и «дружественных кабинетов», учрежденных в рамках национальных программ по ВИЧ. В Казахстане с 2008 года ПИШ финансируются за счет государства; до этого эти программы финансировались, в основном, за счет Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Пункты доверия создаются в СПИД-центрах и в других медицинских учреждениях, и координируются ими. Национальная экспертная группа Казахстана отмечает, что у пунктов доверия имеется соглашение с правоохранительными органами относительно невмешательства правоохранительных органов в работу пунктов. В Узбекистане работает более 230 пунктов доверия (в которые входят и ПИШ); до 2005 года они финансировались государством, а с 2005 года – Глобальным фондом. Большинство пунктов доверия расположены в СПИД-центрах и других медицинских учреждениях.

В других странах реализации проекта, где существуют ПИШ, они работают на базе НПО и финансируются за счет Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и других международных источников. В Азербайджане ПИШ финансируются Глобальным фондом, а их реализацией занимаются Институт «Открытое общество» и Министерство здравоохранения; государственное финансирование не выделяется. В Кыргызстане ПИШ работают уже десять лет, и, в основном, осуществляются НПО, но до сих пор не разработана общенациональная нормативно-правовая база, определяющая порядок распространения/обмена, сбора и утилизации игл и шприцев; НПО разрабатывают и принимают собственные внутренние инструкции и руководства. Большинство ПИШ в Кыргызстане финансируется из международных источников; в некоторых случаях государство финансирует зарплаты сотрудников программ. В Таджикистане создание ПИШ предусмотрено национальной программой по СПИДу. ПИШ работают в СПИД-центрах и в неправительственных организациях. Законодательства или норм, имплементирующих ПИШ, не существует, так же как и государственного финансирования.

ТАБЛИЦА 5: Доступность и охват программ игл и шприцев в Центральной Азии и Азербайджане (2003-2007)²⁷³

Страна	Число ПИШ			Число ПИШ на 100 ПИН			% ПИН с доступом к ПИШ		
	2003	2005	2007	2003	2005	2007	2001/2	2005	2007
Азербайджан	2	2	14	0.11	0.11	0.40	3.8	10 (2004)	15
Казахстан	129*	134*	146*	оцен.1	1.03	1.12	<29	29	29
Кыргызстан	5	17	50* (2008)	0.24	0.68	2* (2008)	8.3	<5 (2002)	50.4* (2008)
Таджикистан	4	6	40	0.08	0.17	2.67	3	<10	оцен. 21-30
Туркменистан	2	1	-	0.18	0.22	-	2.2	-	-
Узбекистан	4	5	230	0.05	0.06	2.64	1.6	1 (2003)	

По мнению национальных экспертных групп, работу финансируемых государством ПИШ (пунктов доверия) необходимо улучшить. Часто эти программы открыты в больницах или других медицинских учреждениях с ограниченными часами работы. Имеются сведения о том, что клиенты не хотят обращаться в программы из-за неудобных часов работы, и что люди, посещающие ПИШ, оказываются на виду, поэтому невозможно обеспечить их конфиденциальность (Казахстан). Некоторые экспертные группы (например, из Кыргызстана) также отметили, что законодательство, предусматривающее уголовную ответственность за хранение остаточных количеств наркотического вещества в

272 См. информацию об охвате ПИШ выше в таблице в Разделе 2.

273 Основным источником данных, приведенных в Таблице 8, является публикация *На пути к всеобщему доступу* (2008), стр. 72-74. Данные за 2008 год, отмеченные звездочкой, предоставлены УНП ООН [неопубликованные данные]. Число пунктов обмена шприцев и игл в Казахстане включает как доверенные пункты в рамках Центров СПИД, так и программы, существующие вне этих рамок.

использованных шприцах, вызывает озабоченность, так как создает препятствия для людей, которые хотели бы сдать использованные шприцы для их безопасной утилизации. Для аутрич работников, работающих в программах игл и шприцев, это законодательство создает угрозу привлечения к уголовной ответственности.

В программах игл и шприцев работают социальные работники, медицинский персонал и «волонтеры», которые часто получают номинальную плату. В большинстве стран реализации проекта люди, употребляющие или употреблявшие наркотики, могут привлекаться в качестве волонтеров. В Узбекистане, например, по информации национальной экспертной группы, люди, употребляющие или употреблявшие наркотики, проводят аутрич работу по принципу «равный – равному» в пунктах доверия. В Казахстане, по данным национальной экспертной группы, участие волонтеров из числа людей, употребляющих наркотики, возможно, и зависит от руководителя ПИШ. Согласно информации, предоставленной экспертной группой, в 2006 году более 70% от всех волонтеров, работавших в ПИШ, были людьми, употребляющими или употреблявшими наркотики в прошлом. В Кыргызстане условием для приема на работу в ПИШ в качестве аутрич работника является воздержание от употребления наркотиков в течение, по крайней мере, 3 лет. В Туркменистане, где нет ПИШ, нет и аутрич работы; однако, как подчеркивает национальная экспертная группа, в национальную программу по СПИДу включены положения об обучении бывших потребителей наркотиков работе в качестве волонтеров по принципу «равный – равному».

Лечение, уход и поддержка в связи с ВИЧ инфекцией для людей, употребляющих наркотики

Как отмечалось выше, антиретровирусная терапия (АРТ) применяется во всех странах реализации проекта кроме Туркменистана, и там, где она доступна, АРТ предоставляется бесплатно. В то время как наличие доступа к АРТ, является, несомненно, положительным явлением, уровень охвата в странах реализации проекта остается очень низким.²⁷⁴ Это вызывает особую озабоченность в отношении людей, употребляющих наркотики или страдающих наркотической зависимостью. В ходе проводившегося в 2004 году исследования было установлено, что в странах Центральной Азии, и, в общем, в странах бывшего Советского Союза, люди, употребляющие наркотики, составляют большинство среди людей, живущих с ВИЧ, но составляют меньшинство среди тех, кто получает антиретровирусную терапию. По результатам одной оценки, к концу 2004 года в странах Восточной Европы и Центральной Азии около 131 000 человек нуждались в АРТ, но получали ее только 15 400, то есть 14,4%; из них лишь 2000 человек были активными или бывшими потребителями инъекционных наркотиков. Эти данные поражают, если учесть, что на тот момент употребление наркотиков инъекционным путем было причиной 81% (1,08 млн. из 1,3 млн.) случаев заражения ВИЧ.²⁷⁵ Подобные результаты были получены в более раннем исследовании, проводившемся в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии.²⁷⁶ Люди, употребляющие наркотики инъекционным путем, были явно недостаточно представлены среди тех, кто получал лечение в связи с ВИЧ в этом регионе, по меньшей мере, на тот период. Спустя несколько лет, несмотря на положительные сдвиги в некоторых странах, ВИЧ-положительные люди, употребляющие наркотики или страдающие наркотической зависимостью, по-прежнему остаются в невыгодном положении в том, что касается их доступа к АРТ.

Исключение людей, употребляющих наркотики, из схемы АРТ часто оправдывают тем, что люди с наркотической зависимостью не могут соблюдать режим АРТ. Однако многочисленные исследования и опыт многих стран ясно показывают, что люди, употребляющие запрещенные наркотики, в том числе и употребляющие наркотики инъекционным путем, способны соблюдать режим АРТ, так же, как и остальные люди, живущие с ВИЧ.²⁷⁷ В странах бывшего Советского Союза успешному

274 См. показатели охвата АРТ в разделе 2.3 настоящего отчета.

275 С. Асейяс и др., «Антиретровирусная терапия для потребителей инъекционных наркотиков в развивающихся странах и странах переходного периода за год до окончания инициативы "Лечение трех миллионов к 2005 году: Выполняя обещание- Стратегия ВОЗ"» [С. Асейяс et al., "Antiretroviral treatment for injecting drug users in developing and transitional countries 1 year before the end of the "Treating 3 million by 2005: Making it happen – The WHO strategy ('3 by 5')", *Addiction* 2006; 101: 1246-1253.

276 Н. Боброва и др., «Препятствия для предоставления антиретровирусной терапии потребителям наркотиков в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии: региональный обзор» ["Obstacles in provision of antiretroviral treatment to drug users in Central and Eastern Europe and Central Asia: A regional overview"], *International Journal of Drug Policy* 2007; 18(5): 313-318.

277 Д. Вольф, «Парадоксы в антиретровирусной терапии для потребителей инъекционной наркотиков: доступ, строгое соблюдение и структурные барьеры в Азии и бывшем Советском Союзе» [D. Wolfe, "Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: Access,

включению людей, употребляющих наркотики, в схему АРТ препятствуют другие факторы. Вместо единой универсальной системы лечения, пациентам приходится иметь дело с несколькими медицинскими учреждениями узкой специализации: так, например, наркотическая зависимость, туберкулез и ВИЧ инфекция лечатся в разных учреждениях. Принудительное лечение наркотической зависимости, не включающее АРТ и часто не включающее ОЗТ, – это еще одно препятствие, потому что имеется подтвержденная информация о том, что ОЗТ помогает людям, употребляющим наркотики, соблюдать режим АРТ, а также потому что принудительное лечение, само по себе, не привлекательно. Кроме того, люди, употребляющие наркотики, сталкиваются с явной или скрытой дискриминацией со стороны медицинского персонала.²⁷⁸ Еще одна проблема связана с тем, что большинство медицинских учреждений, где проводится АРТ, находятся в крупных городах, что затрудняет доступ к лечению ВИЧ-положительных людей, употребляющих наркотики, которые живут в других местах. Люди, живущие в небольших городах и в сельской местности, могут не располагать достаточными средствами для регулярных поездок в крупный город для лечения в СПИД-центре. Группа экспертов из Азербайджана также отметила, что общий уровень медицинских услуг для людей, употребляющих запрещенные наркотики, является низким, частично в связи с криминализацией этой группы населения.

4.2 ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

4.2.1 РЕФОРМИРОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ И ЗАКОНОВ, КАСАЮЩИХСЯ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ И КОНТРОЛЯ НАРКОТИКОВ

В национальных программах, стратегиях или планах (названия могут быть разными) каждой из стран, участвовавших в проекте, государство, в общих чертах, провозглашает свои политические намерения и направления в определенной сфере, например, в области противодействия распространению ВИЧ или контролируемых наркотических средств, и иногда определяет конкретные меры, направленные на достижение этих целей. Согласно рекомендациям *Международных руководящих принципов по ВИЧ/СПИДу и правам человека* ЮНЭЙДС и УВКПЧ, государствам следует «создать эффективную национальную базу, обеспечивающую скоординированный, предполагающий широкое участие, гласный и ответственный подход к проблеме ВИЧ, объединяющий политику и программы реагирования на ВИЧ на всех правительственных уровнях».²⁷⁹ Более того, «Государствам следует обеспечить посредством политической и финансовой поддержки проведение консультаций на уровне общин на всех стадиях выработки политики выполнения и оценки результативности программ в области ВИЧ, а также создание возможностей для того, чтобы общественные организации могли эффективно осуществлять свою деятельность».²⁸⁰ Кроме того, государствам следует способствовать широкому и непрерывному распространению воспитательных, учебных и информационных кампаний, специально предназначенных для того, чтобы искоренить стигму, ассоциируемую с ВИЧ, а также для содействия соблюдению прав людей из уязвимых групп.²⁸¹

В дополнение к этим главным политическим направлениям, которые должны лежать в основе национальных программ по ВИЧ и смежным вопросам (например, национальных программ по контролируемому наркотикам), экспертные группы из всех стран, участвовавших в проекте, высказали мнение, что изменения в главных стратегических документах должны получить отражение в национальных законах. Это может быть сделано, например, путем включения в них конкретных положений о профилактике ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики, и людей, находящихся в местах лишения свободы.

Во всех странах региона потребление наркотиков инъекционным путем является единственным главным фактором распространения эпидемии ВИЧ, и имеются все основания для серьезной озабоченности в связи с тем, что людям, находящимся в местах лишения свободы, угрожает повы-

adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union"], *International Journal of Drug Policy* 2007; 18(5): 246-254.

278 Там же.

279 *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека* (Объединенный вариант 2006), принцип 1.

280 Там же, принцип 2.

281 См.: *Международные руководящие принципы*, принцип 9.

шенный риск заражения. Но очень редко в законодательстве стран участвовавших в проекте, упоминаются меры по снижению вреда для сохранения здоровья людей, употребляющих наркотики, и предусматриваются меры по профилактике и лечению ВИЧ инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Во многих случаях другие ключевые элементы всесторонних, эффективных национальных мер реагирования на ВИЧ не предусмотрены в национальном законодательстве о ВИЧ; национальные экспертные группы высказали единое мнение о том, что в большинстве случаев желательнее включить в национальные законы такие прямые ссылки. Аналогичным образом, несмотря на то, что в национальном законодательстве обычно содержится запрещение дискриминации по признаку ВИЧ-статуса, в существующих законах по ВИЧ или других нормативно-правовых актах часто содержатся положения, безосновательно нарушающие права человека, такие как требование об обязательном или принудительном тестировании на ВИЧ в отношении различных категорий населения. Невыполнение этого требования влечет за собой негативные последствия, например, отказ в визе, найме на работу или виде на жительство. Существующие законы о ВИЧ не всегда обеспечивают предоставление услуг с должной поддержкой и соблюдением прав человека (например, требования о необходимости до- и после-тестового консультирования, которое должно сопровождать тестирование на ВИЧ, и обеспечения конфиденциальности пациентов, живущих с ВИЧ).

Национальные законы о ВИЧ во всех странах реализации проекта были приняты более десяти лет назад, в период с 1992 по 1996 год. Национальные законы о наркотических средствах и психотропных веществах принимались в 1998-1999 гг., за исключением Туркменистана, где такой закон был принят в 2004 году. С момента принятия этих законов появилось много новых доказательств о том, какие меры успешны и необходимы для профилактики и лечения ВИЧ инфекции, в том числе, и среди людей, употребляющих наркотики и находящихся в местах лишения свободы. Подобно этому, к настоящему времени пришло более глубокое понимание того, как принципы международного права (принципы прав человека) применяются в контексте реагирования на ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики, и людей, находящихся в местах лишения свободы. Эти новые сведения и понимание должны лечь в основу инициатив по совершенствованию национальных законов стран реализации проекта, в дополнение к пересмотру национальных программ и стратегий. Это можно и нужно сделать в отношении национальных законов по ВИЧ, но уточнение или разработку законодательства необходимо осуществить и в других областях (например, в отношении лечения наркотической зависимости), которые имеют особое значение для мер в ответ на ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики.

Национальные экспертные группы отметили, что в большинстве стран проекта нет специальных законов о лечении наркотической зависимости, несмотря на то, что проблема наркотической зависимости считается в регионе приоритетной задачей, важность которой возрастает с учетом распространения ВИЧ вследствие рискованных методов употребления наркотиков. Большинство стран проекта повторяют российскую модель законодательства о наркотиках²⁸², где в законе о наркотических средствах основное внимание уделяется запрету на хранение и оборот наркотиков, и только несколько статей посвящены проблеме лечения наркотической зависимости. Несколько экспертных групп подчеркнули необходимость разработки и принятия более эффективного законодательства по профилактике и лечению наркотической зависимости. При этом необходимо пересмотреть нынешний подход, с его упором на недобровольное тестирование на наркотики и лечение (особенно для людей в местах лишения свободы) и использование наркологического учета, который не позволяет адекватно защитить конфиденциальность пациентов. Ответственность за наркоконтроль и противодействие обороту наркотиков должна быть отделена, в том числе и законодательно, от ответственности за обеспечение лечения наркотической зависимости. Это необходимо сделать, чтобы избежать наблюдаемого сейчас акцента на правоохранительные и карательные меры в отношении людей, употребляющих наркотики, вместо того, чтобы рассматривать наркотическую зависимость как заболевание, требующее медицинского вмешательства. Другими словами, правоохранительные органы и агентства по контролю за наркотиками не должны давать советы и координировать стратегии, организацию и методы лечения

282 Л. Утяшева и Р. Эллиотт, «Результаты влияния ООН и России на наркополитику в Центральной Азии» в: «Какой ценой?: ВИЧ и правозащитные последствия глобальной "войны с наркотиками"» [L. Utyasheva and R. Elliott, "Effects of UN and Russian Influence on Drug Policy in Central Asia" in *At What Cost? HIV and Human Rights consequences of the Global "War on Drugs"*], Open Society Institute, март 2009.

наркотической зависимости, так как предоставление услуг здравоохранения людям, употребляющим наркотики, не является их задачей.

Национальные программы по ВИЧ и наркотикам, основанные на научных доказательствах и принципах прав человека, позволят государствам лучше ориентироваться в ситуации, указывать направление и выбирать адекватные меры реагирования. Они также помогут направлять общество в целом к достижению цели, стоящей перед международным сообществом, по обеспечению «всеобщего доступа» к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

4.2.2 ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ И ДРУГИХ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

Одним из главных принципов прав человека, имеющим особое значение для национальных программ и законов, как по ВИЧ, так и по наркотикам, является *право на здоровье*. Государства, ратифицировавшие *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*, признают право каждого человека на «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья».²⁸³ Эта статья гласит, что меры, которые должны быть приняты участвующими в Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, «необходимые для предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними» и «создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни». Кроме того, статья 6 *Международного пакта о гражданских и политических правах* гласит, что право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека, для осуществления которого государства должны принять все возможные меры для защиты жизни людей, включая меры по борьбе с эпидемиями.²⁸⁴

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, орган, в состав которого входят международные эксперты, уполномоченные контролировать соблюдение государствами-участниками *Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах*, издал Замечание общего порядка, где подробно определены меры, которые государства должны осуществлять для полной реализации права на здоровье.²⁸⁵ По мнению Комитета, к главным обязанностям государств согласно статье 12 *Международного пакта* относятся следующие:

- принятие, на основе имеющихся эпидемиологических данных, и осуществление общенациональной государственной стратегии по охране здоровья и плана действий, учитывающих потребности в сфере здравоохранения всего населения;
- обеспечение основными медикаментами, периодически определяемыми в Программе действий ВОЗ по основным медикаментам; и
- обеспечение *доступности* медицинских учреждений, средств (материалов) и услуг здравоохранения на недискриминационной основе, в особенности для уязвимых и социально отчужденных групп.

Комитет далее определил, что *доступность* медицинских учреждений, средств (материалов) и услуг здравоохранения включает следующие компоненты:²⁸⁶

- Услуги должны предоставляться без дискриминации по признаку пола, материального положения, национальности, физических или психических недостатков, социального происхождения, религии или по любым другим основаниям, перечисленным в международном праве. «Наиболее уязвимым и социально отчужденным слоям населения, по закону и фактически», должна обеспечиваться особая защита от дискриминации в доступе к услугам здравоохранения. Государства также должны обращать особое внимание на обеспечение равного доступа к услугам здравоохранения для женщин и девочек.

283 *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах*, 993 UNTS 3 (1966), статья 12.

284 Комитет ООН по правам человека, *Замечание общего порядка № 6: Право на жизнь (статья 6)*, UN Doc. HRI/GEN1/Rev.1, 6 (1982).

285 Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, *Замечание общего порядка № 14: Право на наивысший достижимый уровень здоровья (статья 12)*, UN Doc. D/C.12/2000/4 (4 июля 2000 г.).

286 Там же, п. 12.

- Услуги должны быть хорошего качества, т.е. они должны быть «приемлемыми с научной и медицинской точек зрения». Для этого, в частности, требуется наличие «квалифицированного медицинского персонала», научно проверенных и пригодных медикаментов и медицинского оборудования, а также медицинских процедур. (Если медицинские процедуры не имеют научного подтверждения и характеризуются как опыты, каждый человек имеет право не подвергаться медицинским опытам без его согласия).²⁸⁷
- Услуги должны соответствовать «принципам медицинской этики» и культурным критериям. Они должны быть «направленными на сохранение конфиденциальности и улучшение состояния здоровья соответствующих лиц». Право человека на дачу осознанного согласия на участие в медицинских процедурах является центральным принципом прав человека.
- Услуги должны быть физически доступными, т.е. «находиться в безопасной физической досягаемости для всех слоев населения», включая «уязвимые или социально отчужденные группы», «инвалидов и лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом».
- Услуги должны быть экономически доступными или приемлемыми для всех, кто в них нуждается. «Принцип справедливости означает, что менее обеспеченные домашние хозяйства не должны нести непропорционально высокие затраты на медицинское обслуживание по сравнению с более состоятельными домашними хозяйствами», и в вопросе приемлемости особое внимание следует уделить «социально отчужденным группам».

Особое внимание для обеспечения права на здоровье социально отчужденных и уязвимых групп требуется не только потому, что все люди имеют равное право на наивысший достижимый уровень здоровья, включая, предоставляемую государством, медицинскую помощь; но и потому, что это вопрос рациональной политики, так как здоровье и благополучие тех, кто находится на периферии общества, влияют на здоровье и благополучие общества в целом. Поэтому необходимо обеспечить широкий и «низкопороговый» доступ к услугам здравоохранения, в том числе, для людей, без определенного места жительства и без идентификационных документов; безработных; тех, кто не имеет средств для приобретения медикаментов и других товаров; а также тех, кто сталкивается с дополнительными трудностями либо из-за состояния своего здоровья (например, наркотической зависимости, психического заболевания, другого ограничения возможностей), либо из-за препятствий, связанных с отношением окружающих людей (например, стигма в связи с состоянием здоровья, дискриминация со стороны поставщиков услуг).

При оказании услуг здравоохранения, в дополнение к праву на здоровье, должны учитываться и соблюдаться другие права человека, такие как право на частную жизнь (а, следовательно, соответствующая обязанность медицинских работников и учреждений сохранять конфиденциальность информации о пациентах); право на информацию; право давать осознанное согласие на любые процедуры; право отказаться или прекратить лечение, когда пациент этого хочет; право не подвергаться дискриминации в учреждениях системы здравоохранения; и право не подвергаться пыткам и другим жестоким, бесчеловечным и унижающим достоинство видам обращения.

Вставка 7: Права пациентов

Каждый человек имеет право на уважительное отношение, на самостоятельное принятие решений, неприкосновенность личности, личную безопасность, на конфиденциальность частной жизни, имеет право на защиту здоровья в той мере, в которой это позволяют существующие меры профилактики и лечения болезней, и должен иметь возможность достичь наивысшего для себя уровня здоровья.

Информация: Для всеобщей пользы, информация о медицинских услугах и о том, как лучше ими воспользоваться, должна быть доступна широкой общественности. Пациенты имеют право

²⁸⁷ *Международный пакт по политическим и гражданским правам*, статья 7.

на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая медицинские факты относительно своего состояния, о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения, о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий. Пациенты имеют право отказаться от получения такой информации, и это желание должно быть выражено в явной форме.

Согласие: Информированное осознанное согласие пациента является предварительным условием любого медицинского вмешательства. Пациент имеет право отказаться от медицинского вмешательства или приостановить его проведение. Последствия подобного отказа должны быть тщательно разъяснены пациенту. Если пациент не в состоянии выразить свою волю, а медицинское вмешательство необходимо по неотложным показаниям, следует предполагать, что согласие на такое вмешательство имеется; исключением может являться случай, когда пациент ранее заявил, что не согласится на медицинское вмешательство в ситуации, подобной той, в которой он оказался.

Конфиденциальность и приватность: Вся информация о состоянии здоровья пациента, диагнозе, прогнозе, и лечении заболевания, а также любая другая информация личного характера должна сохраняться в секрете, даже после смерти пациента. Конфиденциальная информация может быть раскрыта только тогда, когда на это есть ясно выраженное согласие пациента, либо этого требует закон.

Уход и лечение: Пациенты имеют право на преемственность медицинской помощи, подразумевающую сотрудничество всех медицинских работников и/или учреждений, вовлеченных в диагностику, лечение и уход за пациентом. Пациенты имеют право на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний.

Перечисленные права должны обеспечиваться без какой-либо дискриминации. В процессе оказания медицинской помощи права пациента могут быть ограничены, только в той мере, которая не противоречит положениям международных документов по правам человека и осуществляется в соответствии с законодательством данной страны.²⁸⁸

– *Декларация о лучшем обеспечении прав пациентов в Европе*, принята Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, март 1994 г.

Право на личную жизнь – и, следовательно, на защиту конфиденциальности информации о состоянии здоровья – не только закреплено в нескольких международных документах²⁸⁹, но и играет особую, центральную, роль в реализации доступа к медицинским услугам для групп, испытывающих социальное отчуждение и стигму, таких как люди, живущие с ВИЧ, или люди с наркотической зависимостью. Информация о состоянии здоровья пациента должна быть доступна только самому пациенту и осуществляющим его лечение медицинским работникам. Обеспечение конфиденциальности информации о состоянии здоровья и любой другой медицинской информации является важным аспектом уважения прав человека в отношении людей, употребляющих наркотики, в том числе и людей с наркотической зависимостью. Действующее во многих странах законодательство и/или практика раскрытия представителям правоохранительных органов информации о людях, проходящих лечение наркотической зависимости, или получивших медицинскую помощь в случае передозировки, нарушает требование о конфиденциальности, а также как отмечают национальные эксперты, подрывают доверие людей, употребляющих наркотики, к наркологическим учреждениям. Работники здравоохранения не должны выступать в качестве агентов правоохранительных органов, так как это подрывает эффективную реализацию их обязанностей по обеспечению медицинского обслуживания населения.

²⁸⁸ *Декларация о лучшем обеспечении прав пациентов в Европе*, принята Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994 г.

²⁸⁹ См., например, статью 12 *Всеобщей декларации прав человека*; статью 8(1) *Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод*; статью 17(1) *Международного пакта о гражданских и политических правах*.

4.2.3 УЛУЧШЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Право на здоровье и лечение наркотической зависимости

Лица с наркотической зависимостью, как и все люди, имеют право на наивысший достижимый уровень медицинского обслуживания, включая лечение от наркотической зависимости. Первым шагом на пути обеспечения действенной помощи является осознание лицами, принимающими решения в области государственного управления, и руководством системы здравоохранения того факта, что наркотическая зависимость является хроническим заболеванием, а не результатом нравственной неполноценности или отсутствия силы воли.²⁹⁰ Лечение наркотической зависимости должно осуществляться на основании научных, этических и гуманных методов.

Как отмечает ВОЗ, важно, чтобы лица, принимающие решения в области государственного управления, понимали, что людям, живущим с наркотической зависимостью, может быть чрезвычайно трудно полностью отказаться от употребления наркотиков, даже когда они имеют доступ к лечению.²⁹¹ Это означает, что (1) программы и политика должны предусматривать возможность неоднократного прохождения курса лечения; (2) государство должно сделать всё возможное, чтобы обеспечить доступ к разным видам лечения, так как человеку с наркотической зависимостью для достижения результата могут потребоваться несколько методов; и (3) приоритетным направлением должно быть обеспечение мер, помогающих людям минимизировать вред, связанный с потреблением наркотиков, в случаях, когда они не могут полностью отказаться от их потребления.

Политика многих стран в отношении запрещённых наркотиков преимущественно основывается на стремлении добиться, чтобы потребители наркотиков полностью отказались от их потребления. При этом, в рамках осуществления подобной политики редко предоставляется необходимый доступ к недорогим и зарекомендовавшим себя в качестве эффективных методам лечения от наркотической зависимости. Во многих странах, отсутствие адекватного лечения наркотической зависимости, является серьёзной проблемой здравоохранения и значительным упущением. Согласно оценкам ВОЗ, каждый доллар США, потраченный на предоставление лечения от наркотической зависимости, экономит до 12 долларов за счёт сокращения расходов на здравоохранение и социальную защиту, снижения преступности и повышения производительности труда лица, получившего лечение.²⁹²

В рамках интерпретации сущности права на наивысший достижимый уровень здоровья, гарантируемого *Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах*²⁹³, Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам сформулировал ряд принципов, связанных с предоставлением лечения наркотической зависимости, отражающих некоторые положения, упомянутые выше. В отношении лечения наркотической зависимости к данным принципам относится следующее:

- Услуги должны быть физически доступными; в отношении лечения наркотической зависимости, это означает своевременность оказания услуг, чтобы не терять потенциальных пациентов из-за вынужденного ожидания, и доступ к значительному числу различных вариантов лечения с учетом того, что не существует единого подхода, эффективного во всех случаях.
- Услуги должны быть равно доступными для несудимых и судимых лиц.
- Лечение наркотической зависимости должно быть недорогим или бесплатным). Лица, не

290 World Health Organization, *Management of substance dependence* (fact sheet), онлайн на английском языке: www.who.int/mip2001/files/1962/ManagementofSubstanceDependence.pdf.

291 Там же.

292 Совместная позиция ВОЗ/УНОДС/ЮНЭЙДС: *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа* [WHO/UNODC/UNAIDS, *Position Paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*], 2004. Пункт 44.

293 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health* (Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам человека, *Общий комментарий № 14: Право на наивысший достижимый уровень здоровья*) UN Doc. D/C.12/2000/4, от 4 июля 2000 года. О важности Общего комментария Комитета ООН по правам человека в отношении предоставления лечения от наркотической зависимости см.: Чете Дж. и Пирсхаус Р. *Правовая зависимость: Оценка лечения наркотической зависимости с точки зрения прав человека* [J. Csete & R. Pearshouse, *Dependent on Rights: Assessing Treatment of Drug Dependence from a Human Rights Perspective*], Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2007, онлайн на www.aidslaw.ca/drugpolicy.

имеющие возможности его оплачивать, не должны быть лишены возможности лечиться по этой причине.

- Получение информированного согласия на любое медицинское вмешательство или процедуру должно быть обязательным. С точки зрения прав человека, лечение без согласия пациента лишь в редких случаях может быть признано этичным или оправданным. Принудительное лечение от наркотической зависимости должно применяться только в качестве крайней меры. Конфиденциальность медицинской информации должна быть соблюдена и санкции применены при ее нарушении
- Женщины должны иметь доступ к таким услугам, которые учитывают их индивидуальные потребности и обстоятельства.
- При лечении наркотической зависимости никогда не должны применяться пытки или жестокое, бесчеловечное и унижающее достоинство обращение, либо наказание.²⁹⁴

Кроме того, в качестве сторон-участников Конвенций ООН по наркотикам, все страны проекта приняли на себя обязательство обеспечивать «лечение, воспитание, восстановление трудоспособности и возвращение в общество» людей с наркотической зависимостью.²⁹⁵ Методы лечения наркотической зависимости могут быть различными в зависимости от применяемого подхода и длительности лечения. Существуют программы амбулаторного лечения, рассчитанные на несколько месяцев, и более длительные программы пребывания в «терапевтических коммунах» или других учреждениях в течение еще более длительного периода. Наиболее эффективные формы лечения от наркотической зависимости основаны на сочетании собственно медицинского лечения с предоставлением психологической помощи и поддержки.²⁹⁶ Однако, даже при наличии таких услуг, прохождение лечения представляет большую сложность для некоторых групп людей. Так, например, по данным некоторых исследований, женщины, страдающие наркотической зависимостью, зачастую не обращаются за помощью, опасаясь, что у них отнимут детей либо из-за страха перед насилием или жестоким обращением со стороны своих партнеров-мужчин.²⁹⁷

При разработке и реализации программ лечения наркотической зависимости решающим принципом должно быть соблюдение прав человека. Это чрезвычайно важно в связи с тем, что существует вероятность плохого обращения с пациентами, которые могут испытывать боль и психологические страдания и при этом быть неспособными адекватно реагировать на происходящее из-за абстинентного синдрома либо по иным причинам. В некоторых странах, организациями по защите прав человека и другими органами, зарегистрированы случаи жестокого, негуманного и унижающего достоинство человека «лечения» в связи с наркотической зависимостью.²⁹⁸ Отказ в предоставлении иной медицинской помощи, если лицо не пройдет курс лечения от наркотической зависимости, был признан судами некоторых стран практикой применения изоциренного и жестокого наказания.²⁹⁹ Международными организациями разработаны руководящие принципы предоставления лечения от наркотической зависимости, в них подчеркивается необходимость и важность мер реабилитации, комплексного лечения, а также опиоидной заместительной терапии, на основе соблюдения прав человека (см. Вставку 7).³⁰⁰

294 Дж. Чете и Р. Пирсхаус, *Правовая зависимость*, цитируемый документ.

295 *Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года* [Single Convention on Narcotic Drugs], Статья 38; *Конвенция о психотропных веществах 1971 года* [Convention on Psychotropic Substances], Статья 20.

296 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Европейский Центр мониторинга наркотиков и наркомании), *Legal aspects of substitution treatment: an insight into nine EU countries*, 2003, стр. 19.

297 U.S. National Institute on Drug Abuse (Национальный институт наркологии США), *NIDA InfoFacts: Treatment methods for women*. 1999. Онлайн на: www.nida.nih.gov/infofacts/treatwomen.html.

298 См., например: Хьюман Райтс Вотч: *Повторение пройденных ошибок: ВИЧ/СПИД и нарушение прав человека в Российской Федерации*, апрель 2004. Онлайн на: hrw.org/reports/2004/russia0404/russia0404.pdf.

299 См., например, решение суда по делу *Domenech v. Goord*, 797 N.Y.S.2d 313 (2005 N.Y. App. Div.), в котором было признано, что к заключенному, которому было отказано в лечении гепатита С, пока он не пройдет курс лечения от наркотической зависимости, применялось неоправданно жестокое наказание.

300 Управление ООН по наркотикам и преступности, *«Лечение наркомании и реабилитация: Практическое руководство по планированию и осуществлению»* [UNODC, *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A Practical Planning and Implementation Guide*], 2003.

ВСТАВКА 7: ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

К предоставлению лечения наркотической зависимости необходим особый подход по следующим причинам:

- Люди, у которых есть связанные с наркотиками проблемы, нередко нуждаются в широком спектре различных видов лечения в связи с рядом личностных, социальных и экономических аспектов;
- Проблемы, вызванные злоупотреблением наркотиками, поддаются эффективному решению в том случае, если люди имеют доступ к услугам по лечению и реабилитации, соответствующим их потребностям и являющимся достаточно качественными, интенсивными и продолжительными;
- Финансироваться должны те услуги по лечению и реабилитации, которые доказали свою эффективность;
- Ни один метод лечения не будет одинаково эффективным для всех. В различные периоды времени и на разных этапах обращения за помощью, люди могут нуждаться в различных видах комплексного и эффективно скоординированного лечения;
- Люди должны иметь доступ к лечению, которое наилучшим образом отвечает их потребностям, или иметь возможность быть направленными на такое лечение. В ходе предоставления лечения должны учитываться специфические потребности, связанные с полом, возрастом, состоянием здоровья и поведением риска;
- Профилактика передаваемых с кровью инфекций, включая ВИЧ инфекцию и гепатиты В и С, является ключевой составляющей комплексного подхода к лечению;
- Предоставление лечения, по мере возможности, должно осуществляться на основе существующих медицинских и социальных учреждений, быть связанным с ними и интегрированным в их работу, обеспечивая преемственность оказываемой помощи. Оно должно также включать меры поддержки, осуществляемые на уровне общества;
- Предоставление лечения и обеспечение реабилитации должны играть ключевую роль в сведении к минимуму социального отторжения и дискриминации лиц, потребляющих наркотики, и содействовать их реинтеграции в общество.

UNODC, «Лечение наркомании и реабилитация: Практическое руководство по планированию и осуществлению» (2003)

Стоимость лечения для пациента

Как было отмечено выше, для реализации лицами с наркотической зависимостью права на охрану здоровья, необходимо обеспечить не только предоставление качественного лечения наркотической зависимости, но и гарантировать, чтобы оно было доступным по цене. Поскольку лица, длительное время живущие с наркотической зависимостью, часто бывают доведены до нищеты, стоимость лечения может являться непреодолимым барьером к его получению. Обеспечение бесплатного лечения является ключевым элементом обеспечения всеобщего доступа к лечению.

Принудительное лечение наркотической зависимости

Всемирная организация здравоохранения и Управление ООН по наркотикам и преступности рекомендуют, - в ходе принятия решения о принудительном лечении наркотической зависимости - сначала отдавать предпочтение различным видам социального воздействия, мотивирующим человека начать лечение, а не принудительному назначению лечения государственными органами. В любом случае применения недобровольного лечения, особое внимание должно уделяться ненасильственным способам стимулирования мотивации пациента сотрудничать и принимать активное участие в лечении.³⁰¹ Результаты многих иссле-

301 UNODC and WHO, Principles of Drug Dependence Treatment, Discussion paper (UNODC и ВОЗ, Методы лечения лекарственной зависимости), Март 2008.

дований показывают, что эффективность принудительного лечения, выражающаяся в последующем отказе от потребления наркотических средств, является невысокой (в то время как для групп больных, проходящих лечение добровольно, данный показатель выше).³⁰² К тому же для того, чтобы принудительное лечение имело воздействие необходимо:

- 1 обеспечить доступ к медицинским услугам надлежащего качества на базе медицинских учреждений;
- 2 прилагать усилия, чтобы стимулировать мотивацию лица сотрудничать в ходе лечения; и
- 3 предоставление разнообразных методов лечения и доступность мер реабилитации и специальных социальных сообществ (групп);

В первую очередь должно применяться лечение на добровольной основе, особенно в отношении лиц в местах лишения свободы.³⁰³ (Более детально о распространённом в странах проекта принудительном лечении наркотической зависимости в местах лишения свободы, см. в разделе 5). ВОЗ рекомендует, чтобы все случаи применения принудительного лечения наркотической зависимости были четким образом регламентированы, а их эффективность оценена.

В соответствии с Международным Пактом о гражданских и политических правах, любому человеку гарантированы право на свободу, тайну личной жизни и личную неприкосновенность, и право не подвергаться медицинским или научным опытам без его согласия.³⁰⁴ Таким образом, принудительное лечение может применяться только в исключительных обстоятельствах и в соответствии с принципами международного права о допустимых ограничениях прав человека, а именно в соответствии с *Сиракузскими Принципами ООН*, принятыми странами членами ООН на заседании Экономического и Социального Совета в 1985 году. В соответствии с данными принципами, государства могут вводить ограничения прав человека только, если они «предусмотрены законом», не применяются произвольно либо дискриминационно, и могут быть оспорены, в том числе и в судебном порядке, в случае их противоправного применения. Более того, чтобы ограничение было признано «необходимым», государство должно быть способным доказать, что это ограничение «отвечает насущной государственной или общественной необходимости», «преследует законную цель» и «соразмерно данной цели». К тому же, накладывая ограничение, «государство не должно ограничивать права в степени большей, чем это необходимо для достижения поставленной цели».³⁰⁵

ООН не разработала международных стандартов, применимых непосредственно в отношении предоставления или оценки лечения наркотической зависимости. Однако, в соответствии с подходом, отраженным в *Сиракузских Принципах*, в резолюции Генеральной Ассамблеи ООН 1991 года о психическом здоровье (защите психически больных лиц и улучшении психиатрической помощи),³⁰⁶ сформулирован ряд принципов, имеющих отношение

302 A. Stevens et al., "The victimisation of dependent drug users: Findings from a European Study" European Journal of Criminology, 4,4 (October 2007); A. Stevens et al., "The Relationships between Legal Status, Perceived Pressure and Motivation in Treatment for Drug Dependence: Results from a European Study of Quasi-Compulsory Treatment," European Addiction Research 2006; 12:197-209. Онлайн на англ. яз. на: <http://www.kent.ac.uk/eiss/projects/qcteuropa/papers.html>

303 Европейское региональное бюро ВОЗ и Совет Европы, *Non-Voluntary Treatment of Alcohol and Drug Dependence: a European Perspective — Report of the meeting*, Москва, 22-23 апреля 1999.

304 *Международный Пакт о гражданских и политических правах*, Статья 7.

305 Экономический и Социальный Совет ООН, *Сиракузские Принципы о положениях, касающихся ограничения и умаления прав в международном Пакте о гражданских и политических правах 1985 года* [UN Economic and Social Council, *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*] UN Doc. E/CN.4/1985/4, Приложение.

306 *Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи*, приняты резолюцией 46/119 Генеральной Ассамблеи от 17 декабря 1991 года. [UN General Assembly, *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care (resolution)*, UN Doc. A/RES/46/119.

к применению принудительного лечения в связи наркотической зависимостью:

- Право человека на осознанное согласие в качестве необходимого условия прохождения любой медицинской процедуры может быть ограничено государством только «после справедливого слушания независимым и беспристрастным судебным органом, созданным в соответствии с внутригосударственным законодательством» (Принцип 1). В резолюции подчеркивается, что данное право является неотъемлемым для любого лица, вне зависимости от того является ли данное лицо «правонарушителем» или нет (Принцип 20).
- Каждый пациент имеет право «на лечение в обстановке, предусматривающей наименьшие ограничения, и при помощи наименее ограничительных или инвазивных методов, соответствующих необходимости поддержания его здоровья ...» (Принцип 9).
- Лицо может быть госпитализировано в психиатрическое учреждение в качестве пациента в принудительном порядке, тогда и только тогда, когда «существует серьезная угроза причинения непосредственного и неизбежного вреда этому лицу или другим лицам» либо в случае, когда «ослабление умственных способностей (нарушение способности суждения)» лица делает невозможным применение добровольного лечения (Принцип 16).

В Резолюции Генеральной Ассамблеи особое внимание уделяется праву на осознанное (информированное) согласие, в качестве необходимого условия назначения лицу медицинских процедур - это право, определяется в Международном Пакте о гражданских и политических правах, как право человека на личную неприкосновенность – то есть, право контролировать, что происходит с его/её организмом/телом.³⁰⁷

В соответствии с данными принципами, в исключительных обстоятельствах, при которых лицо может быть на законных основаниях направлено на принудительное лечение от наркотической зависимости, должен предусматриваться ряд защищающих права требований, к которым относятся следующее:

- лица, нуждающиеся в прохождении краткосрочного курса лечения в связи с невозможностью отдавать себе отчет в собственных действиях, вследствие наркотической зависимости, должны иметь право покинуть медицинское учреждение по окончании лечения (например, детоксификации);
- принудительное помещение в специализированное медицинское учреждение (в случаях иных, чем оказание экстренной помощи, и в гражданском порядке, то есть не связанное с совершением лицом противоправных действий) может быть оправдано только при наличии эффективных программ лечения, равно как и соответствующих принципам гуманности условий;
- период содержания пациента в медицинском учреждении в принудительном порядке должен быть ограничен, а решение о принудительной госпитализации, подлежит периодическому пересмотру; и
- лицу, содержащемуся в медицинском учреждении в принудительном порядке, должно быть гарантировано соблюдение определенных материальных и процессуальных прав (своевременный пересмотр дела, право выбирать и назначать адвоката для представления его интересов и т.д.).³⁰⁸

³⁰⁷ Там же, Принцип 11; *Международный Пакт о гражданских и политических правах*, Статья 9.

³⁰⁸ U.S. National Institute on Drug Abuse (NIDA), *Compulsory Treatment of Drug Abuse: Research and Criminal Practice*, Research Monograph Series No. 86 (1988), стр. 200. Онлайн на англ. языке: www.drugabuse.gov/pdf/monographs/86.pdf.

В ряде правовых систем существуют «специальные суды по делам о наркотиках»³⁰⁹, призванные перенаправлять лиц, обвиняемых в определенных (ненасильственных) правонарушениях и когда совершение деяния связано с наличием у лица наркотической зависимости, из правоохранительной системы в систему здравоохранения. В определенных случаях, условием применения альтернативы тюремному заключению является согласие правонарушителя пройти назначаемое и контролируемое судебным органом лечение от наркотической зависимости. В случае если лицо с наркотической зависимостью полностью выполняет все требования, назначенного ему курса лечения, уголовное наказание по приговору не применяется. Таким образом, при помощи специальных судов по делам о наркотиках предпринимается попытка снизить вред для лиц, обвиняемых в нетяжких преступлениях, посредством использования альтернативы тюремному заключению и содействия их реабилитации. Процедуры судов по делам о наркотиках различаются. В некоторых правовых системах, обвиняемое лицо может быть перенаправлено на прохождение альтернативных мер в виде лечения независимо от признания им своей вины; в других правовых системах – признание лицом своей вины по предъявляемым обвинениям является необходимым условием передачи дела на рассмотрение в специальный суд по делам о наркотиках.

Однако практика функционирования специальных судов по делам о наркотиках имеет определенные негативные последствия с точки зрения соблюдения прав лиц, проходящих через эти суды - эти последствия включают возможность нарушения принципов презумпции невиновности и процессуальной справедливости.³¹⁰ Опасения высказываются и в связи с тем, насколько эффективны эти суды, а также высказываются мнения о большей целесообразности использования имеющихся средств на расширение и облегчение доступа к добровольному лечению, которое уже зарекомендовало себя в качестве эффективного (и которое в реальности часто бывает малодоступным). Одновременно с рекомендациями UNODC и ВОЗ о нахождении способов перенаправления лиц, потребляющих наркотики, от системы уголовного судопроизводства и системы исполнения наказаний на лечение на любом этапе ведения конкретного дела (с согласия лица)³¹¹, ВОЗ также рекомендует предоставление доступа к широкому спектру видов и методов лечения.³¹² Более того, следует отметить, что развитие и совершенствование системы лечения наркотической зависимости на добровольной основе, в том числе и обеспечение всеобщего доступа к лечению, своевременности предоставления услуг, их доступности по цене, гибкости программ и курсов лечения, позволяющих выбирать методы в соответствии с нуждами пациентов, – всё это снижает необходимость применения принудительного лечения.

Наркологический учёт и обмен информацией с правоохранительными органами

Постановка пациентов на наркологический учёт в целях оценки эффективности лечения может быть признана оправданной только при условии строго соблюдения конфиденциальности или даже анонимности (в этом случае имя и адрес лица не регистрируются). В нынешнем виде учёт лиц, потребляющих наркотики или имеющих наркотическую зависимость, препятствует оказанию медицинской помощи, в том числе и предоставлению лечения наркотической зависимости (либо другой помощи, такой как лечение ВИЧ), потому что люди могут опасаться, что в результате обращения за лечением, факт потребления ими наркотиков станет известен правоохранительным органам. Согласно данным национальных экспертных групп в наркологии имеют место множественные случаи нарушения конфиденциальности. Действительно, как было отмечено выше, зачастую законодательство обязывает

³⁰⁹ Подробнее см. соответствующую статью в Глоссарии (Приложение 5).

³¹⁰ Подробнее об этом см.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 1: Вопросы уголовного права, стр. 29.

³¹¹ UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (март 2008), принцип 6, стр. 14.

³¹² WHO Regional Office for Europe & Council of Europe, *Non-voluntary Treatment of Alcohol and Drug Dependence: a European Perspective*, Meeting Report, Moscow, 22-23 April 1999.

вает медицинских работников сообщать правоохранительным органам о случаях передозировок, и лицах, обращающихся за наркологической помощью, или, как минимум, раскрывать подобную информацию о пациентах по запросу правоохранительных органов; В других случаях, даже там, где это не предусмотрено законом, это явление является обычной практикой. С точки зрения охраны здоровья граждан, наиболее серьёзным негативным последствием постановления на наркологический учёт является то, что данная практика фактически отпугивает лиц, нуждающихся в лечении, от обращения за таковым.

Кроме того, сфера применения баз данных о наркологических пациентах или лицах, потребляющих наркотики, ограничена. Как и в случаях с рядом законодательных актов в регионе, официально сформулированной целью создания этих баз данных является защита общества от распространения злоупотребления наркотиками и охрана здоровья граждан. Ещё одной целью является сбор данных для изучения изменений в характере потребления наркотиков. Однако, как отмечает ВОЗ, учёт потребителей наркотиков для этих целей может быть полезен только в случае, когда он охватывает всех потребителей наркотиков или их большинство, не оставляя «за бортом» какие-либо суб-популяции потребителей наркотиков.³¹³ Там, где потребление наркотиков (или хранение даже малого количества наркотика) является правонарушением или преступлением, а потребление наркотиков и наркотическая зависимость несут стигму (что наблюдается во всех странах проекта), маловероятно, что базы данных наркологического учёта репрезентативны для всей популяции людей, потребляющих наркотики, с тем, чтобы на их основании проводить серьёзный анализ программ.

К тому же, в то время как ограничение права на тайну личной жизни в целях безопасности населения может быть признано обоснованным, то нарушения прав и негативные последствия – включая серьёзные ограничения в связи с трудоустройством и получением образования – являются несоразмерными цели и неоправданными. Тот факт, что лица, прошедшие лечение наркотической зависимости, состоят на учёте в течение длительного периода (от 3 до 5 лет в случаях, когда считается, что пациент прекратил употребление наркотиков, и десятки лет, практически до бесконечности, если у пациента возникают рецидивы употребления) делает данные последствия ещё более серьёзными и фактически наказывает тех, кто обращается за лечением.

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)

Следует отметить, что опиоидная зависимость – это сложное заболевание, и не существует какого-то одного метода ее лечения, который бы оптимально подходил для всех больных. Тем не менее, имеются убедительные доказательства того, что ОЗТ является одним из наиболее эффективных методов лечения опиоидной наркотической зависимости.³¹⁴ ОЗТ была признана Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и многими национальными медицинскими ассоциациями эффективным, безопасным и экономичным средством лечения опиоидной зависимости и одним из основных методов профилактики ВИЧ инфекции.³¹⁵ ВОЗ включила метадон и бупренорфин, используемые при ОЗТ, в свой Примерный перечень основных лекарственных средств, как альтернативу героину или другим опиатным производным.³¹⁶

313 WHO Europe & Council of Europe, *Non-voluntary treatment of alcohol and drug dependence*, выше.

314 Совместная позиция ВОЗ/UNODC/ЮНЭЙДС: *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*, Женева 2004.

315 Там же, стр. 32.

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

ОЗТ направлена на снижение или прекращение употребления запрещенных опиоидов путем стабилизации тяги к наркотикам на период, необходимый для достижения воздержания от прежней практики употребления наркотиков и связанного с этим вреда. В частности, применение ОЗТ дает отдельным людям и сообществам следующие краткосрочные и долгосрочные преимущества:³¹⁷

Преимущества для здоровья:

- При назначении правильной дозы, ОЗТ помогает снизить употребление запрещенных опиоидов.
- ОЗТ стабилизирует тягу к наркотику у людей, принимающих опиоидные наркотические средства, способствуя улучшению физического и эмоционального состояния.
- ОЗТ дает возможность контролировать количество и воздействие опиоидных заместительных препаратов, тем самым снижая риск передозировки.
- ОЗТ снижает риск передачи ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь во время использования инфицированного инъекционного оборудования, так как опиоидные заместительные препараты обычно принимаются орально (внутрь).
- ОЗТ дает возможность направить людей, принимающих наркотики, в другие службы, например, в службу психологической поддержки, диагностики, реабилитации, консультирования в связи с ВИЧ инфекцией, и другие.
- Смертность среди лиц с опиоидной зависимостью, получающих поддерживающую метадоновую терапию, составляет одну треть - одну четверть аналогичного показателя, среди не охваченных подобной программой.
- Установлено, что по продолжительности удержания лиц с опиоидной зависимостью в лечебной программе ОЗТ более эффективна, по сравнению с плацебо и с детоксификацией, используемыми как отдельные методы лечения.
- У беременных женщин, получающих заместительную поддерживающую терапию, реже возникают осложнения (как для матери, так и для плода) по сравнению с не охваченными такой программой.

Социальные преимущества:

- 1 ОЗТ помогает снизить криминальную активность, связанную с приобретением запрещенных наркотиков.
- 2 ОЗТ играет важную роль при применении подходов, основанных на участии сообщества, так как лечение может проводиться на амбулаторной основе - этим достигается высокий уровень приверженности программам лечения. Участники программ ОЗТ получают возможность заняться неотложными проблемами в отношении своего здоровья, психологического состояния, семейного благополучия, жилья, работы, финансовых и юридических вопросов в период, пока они находятся в контакте со службами, обеспечивающими лечение.

Иногда утверждается, что программы ОЗТ противоречат обязательствам, принятым на себя государствами в соответствии с международными Конвенциями по наркотикам.³¹⁸ Однако, эти утверждения абсолютно неверны. Рассматривая соответствие различных видов программ снижения вреда международным договорам, Программа ООН по международному

317 Ссылки на другие источники, в которых описываются преимущества для здоровья, представлены в документе: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости. Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006. Онлайн на: www.aidslaw.ca/modellaw-tu.

318 Например, государственные должностные лица России постоянно утверждают, что запрет на метадон в рамках уголовного законодательства страны является требованием Конвенций ООН по наркотическим средствам невзирая на то, что данное утверждение является абсолютно не соответствующим действительности, и многие другие страны, также являющиеся участниками тех же Конвенций, предоставляют ОЗТ в течение ряда лет.

контролю за наркотиками (UNDCP) в составе Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC), в 2002 г. пришла к заключению, что

«в своем более традиционном подходе заместительное/поддерживающее лечение едва ли может восприниматься, как противоречащее тексту и духу международных договоров. Это лечение является общепринятым методом лечения наркотической зависимости, имеющим много преимуществ и несколько недостатков. Хотя существуют смешанные результаты, которые зависят от многих факторов, реализация этого метода при соблюдении разумных медицинских инструкций не является нарушением положений договора».³¹⁹

Международный комитет по контролю за наркотиками (INCB) признал, что программы снижения вреда способствуют реализации широкой программы снижения спроса на наркотики. В своем *Ежегодном отчете* за 2003 год, Комитет отметил, что «применение заместительного лечения и поддерживающей терапии ... не означает нарушения положений договора, независимо от того, какое вещество может применяться для такого лечения, если оно соответствует признанной национальной медицинской практике.....как и в случае с понятием медицинского применения, предоставление лечения не регулируется договорами (о наркотиках)».³²⁰

Выражая совместную позицию, ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС подчёркивают, что преимущества ОЗТ – включая снижение распространения ВИЧ и вирусного гепатита С, снижение уровня преступности, возвращение пациентов к обычной деятельности, уменьшение числа осложнений в ходе беременности и многие другие – являются значительно более серьёзными, чем затраты на неё.³²¹ Ими разработано руководство по реализации и оценке программ ОЗТ, включающее следующие рекомендации:³²²

- Программы ОЗТ могут реализовываться в качестве следующего этапа лечения после осуществления детоксификации. Сама по себе детоксификация редко бывает адекватным методом лечения опиоидной зависимости.
- Полный отказ от употребления наркотиков – это долговременная цель, но «для многих людей с опиоидной зависимостью она, к сожалению, недостижима, особенно в короткие сроки. Исключительное сосредоточение на достижении состояния, свободного от употребления наркотиков, как на непосредственной (достижимой без промежуточных стадий) цели для всех пациентов может повредить решению других важных задач, таких как предупреждение инфицирования ВИЧ».
- Важно обеспечить легкий доступ к ОЗТ с тем, чтобы потребители наркотиков могли получить ее сразу в тот момент, когда они обращаются за лечением.
- Длительность программ ОЗТ не должна каким-либо образом ограничиваться, поскольку многим пациентам необходимо лечиться в течение нескольких лет.
- В идеале страны должны предоставлять несколько разных видов ОЗТ, так как не существует единственного метода лечения, эффективного для всех пациентов.
- Размер лечебной дозы опиоидного препарата для заместительной терапии должен определяться на основе медицинского заключения в отношении каждого пациента,

319 Программа ООН по международному контролю за наркотиками, *Гибкость положений международных договоров по отношению к программам снижения вреда* [UNDCP, *Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches*], Решение 74/10, E/INCB/2002/W.13/SS.5 (30 сентября 2002) п. 17.

320 Ежегодный отчет Международного Комитета по контролю за наркотиками от 2003 года, E/INCB/2003/1, Часть II, п. 222.

321 Совместная позиция ВОЗ/UNODC/ЮНЭЙДС: *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, выше*, pp. 68-69.

322 Там же, pp. 14-19, 26, 41, 50-51.

дозировка не должна быть связанной с наказанием или поощрением. Пациенту не может быть отказано в праве получения ОЗТ по причине того, что он/она продолжают употреблять запрещенные наркотические средства. Потребление запрещенных наркотиков не должно обозначать обязательное исключение из программ лечения. Лица, которые не могут или не хотят отказаться от потребления запрещенных наркотиков должны проходить лечение в целях снижения их заболеваемости, инвалидности и смертности, непосредственной или опосредованной причиной которых является употребление психоактивных веществ. В этих случаях опиоидная заместительная терапия помогает пациентам если не избавиться от наркотической зависимости, то сократить потребление запрещенных наркотиков.

- Там, где опиоидная зависимость широко распространена, программы ОЗТ должны осуществляться не только в специализированных медицинских учреждениях, но и в учреждениях первичной медицинской помощи и социального обеспечения. Наибольшую эффективность подобные программы имеют, когда они становятся частью служб иной медицинской помощи, в частности предоставления услуг по лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, а также их профилактики.
- Помимо всего прочего, для того, чтобы лечение было эффективным в отношении женщин с опиоидной зависимостью, данные услуги должны предоставляться в ориентированных на женщин службах и учреждениях с предоставлением для них возможности ухода за детьми.³²³

Оказание помощи при передозировках

Как отмечалось выше, в настоящее время доказана эффективность применения налоксона для оказания экстренной помощи при передозировках для предотвращения смертельного исхода (при условии, что он применяется вовремя). Опыт применения налоксона в разных странах показывает, что этот препарат может быть применен и распространяться не только через медицинские учреждения и практикующих врачей, но и через аутрич-работников и консультантов по принципу «равный-равному», т.к. вероятность того, что именно они окажутся рядом в случае передозировки, чтобы оказать помощь, значительно выше. Учитывая, что передозировки являются причиной огромного числа смертей среди лиц с наркотической зависимостью, странам проекта рекомендуется изучить опыт в данной области, чтобы наилучшим образом обеспечить доступность налоксона.

Кроме того, серьёзные опасения вызывает то, что согласно законам практически всех стран проекта, обо всех случаях передозировок медицинские работники обязаны сообщать правоохранительным органам. Данное положение приводит к тому, что в случаях передозировок люди не обращаются за медицинской помощью и не вызывают скорую неотложную помощь из-за страха преследования. Национальные экспертные группы Узбекистана и Азербайджана рекомендуют немедленно отказаться от подобной практики; данные рекомендации касаются всех стран проекта.

4.2.4 УЛУЧШЕНИЕ ДОСТУПА К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Тестирование на ВИЧ и консультирование

Все страны, являющиеся членами ООН, приняли на себя обязательства обеспечить каждому человеку доступ к тестированию на ВИЧ, а также лечению, уходу и поддержке для людей, живущих с ВИЧ. В рамках *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, принятой единогласно на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 2001 году, государства обязались, помимо

323 UNODC, *Организация наркологической помощи и ухода для женщин: тематические исследования и накопленный опыт* [UNODC, *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*] Вена, 2004, стр. 20.

прочего, приложить все усилия, чтобы обеспечить доступ всем людям к системе добровольного и конфиденциального тестирования и консультирования в связи с ВИЧ, а также лечение инфекций и заболеваний, связанных с ВИЧ, для тех, кто в нём нуждается.³²⁴ В Декларации, принятой на сессии Генеральной Ассамблеи ООН 2006 года, государства подтвердили свою приверженность цели обеспечения всеобщего доступа к тестированию и лечению в связи с ВИЧ-инфекцией, хотя сроки достижения поставленной цели не были определены.³²⁵

Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека, разработанные ЮНЭЙДС и УВКПЧ, содержат рекомендацию странам принять законодательные акты, гарантирующие, чтобы тестирование на ВИЧ проводилось только с информированного и добровольного согласия лица. В связи с этим законодательство стран проекта нуждается в реформировании для приведения в соответствие с данной рекомендацией. Органами ООН разработаны стандарты тестирования на ВИЧ в соответствии с принципом соблюдения прав лиц, проходящих тестирование.³²⁶ Во всех руководящих принципах ВОЗ и ЮНЭЙДС подчеркивается важность соблюдения прав человека в связи с тестированием на ВИЧ.³²⁷ В частности:

- Тестирование на ВИЧ должно быть добровольным. Люди имеют право не подвергаться какому-либо принуждению в отношении тестирования на ВИЧ. Как было отмечено выше, данный принцип основывается на праве человека на личную неприкосновенность.
- Лицо не должно подвергаться тестированию на ВИЧ без информированного согласия. Это означает, что ему должна быть предоставлена определённая информация о ВИЧ и тестировании на ВИЧ, прежде чем оно может дать согласие или отказаться от прохождения теста. (См. Вставку 9.)
- Результаты тестирования на ВИЧ и сам факт обращения в медицинское учреждение для прохождения тестирования на ВИЧ, являются конфиденциальной информацией, которая не должна выходить за пределы учреждения, проводящего тестирование. Как было отмечено выше, принцип конфиденциальности медицинской информации основывается на праве человека на тайну личной жизни.
- Люди должны иметь возможность получать консультирование по вопросам ВИЧ, включая и возможность задать вопросы консультанту конфиденциально. ВИЧ-инфекция связана с сексуальными отношениями и незаконным потреблением наркотиков – областями, требующими деликатного обращения во многих культурах. До- и после-тестовое консультирование в отношении ВИЧ может быть наилегчайшим способом получения достоверной информации о ВИЧ для многих людей, включая людей из криминализованных, стигматизируемых и маргинализируемых групп.

Согласие, конфиденциальность и консультирование иногда рассматриваются в качестве «трёх ключевых принципов» тестирования на ВИЧ, являющихся гарантией соблюдения важнейших прав тех, кто обращается в медицинские учреждения для прохождения тестирования или проходит данную процедуру.

324 Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, Принята резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 27 июня 2001 года, пп. 52, 55.

325 Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу, Принята Резолюцией 60/262 Генеральной Ассамблеи ООН UN DOC. No. A/RES/60/262 от 2 июня 2006 года

326 ЮНЭЙДС и ВОЗ, *Заявление о политике ЮНЭЙДС/ВОЗ в отношении тестирования на ВИЧ* [UNAIDS and WHO, *UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing*] Женева, 2004; ВОЗ и ЮНЭЙДС, *Руководство по ВИЧ-тестированию и консультированию, проводимому в лечебно-профилактических учреждениях по инициативе медицинских работников* [WHO and UNAIDS, *Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities*] Женева, 2007.

327 См., например, Европейское региональное бюро ВОЗ ев, *Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для стран СНГ* [WHO Regional Office for Europe, *HIV/AIDS Treatment and Care: WHO Protocols for CIS Countries*] Копенгаген, 2004.

ВСТАВКА 9: КАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТАТОЧНОЙ ДЛЯ ДАЧИ ЛИЦОМ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ НА ПРОХОЖДЕНИЕ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ?

Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях, выпущенным ВОЗ/ЮНЭЙДС в 2007 году, рекомендует чтобы в большинстве случаев врачи, медсестры и другие медицинские работники предлагали пациентам, обратившимся в медицинские учреждения, пройти тестирование на ВИЧ, а не ждать, когда пациент сам изъявит желание пройти тест. Тем не менее, даже если прохождение тестирования инициируется медицинским работником, лицо, которому предлагается пройти тест, имеет право на получение информации, описанной ниже, и дать согласие или отказаться от прохождения тестирования. В отличие от позиции ЮНЭЙДС/ВОЗ 2004 года в отношении ВИЧ-тестирования, Руководством 2007 года разрешается предоставление подобной информации в группах, при этом согласие на тестирование должно быть получено индивидуально в условиях конфиденциальности и в присутствии медицинского работника. Информация, предоставляемая перед тестированием, должна включать:

- Изложение причин, в связи с которыми рекомендуется проведение тестирования и консультирования в связи с ВИЧ;
- Разъяснение клинической и профилактической пользы тестирования на ВИЧ, а также информирование о возможном риске негативных последствий, таких как дискриминация, распад семьи или насилие;
- Информирование о перечне медицинских услуг и другой поддержки, предоставляемых лицам после прохождения тестирования, в том числе и относительно видов лечения, предоставляемого лицам, живущим с ВИЧ;
- Заверение, что результаты теста будут рассматриваться как конфиденциальные сведения;
- Уведомление пациента о его праве отказаться от тестирования (при этом ВОЗ и ЮНЭЙДС рекомендуют проведение тестирования, если пациент самостоятельно не заявляет об отказе от прохождения тестирования);
- Объяснение, что отказ пациента от тестирования на ВИЧ не повлияет на его доступ к другим медицинским услугам, не зависящим от ВИЧ-статуса;
- При положительном результате теста, пациенту должно быть сообщено о целесообразности сообщения об инфицированности ВИЧ тем людям в своем окружении, которые могут быть подвержены риску заражения.

Руководство 2007 года также содержит рекомендацию о предоставлении пациенту возможности задать вопросы специалисту, при этом, не уточняется должно ли это происходить в ходе группового ознакомительного обсуждения или индивидуальной беседы.

ВОЗ/ЮНЭЙДС, *Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях* (2007)

Принудительное тестирование на ВИЧ в силу своей природы нарушает права человека на свободу, тайну личной жизни и личную неприкосновенность.³²⁸ Более того, данная принудительная мера зачастую применяется в отношении групп лиц, наименее защищенных, так как на них наложены ограничения государственными структурами или уголовным законодательством. К этим группам относятся военнослужащие, заключённые, лица, занятые в сфере сексуальных услуг, мужчины, имеющие секс с мужчинами, и лица, потребляющие запрещённые наркотики. Но тестирование представителей определённых групп населения на основании их принадлежности к данным группам является дискриминационным. Согласно рекомендациям, изложенным в *Международных руково-*

328 *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, пункт 135.

дящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека, законодательство в сфере здравоохранения, а также уголовное и анти-дискриминационное законодательство должны запрещать принудительное тестирование на ВИЧ определённых групп населения, включая криминализованные группы, такие как люди, потребляющие наркотики.³²⁹ При этом отмечается, что исключения из принципа добровольности тестирования могут допускаться лишь при наличии специального решения суда, основанного на надлежащей оценке правомерности ограничения свобод, тайны личной жизни и личной неприкосновенности,³³⁰ в соответствии с *Сиракузскими принципами*, упоминавшимися выше. ЮНЭЙДС и ВОЗ отрицают необходимость принудительного тестирования на ВИЧ в целях охраны здоровья граждан в целом, отмечая, что «добровольное тестирование скорее приведет к такому изменению поведения, которое поможет избежать передачи ВИЧ другим людям».³³¹ Дополнительно, недобровольное тестирование на ВИЧ препятствует осуществлению эффективной профилактики ВИЧ-инфекции следующим образом:

- Оно может усиливать стигматизацию и дискриминацию людей, живущих с ВИЧ либо уязвимых перед ВИЧ-инфекцией, и служить препятствием их обращения за медицинской помощью. Вследствие этого наиболее уязвимые перед ВИЧ лица могут не пройти тестирование.
- Оно снижает доверие пациентов к медицинским работникам, в то время как установление доверительных отношений между работниками здравоохранения и людьми, живущими с ВИЧ, либо уязвимыми перед ВИЧ-инфекцией, а потому нуждающимися в медицинской помощи в течение длительных периодов, является чрезвычайно важным.
- Обязательное тестирование уязвимых групп может стать причиной ошибочного чувства безопасности у тех, кто не должен его проходить в обязательном порядке, что может привести к тому, что люди забывают о необходимости принимать меры предосторожности при сексуальных отношениях и в других сферах, и тем самым, ослабляют свою защиту от инфекции.
- Программы обязательного тестирования на ВИЧ требуют серьезных затрат, в то время как эти денежные средства с успехом могли бы быть использованы на реализацию иных, более эффективных мер по профилактике ВИЧ.³³²

Согласно позиции УВКПЧ, ЮНЭЙДС и ПРООН, тестирование на ВИЧ должно быть обязательным только в отношении доноров крови, органов, тканей и других субстанций человеческого организма – это необходимо с точки зрения охраны здоровья граждан, и является обязательным для соблюдения законных прав и интересов потенциальных реципиентов органов и тканей, которые имеют право на дачу информированного согласия на процедуру.³³³ Как отмечается в *Международных руководящих принципах*: «интересы общественного здравоохранения не оправдывают обязательного тестирования или постановления на учёт в связи с ВИЧ, за исключением случаев использования донорской крови/органов/тканей, когда перед передачей другому лицу тестированию подвергается человеческий продукт, а не сам человек».³³⁴ Тем не менее, важно, чтобы потенциальные доноры понимали обоснованность требования пройти тестирование в целях охраны здоровья граждан и имели возможность дать информированное согласие на прохождение тестирования на ВИЧ.

- Очевидно, что применение обязательного тестирования на ВИЧ либо использование принудительного тестирования вызывает серьезные опасения с точки зрения охраны здоровья граждан и соблюдения прав человека. Ряд характерных черт политики и практики, существующих в большинстве стран проекта, нуждаются в изменении. Принудительное тестирование лиц в отношении которых у медицинских работников имеются основания полагать, что они являются ВИЧ-позитивными, – которое осуществляется на практике в некоторых странах проекта – способствует плохому обращению и усиливает стигматизацию людей, уязвимых перед инфекцией. Принудительное тестирование на ВИЧ людей с наркотической

329 Там же, пункт 22(j).

330 Там же, пункт 20 (b).

331 *Заявление о политике ЮНЭЙДС/ВОЗ в отношении тестирования на ВИЧ* (2004).

332 ВОЗ, Отчет о консультации по тестированию и консультированию в связи с ВИЧ-инфекцией [WHO, *Statement from the Consultation on Testing and Counseling for HIV Infection WHO/GPA/INF/93.2*] 1992, 3-4.

333 *Принятие мер против ВИЧ: Пособие для парламентариев* [Taking action against HIV: A Handbook for Parliamentarians] 2007, стр. 79.

334 *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, пункт 120.

зависимостью, может привести только к обратным результатам, т.к. препятствует обращению людей, которые и без того напуганы и преследуются как правонарушители, за медицинской помощью, в которой они нуждаются. То же самое относится и к лицам, занятым в сфере сексуальных услуг, и лицам без постоянного места жительства. Кроме того, привлечение к административной либо уголовной ответственности лиц, уклоняющихся от прохождения лечения или отказывающихся раскрывать источник заражения, является бесперспективной мерой, неизбежно ведущей к отказу людей проходить тестирование на ВИЧ или обращаться за иной медицинской помощью. Как показывает многолетний опыт применения мер, основанных на принципе соблюдения прав человека в других странах, даже представители самых изолированных групп населения дают согласие на тестирование на ВИЧ, если оно предлагается с учетом их прав и интересов и осуществляется строго конфиденциально, с предоставлением информации, лечения и поддержки. Приведение национальной политики и практики её осуществления в соответствие с данными нормами, должно быть целью для всех стран проекта, как и для других стран.

- Многие страны проводят политику *предложения* пройти тестирование на ВИЧ всем беременным женщинам, однако подобное предложение должно сопровождаться предоставлением женщине возможности дать информированное согласие либо отказаться от прохождения тестирования, основывая своё решение на полученном разъяснении механизма передачи ВИЧ от матери к ребенку и информации о доступных методах предотвращения этого. ВОЗ и ЮНЭЙДС неоднократно заявляли, что недобровольное тестирование беременных женщин не является обоснованным. Практика, когда тестирование на ВИЧ проводится рутинно, как обычная процедура, и когда не обеспечена гарантия дачи женщиной информированного согласия, и отсутствие такого согласия, на тестирование на ВИЧ, является нарушением прав человека.
- Как будет описано далее (см. ниже раздел 5), принудительное тестирование заключенных не рекомендуется ни UNODC, ни ВОЗ, ни ЮНЭЙДС, и не может быть признано обоснованным с точки зрения охраны здоровья граждан. Заключённые не утрачивают своего права не подвергаться медицинским процедурам иначе как с их согласия только потому, что они находятся в исправительных учреждениях.
- Согласно *Международным руководящим принципам по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, обязательное тестирование на ВИЧ перед вступлением в брак и/или требование представления справки об отсутствии у лица ВИЧ инфекции в качестве условия выдачи свидетельства о браке, является нарушением права людей, живущих с ВИЧ, «вступать в брак и основывать семью», а также принципа равноправия в браке.³³⁵ К подобным выводам пришла и экспертная группа Узбекистана, где законодательством предусматривается обязательное освидетельствование лиц перед вступлением в брак на ВИЧ, наркотическую и алкогольную зависимость, психические расстройства, ИППП и ряд других заболеваний.³³⁶ Согласно заключению экспертной группы, это, в свою очередь, ограничивает возможность оказания медицинских услуг женщинам и увеличивает риск рождения детей с ВИЧ-инфекцией, «кроме того, проблема предоставления до-тестового консультирования данной категории лиц по прежнему не решена и конфиденциальность результатов тестирования не гарантируется».
- Обязательное тестирование на ВИЧ иностранных граждан не является обоснованным. Согласно *Международным руководящим принципам по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, «меры, ограничивающие свободу передвижения или свободу выбора места жительства по причине ВИЧ-статуса лица, нельзя обосновать никакими обязательствами по охране общественного здоровья. В соответствии с действующими международными медико-санитарными правилами, единственным заболеванием, в связи с которым требуется наличие соответствующего

335 *Всеобщая декларация прав человека*, Статья 16; ЮНЭЙДС/УВКПЧ, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, пункт 118.

336 Положение «О медицинском обследовании лиц, вступающих в брак», принято Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан № 365 (25 августа 2003 года).

свидетельства для зарубежных поездок, является жёлтая лихорадка. Таким образом, любые ограничения прав, обусловленные исключительно предполагаемым или фактическим ВИЧ-позитивным статусом, включая скрининг (тестирование на ВИЧ) людей, едущих за рубеж, являются дискриминационными и не могут быть признаны обоснованными в качестве мер охраны здоровья граждан».³³⁷ В *Международных руководящих принципах* отмечается, что «в тех случаях, когда в силу соображений экономического характера, государства запрещают людям, живущим с ВИЧ, находиться на своей территории в течение более длительного времени, они не должны выделять ВИЧ инфекцию в качестве особого, по сравнению с другими обстоятельствами, основания подобного запрета, и должны установить, что затраты подобного рода действительно будут иметь место в случае, если иностранцу выдаётся разрешение проживать на территории данного государства. При рассмотрении заявлений на получение разрешения на въезд в страну гуманитарные соображения, такие как содействие воссоединению семьи или предоставление убежища, должны иметь больший вес, чем экономические соображения».³³⁸

- Наконец, попытки не допустить людей, живущих с ВИЧ, к занятию трудовой деятельностью являются несправедливыми и нарушают права человека. В связи с этим, принуждение проходить тестирование на ВИЧ в качестве необходимого условия трудоустройства является мерой, от которой, в соответствии с рекомендациями *Международных руководящих принципов по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, следует отказаться. «Следует принять или подготовить законы, нормативные акты и коллективные соглашения в целях обеспечения гарантии ... права не подвергаться ВИЧ-скринингу при приёме на работу, повышении по службе, поступлении на учебу или назначении пособий».³³⁹ Применение обязательного тестирования на ВИЧ в связи с трудоустройством является недальновидной политикой ещё и потому, что в результате наиболее квалифицированный специалист может лишиться возможности занимать определенную должность, что станет дополнительным бременем для системы социального обеспечения. В законодательство должны быть внесены поправки, предусматривающие «запрет на ВИЧ-скрининг при приёме на работу, повышении по службе или поступлении на учебу».³⁴⁰ В *Своде практических правил «ВИЧ/СПИД и сфера труда»* Международной организации труда, предназначенные для политиков, работников, работодателей и иных категорий лиц, сформулированы основные принципы, определяющие подходы к проблеме профилактики ВИЧ инфекции в сфере труда и обеспечению ухода и помощи работникам. Наряду с прочими мерами, данным документом рекомендуется запретить скрининг с целью исключения людей, живущих с ВИЧ, из сферы занятости и трудового процесса.³⁴¹ В сфере здравоохранения вместо попыток исключить ВИЧ-позитивных медицинских работников из трудового процесса, ВОЗ неоднократно рекомендовала придерживаться «универсальных мер предосторожности», предполагающих использование медицинскими работниками перчаток, защитных очков и других средств защиты на основании предположения, что кровь или другие жидкие субстанции организма пациента или другого работника могут нести ВИЧ или другие патогены.³⁴² Военнослужащие также имеют право не подвергаться каким-либо медицинским процедурам иначе как с их согласия, и им не должно быть отказано в праве служить в рядах вооруженных сил только на основании того, что они заражены ВИЧ.

Обеспечение лучшего доступа к профилактике ВИЧ для лиц, потребляющих наркотики: программы предоставления стерильных игл и шприцев и аутрич работа

Первостепенную важность в рамках работы по профилактике ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики, имеют меры снижения риска передачи ВИЧ посредством совместного использования инъекционного оборудования. Органами ООН признаётся значимость политики снижения вреда и практики применения программ снижения вреда для охраны здоровья граждан – в данном случае

337 *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, пункт 127.

338 Там же, пункт 128.

339 Там же.

340 *Принятие мер против ВИЧ: Пособие для парламентариев* (2007), стр. 77.

341 МОТ, *Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда»*, Женева 2001, Основной Принцип 4(6) стр. 4 и стр. 14-15.

342 ЮНЭЙДС, *Универсальные меры предосторожности и безопасность крови*, июль 2008, онлайн на: <http://www.unaids.org/ru/PolicyAndPractice/Prevention/UnivPrecaution/default.asp>

имеются в виду программы, нацеленные на снижение вреда, связанного с потреблением наркотиков, но не обязательно требующие полного отказа от потребления наркотических средств. Как было отмечено UNODC, концепция снижения вреда объединяет «разнообразие подходов к снижению ущерба, связанного с потреблением наркотиков, здоровьем отдельных людей и общества в целом, их социальному и экономическому благополучию».³⁴³

ВСТАВКА 10: ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И УХОД В СВЯЗИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ ДЛЯ ЛИЦ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ

ВОЗ, ЮНЭЙДС и UNODC разработали концепцию комплексного пакета мер по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией для людей, потребляющих инъекционные наркотики, применение которых является научно обоснованным и должно включать:

- программы предоставления игл и шприцев;
- опиоидную заместительную терапию и другие виды лечения наркотической зависимости;
- добровольное тестирование и консультирование в связи с ВИЧ;
- лечение и уход в связи с ВИЧ-инфекцией, включая антиретровирусную терапию;
- профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путём;
- программы предоставления презервативов людям, потребляющим инъекционные наркотики, и их партнерам;
- целевое информирование, образование и обеспечение связи с людьми, потребляющими инъекционные наркотики и их партнерами;
- диагностика гепатитов В и С, лечение и вакцинация там, где это необходимо; и
- профилактика, диагностика и лечение туберкулёза.

Имеются многочисленные убедительные доказательства того, что меры снижения вреда (такие, как предоставление доступа к стерильному инъекционному оборудованию и программы опиоидной заместительной терапии) выполнимы, эффективны в качестве средства охраны общественного здоровья, экономичны и не ведут к росту потребления наркотиков.³⁴⁴ Применение этих мер, согласно UNODC, не только разрешено международными Конвенциями по наркотическим средствам,³⁴⁵ но и согласуется с (и, возможно, является необходимым) обязательствами, принятыми на себя государствами согласно международному праву о правах человека, в частности, с обязательством принимать все возможные меры для обеспечения и охраны наивысшего достижимого уровня здоровья, уделяя особое внимание здоровью социально маргинализируемых групп населения.³⁴⁶

Программы предоставления стерильных шприцев и другого инъекционного оборудования лицам, потребляющим наркотики, являются необходимым компонентом мер предотвращения распространения ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передаваемых с кровью, а также важной мерой снижения вреда, связанного с потреблением наркотиков. Программы обеспечения иглами и шприцами были одобрены огромным числом научных, в том числе и медицинских, организаций, а также ЮНЭЙДС, ВОЗ и UNODC.³⁴⁷ *Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, принятая Генеральной Ассамблеей ООН в 2001 году, содержит признание важности обеспечения «более широкого и недискриминационного доступа, среди прочего, ... к оборудованию, обеспечивающему стерильность инъекций», а также призыв обеспечить расширение доступа к стерильным сред-

343 Правовое управление программы ООН по международному контролю за наркотиками, *Гибкость положений международных договоров по отношению к программам снижения вреда*, Решение 74/10, UN Doc. E/INCB/2002/W.13/SS.5, 75 сессия, Вена (30 сентября 2002).

344 Об опиоидной заместительной терапии, обычно рассматриваемой в качестве меры снижения вреда, говорилось выше, в разделе о лечении наркотической зависимости. О программах снижения вреда в тюрьмах будет говориться ниже, в разделе о тюрьмах. В данном разделе мы уделяем основное внимание рассмотрению значимости такой меры снижения вреда, как программы предоставления игл и шприцев.

345 Правовое управление программы ООН по международному контролю за наркотиками, *Гибкость положений международных договоров по отношению к программам снижения вреда*, цитируемый документ.

346 *Принятие мер против ВИЧ: Пособие для парламентариев*, 2007, стр. 175.

347 *Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, Принята резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН от 27 июня 2001 года; Правовое управление программы ООН по международному контролю за наркотиками, *Гибкость положений международных договоров по отношению к программам снижения вреда*, Решение 74/10, UN Doc. E/INCB/2002/W.13/SS.5, 2002.

ствам для инъекций в качестве важной меры предотвращения распространения ВИЧ-инфекции.³⁴⁸ UNODC отмечает, что «имеются доказательства того, что доступность и регулярное использование чистых средств для инъекций может предотвратить и даже снизить распространение эпидемии ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков».³⁴⁹ ЮНЭЙДС подчеркивает, что «наиболее эффективными, в том числе и с экономической точки зрения, мерами профилактики эпидемии среди потребителей инъекционных наркотиков, являются меры для снижения вреда, такие как доступ к стерильному инъекционному инструментарию; лечение от наркотической зависимости, например с использованием метадона и бупренорфина; широкая социальная работа среди населения; и предоставление информации о профилактике ВИЧ».³⁵⁰ В *Международных руководящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека* УВКПЧ и ЮНЭЙДС рекомендуют государствам «отменить ограничения, касающиеся применения профилактических мер, таких как предоставление презервативов, дезинфицирующих средств, стерильные иглы и шприцы [и] ... рассмотреть возможность предоставления широкого доступа к подобным средствам, используя для этого различные способы их предоставления, включая торговые автоматы, устанавливаемые в соответствующих местах ...».³⁵¹ Кроме того, согласно рекомендациям, изложенным в данном документе, «уголовное законодательство не должно препятствовать осуществлению государствами мер, снижающих риск распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и обеспечивающих им лечение и уход в связи ВИЧ-инфекцией. Уголовное законодательство должно быть пересмотрено с целью: (а) разрешения или легализации программ обмена /распространения игл и шприцев и обеспечении содействия их реализации, (б) отмены законов, рассматривающих в качестве правонарушения хранение, распространение и раздачу игл и шприцев».³⁵²

Следует отметить, что программы предоставления стерильных шприцев могут основываться на принципе «один к одному» или «один к одному плюс ещё несколько шприцев» в зависимости от нужд клиента. Как показывают исследования, лица, пользующиеся услугами программ *раздачи* шприцев, используют шприцы повторно реже, чем клиенты программ, четко придерживающихся принципа обмена «один к одному» (программ *обмена* шприцев). Таким образом, программы *раздачи* шприцев являются более эффективными в отношении снижения распространенности рискованных моделей поведения среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.³⁵³

Наряду с обменом и раздачей шприцев, программы обеспечения стерильными средствами для инъекций могут также предоставлять: а) другие средства для безопасного внутривенного употребления наркотиков, включая ампулы со стерильной водой, тампоны, фильтры, безопасные препараты кислот, ложки, чашки и другие необходимые материалы; б) материалы для безопасного курения и ингаляции наркотиков, например, трубки, мундштуки, металлические сита, спиртовые салфетки и бальзам для губ; в) презервативы и другие средства безопасного секса; г) оказание первой помощи в экстренных ситуациях.³⁵⁴ Предоставление этих материалов в дополнение к стерильным шприцам может способствовать повышению посещаемости программ предоставления стерильных игл и шприцев в целом и, таким образом, повышать их эффективность в сфере снижения вреда. Предоставление стерильных средств для курения, например, трубок и ампул, снижает вероятность передачи инфекций, таких как гепатит С, через зараженный инструментарий.³⁵⁵

348 Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, пп. 23 и 52.

349 UNODC, Всемирный доклад о наркотиках 2004, секция 1.3.3 стр. 52. онлайн на англ. языке: www.unodc.org/pdf/WDR_2004/Chap1_injecting_drugs.pdf.

350 ЮНЭЙДС, *Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: На пути к обеспечению всеобщего доступа* [UNAIDS, *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*], 2007, стр. 46.

351 *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Руководящий принцип 6, пункт 39.

352 Там же, Руководящий принцип 4, пункт 21(d).

353 A. Kral et al., "Injection risk behaviour among clients of syringe exchange programs with different syringe dispensation policies", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 37(2) (2004): 1307-1312.

354 *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными шприцами.

355 Исследования показали, что курение крэка является возможным фактором риска заражения ВИЧ, гепатитом С и туберкулезом, эти инфекционные заболевания могут передаваться при использовании общего инструментария, посредством которого передаются частицы зараженной крови. См.: A.E. Weber et al., "Risk factors associated with HIV infection among young gay and bisexual men in Canada", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2001; 28: S1-S8; J. McMahon and S. Tortu, "A potential hidden source of hepatitis C infection among non-injecting drug users," *Journal of Psychoactive Drugs* 2003; 35: 523-534.

ВСТАВКА 11: ВОЗМОЖНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРОГРАММ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ШПРИЦЕВ

Возможные законодательные препятствия для эффективного функционирования программ обеспечения стерильными шприцами включают следующие моменты:

- деятельность сотрудников программ обеспечения стерильными шприцами может неверно трактоваться, как о «содействие» или «подстрекательство» к употреблению наркотиков, и соответственно рассматриваться как уголовное правонарушение, что может вызвать конфликт между правоохранительными органами и органами здравоохранения;
- привлечение к ответственности за хранение инструментария для потребления наркотиков: ВОЗ отмечает, что законы, предусматривающее привлечение лиц, потребляющих наркотики, к ответственности за хранение стерильного инструментария для их потребления, а также законы, рассматривающие в качестве правонарушителей медицинских работников, предоставляющих подобные средства, «могут представлять серьезное препятствие на пути предотвращения распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков»;³⁵⁶
- запрещение *потребления запрещённых наркотических средств* (равно как и их хранение для личного потребления) и *хранение остаточного количества запрещённого наркотика* в шприцах, которые использовались для инъекционного введения наркотиков. В рамках некоторых правовых систем непосредственно хранение остаточного (крайне незначительного) количества наркотического средства в шприце является основанием для привлечения лица к ответственности. Криминализация хранения остаточного количества запрещенного вещества отпугивает клиентов программ игл и шприцев, которые могут предпочесть не участвовать в программе, обеспечивающей предоставление стерильных средств, и не уничтожать использованные шприцы безопасным способом, а это, в свою очередь, может влечь повторное использование шприцев. *Руководством для законодателей по вопросам ВИЧ/СПИДа, законодательства и прав человека* рекомендуется отменить уголовную ответственность за хранение остаточных количеств запрещенных наркотиков.³⁵⁷

ЮНЭЙДС, *Руководство для законодателей по вопросам ВИЧ/СПИДа, законодательства и прав человека*, 1999, стр. 54

Исследования показали, что законы, криминализующие хранение шприцев, способствуют тому, что люди предпочитают не держать при себе стерильные средства для инъекций, что приводит к росту распространения моделей рискованного поведения, например, совместному или повторному использованию шприцев, а также к тому, что потребители инъекционных наркотиков избегают от использования шприцев небезопасными способами.³⁵⁸ Распространение опасных практик потребления наркотиков снижается в тех правовых системах, где покупка и хранение шприцев не запрещены.³⁵⁹

Местонахождение пунктов, осуществляющих программы обеспечения стерильным инъекционным оборудованием, имеет огромное значение для их эффективной работы. Эффективному функционированию программ игл и шприцев (ПИШ) может помешать официальное или неофициальное присутствие работников правоохранительных органов в непосредственной близости к ПИШ или аптекам.³⁶⁰ Многочисленные исследования и отчеты показывают, что вмешательство полиции сни-

356 WHO Policy Brief: *Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission*, p. 2.

357 357 UNAIDS, Inter-parliamentary Union, Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights, 1999, p. 54, online: www.ipu.org/PDF/publications/aids_en.pdf.

358 R. Bluthenthal et al., "Drug paraphernalia laws and injection-related infectious disease risk among drug injectors," *Journal of Drug Issues* 1999; 29(1): 1-16; W. Small et al., "Impacts of intensified police activity on injection drug users: evidence from an ethnographic investigation," *International Journal of Drug Policy* 2006; 1: 89-95.

359 См.: D.A. Calsyn et al., "Needle use practices among intravenous drug users in an area where needle purchase is legal," *AIDS* 1991; 5(2): 187-193.

360 E. Wood et al., "The impact of a police presence on access to needle exchange programs," *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 34,1 (2003):116-117; W. Small et al., "Impact of intensified police activity on injection drug users: Evidence from an ethnographic investigation," *International Journal of Drug Policy* 17 (2006):85-95; H. Cooper et al., "The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: A qualitative study," *Social Science and Medicine* 61 (2004)5) 673-684.

жает эффективность программ и создает дополнительный риск передачи ВИЧ-инфекции.³⁶¹ Таким образом, эффективная работа программ обеспечения стерильными шприцами часто зависит от сотрудничества правоохранительных органов и органов здравоохранения, персонала программ и клиентов, пользующихся их услугами, особенно в тех правовых системах, где хранение остаточных количеств наркотиков или шприцев запрещено.³⁶² Правоохранительные органы и организации, занимающиеся реализацией подобных программ, должны координировать свои действия, чтобы убедиться, что методы работы правоохранительных органов не мешают работе программ обеспечения стерильными шприцами. Часто такая координация включает просвещение (например, чтобы работники правоохранительных органов осознали важность ПИШ и не применяли правоохранные практики таким образом, что они препятствовали бы осуществлению этих программ) и заключение договоренностей между официальными лицами правоохранительных органов и организациями, занимающимися реализацией подобных программ, о правильной практике применения правоохранительных мер в районах, прилегающих к месту расположения ПИШ.³⁶³ В качестве альтернативы, специальными постановлениями для правоохранительных органов может быть введен запрет на проведение обысков и задержаний в связи с правонарушениями, связанными с наркотиками, вблизи мест, где расположены пункты ПИШ.³⁶⁴

В целом, отсутствие конфиденциальности (либо предполагаемое отсутствие конфиденциальности) может привести к снижению посещаемости пунктов обеспечения стерильными шприцами клиентами из-за боязни последствий разглашения информации о состоянии здоровья,³⁶⁵ включая дискриминацию и другие нарушения прав.³⁶⁶

ВСТАВКА 12: ПУНКТЫ КОНТРОЛИРУЕМОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

В дополнение к мерам снижения вреда, упомянутым ранее, государства могут рассматривать возможность организации пунктов контролируемого потребления наркотиков (ПКПН) на основании оценки национальной потребности в таковых.

Подобные пункты (которые также называют «местами для безопасных инъекций», когда они ориентированы на потребителей инъекционных наркотиков) являются медико-социальными учреждениями, которым разрешено на законных основаниях предоставлять условия для потребления наркотиков (заранее приобретенных клиентами) путем предоставления им стерильного инструментария и инъекций наркотиков под контролем медицинских специалистов.³⁶⁷ Пункты контролируемого потребления наркотиков были созданы для борьбы с распространением эпидемий ВИЧ-инфекции и гепатита С среди лиц, потребляющих наркотики, в связи с тем, что большое число потребителей наркотиков не охвачено имеющимися службами, а также тем, что проблемы охраны здоровья отдельных лиц и охраны общественного порядка, связанные с употреблением запрещенных наркотиков, особенно в общественных местах, стоят чрезвычайно остро. ПКПН являются специальной мерой по охране здоровья отдельных людей и общества в рамках более широкой сети услуг для людей, потребляющих наркотики.

Предоставляя услуги, которые не могут предложить другие службы, ПКПН играют важную роль в установлении и поддержании контакта с людьми, употребляющими наркотики, из групп вы-

361 Там же.

362 *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными шприцами. Онлайн на английском (www.aidslaw.ca/modellaw) и русском языках (www.aidslaw.ru/modellaw).

363 Установление соответствующих связей с правоохранительными органами и организация тренингов рекомендуется и *Руководством для законодателей по вопросам ВИЧ/СПИДа, законодательства и прав человека*, стр. 54.

364 *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными шприцами, стр.23.

365 Вмешательство правоохранительных органов является серьезным препятствием посещению программ обеспечения стерильных шприцев потребителями наркотиков. T. Rhodes et al, "Situation factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment," *Social Science and Medicine* 57, 1 (2003): 39-54.

366 Статья 17.1 *Международного пакта о гражданских и политических правах* и Статья 12 *Всеобщей декларации прав человека* запрещают «произвольное» вмешательство в личную жизнь человека.

367 K. Dolan, "Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia," *Drug and Alcohol Review* 2000; 19: 337-346; W. Schneider, *Guidelines for the Operation and Use of Consumption Rooms* (materialien Nr.4), Akzept e. V and C von Ossietzky Universitat Oldenburg, 2000.

сокого риска, в частности, с людьми, которые употребляют наркотики на улице. Характерными чертами представителей данной группы являются их социальная изолированность, проблемы со здоровьем, отсутствие постоянного места жительства, и, зачастую, отсутствие доступа к медицинским услугам. Кроме того, люди, употребляющие наркотики на улице, вызывают большую враждебность населения, а более активные, по отношению к ним, действия правоохранительных органов, могут увеличить вред, наносимый их здоровью.

Цели организации ПКПН заключаются в снижении риска распространения инфекций, передающихся с кровью, в особенности ВИЧ-инфекции и гепатита; снижении вероятности заболеваемости и смертности в результате передозировок; способствовании защите людей, потребляющих наркотики, от другого возможного вреда их здоровью, связанного с употреблением наркотиков в негигиеничных и небезопасных условиях. На уровне общества, ПКПН способствуют решению проблем охраны общественного порядка и обеспечения безопасности в связи с практикой потребления наркотиков в общественных местах.³⁶⁸ Как и в отношении программ игл и шприцев, большим количеством исследований подтверждено, что организация ПКПН не ведёт к росту потребления наркотиков или общественным беспорядкам. Напротив, эти пункты дают положительные результаты в отношении отдельных граждан и общества в целом, стабилизируя и укрепляя здоровье людей, пользующихся их услугами, и снижая уровень потребления наркотиков в общественных местах и связанные с этим нарушения порядка.

Медицинские услуги, предоставляемые первичным звеном здравоохранения, не всегда могут охватить большое число людей, употребляющих наркотики, поскольку эти лица часто маргинализированы и боятся преследования со стороны властей. Важнейшим дополнением к стационарным программам предоставления игл и шприцев в этой связи, является аутрич-работа, состоящая в обеспечении взаимодействия изолированных групп населения с этими (и другими) службами здравоохранения. Аутрич-работа эффективна в выявлении взаимосвязанных групп людей, потребляющих наркотики, привлечении их к использованию услуг, предоставляемых программами снижения вреда, установлении доверительных отношений между персоналом программ и людьми, потребляющими наркотики, а также в распространении стерильных средств для инъекций и просветительских материалов.³⁶⁹ Эти программы также могут советовать нуждающимся, обратиться за лечением наркотической зависимости и в другие учреждения здравоохранения (в том числе и в связи с тестированием на ВИЧ и консультированием), а также предлагают социальную помощь (включая правовую поддержку).³⁷⁰ В некоторых странах работники аутрич-программ обучаются способам применения опиоидных антагонистов, таких, как налоксон, для того, чтобы в экстренных ситуациях быстро нейтрализовать расстройства здоровья, связанные с передозировками опиатами.

Аутрич-программы, нацеленные на людей, употребляющих наркотики, могут осуществляться как работниками здравоохранения, так людьми, которые употребляют, или ранее употребляли, наркотики («равными» консультантами, или консультантами «равный-равному»). Исследования подтвердили, что аутрич-работа, проводимая людьми из среды потребителей наркотиков, эффективнее аутрич-работы, проводимой социальными или медицинскими работниками.³⁷¹ Лица одного круга могут более активно привлекать и обучать других людей, потребляющих наркотики, так как последние, скорее всего, будут прислушиваться к тем, кто сам пережил трудности, связанные с употреблением наркотиков. В частности, аутрич-программы с работниками из среды потребителей

368 *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 4: Пункты контролируемого потребления наркотиков.

369 *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 6: Аутрич работа и предоставление информации.

370 Другие примеры социальной помощи могут включать профессиональное обучение, помощь с решением жилищных вопросов, консультирование по финансовым вопросам, поддержку со стороны социальных работников, участие в группах взаимопомощи.

371 R.H. Needle et al, *Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*, WHO, 2004. Онлайн на: www.who.int/hiv/pub/idu/en. Исследования показывают, что работа по принципу «равный-равному», по сравнению с программами, предоставляющими только обучение безопасным способам потребления наркотиков, ведёт к значительному снижению рискованного поведения, такого как совместное использование шприцев людьми, потребляющими наркотики. См., например, N. Madray and Y. van Hulst, "Reducing HIV/AIDS high risk behaviour among injection drug users: peers vs. education", *Journal of Drug Education* 2000; 30(2): 205-211. Аутрич-программы, осуществляемые работниками из среды потребителей наркотиков, могут иметь доступ и предоставлять услуги по снижению вреда группам повышенного риска, к которым обычные программы снижения вреда не имеют доступа. См. E. Wood et al, "An external evaluation of a peer-run 'unsanctioned' syringe exchange program," *Journal of Urban Health* 2003; 80(3): 455-464.

наркотиков наиболее эффективным образом охватывают людей, не имеющих доступа к иным источникам стерильных средств для инъекций, например, аптекам. Таким образом, отказ от дискриминации работников программ предоставления игл и шприцев (включая и аутрич-работников) в связи с тем, что они потребляют или ранее потребляли наркотики, оправдан не только с точки зрения соблюдения прав человека, но и в целях повышения эффективности подобных программ.

Реализация аутрич-программ, предоставляющих информацию и просвещающих людей, потребляющих инъекционные наркотики, соответствует международным договорам по борьбе с наркотиками. Ни одна из конвенций ООН о наркотиках не содержит положений, запрещающих распространение информации, связанной с потреблением наркотиков, для снижения вреда, связанного с их потреблением. Тем не менее, в некоторых правовых системах, аутрич-работники могут преследоваться по закону за «пособничество», «подстрекательство» или «содействие» потреблению наркотиков в связи с предоставлением ими информации о безопасных практиках потребления наркотиков. Аутрич-программы, предоставляющие стерильные шприцы или другие материалы, снижающие вред от небезопасного потребления наркотиков, могут оказаться уязвимыми перед законами, запрещающими хранение или распространение «принадлежностей для потребления наркотиков». Для обеспечения эффективного снижения рисков, связанных с потреблением наркотиков, национальное законодательство должно освободить работников программ снижения вреда и аутрич-работников от уголовной ответственности в связи с их деятельностью по снижению вреда.

К эффективному уходу, лечению и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией

Право получать лечение по поводу ВИЧ инфекции является составной частью права человека на наивысший достижимый уровень здоровья и медицинских услуг, гарантируемого *Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах*. Решениями Комиссии ООН по правам человека (предшественницей Совета ООН по правам человека) конкретно определено право людей, живущих с ВИЧ, на медицинскую помощь и лечение, в которых они нуждаются. Комиссия призвала страны принять все возможные меры, чтобы обеспечить «всем людям без какой-либо дискриминации, в том числе и представителям наиболее уязвимых и социально незащищенных групп населения, широкий доступ и экономическую доступность фармацевтической продукции и медицинских технологий, применяемых для борьбы с пандемией ВИЧ/СПИД ...». ³⁷² Подобные заявления от международного органа по правам человека способствовали тому, что лица, принимающие решения, и эксперты в области здравоохранения осознали неправомерность того, что в течение длительного периода времени принималось как данность, а именно, что лица с низким достатком и граждане стран с низким уровнем доходов, не будут иметь возможности получать лечение от ВИЧ инфекции из-за высокой стоимости антиретровирусных препаратов.

Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека рекомендуют государствам принять «меры, необходимые для того, чтобы на постоянной основе и с соблюдением принципа равноправия, обеспечить наличие и доступность для всех людей качественных товаров, услуг и информации для профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом, включая антиретровирусные и другие безопасные и эффективные лекарственные средства...». ³⁷³ Руководящие принципы также содержат в этой связи рекомендацию государствам предпринимать «позитивные меры», призванные снизить влияние факторов, которые препятствуют обеспечению равного доступа к лечению для уязвимых лиц, включая людей, потребляющих запрещенные наркотики. ³⁷⁴ Как было отмечено выше, *Политическая Декларация по ВИЧ/СПИДу* Генеральной Ассамблеи ООН 2006 года подтвердила приверженность государств принятым на себя обязательствам по обеспечению всеобщего доступа к лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИДом. Благодаря существенному снижению стоимости антиретровирусных препаратов первого поколения с 2001 года, осуществление данных обязательств во многих странах становится всё более реальным, хотя множество препятствий на пути всеобщей доступности лечения по-прежнему не устранены. Всемирная организация здравоохранения разработала множество руководств, информирующих стра-

³⁷² Комиссия ООН по правам человека, «Охрана прав человека в контексте проблемы вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдрома приобретённого иммунодефицита (СПИД)», Решение 1999/49 (1999); и «Доступ к лекарственным препаратам в контексте пандемий ВИЧ/СПИДа, малярии и туберкулёза», Решение 2003/29 (2003), и подобные Решения, онлайн на: www.ohchr.org.

³⁷³ *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Объединённая версия 2006, пункт 24.

³⁷⁴ Там же, пункт 31.

ны о накопленном практическом опыте в сфере лечения ВИЧ/СПИДа и оппортунистских инфекций, уделяя при этом особое внимание предоставлению доступа к лечению на недискриминационной основе, ³⁷⁵ многие страны, также опубликовали руководства для работников сферы здравоохранения своих государств.

Как отмечается в отчётах национальных экспертных групп, расширение доступа к антиретровирусной терапии для людей с ВИЧ, нуждающихся в лечении, должно быть приоритетным направлением работы, так как это продлевает их жизнь и период трудоспособности, снижает вирусную нагрузку в организме заражённого человека, и, тем самым, снижает риск передачи вируса другим людям, а также мотивирует людей проходить тестирование с тем, чтобы узнать свой ВИЧ-статус. Во всех странах проекта национальной политикой, и в некоторых случаях законодательством, людям, живущим с ВИЧ, гарантируется доступ к лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Однако подобная политика не имеет смысла, если лица, потребляющие наркотики, фактически утрачивают возможность получать лечение по причине криминализации и маргинализации, с которыми они сталкиваются. Таким образом, существует необходимость реформирования законодательства, чтобы уменьшить криминализацию и маргинализацию данных групп, что является составляющей мер обеспечения всеобщего доступа к лечению. Кроме того, административные и экономические препоны между предоставлением лечения наркотической зависимости и лечения, в связи с ВИЧ, явным образом препятствуют тому, чтобы услуги оказывались наиболее удобным и приемлемым для пациента образом.

4.3 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕФОРМИРОВАНИЮ ПОЛИТИКИ И ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА, КАСАЮЩИХСЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

4.3.1 ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПА К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТА

Рекомендация 9: Устранить системные барьеры, препятствующие доступу к медицинскому обслуживанию

В целях обеспечения всеобщего доступа к медицинскому обслуживанию, в том числе и для лиц с наркотической зависимостью и представителей других уязвимых групп населения, государствам рекомендуется принять меры к тому, чтобы медицинские услуги оказывались независимо от наличия или отсутствия регистрации по месту жительства (как на бумаге, так и на практике). Важно обеспечить свободный доступ к медицинскому обслуживанию для лиц без документов, удостоверяющих их личность, лиц, не имеющих прописки, переселенцев и беженцев. Люди, потребляющие наркотики, лица, занятые в сфере сексуальных услуг, лица, освободившиеся из мест лишения свободы, и переселенцы подвергаются более серьёзному риску заражения ВИЧ и другими передающимися через кровь инфекциями, также выше и вероятность того, что они не будут иметь документов, удостоверяющих личность, либо прописки. В связи с этим, предоставление данным категориям лиц информации о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции, а также о лечении наркотической зависимости, является важным элементом политики любой страны в отношении охраны индивидуального и общественного здоровья. Информация о профилактике заболеваний и возможностях лечения должна бесплатно предоставляться всем людям, постоянно или временно проживающим на территории страны. В случаях, когда государства не имеют возможности предоставить бесплатное лечение ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости иностранному гражданину, лечение должно быть организовано в рамках договоров между странами региона.

Рекомендация 10: Исключить ВИЧ-инфекцию из списка «опасных» заболеваний

Включение ВИЧ-инфекции в национальные перечни «заболеваний, представляющих опасность для окружающих», способствует дальнейшей стигматизации и дискриминации ЛЖВ, усиливая страх общества перед этими людьми, особенно в связи с тем, что ВИЧ-инфекция ставится в один ряд с

³⁷⁵ См., например, ВОЗ, *Приоритетные вмешательства: Профилактика, лечение и уход при ВИЧ/СПИДе в секторе здравоохранения*, Женева, 2008.

высоко заразными заболеваниями, передающимися бытовым путём (например, передающимся по воздуху туберкулёзом, или передающейся с водой холерой), чем создаётся ложное впечатление, что риск заражения ею также высок. Общественное порицание и дискриминация способствуют тому, что люди предпочитают не проходить тестирование и не обращаться за лечением, что приводит к обратным результатам в отношении охраны здоровья граждан. Обеспечение людей, живущих с ВИЧ, доступом к качественному бесплатному лечению и уходу важно как в целях охраны прав человека, так и в целях охраны индивидуального и общественного здоровья. В связи с этим, четырем странам проекта, имеющим перечни таких «опасных» заболеваний (а именно, Азербайджану, Казахстану, Туркменистану и Узбекистану) рекомендуется изучить правомерность рассмотрения ВИЧ-инфекции в одном ряду с заболеваниями, включенными в данные списки, а также рассмотреть возможность использования альтернативного способа обеспечения свободного доступа к лечению без подобной, стигматизирующей, категоризации.

4.3.2 РЕФОРМИРОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ И ЗАКОНОВ О ВИЧ И НАРКОТИКАХ

Рекомендация 11: Обеспечить должное финансирование национальных программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

В тех странах, где национальные программы в настоящее время не имеют четко определённого бюджета на реализацию предусматриваемых мер, либо в случаях, когда четким образом не прописан порядок выделения средств на их реализацию, правительствам рекомендуется, без промедления, принять необходимые меры для устранения данного упущения, в том числе, посредством принятия законов, необходимых для выделения денежных средств.

Рекомендация 12: Обеспечить значимое участие затронутых групп и гражданского общества в разработке и внедрении национальных программ, касающихся ВИЧ-инфекции и наркотиков

Чтобы обеспечить участие гражданского общества и групп, подверженных высокому риску ВИЧ инфицирования и развития наркотической зависимости, в разработке национальных программ в отношении ВИЧ-инфекции и наркотиков, а также в их реализации и мониторинге, правительствам стран проекта рекомендуется изучить и оценить существующий процесс вовлечения этих групп. Государствам рекомендуется регулярно консультироваться с группами людей, живущих с ВИЧ, членами уязвимых групп (включая лиц, потребляющих наркотики, и лиц в местах лишения свободы), и неправительственными организациями, предоставляющими услуги в связи с ВИЧ-инфекцией и потреблением наркотиков, для определения способов обеспечения их регулярного и значимого участия в разработке, принятии, реализации и мониторинге программ.

Рекомендация 13: Обеспечить чёткие гарантии соблюдения прав человека, особенно в отношении групп населения высокого риска, в ответных мерах государства на распространение ВИЧ-инфекции

В национальных программах стран проекта по ВИЧ, редко уделяется внимание проблеме уважения, защиты и соблюдения прав человека в отношении уязвимых групп. В связи с этим, рекомендуется принять ряд следующих мер:

- 1.1 Государственному органу, ответственному за разработку и осуществление национальной программы по профилактике и лечению ВИЧ инфекции (как правило, это Министерство здравоохранения), рекомендуется пересмотреть программу и включить в неё положения, чётким образом предусматривающие соблюдение принципов уважения, защиты и соблюдения прав человека. Это делается не только для выполнения международных обязательств государства, но и в целях обеспечения эффективности национальной программы по ВИЧ, достижения запланированных целей. Данное обязательство по соблю-

дению прав человека должно содержать четкое признание необходимости уважения, защиты и соблюдения прав человека в отношении групп, наиболее уязвимых перед ВИЧ-инфекцией (включая лиц, потребляющих наркотики, и лиц в местах лишения свободы) и включать конкретные вмешательства, необходимые для достижения этих целей.

- 1.2 В соответствии с данным обязательством по правам человека, в национальные программы стран (где таких положений на сегодняшний день нет), рекомендуется включить положения, предусматривающие реализацию мер по информированию общества в целом, и отдельных его групп (например, медицинских работников, сотрудников правоохранительных органов, администрацию и сотрудников исправительных учреждений), о ВИЧ-инфекции, с тем, чтобы снизить уровень стигматизации и дискриминации, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, лица, потребляющие наркотики, и лица, находящиеся в настоящее время или находившиеся в прошлом в местах лишения свободы.

Рекомендация 14: Включить в национальные программы по ВИЧ положения, предусматривающие систематическое обучение и подготовку специалистов ключевых секторов, таких как система здравоохранения и правоохранительная система

- 1.1 Национальными программами по ВИЧ и соответствующими ведомственными нормативными актами, должно быть предусмотрено регулярное обучение медицинских работников (включая психологов, психиатров и наркологов) и социальных работников новейшим методам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, а также вопросам прав человека и защиты от дискриминации. Программа подготовки практикующих врачей должна включать обучение консультированию и тестированию на ВИЧ.³⁷⁶
- 1.2 Аналогичным образом, национальные программы должны предусматривать обучение в связи с ВИЧ и наркотической зависимостью для сотрудников правоохранительных органов.

Рекомендация 15: Включить в национальные программы по ВИЧ и наркотикам недвусмысленные гарантии обеспечения мер по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики

Для достижения «всеобщего доступа» к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией, и обеспечения эффективности решения проблемы распространения ВИЧ-инфекции среди особо уязвимых групп населения, странам проекта рекомендуется принять ряд мер как в отношении их национальных программ по ВИЧ, так и в отношении их национальных программ по наркотическим средствам:

- 1.1 В те национальные программы по ВИЧ, которые на сегодняшний день не содержат подобного аспекта, рекомендуется включить чётко выраженное обязательство принятия мер по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди лиц, потребляющих наркотики. Это положение должно чётко предусматривать реализацию мер снижения вреда в качестве одного из основных компонентов национальной программы по ВИЧ – с общей целью профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики, и обеспечения доступа к лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для лиц, потребляющих наркотики, и живущих с ВИЧ.
- 1.2 Аналогичным образом, рекомендуется пересмотреть те национальные программы по профилактике и лечению наркомании, которые на сегодняшний день не содержат подобного аспекта, и включить в них чётко сформулированное положение, предусматривающее реализацию мер снижения вреда в качестве одного из основных компонентов национального

³⁷⁶ Европейское региональное бюро ВОЗ, *Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для стран СНГ*, Копенгаген, 2004.

подхода. Профилактика ВИЧ-инфекции и другого вреда среди людей, потребляющих наркотики, и обеспечение доступа к лечению, уходу и поддержке, в которых нуждаются ВИЧ-позитивные лица, должны быть чётко обозначены в качестве задач национальной политики в отношении наркотических средств (в программах по наркотикам должны даваться ссылки на национальную программу по ВИЧ, в которой эти меры должны быть описаны более детально).

- 1.3 Во всех странах проекта признание мер снижения вреда в качестве элемента национальной программы по ВИЧ должно сопровождаться и гарантироваться непосредственным *перечислением конкретных мер, которые должны быть проведены в ответ на распространение ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики*, включая реализацию программ предоставления стерильных игл и шприцев и программы опиоидной заместительной терапии. (При этом в программе должно быть оговорено, что подобный перечень мер не должен рассматриваться как исчерпывающий, он должен представлять собой открытый список и быть призван наметить основные направления и виды деятельности и дать их примеры).

Рекомендация 16: Включить в национальные программы по ВИЧ и программы по реформе системы исправительных учреждений гарантии предоставления профилактики, лечения, ухода и поддержки в отношении ВИЧ-инфекции в тюрьмах

Для того чтобы достичь цели предоставления «всеобщего доступа» к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией, и обеспечить эффективность профилактики распространения ВИЧ-инфекции среди особо уязвимых групп населения, странам проекта рекомендуется принять ряд мер в отношении их национальных программ по ВИЧ и в отношении национальных программ, определяющих работу и развитие системы исправительных учреждений:

- 1.1 В национальные программы стран проекта по ВИЧ, которые на сегодняшний день не содержат подобного аспекта, рекомендуется включить чётко выраженное обязательство по принятию мер по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией в учреждениях исправительной системы.³⁷⁷ При этом должна быть признана реальность того, что поведение, в результате которого может произойти заражение ВИЧ-инфекцией, включая сексуальные отношения и употребление наркотиков, имеет место в тюрьмах. В связи с этим для решения данной проблемы должны приниматься зарекомендовавшие себя научно-обоснованные эффективными меры, реализуемые при полной гарантии соблюдения прав людей, находящихся в исправительных учреждениях.
- 1.2 Аналогичным образом, в национальные программы по реформированию системы исправительных учреждений стран проекта (там, где такие программы существуют), рекомендуется включить чётко сформулированное положение об обеспечении уважения и охраны прав заключённых. Также в программы рекомендуется включить положения, гарантирующие обеспечение мер профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц в учреждениях исправительной системы и их доступа к лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. (Национальные программы по реформированию системы исправительных учреждений должны ссылаться на национальную программу по ВИЧ, в которой более детально описаны предусматриваемые для реализации данных задач меры).
- 1.3 Во всех странах проекта национальные программы по ВИЧ должны содержать указание конкретных мер, которые должны осуществляться в учреждениях исправительной системы в целях обеспечения профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ-инфекцией. Данные меры должны включать, как минимум, меры, рекомендованные в Разделе 5 ниже, такие как обеспечение свободного, конфиденциального доступа к информации о риске передачи ВИЧ при сексуальных связях и совместном использовании средств для инъекций и

³⁷⁷ В некоторых странах уже разработана специальная стратегия решения проблемы ВИЧ-инфекции в тюрьмах: например, *Программа по противодействию эпидемии ВИЧ и СПИД в учреждениях УИС в Республике Казахстан на 2007-2010*, утверждена Приказом Министерства юстиции Республики Казахстан № 229 (14 августа 2007 года).

нанесения татуировок; добровольному тестированию на ВИЧ и ИППП и консультированию; распространение презервативов и дезинфицирующих средств; распространение стерильных средств для инъекций и нанесения татуировок; опиоидной заместительной терапии и другим видам лечения от наркотической зависимости; лечению туберкулёза и ИППП, а также к лечению антиретровирусным препаратам и другим лекарственным средствам и другим составляющим медицинского обслуживания в связи с ВИЧ-инфекцией. Необходимо чётким образом указать, что неправительственные организации могут играть важную роль в обеспечении профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ-инфекцией в учреждениях исправительной системы. (Кроме того, в программе должно быть оговорено, что подобный перечень мер не должен рассматриваться как исчерпывающий, он является открытым списком и призван наметить примеры основных направлений и видов деятельности.)

- 1.4 Национальные программы по ВИЧ и любые национальные программы, имеющие отношение к реформированию системы исправительных учреждений, должны содержать чётко выраженное обязательство соблюдения принципа равноправия – этот принцип заключается в том, что лица в учреждениях исправительной системы должны иметь доступ к информации в связи с охраной здоровья, медицинским товарам и услугам, в том числе для профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ, в том же объеме, и на таком же уровне, как и люди вне учреждений исправительной системы.

Рекомендация 17: Усовершенствовать существующее или принять новое законодательство в отношении ВИЧ там, где это необходимо

Во всех странах проекта национальные экспертные группы рекомендуют внести поправки в существующие законы о ВИЧ или принять новые законы о ВИЧ. Общие проблемы, требующие решения, заключаются в следующем:

- Национальные законы о ВИЧ должны чётко предусматривать достижение всеобщего доступа к товарам, услугам и информации для профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ-инфекцией для населения в целом, а также для лиц в учреждениях исправительной системы на основе принципа равноправия.
- Национальные законы о ВИЧ должны содержать положения, определяющие меры профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди особо уязвимых групп, включая, наряду с прочими (например, лицами, занятыми в сфере сексуальных услуг, мужчинами, имеющими секс с мужчинами, молодёжью, женщинами), лиц, потребляющих наркотики, и лиц в учреждениях исправительной системы. Законы должны предписывать включение мер по снижению вреда (например, программы опиоидной заместительной терапии и программы предоставления игл и шприцев) в систему ответных мер государства для решения проблемы ВИЧ-инфекции. При этом законы должны быть сформулированы таким образом, чтобы было ясно, что данные меры должны рассматриваться не как единственно возможные, а как ведущие направления и виды деятельности.
- Национальные законы о ВИЧ должны чётко предусматривать вовлечение ЛЖВ, представителей уязвимых групп и неправительственных организаций, деятельность которых имеет отношение к проблеме ВИЧ-инфекции, в процесс разработки, осуществления и оценки политики и программ в этой сфере. Должна быть создана чёткая правовая база привлечения неправительственных организаций к участию в различных видах деятельности и оказанию различных услуг (включая осуществление программ снижения вреда, в том числе и в учреждениях исправительной системы) в целях содействия обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.
- Национальные законы о ВИЧ должны содержать положения, чётким образом предусматривающие обеспечение доступа к тестированию на ВИЧ, сопровождаемому до- и после-тестовым консультированием и являющемуся при этом добровольным, основанным на информированном согласии и строго конфиденциальным (и даже предусмотреть доступ к абсолютно анонимному тестированию на ВИЧ в определённых обстоятельствах). Кроме того, законом должно быть запрещено недобровольное тестирование лиц на ВИЧ.
- Все национальные законы по ВИЧ содержат выраженный в чёткой форме запрет на дис-

криминацию лиц в связи с их ВИЧ-статусом, однако данные положения редко (или никогда) не выполняются. Рекомендуется усилить запрет дискриминации в связи с фактическим или предполагаемым ВИЧ-статусом лица, путем принятия соответствующих руководств по осуществлению данного положения и более строгим соблюдением буквы закона.

- Национальные законы по ВИЧ должны содержать выраженное в четкой форме положение, предусматривающее реализацию различных «информационных, образовательных и коммуникационных» (ИОК) программ, включая программы просвещения граждан по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией и её профилактикой (например, относительно безопасного секса), по вопросам их прав и прав других людей, а также специальное обучение, направленное на снижение стигматизации и дискриминации в связи с ВИЧ.
- Существует необходимость мониторинга и оценки эффективности программ и подходов в ответ на ВИЧ на практике. Для этого рекомендуется законодательно предусмотреть (национальными законами о ВИЧ либо национальными законами об охране здоровья граждан), чтобы соответствующие государственные органы были наделены полномочиями для разработки и осуществления статистического учёта и обработки, а также других методов количественной и качественной оценки эффективности медицинского обслуживания и программ в отношении ВИЧ-инфекции.

Рекомендация 18: Национальные программы по наркотикам должны рассматривать вопросы профилактики и лечения наркотической зависимости отдельно от проблемы борьбы с незаконным оборотом наркотиков

Национальные программы по наркотическим средствам должны рассматривать потребление наркотиков и наркотическую зависимость в качестве проблемы здравоохранения, а не проблемы уголовного права. Для этого странам проекта рекомендуется либо разделить положения существующей национальной программы о мерах в отношении лечения наркотической зависимости и мерах обеспечения охраны правопорядка; либо разработать отдельную национальную программу по профилактике и лечению наркотической зависимости. В обоих случаях именно органы здравоохранения, а не агентство по контролю за наркотиками должно иметь исключительные полномочия и руководить разработкой и осуществлением мер профилактики и лечения наркотической зависимости.

4.3.3 УЛУЧШЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Рекомендация 19: Расширить спектр методов добровольного лечения наркотической зависимости, в том числе, и посредством принятия новых законов либо внесения поправок в существующие законы

В настоящее время во многих странах детоксификация является наиболее распространённым подходом к лечению наркотической зависимости, а широкий спектр методов и видов лечения наркотической зависимости, одобренных международными организациями, не применяется, либо применяется ограниченно. Всем странам проекта рекомендуется расширить доступ, на добровольной основе, к научно-обоснованным эффективным видам лечения наркотической зависимости.

- Странам, которые на сегодняшний день уже имеют отдельные законы о лечении наркотической зависимости, рекомендуется усилить положения данных законов, и предусмотреть обеспечение доступа к расширенному спектру необходимых услуг, в том числе, и посредством осуществления и оценки эффективности ОЗТ и предоставления доступа к мерам реабилитации и психологической помощи в качестве ключевых элементов комплексного подхода. Экспертная группа Азербайджана, например, подчёркивает необходимость диверсифицировать подходы к лечению, с тем, чтобы была возможность выбора метода лечения, и гарантировать, что все они предусматриваются законом либо нормативными актами, а так-

же рекомендует разработать положения, дающие возможность неправительственным организациям принимать участие в предоставлении научно-обоснованных эффективных видов лечения наркотической зависимости. Эксперты из Туркменистана рекомендуют разработать законодательную базу для создания общедоступной «сети предоставления добровольного, анонимного и бесплатного лечения», обеспечивающую строгие гарантии конфиденциальности.

- Странам, на сегодняшний день не имеющим законов о лечении наркотической зависимости (например, Кыргызстану и Узбекистану), рекомендуется, как было предложено национальной экспертной группой Кыргызстана, принять специальный закон о профилактике и лечении наркотической зависимости.

Рекомендация 20: Устранить препятствия для доступа к эффективному, доступному по цене и конфиденциальному лечению наркотической зависимости

Правительства стран региона должны без промедления принять меры в целях обеспечения законодательных гарантий того, чтобы ни стоимость услуг, ни отсутствие прописки не являлись препятствиями получения медицинской помощи (как на бумаге, так и на практике). Во многих странах проекта анонимное лечение предоставляется только на платной основе. Для получения бесплатного лечения в тех странах, где оно существует, необходимо предоставление подробной личной информации, которая впоследствии может быть передана другим органам, в том числе и правоохранительным. Получение бесплатного (оплачиваемого государством) лечения также предполагает постановку на наркологический учёт в качестве потребителя наркотиков (либо лица с наркотической зависимостью), что может влечь нарушение иных прав (например, дискриминацию при трудоустройстве или приёме в высшие учебные заведения). Для того чтобы усилить охрану конфиденциальности в связи с лечением наркотической зависимости и тем самым расширить доступ к лечению, особенно для людей, не имеющих средств для оплаты лечения в частных клиниках, рекомендуется обеспечить предоставление анонимного или строго конфиденциального лечения наркотической зависимости на базе государственных медицинских учреждений.

Рекомендация 21: Обеспечить доступ к опиоидной заместительной терапии

Всем странам проекта рекомендуется в качестве приоритетной меры в кратчайший срок обеспечить доступ к опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) для всех, кто в ней нуждается. Как отмечается экспертами ряда стран, отсутствие действенных шагов по расширению доступности программ ОЗТ является недальновидной политикой ввиду серьёзности проблемы ВИЧ-инфекции, гепатита С и героиновой зависимости в регионе.

- 1.1 Обеспечить правовую базу предоставления ОЗТ:** Всем странам проекта, включая те, в которых предоставление ОЗТ осуществляется, но не имеет правовой базы, рекомендуется внести в законодательство положения, её предусматривающие. Как было отмечено выше, в странах, где имеется закон о лечении наркотической зависимости, очевидно, именно в этот закон рекомендуется внести поправки, предусматривающие предоставление ОЗТ. В качестве альтернативы поправки могут быть внесены в существующий закон о наркотических средствах.³⁷⁸ Странам, на сегодняшний день не имеющим закона о наркотической зависимости, рекомендуется принять новый закон, содержащий положения, предусматривающие доступность ОЗТ. (Учитывая, что ОЗТ является и мерой профилактики ВИЧ-инфекции, её предоставление может быть предусмотрено и в рамках национальных законов по ВИЧ). При этом создание законодательной базы не должно тормозить осуществление и расширение программ ОЗТ, в которых безотлагательно нуждаются все страны проекта.

378 Например, в Казахстане, где решение о предоставлении ОЗТ уже было принято, однако его осуществление отложено, подобные положения могут быть добавлены к существующему Закону РК «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией» № 325-ІІ (27 мая 2002) либо к Закону РК «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблениям ими» № 279-І (10 июля 1998).

1.2 Обеспечить законодательное разрешение использования метадона и признать препараты, используемые для ОЗТ, в качестве основных жизненно необходимых лекарственных средств: Во всех шести странах, участвовавших в проекте, бупренорфин разрешен к обороту в соответствии с законодательством о наркотиках, которое позволяет применять этот препарат при условии строгого контроля. В пяти странах (за исключением Узбекистана) метадон разрешен к медицинскому применению на тех же условиях, что и бупренорфин. В Узбекистан метадон ввозился дважды в соответствии со специальным постановлением для использования в пилотных программах ОЗТ (прекращенных в 2009 г.). В Узбекистане необходимо включить метадон в список средств, разрешенных к использованию в медицинской практике. Во всех странах, в том числе и тех, где метадон и/или бупренорфин уже применяются для лечения наркотической зависимости, данные препараты рекомендуется отнести к числу основных жизненно необходимых лекарственных средств.

1.3 Обеспечить реализацию программ ОЗТ в тех странах, где данный вид лечения не предоставляется, и расширить его применение во всех странах: В странах, где ОЗТ не предоставляется (Таджикистан, Туркменистан), рекомендуется начать реализацию программ ОЗТ. Во всех странах проекта правительствам рекомендуется принять на себя обязательства следования четкому графику оценки существующих программ ОЗТ и их расширению в кратчайшие сроки до необходимых масштабов.

1.4 Возобновить осуществление программ ОЗТ в Узбекистане: В 2009 году Узбекистан принял решение приостановить реализацию осуществлявшейся в стране пилотной программы ОЗТ. Министерству здравоохранения Узбекистана рекомендуется пересмотреть данное решение и изучить возможности возобновления реализации программы, обеспечивая гарантии её качества и мониторинга безопасности на более высоком уровне.

1.5 Разработать клинические протоколы ОЗТ в целях защиты прав пациентов: Для того чтобы обеспечить гарантии соблюдения прав человека и наибольшую эффективность ОЗТ, странам проекта рекомендуется разработать и принять стандарты клинических процедур в связи с ОЗТ на основе принципа соблюдения прав пациентов. Например, снижение назначаемой дозы препарата ни при каких обстоятельствах не должно использоваться в качестве меры наказания пациентов, которые нарушают правила программы (как например, в Азербайджане). Аналогичным образом, исключение пациентов из программы ОЗТ только в связи с тем, что они употребляют уличные наркотики, не является оправданным - данную меру рекомендуется отменить.

Рекомендация 22: Усовершенствовать систему подготовки работников здравоохранения

Органам здравоохранения во всех странах проекта рекомендуется инвестировать больше средств в обучение медицинских работников последним научным методикам лечения наркотической зависимости, в соответствии с лучшими практиками и международными стандартами.

Рекомендация 23: Ограничить или полностью отказаться от принудительного лечения от наркотической зависимости

Национальные экспертные группы рекомендуют всем странам проекта отказаться от широко распространенного в них принудительного лечения наркотической зависимости.³⁷⁹ В целом, рекомендуется отменить все виды принудительного лечения, в том числе в учреждениях исправительной системы, где существующая на сегодняшний день распространенная практика применения принудительного лечения должна уступить место предоставлению доступа к научно-обоснованному

³⁷⁹ Эксперты Таджикистана призывают отменить существующий закон о принудительном лечении и заменить его положениями, ограничивающими применение принудительного лечения исключительными обстоятельствами, и основанными на принципах прав человека. Группа экспертов из Узбекистана подчеркнула необходимость сужения правил, при которых люди могут быть направлены на принудительное лечение наркотической зависимости и отметила, что одним из источников, которые могут быть использованы при реформировании системы принудительного лечения может быть руководство *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Модуль 2: Лечение наркотической зависимости (2006)*, имеется в Интернете на сайте: www.aidslaw.ca/modellaw.ru. В Туркменистане, согласно мнению национальной экспертной группы, нормативные документы должны более четко определять случаи назначения принудительного лечения, так как существующая на сегодняшний день практика является неэффективной и нерентабельной.

добровольному лечению.³⁸⁰ Исключения должны составлять только те редкие случаи, когда существует серьезная угроза причинения лицом непосредственного или неизбежного вреда себе или окружающим (третьим лицам), как было определено резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН о психиатрической помощи.³⁸¹ Во всех случаях применения какого-либо принуждения в отношении лечения от наркотической зависимости пациенты должны иметь право обжаловать решение о применении принудительного лечения в независимом суде.

Рекомендация 24: Внести изменения в систему постановки на наркологический учёт и отказаться от практики сообщения сведений о потребителях наркотиков в другие органы

Национальные экспертные группы признали существующую систему постановки на наркологический учёт основным препятствием для обращения людей, потребляющих наркотики, за лечением от наркотической зависимости. Нарушение конфиденциальности сведений о пациентах, состоящих на учёте в государственных медицинских учреждениях, предоставляющих лечение от наркотической зависимости, ограничивает доступ к лечению для малообеспеченных людей (среди которых при этом велик процент лиц с серьезной наркотической зависимостью). Эти люди не имеют возможности оплачивать анонимное лечение в частных клиниках, в ходе которого обеспечиваются гарантии соблюдения их права на тайну личной жизни и защита от отрицательных последствий постановки на учёт в качестве потребителя наркотиков. Как было отмечено экспертами из Таджикистана и Узбекистана, приоритетом является запрещение свободной передачи информации из органов здравоохранения правоохранительным органам, а также изменение сложившейся на сегодняшний день практики, когда постановка на наркологический учёт может повлечь ограничение лица в определённых правах либо применение в отношении него более строгого уголовного наказания. Некоторые эксперты рекомендуют реформирование системы в целях обеспечения строгих гарантий конфиденциальности. Однако необходимо выразить опасение, что при условии криминализации людей с наркотической зависимостью, правоохранительные органы всегда будут оказывать давление на систему здравоохранения в целях получения информации о лицах, потребляющих наркотики.

В связи с этим рекомендуется принять следующие меры:

1.1 Провести оценку эффективности постановки на наркологический учёт: Во всех странах проекта рекомендуется провести независимую оценку эффективности и рентабельности наркологического учёта в целях реформирования или отмены системы в случае, если проведённая оценка продемонстрирует неэффективность, или обратные желаемым результаты в отношении охраны здоровья граждан и прав человека.

1.2 Реформировать (либо отменить) систему постановки на наркологический учёт: В качестве приоритетной меры всем странам проекта рекомендуется отменить (либо, по крайней мере, значительно ограничить сферу применения) положений о постановке на соответствующий учёт, имеющихся в законах и других актах о наркотических средствах и наркологической помощи.

1.3 Обеспечить гарантии соблюдения конфиденциальности сведений о пациентах, состоящих на наркологическом учёте: Если система постановки на учёт будет в каком-либо виде сохранена, странам рекомендуется ввести, по крайней мере, гораздо более строгие гарантии обеспечения конфиденциальности личной и медицинской информации о пациентах. Для этого рекомендуется принять поправки, которые:

³⁸⁰ Например, ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, *Меры по профилактике ВИЧ в тюрьмах: Лечение наркотической зависимости*, Серия аналитических обзоров «Аргументы в пользу действий» 2007, онлайн на http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789244595800_rus.pdf

³⁸¹ Если принудительное или квази-принудительное лечение является альтернативой уголовному преследованию и/или наказанию, странам рекомендуется внимательно изучить ситуацию и предусмотреть меры минимизации нарушения прав лиц, которым назначается наказание, не связанное с уголовным судопроизводством. Более подробно обсуждение данного вопроса представлено в документе *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 1: Вопросы уголовного права, 2006*, стр. 23 и далее (включая приложение о специальных судах по наркотикам), онлайн на: www.aidslaw.ca/modellaw.ru.

- отменяют любое обязательство, налагаемое законом на работников учреждений, предоставляющих наркологическую помощь, и другой медицинский персонал, раскрывать информацию о людях, обращающихся за лечением, либо о случаях передозировок, правоохранительным органам;
- отменяют право правоохранительных органов либо прокуратуры требовать такую информацию на основании запроса;
- запрещают работникам учреждений, предоставляющих наркологическую помощь, и другому медицинскому персоналу раскрывать личную информацию о пациентах за исключением редких и четким образом определённых обстоятельств.

Рекомендация 25: Принять меры к предотвращению смертности в случаях передозировок

Всем странам проекта, которые на сегодняшний день этого не сделали, рекомендуется в кратчайшие сроки зарегистрировать налоксон и включить его в перечень основных лекарственных средств в качестве препарата, используемого для оказания экстренной помощи при передозировках опиоидами. Странам также рекомендуется развивать проекты, направленные на профилактику передозировок, обучать аутрич-работников и консультантов по принципу «равный-равному» методам оказания помощи при передозировках и изучить возможность предоставления доступа к налоксону аутрич-работникам неправительственных организаций и консультантам по принципу «равный-равному», как это рекомендовано национальными экспертами из Узбекистана.

4.3.4 УЛУЧШЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Рекомендация 26: Обеспечить доступ к бесплатному анонимному тестированию на ВИЧ и ИППП

Согласно рекомендациям национальных экспертных групп, национальные законы по ВИЧ должны быть реформированы таким образом, чтобы они включали положения, предусматривающие предоставление всем желающим добровольного анонимного либо конфиденциального тестирования на ВИЧ на бесплатной основе. Дополнительные меры должны быть приняты для того, чтобы гарантировать, что уязвимые группы (например, люди, употребляющие наркотики) имели доступ к такому бесплатному, анонимному тестированию и консультированию. Эпидемиологические данные, необходимые для планирования программ по профилактике ВИЧ-инфекции и оказанию медицинского обслуживания, нацеленные на лиц из групп повышенного риска, могут быть собраны и не на основании требования о предоставлении полной информации о личности пациента. Сходного подхода рекомендуется придерживаться и в отношении тестирования на другие ИППП.

Рекомендация 27: Обеспечить гарантии того, чтобы тестирование на ВИЧ осуществлялось на добровольной основе с информированного согласия лица, проходящего тестирование

В национальное законодательство (включая законы, иные нормативные акты, приказы, постановления, инструкции) стран проекта, допускающее разночтения, рекомендуется внести изменения и чётким образом определить, что тестирование на ВИЧ должно проводиться только на основании добровольного информированного согласия лица, проходящего тестирование. В целях внесения большей ясности законами и иными правовыми инструментами должны быть предусмотрены до- и после-тестовое консультирование и наличие согласия, выраженного в письменном виде, в качестве необходимых условий проведения тестирования. Закон также должен чётким образом предусматривать механизмы обращения в суд в случаях, когда тестирование на ВИЧ было проведено без согласия лица. Внесение данных поправок к законам должно сопровождаться обучением всех медицинских работников, работающих в области ВИЧ-инфекции, правам человека и этическим нормам в связи с ВИЧ-инфекцией, а также предоставлению непредвзятого, качественного консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции в качестве компонента тестирования.

Рекомендация 28: Обеспечить более строгие гарантии соблюдения конфиденциальности при тестировании на ВИЧ

Учитывая, что ВИЧ-инфекция несёт на себе стигму общественного порицания, обеспечение гарантий соблюдения конфиденциальности сведений о результатах тестирования на ВИЧ является важным фактором мотивирования людей проходить тестирование. В национальное законодательство стран проекта, на сегодняшний день не обеспечивающее подобных гарантий, рекомендуется внести изменения и чётким образом обязать тех, кто предоставляет услуги по тестированию на ВИЧ, соблюдать конфиденциальность сведений о результатах тестирования, а также предусмотреть возможность обращения в суд для лиц, чьё право на конфиденциальность медицинской информации было нарушено. Кроме того, посредством информационных, образовательных и коммуникационных (ИОК) программ и материалов рекомендуется обеспечить гарантии того, что граждане информированы не только о том, как пройти тестирование на ВИЧ, но и о том, как охраняются их права на конфиденциальность результатов тестирования.

Рекомендация 29: Сократить применение обязательного и принудительного тестирования на ВИЧ

Как было отмечено выше, недобровольное тестирование на ВИЧ не является правомерным или оправданным за исключением случаев донорства крови, органов, тканей и других субстанций организма. Национальные законы должны быть реформированы с целью введения запрета на обязательное и принудительное тестирование на ВИЧ во всех остальных случаях (например, лиц, потребляющих наркотики или подозреваемых в их употреблении; лиц, в отношении которых имеются основания полагать, что они заражены ВИЧ-инфекцией, лиц, предположительно подверженных высокому риску заражения ВИЧ, лиц в учреждениях исправительной системы, иностранных граждан, лиц перед вступлением в брак, при принятии на работу и т.д.). При издании директив, обязывающих медицинских работников проводить тестирование на ВИЧ определенных групп населения, Министерства здравоохранения должны в них четко обозначить требования соблюдения этических норм и прав пациента. Таким образом, будет обеспечена гарантия, того, что пациентам, которым предлагается пройти тестирование на ВИЧ, предоставляется необходимая информация с тем, чтобы они могли принять информированное решение о прохождении теста (т.е. обеспечить получение их добровольного информированного согласия на тестирование).

Рекомендация 30: Принять законы либо иные нормативные акты, создающие чёткую юридическую базу для эффективного осуществления программ снижения вреда, таких как программы предоставления стерильных игл и шприцев

Национальными экспертными группами выдвинуты ряд рекомендаций в целях повышения эффективности программ снижения вреда, в частности программ игл и шприцев, в качестве основной составляющей профилактики ВИЧ среди людей, потребляющих инъекционные наркотики. Рекомендуется принять следующие меры:

- **Внести изменения в правовую базу:** Некоторые национальные экспертные группы (например, Азербайджана и Таджикистана) пришли к выводу о необходимости принятия правовых инструментов, чётким образом регламентирующих осуществление программ предоставления игл и шприцев (в том числе, механизм уничтожения использованных шприцев) и являющихся гарантией законности данной деятельности, а также описывающих полномочия персонала программ предоставления игл и шприцев и обеспечивающих их защиту. В Туркменистане, например, рекомендуется начать осуществление программ предоставления игл и шприцев, финансируемых за счёт государства, которые в настоящее время отсутствуют. К осуществлению данных программ рекомендуется привлекать неправительственные организации. Ещё одной мерой, дополняющей данные усилия, является бесплатное распространение шприцев через аптеки. Основной задачей является обеспечение людям, потребляющим наркотики, ничем не затруднённого, реального доступа к дешёвым стерильным средствам

для инъекций.

- **Гарантировать защиту работников и клиентов программ игл и шприцев от привлечения к уголовной или административной ответственности:** Как было отмечено выше в Разделе 3 (о вопросах уголовного права), в целях повышения эффективности программ игл и шприцев рекомендуется принять меры по реформированию уголовного и/или административного права, чтобы исключить возможность привлечения персонала программ игл и шприцев (включая аутрич-работников) а также их клиентов, к ответственности за «пособничество» либо «подстрекательство» к потреблению наркотиков, в связи с осуществлением ими мер снижения вреда. Аналогичным образом, рекомендуется отменить положения законодательства, предусматривающие привлечение к ответственности за хранение остаточных количеств наркотических веществ в использованном инструментарии для инъекций. Наряду с принятием данных поправок к уголовному или административному законодательству, странам рекомендуется рассмотреть возможность принятия новых регуляций, либо внесения поправок в существующие нормативные акты, придающие официальный статус аутрич-работе, что также необходимо для обеспечения гарантии защиты аутрич-работников (например, включив положения о деятельности аутрич-работников в рамках программ предоставления игл и шприцев и других программ, направленных на снижение вреда, в существующие законы, регламентирующие деятельность социальных работников или работников здравоохранения).

- **Обеспечить конфиденциальность сведений о клиентах:** Соблюдение конфиденциальности медицинской информации позволяет клиентам программ обеспечения иглами и шприцами пользоваться предоставляемыми услугами, не опасаясь, что сведения о состоянии их здоровья могут быть сообщены правоохранительным или иным органам. Рекомендуется ввести чёткий законодательный запрет на разглашение личной информации о лицах, пользующихся услугами программ предоставления стерильных игл и шприцев.

- **Обеспечить невмешательство правоохранительных органов:** Рекомендуется, чтобы правоохранительным органам было чётким образом предписано (например, в законе) не вмешиваться в деятельность программ предоставления игл и шприцев (в том числе и в деятельность аутрич-работников). В качестве альтернативы, или дополнения, могут быть заключены соглашения между правоохранительными органами и органами здравоохранения либо неправительственными организациями, осуществляющими программы предоставления игл и шприцев, о гарантиях того, что правоохранительные органы не будут препятствовать эффективной работе данных программ.

- **Обеспечить доступность приобретения игл и шприцев через аптеки:** В качестве дополнения к программам предоставления игл и шприцев (например, через «пункты доверия») стерильные средства для инъекций должны быть доступны в аптеках без каких-либо ограничений. Странам, в которых имеются ограничения на продажу стерильных средств для инъекций в ночное время, либо лицам, не достигшим определённого возраста, либо в отношении количества шприцев, которые могут быть проданы одному человеку, рекомендуется отменить данные ограничения в целях охраны здоровья граждан.

Рекомендация 31: Отменить положения, предусматривающие применение принудительного лечения в связи с ВИЧ-инфекцией и ИППП

Согласно данным национальных экспертных групп, во всех странах проекта предусматривается привлечение к административной и/или уголовной ответственности за отказ либо уклонение от прохождения лечения в связи с ВИЧ-инфекцией или ИППП, а также за сокрытие информации об источнике заражения. Национальные экспертные группы пришли к выводу, что подобные положения закона способствуют дальнейшей стигматизации людей, живущих с ВИЧ, а также тому, что люди предпочитают не проходить тестирование. Данные положения нарушают права человека на тайну личной жизни, свободу и неприкосновенность личности. В связи с этим данные положения рекомендуется отменить.

Рекомендация 32: Обеспечить доступ к бесплатному анонимному лечению в связи с ВИЧ-инфекцией и ИППП

В странах проекта рекомендуется:

- отменить постановку на учёт в связи с ИППП; и
- закрепить в законе предоставление бесплатного анонимного тестирования на ВИЧ и ИППП.

Рекомендация #33: Принять меры для обеспечения всеобщего доступа к более широкому спектру услуг в связи лечением ВИЧ-инфекции, включая антиретровирусную терапию, в том числе и для ВИЧ-позитивных лиц, употребляющих наркотики

Для того чтобы повысить качество услуг по лечению и уходу для людей, живущих с ВИЧ, в том числе и тех, кто употребляет наркотики, рекомендуется следующее:

- Рассмотреть возможность внесения поправок в национальный закон по ВИЧ или соответствующие нормативные акты и приказы, чтобы чётким образом регламентировать механизм взаимодействия центров по борьбе со СПИДом и учреждений, предоставляющих лечение гепатита С, наркотической зависимости и туберкулеза, и координацию их усилий, так как их пациенты зачастую нуждаются во всём комплексе данных услуг; а также установить порядок перенаправления людей, живущих с ВИЧ, и людей с наркотической зависимостью из данных специализированных учреждений в другие учреждения здравоохранения.³⁸² В Туркменистане было бы полезно разрешить независимым и квалифицированным экспертам в области эпидемиологии, мониторинга и оценки распространения ВИЧ-инфекции оказать содействие развитию национальной системе здравоохранения, так как ввиду многочисленности лиц, согласно официальным данным, употребляющих инъекционные наркотики, кажется маловероятным, что всего два человека в стране были заражены ВИЧ.
- Чтобы расширить доступ к лечению ВИЧ-инфекции в учреждениях, вызывающих доверие у людей, употребляющих наркотики, необходимо в максимально возможной степени интегрировать услуги по предоставлению наркологической помощи с услугами по предоставлению лечения ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Также рекомендуется обеспечить обучение наркологов и медицинских работников, предоставляющих услуги в связи с ВИЧ и туберкулезом, о важности и необходимости предоставления антиретровирусной терапии нуждающимся потребителям наркотиков, и о необходимости вовлечения потребителей наркотиков в разработку предназначенных для них программ.
- Как отмечено выше, рекомендуется обеспечить предоставление ОЗТ зависимым от наркотиков людям, живущим с ВИЧ, для того, чтобы они могли успешно получать АРТ, а также в максимально возможной степени интегрировать предоставление опиоидной заместительной терапии и антиретровирусной терапии.
- Применять методы контроля и оценки фактического пользования лицами, употребляющими наркотики, антиретровирусной терапии, без применения карательных мер, в том числе и используя мониторинг без идентификации личности, что не нарушает права потребителей наркотиков на конфиденциальность медицинской информации о них.

³⁸² Что соответствует, например, рекомендации экспертной группы Казахстана о внесении поправок в национальный Закон «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД».

5. ТЮРЬМЫ

5.1 УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ: ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ ³⁸³

По оценкам, в 2008 году в тюрьмах стран реализации проекта находилось 135000 человек. Как показано в приведенной ниже таблице, самый высокий уровень численности заключенных (число заключенных на 100 000 населения) был отмечен в Казахстане и составлял 378 человек, а самый низкий – в Таджикистане (109 человек). (В Туркменистане, где раньше отмечался намного более высокий уровень численности заключенных, произошло резкое сокращение численности тюремного населения - с 489 заключенных на 100 000 населения в 2007 году до 224 на 100 000 населения в 2008 году).³⁸⁴ Из шести стран, участвовавших в проекте, в Кыргызстане отмечается самый высокий процент подсудимых, содержащихся в местах предварительного заключения, по отношению к общему числу заключенных; в этой стране число подсудимых превышает 20% от общей численности людей в заключении. Пенитенциарные системы находятся в ведении Министерств юстиции во всех странах, участвовавших в проекте, за исключением Узбекистана и Туркменистана, где эти системы относятся к ведению Министерств внутренних дел. Во всех странах эти же министерства контролируют тюремные медицинские учреждения.

Исправительные учреждения в странах, участвовавших в проекте включают колонии (в том числе исправительные и воспитательные колонии) и «тюрьмы». Обычно они делятся на три категории: учреждения общего, строгого и особого режима. Во всех странах проекта исправительные учреждения находятся под контролем государства; в Кыргызстане, теоретически, допускается существование частных пенитенциарных учреждений (что вызывает дополнительную обеспокоенность с точки зрения соблюдения прав человека). Во всех странах отдельно от тюрем для взрослых действуют исправительные учреждения для несовершеннолетних.

Таблица 6: Основные статистические данные по тюремному контингенту в странах, участвовавших в проекте³⁸⁵

	Общее число людей, в тюрьмах (дата оценки)	Процент женщин-заключенных	Уровень численности заключенных (число заключенных на 100,000 населения)	Процент подсудимых, находящихся в заключении от общего числа заключенных	Оценочная вместимость и заполняемость тюрем
Азербайджан	19 559 (декабрь 2006)	1,9%	229	13,3%	22 470 (79%)
Казахстан	56 012 (январь 2008)	6,6%	378	14,4%	71 310 (78.5%)

³⁸³ В настоящем отчете термин «тюрьмы» используется в широком смысле и включает все учреждения исправительной системы, в том числе места содержания подсудимых под стражей до суда и места содержания заключенных после вынесения приговора. Термины «заключенный» или «люди в заключении» также используются в широком смысле и включают всех людей, содержащихся в подобных учреждениях во время проведения дознания и расследования по уголовным делам до суда, после осуждения и до либо после вынесения приговора. В некоторых случаях термин «тюрьма» отражает употребление в некоторых странах реализации проекта и обозначает конкретный вид учреждения в рамках исправительной системы, отличающийся от других мест содержания под стражей, таких как «исправительные колонии». Контекст поможет понять какое значение подразумевается: более узкое или более общее, включающее все исправительные учреждения.

³⁸⁴ Для сравнения, в 2008 году самые высокие национальные оценочные показатели уровня численности заключенных по отношению к общей численности населения были в США (756 заключенных на 100 000 населения), России (629) и Руанде (604). Самые низкие показатели отмечены в странах Западной Европы: Исландии (44) и Норвегии (69). Более подробно см. в: Всемирный перечень населения тюрем, 8-е изд. [World Prison Population List, 8th ed.] (январь 2009 г.), см. на сайте: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/publications.php>.

³⁸⁵ При составлении таблицы использовались данные, предоставленные национальными экспертными группами из шести стран реализации проекта, а также данные из Всемирного перечня населения тюрем [World Prison Population List], 8-е изд. (январь 2009), Всемирного перечня лиц в предварительном заключении/содержании под стражей до суда [World Pre-Trial/Remand Imprisonment List] (январь 2008), а также информация по отдельным странам, предоставленная Международным центром исследования тюрем при Кингс колледж, Лондон, см. на сайте: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/publications.php/>; и данные из Всемирного перечня женщин-заключенных [World Female Imprisonment List], также опубликованные Международным центром исследования тюрем, см. на сайте: http://www.unodc.org/pdf/india/womens_corner/women_prison_list_2006.pdf.

Кыргызстан	8 427 (март 2008)	4,7%	156	20,8%	16 342 (51.6%)
Таджикистан	7 350 (январь 2008)	1,6%	109	15,0%	11 950 (61.5%)
Туркменистан	10 953 (2006)	12,3%	224	12,4%	12 882 (85%)
Узбекистан	34 000 (2008)	Нет данных	122	11,5%	56 300 (60%)

5.2 ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ТЮРЬМАХ: ОБЗОР СИТУАЦИИ

Все больше стран получают подтверждения того, что значительное количество новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией происходит в местах лишения свободы.³⁸⁶ Во многих странах распространение и передача ВИЧ-инфекции в тюрьмах связаны с заключением в тюрьму людей, потребляющих наркотики, и с небезопасными методами потребления наркотиков в тюрьмах. Исследования и накопленный опыт показывают, что ни одной стране мира пока не удалось полностью искоренить употребление запрещенных наркотиков в тюрьмах.³⁸⁷ Многие заключенные употребляли наркотики до заключения в тюрьму и/или употребляют их во время заключения. Во многих странах политика активного преследования и лишения свободы тех, кто производит, продает, хранит или потребляет запрещенные наркотики, привела к значительному росту числа заключенных, и, как следствие, к переполненности тюрем. Кроме тех людей, кто попадает в тюрьму, уже имея опыт потребления наркотиков, есть и заключенные, которые начинают употреблять наркотики находясь в тюрьме, чтобы справиться с условиями жизни в переполненных помещениях с враждебным и, часто полным насилия, окружением. Кроме того, несмотря на запрет во многих правовых системах, в тюрьмах имеет место сексуальная активность, часто без соответствующего доступа к презервативам для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции. Люди, живущие с ВИЧ, особенно уязвимы перед опасностями жизни в тюрьме. Во многих тюрьмах отсутствуют адекватные санитарные условия и оснащение для предоставления услуг по консультированию, информированию и медицинским услугам, которые необходимы для соблюдения прав и защиты здоровья ВИЧ-позитивных заключенных. Поскольку большинство заключенных возвращается из тюрьмы в свои сообщества, а многие из них неоднократно попадают в тюрьму и выходят на свободу, наличие и распространение ВИЧ-инфекции в тюрьмах затрагивает большие группы людей, в том числе персонал тюрем.³⁸⁸

Поскольку в странах, участвовавших в проекте, значительный процент заключенных отбывают или ранее отбывали сроки наказания за преступления, связанные с наркотиками, взаимовлияние политики по контролю наркотиков и политики в области медицинского обслуживания в тюрьмах очень важно. Например, в Таджикистане, по оценкам, треть людей в заключении ранее употребляли наркотики инъекционным путем³⁸⁹ и, по информации национальной экспертной группы, в 2007 году треть заключенных отбывала наказание за преступления, связанные с наркотиками. Экспертная группа из Узбекистана отметила, что на момент составления отчета 21,4% людей в заключении отбывали наказание за преступления, связанные с наркотиками. По оценкам экспертов, проводивших обзор в Азербайджане, за период с 1989 по 2007 год в учреждениях пенитенциарной системы более 7000 человек прошли лечение наркотической зависимости. Экспертная группа из Туркменистана сообщила, что по состоянию на 2007 год, 19% заключенных отбывали сроки наказания за

³⁸⁶ К. Долан и др. «Обзор потребления наркотиков инъекционным путем и ВИЧ-инфекции в тюрьмах в развивающихся странах и странах переходного периода» [K. Dolan et al, "Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries"], Тематическая группа ООН по профилактике и уходу в связи с ВИЧ/СПИДом среди ПИН в развивающихся странах и странах переходного периода, 2004; С. Каплинскас и Г. Ликатавичюс, «Недавний резкий рост числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Литве» [S. Caplinskas & G. Likatavicus, "Recent sharp rise in registered HIV infections in Lithuania"], *Eurosurveillance Weekly* (2002); 6(2).

³⁸⁷ К. Долан и др., там же.

³⁸⁸ ВОЗ/UNODC/ЮНЭЙДС, *Концептуальная записка: сокращение числа случаев передачи ВИЧ в тюрьмах [Policy Brief: Reduction of HIV transmission in prisons]*, 2004.

³⁸⁹ UNODC, *Центральная Азия: Кыргызская Республика, Таджикистан и Узбекистан: региональное исследование по проблеме употребления наркотиков и ВИЧ/СПИДа*, Региональное резюме [Central Asia: Kyrgyz Republic, Tajikistan and Uzbekistan: Regional study on drug use and HIV/AIDS, Regional Summary], 2007, стр. 52.

преступления, связанные с наркотиками. По данным национальных экспертов из Кыргызстана за октябрь 2007 года приблизительно 15% людей, находящихся в тюрьмах страны, отбывали сроки наказания за преступления, связанные с наркотиками, а UNODC отмечает, что результаты нескольких исследований указывают на то, что 35-60% заключенных в Кыргызстане употребляют наркотики, из них половина – инъекционным путем.³⁹⁰

В большинстве стран мира уровень заболеваемости ВИЧ и гепатитом С (ВГС) среди заключенных выше, чем среди остального населения. В заключении люди становятся более уязвимыми к ВИЧ в связи с такими рискованными практиками как незащищенный секс (добровольный или принудительный), использование нестерильного инструментария для нанесения татуировок (распространенная практика во многих тюрьмах, согласно данным из многих стран) и инъекционное потребление наркотиков. В странах, где значительный процент людей в заключении употребляют или употребляли наркотики инъекционным путем, заключенные представляют группу, которой грозит повышенный риск инфекционных заболеваний.

Национальная экспертная группа Азербайджана сообщила, что уровень распространенности ВИЧ среди заключенных азербайджанских тюрем в 2007 году составлял 2,3%, и по данным за тот же год, 72% от всех людей, живущих с ВИЧ в Азербайджане, в разное время побывали в заключении. В Таджикистане эксперты, проводившие обзор, сообщили, что в 2007 году из всех людей, живущих с ВИЧ в этой стране, 70% были людьми, употреблявшими наркотики инъекционным путем, и 21% находились в заключении; по оценкам официальных источников, уровень распространенности ВИЧ-инфекции в исправительных учреждениях составлял 6,2% (оценки других источников давали более высокий показатель), а распространенность ВГС оценивалась в 24,3%. По сообщению экспертной группы из Кыргызстана, по данным за 2008 год было известно о 178 ВИЧ-положительных заключенных; данные о способе заражения отсутствовали. В Казахстане, в ходе проводившегося в 2006 году опроса заключенных, 44% согласились, что в тюрьмах употребляются наркотики, 24% сообщили, что в тюрьме люди используют общий инструментарий для инъекций, и только 12% сказали, что общие шприцы дезинфицируются. Кроме того, 40% участвовавших в опросе заключенных согласились, что люди в заключении вступают в сексуальные отношения и «меньше половины» пользуются презервативами. Почти каждый третий новый случай ВИЧ-инфекции в стране диагностируется в исправительных учреждениях, в 2007 году в тюрьмах Казахстана было зарегистрировано 600 новых случаев ВИЧ-инфекции, что свидетельствует о росте распространенности ВИЧ с 1% в 2006 году до 2% в 2007 году.³⁹¹ Резко контрастирует с данными о ситуации в других странах проекта (и в большинстве стран мира) сообщение национальной экспертной группы из Туркменистана о том, что в тюрьмах страны нет наркотиков и что не имеется документальных свидетельств случаев ВИЧ-инфекции или ВГС в тюрьмах.

В некоторых странах реализации проекта политика и практика исправительных учреждений, не связанные с медицинским обслуживанием заключенных, могут подрывать право на здоровье людей, страдающих наркотической зависимостью или живущих с ВИЧ. Например, маловероятно, что условия особого режима содержания окажутся наиболее благоприятными для внедрения медицинских услуг и пользования такими услугами.

5.3 ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО, ПОЛИТИКА И ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ В ТЮРЬМАХ

В приведенной ниже таблице представлена сводная оценка ситуации, связанной с политикой и практикой в отношении ВИЧ-инфекции и снижения вреда в тюрьмах стран, участвовавших в проекте. Эта таблица частично основана на информации, включенной в отчеты национальных экспертных групп из каждой страны.

390 UNODC, «Кыргызстан: общая информация» [“Kyrgyzstan: General Information”] (2008), неопубликованные данные; и Центральная Азия: Региональное исследование по проблеме употребления наркотиков и ВИЧ/СПИДа [Central Asia Regional Study on Drug Use and HIV/AIDS], стр. 36

391 Национальный центр СПИДа, Отчет о дозорном эпиднадзоре [Sentinel Epidemiological Surveillance Report] (2007).

Таблица 7: Политика и практика по отношению к ВИЧ-инфекции и снижению вреда в тюрьмах

	Азербайджан	Казахстан	Кыргызстан	Таджикистан	Туркменистан	Узбекистан
Информирование о ВИЧ	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Тестирование на ВИЧ	Добровольное	Противоречие юридических норм по этому вопросу, хотя руководство пенитенциарной системы утверждает, что тестирование на ВИЧ – добровольное (см. отчет по стране)	Добровольное	Добровольное	Принудительное	Добровольное
АРВ-терапия	Да	Да	Да	Да, но доступ ограничен	Нет	Да (с января 2008)
Предоставление презервативов	Нет	Да	Да	Да, но доступ ограничен	Нет (гомосексуальные отношения запрещены Уголовным Кодексом)	Нет (гомосексуальные отношения запрещены Уголовным Кодексом)
Лечение наркотической зависимости	Добровольное и принудительное (только детоксификация)	Добровольное и принудительное (оба – направленные на полное воздержание от наркотиков). На деле очень немногие проходят добровольное лечение	Добровольное и принудительное (включая консультационное, предоставление информации, психологическую поддержку. Добровольное лечение – программа Атлантис (12-шаговая программа) и ОЗТ. Да, начиная с 2008 года; доступ остается ограниченным	Принудительное (только детоксификация)	Принудительное (только детоксификация)	Принудительное (только детоксификация)
Опиоидная заместительная терапия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Хлорамин, дезинфектанты	Нет	Да	Да	Есть, с ограниченным доступом	Да	Да
Программы игл и шприцев	Нет	Нет	Да	Нет	Нет	Нет
Отдельное содержание ВИЧ-положительных заключенных	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Досрочное освобождение заключенных с ВИЧ/СПИДом по состоянию здоровья	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет (но, согласно официальной оценке, нет заключенных с ВИЧ)	Нет
Возможность перевода в условия лучшего режима ЛЖВ и людей, проходящих принуд. лечение	Теоретически, но СПИД не упоминается непосредственно как причина освобождения	Теоретически	Теоретически	Теоретически	Теоретически	Теоретически
	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет

Меры предупреждения распространения ВИЧ в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем и путем инъекций наркотиков

Власти некоторых стран (например, Кыргызстана, Казахстана, Таджикистана) признают, что употребление наркотиков в тюрьмах имеет место, но даже в этих странах по-прежнему действует очень мало программ в тюрьмах, направленных на защиту людей, употребляющих наркотики инъекционным путем, от инфекционных заболеваний и другого вреда здоровью.

В большинстве стран реализации проекта дезинфицирующий раствор (хлорамин) предоставляется в тюрьмах, но заключенные, по-видимому, не получают информацию о наиболее эффективном использовании хлорамина для дезинфицирования инструментария, используемого для инъекций наркотиков (или нанесения татуировок). Кроме того, людям в заключении, по-видимому, не удается получать и использовать дезинфицирующий раствор на условиях конфиденциальности. На основании достоверных свидетельств из других стран, показано, что доступность дезинфицирующего раствора не является допустимым заменителем доступа к стерильному инструментарию для инъекций (более подробное обсуждение см. ниже).

Среди шести стран реализации проекта, в Кыргызстане действуют самые передовые стратегии в отношении услуг по снижению вреда. С 2002 года Министерство юстиции Кыргызстана начало реализацию 14 программ обмена игл и шприцев в 10 исправительных учреждениях по всей стране; на момент составления настоящего отчета ни в одной из остальных стран реализации проекта такие услуги в тюрьмах не предоставлялись. Кроме того, в Кыргызстане в одной колонии и двух СИЗО в качестве пилотного проекта для лечения наркозависимых используется метанононовая заместительная терапия.³⁹² Другие меры по профилактике ВИЧ в Кыргызской пенитенциарной системе включают: предоставление информации о ВИЧ; консультации и направления на тестирование на ВИЧ, а также на анализы на ИППП и вирусный гепатит; семинары, тренинги и индивидуальная поддержка; распространение презервативов; предоставление дезинфицирующих средств. Просвещение по принципу «равный – равному» о ВИЧ и снижении вреда проводится только в тюрьмах (эта деятельность не осуществляется в местах содержания под стражей до суда).

В тюрьмах Казахстана предоставляются презервативы, дезинфицирующие средства и информация о ВИЧ, в том числе и по принципу «равный – равному»; некоторые услуги в тюрьмах оказывают НПО. Презервативы предоставляются и в таджикских тюрьмах, хотя национальная экспертная группа сообщает о неудовлетворительном доступе к ним. Согласно сообщениям из других стран, если презервативы вообще имеются в тюрьмах Азербайджана, Туркменистана и Узбекистана, они доступны только в помещениях для личных свиданий с супругами. В последних двух странах осуществление мер по предупреждению передачи ВИЧ и других ИППП половым путем в тюрьмах затрудняется тем, что половые контакты между мужчинами запрещены и влекут уголовную ответственность. Это положение осложняет работу по профилактике ВИЧ в тюрьмах - согласно приведенным выше рекомендациям, эти законы следует отменить с целью соблюдения международного законодательства в области прав человека и в интересах здоровья населения.

Лечение наркотической зависимости в тюрьмах

Хотя ОЗТ не предоставляется в тюрьмах стран реализации проекта, за исключением Кыргызстана, национальные экспертные группы сообщают, что некоторые виды лечения наркотической зависимости доступны в тюрьмах всех стран. Принудительное лечение нар-

392 С. Мамаатов, директор Республиканского объединения «СПИД» (Кыргызстан), Пресс-конференция, посвященная вручению премии имени Джонатана Манна, см. на сайте: www.24.kg/community/2007/11/29/69753.html.

котической зависимости проводится во всех странах, участвовавших в проекте. В соответствии с законодательством, добровольное лечение наркотической зависимости также должно обеспечиваться в тюрьмах всех стран проекта. Однако национальные эксперты отмечают, что в реальности очень мало людей, находящихся в заключении и нуждающихся в лечении наркотической зависимости, проходят такое лечение добровольно. По сообщению экспертной группы из Казахстана, в пенитенциарных учреждениях методы лечения наркотической зависимости очень ограничены. Заключенные продолжают употреблять наркотики, даже если их направляют на принудительное лечение. Очень небольшой процент людей в заключении добровольно соглашается на лечение. Если у заключенного, не направленного на принудительное лечение, выявляется наркотическая зависимость, ему (ей) предлагается добровольно пройти курс лечения. Если он (она) отказывается, медицинская комиссия составляет рекомендацию для суда о направлении такого заключенного на принудительное лечение. В *Уголовный*, *Уголовно-процессуальный*, а иногда и в *Уголовно-исполнительный кодекс* каждой страны включены статьи о принудительном лечении наркотической зависимости, и эти положения широко применяются. Принудительное лечение обычно назначается судом как часть приговора, в дополнение к другим уголовным санкциям – несмотря на то, что в международных договорах о наркотиках недвусмысленно допускается применение мер, *альтернативных* осуждению и тюремному заключению, за преступления, связанные с наркотиками, включая предоставление услуг по лечению и реабилитации вместо их назначения в *дополнение* к уголовным наказаниям.³⁹³

Люди, обязанные пройти курс лечения наркотической зависимости в тюрьме, содержатся отдельно от остальных заключенных. В Узбекистане, например, принудительное стационарное лечение может продолжаться до двух месяцев; следующее затем амбулаторное лечение продолжается до двух лет.³⁹⁴ Лечение обычно заключается в детоксификации, то есть смягчении абстинентного синдрома при помощи транквилизаторов и ноотропов (препаратов, улучшающих когнитивную функцию).

Таблица 8: Лечение наркотической зависимости в местах лишения свободы [Источник: данные национальных сотрудников проекта, UNODC, Региональный офис в Центральной Азии]

Страна	Число людей, проходящих лечение. Продолжительность	Принудительное лечение		Добровольное лечение	
		Амбулаторное или стационарное лечение	Лица, проходящие лечение содержатся отдельно или нет других заключенных	Амбулаторное или стационарное лечение	Лица, проходящие лечение содержатся отдельно или нет других заключенных
Азербайджан	Более 2200 ежегодно Продолжительность определяется судьей, в рамках от 6 месяцев до 2 лет.	Амбулаторное и стационарное В 2008 г. 200 наркологических коек (36%) от общего количества коек в медицинской части (500)	Стационарно – да; амбулаторно – нет	Амбулаторное и стационарное	Стационарно – да; амбулаторно – нет

393 *Единая конвенция о наркотических средствах*, 1961, UN, 520 UNTS 331, с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года, статья 36(2); *Конвенция о психотропных веществах*, 1971, UN, 1019 UNTS 175, статья 22; *Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ*, 1988, статья 3(4).

394 Данные предоставлены Региональным офисом UNODC в Центральной Азии, [неопубликованные данные].

Казахстан	В 2007 г. официально 5719 заключенных, состояли на учете как люди, потребляющие наркотики. 3169 проходили принудительное лечение. В 2008 г. 6130 заключенных состояли на учете, 3644 из них проходили принудительное лечение. Длительность лечения: от 6 месяцев до 2-х лет.	Специальные лечебные учреждения для наркозависимых заключенных перестали действовать в 2007 г. Амбулаторное лечение проводится в медицинских частях тюрем. Если необходимо, лечение может проводиться в стационаре (60 коек).	Пациенты содержатся вместе с остальными заключенными	По закону «О наркотика» должно проводиться и амбулаторное и стационарное лечение	Пациенты содержатся вместе с остальными заключенными
Кыргызстан	В 2008 г. 391 заключенный проходил принудительное лечение. Длительность лечения – до 12 месяцев. Методы – детоксификация и медико-психологическая реабилитация. Добровольное лечение проводится в центре Атлантис (программа 12 шагов): 2007 г. - 115 человек; 2008 г. - 127 человек; Январь –июнь 2009 г.- 80 человек. В программе ОЗТ: 79 человек (январь –июнь 2009 г.)	Стационарное лечение проводится в Наркологическом центре центральной больницы ИК-47, где есть 150 коек. После прохождения стационарного лечения, пациентам предоставляется амбулаторное наблюдение.	Стационарное лечение проводится в Центральной больнице. Во время амбулаторного лечения пациенты содержатся с остальными заключенными	Амбулаторное лечение состоит из ОЗТ. Стационарное лечение проводится в двух случаях: (а) в центральной больнице; или (б) реабилитация в центре Атлантис (4-6 месяцев).	В центре Атлантис и в Наркологическом центре центральной больницы ИК-47 пациенты отделены от общей массы заключенных. Пациенты на ОЗТ содержатся вместе с остальными заключенными
Таджикистан	В 2008 г. 206 пациентов проходили принудительное лечение. Метод – только психосоциальное консультирование. Срок лечения – два года, после чего пациенты переводятся на диспансерное наблюдение («контрольная группа»)	Нет специальных коек	Нет	Только амбулаторное	Нет
Туркменистан	В 2005 г. было 3318 людей с зависимостью от наркотиков в местах лишения свободы, в 2006 г. - 2999 человек, которые получали медицинскую помощь по поводу зависимости. Длительность лечения: от 6 месяцев до 2-х лет.	В тюрьмах нет специальных коек, предусмотренных для этой категории больных. Когда лицо поступает в тюрьму, оно помещается в карантин на 10 дней. В это время происходит купирование абстинентного синдрома. Другое лечение недоступно.	Лица с наркотической зависимостью содержатся отдельно от остальных заключенных во время карантина	Нет	Нет
Узбекистан	Приблизительно у 10% всех заключенных диагностируется зависимость от наркотиков, они получают лечение принудительно. Длительность лечения: до 18 месяцев	Общее количество коек для всех заболеваний - 1700, нет разделения по диагнозу.	Да	Амбулаторное и стационарное	Содержатся отдельно

Информация о ВИЧ, консультации и тестирование

Как отмечается в приведенной выше таблице, в большинстве стран проекта люди в заключении обычно имеют доступ к некоторой информации о ВИЧ. Однако целесообразно расширить возможности доступа к такой информации, а также предоставлять консультации знающих консультантов (включая представителей НПО) в частном порядке с гарантией конфиденциальности. Это особенно важно в закрытых учреждениях, таких как тюрьмы, где вопросы обеспечения конфиденциальности часто игнорируются, но стигма, связанная с ВИЧ, может вызвать дискриминацию и даже насилие по отношению к людям, которые определены как ВИЧ-положительные или считаются принадлежащими к «группе риска» в связи с ВИЧ, и у которых мало возможностей избежать такого отношения, учитывая их положение заключенных.

По данным отчетов национальных экспертных групп, тестирование на ВИЧ на добровольной основе (по просьбе заключенного) проводится в тюрьмах всех стран проекта. В нескольких странах, даже если в национальных «законах о ВИЧ/СПИДе» недобровольное тестирование на ВИЧ предусматривается только для доноров крови и иностранцев, дополнительными приказами министерств здравоохранения, юстиции и/или внутренних дел вводится обязательное тестирование заключенных при их поступлении в тюрьму и, в некоторых случаях, через 6 месяцев после поступления. В Азербайджане законодательство о принудительном тестировании на ВИЧ в исправительных учреждениях остается неясным. В Казахстане ситуация также непонятна, так как закон содержит противоречивые положения.³⁹⁵ В Туркменистане тестирование на ВИЧ в тюрьмах – недобровольное.

Хотя консультирование является важной частью процесса тестирования на ВИЧ как с точки зрения прав человека, так и с позиции надлежащей медицинской практики, не во всех странах реализации проекта до- и после- тестовое консультирование доступно для людей в заключении. В Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане консультирование предоставляется. По данным Кыргызской национальной экспертной группы, качество консультирования, проводимого в исправительных учреждениях, оставляет желать лучшего, в тюрьмах также отсутствуют процедуры контроля качества консультирования.

Лечение ВИЧ-инфекции, ИППП и других заболеваний

Люди, живущие с ВИЧ, имеют доступ к АРТ в тюрьмах всех стран реализации проекта, за исключением Туркменистана, где по официальным сообщениям, зарегистрировано только 2 случая ВИЧ на всю страну, и ни один из этих случаев не произошел в тюрьме. В 2006 году в Казахстане 115 человек получали АРТ в тюрьмах, но в 2007 году только 63 человека продолжали лечение (т.е. приверженность лечению составила 55 процентов). Экспертная группа из Таджикистана сообщает, что хотя в тюрьмах обеспечивается некоторый доступ к АРТ, он является недостаточным. В Узбекистане АРТ в учреждения исполнения наказаний начали предлагать только в 2008 году, поэтому рано говорить о качестве доступа к такому лечению.

Лечение туберкулеза - заболевания, которое является серьезной проблемой здравоохранения в тюрьмах региона - проводится в исправительных учреждениях всех стран, участвовавших в проекте. Научно-обоснованное лечение вирусного гепатита С не предоставляется в тюрьмах ни в одной из стран проекта.

Дискриминация по признаку ВИЧ и/или наркотической зависимости в учреждениях пенитенциарной системы

В Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане люди, которым назначено принудительное лечение наркотической зависимости в тюрьме, не подлежат переводу в учреждения с менее строгим режимом содержания (когда это разрешается уголовно-исполнительными кодексами после отбытия определенной части наказания), даже если менее строгие условия содержания способствовали бы их лечению. В некоторых странах это же правило применяется в отношении заключенных с инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ-инфекцию (например, в Узбекистане).

³⁹⁵ Как отмечает национальная экспертная группа Казахстана, в соответствии с совместным приказом Министерства здравоохранения и Министерства юстиции, Комитету уголовно-исполнительной системы при Министерстве юстиции поручено проводить тестирование на ВИЧ на добровольной и анонимной основе, а также предоставлять консультации и информацию о заболеваниях, риске заражения и методах профилактики. Однако в соответствии с национальным законом о ВИЧ/СПИДе, люди в заключении подлежат принудительному (но конфиденциальному) тестированию на ВИЧ. Более подробно см. в: Отчет Казахстана, часть II.

Кроме того, во всех странах реализации проекта людям, не завершившим курс принудительного лечения наркотической зависимости и людям, живущим с ВИЧ, не разрешается временная отлучка (короткий отпуск) в связи с неотложными обстоятельствами, или передвижение из одного исправительного учреждения в другое (или в суд) вместе с другими заключенными и без конвоя. Такие ограничения права на перевод в учреждения менее строгого режима содержания и на передвижение с другими заключенными на основании ВИЧ-статуса или наркотической зависимости являются необоснованной дискриминацией.

Освобождение из сострадания

Во всех странах, участвовавших в проекте, в отношении неизлечимо больных людей законом предусмотрено освобождение из сострадания; обычно это положение понимается как распространяющее свое действие как минимум на некоторых пациентов, больных СПИДом, хотя СПИД, как правило, не упоминается. Одним из исключений является Узбекистан, где в перечне заболеваний, по которым возможно освобождение из сострадания, имеется конкретная ссылка на СПИД. Однако более полезной и правильной практикой с точки зрения соблюдения прав человека было бы обеспечение доступа для людей в заключении к надлежащему лечению ВИЧ-инфекции, чтобы здоровье заключенных, живущих с ВИЧ, не ухудшалось до стадии СПИДа.

Роль НПО в предоставлении услуг в тюрьмах

В некоторых странах реализации проекта НПО, занимающиеся предоставлением медицинских услуг и профилактикой ВИЧ, могут получить доступ в тюрьмы, если им удастся получить специальное разрешение исправительного учреждения. В законодательстве Азербайджана четко определено, что НПО могут осуществлять просветительскую деятельность о ВИЧ в тюрьмах; но их участие обычно ограничивается предоставлением информации и тренингами.³⁹⁶ Законодательством Кыргызстана также предусмотрено участие НПО в таких видах деятельности как предоставление информации о ВИЧ инфекции и ее профилактике, а также распространение презервативов и других предметов личного пользования (например, бритв).³⁹⁷

5.4 ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Нормы прав человека и руководящие принципы по принятию эффективных мер по решению проблемы ВИЧ-инфекции в тюрьмах

Существует обширный свод стандартов, касающихся прав человека, и норм, относящихся к обращению с заключенными, включая предоставление медицинских услуг в тюрьмах, исполнение которого является обязательным для всех стран-участниц проекта (так как они подписали эти международные документы). Ниже приводятся некоторые из наиболее значимых договоров, деклараций и руководящих принципов.³⁹⁸

В *Международном пакте о гражданских и политических правах* закреплено право всех лиц, лишенных свободы, на гуманное обращение и уважение достоинства, присущего человеческой личности.³⁹⁹ В *Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания* запрещаются все виды жестокого обращения и пыток, в том числе и в условиях тюрем.⁴⁰⁰ Все люди, включая лиц, лишенных свободы, имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья, как определено в *Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах*, где также содержится требование о том, чтобы необходимые медицинские товары, услуги и информация были доступны для каждого человека.⁴⁰¹

³⁹⁶ Уголовно-исполнительный кодекс Азербайджана, статья 20.

³⁹⁷ Уголовно-исполнительный кодекс Кыргызской Республики, № 142 (13 декабря 1999 г.), статья 22 и Закон «Об органах и учреждениях уголовно-исполнительной системы», № 197 (12 августа 2003 г.), статья 37.

³⁹⁸ Более подробный перечень и обсуждение договоров по правам человека, международных руководящих принципов и заявлений, относящихся к действиям государственных органов по ВИЧ и тюрьмам, см.: ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, «Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрем: основа для принятия эффективных мер на национальном уровне» (2006), стр. 5-6, см. на сайте: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/en/index.html>.

³⁹⁹ Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 10(1).

⁴⁰⁰ Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, 1465 UNTS 85, 10 декабря 1984 г.

⁴⁰¹ Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, статья 12.

В ряде дополнительных международных инструментов определяются меры по защите прав человека людей, лишенных свободы. Эти правила отражены в *Основных принципах обращения с заключенными*, принятыми резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН в 1990 году - в этих принципах подчеркивается, что право на наивысший достижимый уровень здоровья, доступ к медицинским товарам и услугам, а также уважение, защита и осуществление других прав человека, не должны ограничиваться в связи с фактом лишения свободы. Таким образом, как отмечается в *Основных принципах*, заключенные пользуются такими же правами человека и фундаментальными свободами, как и все остальные люди, «за исключением тех ограничений, необходимость которых явно обусловлена фактом лишения свободы».⁴⁰² Эти принципы дополняются *Минимальными стандартными правилами обращения с заключенными* (ООН, 1955 г.), где приводится набор принципов, разработанных для обеспечения соблюдения прав человека в местах лишения свободы, в том числе право на надлежащий уровень медицинского обслуживания и условий проживания.⁴⁰³

Важным пунктом, четко сформулированным в *Основных принципах обращения с заключенными*, является положение о том, что люди в заключении имеют право на медицинские товары и услуги такого же качества, какое обеспечивается людям за пределами тюрьмы в той стране, где они лишены свободы.⁴⁰⁴ Это означает, например, что если метадоновые программы доступны для людей за пределами тюрьмы, они должны быть доступными и в тюрьмах, так как нет убедительных доводов в пользу того, что необходимость ограничения этих услуг в тюрьмах «обусловлена фактом лишения свободы». Эта позиция получила широкую поддержку агентств ООН и государств-участников.⁴⁰⁵

Как и все остальные люди, заключенные имеют неоспоримое право не подвергаться дискриминации по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или других убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или по «другому признаку».⁴⁰⁶ Хотя в договорах, запрещающих дискриминацию, не содержится явной ссылки на дискриминацию по признаку состояния здоровья, включая ВИЧ-статус, государства-члены Комиссии ООН по правам человека (в настоящее время – Совета по правам человека) неоднократно подтверждали, что термин «другой признак» в таких правозащитных договорах следует понимать как включающий ВИЧ-статус и другие заболевания⁴⁰⁷, такого же мнения придерживаются и другие экспертные органы правозащитной системы ООН.⁴⁰⁸ Поэтому дискриминационное отношение к людям в заключении по признаку их ВИЧ-статуса или наркотической зависимости – например, их отделение от других заключенных или отказ в предоставлении услуг, доступных для других лиц, содержащихся в том же учреждении – противоречит международным правозащитным нормам.

Органы ООН признают, что люди в заключении являются более уязвимыми перед нарушениями прав человека, а также то, что люди, живущие с ВИЧ и находящиеся в заключении, еще более уязвимы перед нарушениями их прав, так как они могут столкнуться с препятствиями в получении лечения, в том числе из-за недостаточных ресурсов медицинской службы и безразличного к ним отношения в этих учреждениях; кроме того, они могут уклоняться от лечения из страха перед стигматизацией или дискриминацией. Во многих странах степень распространенности и уровень заболеваемости ВИЧ инфекцией в тюрьмах в значительной степени обусловлены крайней криминализацией незаконного потребления наркотиков, что приводит к тому, что чрезмерно большое

⁴⁰² Генеральная Ассамблея ООН, *Основные принципы обращения с заключенными*, Резолюция ГА ООН 45/111 (14 декабря 1990 г.), статья 5, см. на сайте: www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp35.htm.

⁴⁰³ ООН, *Минимальные стандартные правила обращения с заключенными*, приняты Первым конгрессом ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, Женева, 1955 г. В статьях с 22 по 26 определены основные минимальные требования относительно доступа заключенных к лечению и медицинскому уходу, в том числе наличие медицинских работников и возможность лечения в больницах.

⁴⁰⁴ Там же, статья 9.

⁴⁰⁵ См., например: ВОЗ, *Руководящие принципы ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах* (1993), принцип 1; Совет Европы, Комитет министров, *Рекомендация № R (98) 7 Об этических и организационных аспектах охраны здоровья в тюрьме*, принцип 10; *Основные принципы обращения с заключенными*, принцип 9; Генеральная Ассамблея ООН, *Принципы медицинской этики, относящиеся к роли работников здравоохранения, в особенности врачей, в защите заключенных или задержанных лиц от пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания*, Резолюция 37/194 (18 декабря 1982 г.), принцип 1.

⁴⁰⁶ ООН, *Основные принципы обращения с заключенными*, принцип 2.

⁴⁰⁷ Комиссия ООН по правам человека, *Защита прав человека в контексте вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД)*, резолюции 2005/84, 2003/47, 2001/51, 1999/49, 1996/43 и 1995/44, см. на сайте: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/chr/regular-sessions.htm>.

⁴⁰⁸ Например, Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, *Замечание общего порядка № 14: Право на наивысший достижимый уровень здоровья*, UN Doc. E/C.12/2000/4 (2000), п. 18, см. на сайте: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>.

число людей, употребляющих наркотики, попадают в тюрьмы, где они продолжают употреблять наркотики и могут быть вынуждены применять небезопасные методы инъекций. В дополнение к тем, кто попадает в тюрьму, уже имея опыт употребления наркотиков, некоторые люди начинают употреблять наркотики в тюрьме, чтобы справиться с враждебным окружением.

Официальное признание реальности поведения высокого риска и, связанной с этим, передачи ВИЧ-инфекции в тюрьмах является необходимым первым шагом для повышения информированности общества и принятия эффективных мер реагирования. Это признание должно сопровождаться поддержкой со стороны общества необходимости разработки и осуществления стратегий борьбы с ВИЧ/СПИДом в тюрьмах, которые являются научно-обоснованными, учитывающими этические соображения и интересы общественного здоровья.

– ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, *Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрьмы: основа для принятия эффективных мер на национальном уровне* (2006)

Из многих стран поступают данные о том, что в тюрьмах происходит значительное число новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией вследствие сексуальных отношений или употребления наркотиков.⁴⁰⁹ Органы ООН отмечают, что обеспечение здоровья людей в заключении является частью более широкой задачи охраны здоровья населения в целом, поскольку подавляющее большинство людей, находящихся в местах заключения, возвращаются в общество после отбывания срока наказания.⁴¹⁰ Тем не менее, усилиям по уменьшению вреда здоровью заключенных, в некоторых странах препятствует официальная политика отрицания того, что в тюрьмах имеют место сексуальные отношения и употребление наркотиков.

Учитывая эти соображения агентства и программы ООН, а именно ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, разработали руководства для помощи национальным правительствам в обеспечении признания, уважения, и соблюдения прав человека при реагировании на ВИЧ в тюрьмах. Ниже приводится обобщенная информация по материалам одного из самых всесторонних руководств, разработанных этими тремя органами - *Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрьмы: основа для принятия эффективных мер на национальном уровне*. Это руководство было составлено с учетом предыдущих документов ООН.⁴¹¹ ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС выделяют следующие главные принципы, как основу для эффективных мер на национальном уровне по реагированию на ВИЧ/СПИД в тюрьмах:⁴¹²

- Медицинские услуги для людей в заключении должны быть равноценны тем, которые доступны населению вне тюрем.
- Осуществление права заключенных на наивысший достижимый уровень медицинских товаров и услуг является надлежащей практикой здравоохранения для всего населения, в связи с тем, что большинство людей, находящихся в заключении, со временем возвращаются в общество. Кроме того, это наилучший способ обеспечения здоровья и защищенности работников тюремной системы на рабочих местах.
- Политика и практика, касающиеся содержания в тюрьмах, должны соответствовать международным нормам в области прав человека; стигматизация и дискриминация должны решительно пресекаться.
- Разработка политики, законодательства и программ в отношении тюремной системы должна основываться на эмпирических свидетельствах их эффективности, и не зависеть от политической целесообразности и других факторов.

409 Например, К. Долан и др. «Обзор потребления наркотиков инъекционным путем и ВИЧ-инфекции в тюрьмах в развивающихся странах и странах переходного периода» [K. Dolan et al, "Review of injection drug users and HIV infection in prisons in developing and transitional countries"], Тематическая группа ООН по профилактике и уходу в связи с ВИЧ/СПИДом среди ПИН в развивающихся странах и странах переходного периода, 2004; С. Каплинскас и Г. Ликатавичюс, «Недавний резкий рост числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Литве» [S. Carplinskaskas & G. Likatavicius, "Recent sharp rise in registered HIV infections in Lithuania"], *Eurosurveillance Weekly* (2002); 6(2).

410 ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, «Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрьмы: основа для принятия эффективных мер на национальном уровне» (Женева, 2006 г.), см. на сайте: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/en/index.html>.

411 Полный список руководств ООН, имеющих отношение к ВИЧ и тюрьмам, см. там же на сс. 5-6. После того как данный список был составлен, эти три органа в 2007 году издали также серию аналитических обзоров «Аргументы в пользу действий» по теме «Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах», см. на сайте: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/en/index.html>.

412 Там же, п. viii-x.

- Должны приниматься все возможные меры для поиска альтернатив лишению свободы, включая заключение до суда, для максимально большого числа людей, чтобы снизить число людей в местах заключения; переполненность тюрем делает невозможным полноценное предоставление медицинских услуг и затрудняет обеспечение безопасности в тюрьмах.
- Должны выделяться достаточные ресурсы для обеспечения того, чтобы научно-обоснованные программы и практики, внедряемые в тюрьмах, подвергались скрупулезному мониторингу и контролю качества.

В том же руководстве ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС рекомендуется, чтобы в тюрьмах обеспечивались всесторонние и доступные услуги в связи с ВИЧ-инфекцией, включая следующие меры:

- Конфиденциальный доступ к «точной, непредвзятой и доступной информации по ВИЧ/СПИДу» в удобных форматах для всех заключенных, включая информацию о путях передачи инфекции, таких как небезопасная сексуальная практика, совместное использование шприцев, небезопасные методы татуировки и пирсинга, передача ВИЧ от матери ребенку, и обо всех других путях передачи инфекции, а также об оппортунистических инфекциях (Рекомендации 53-54).
- Доступ к добровольному конфиденциальному обследованию на предмет наличия ВИЧ с информированным согласием и квалифицированным консультированием и полная защита от принудительного обследования на предмет наличия ВИЧ (Рекомендации 13, 62-66). Доступ к анонимному обследованию на предмет наличия ВИЧ должен предоставляться в тех странах, где подобное обследование доступно вне тюрем.
- Доступ к антиретровирусной терапии для заключенных, живущих с ВИЧ, равноценный доступу, который обеспечивается для населения вне тюрем (Рекомендация 37).
- Конфиденциальный и недискриминационный доступ к презервативам и стерильному инструментарию для инъекций и нанесения татуировок, равноценный доступу, который обеспечивается в обществе в целом (Рекомендация 60).
- Признание, что сексуальные контакты по взаимному согласию имеют место в тюрьмах, и обеспечение того, чтобы сексуальные контакты по взаимному согласию не подлежали наказанию, а также обеспечение строгой защиты от сексуального насилия и принуждения (Рекомендации 22-23).
- Обеспечение того, чтобы заключенные не подвергались принудительному или произвольному обследованию на предмет употребления наркотиков, поскольку существуют свидетельства того, что подобное обследование стимулирует потребление наркотиков инъекционным путем вместо курения или вдыхания (Рекомендация 14).
- Обеспечение доступа к добровольному лечению зависимости от наркотиков для заключенных (Рекомендация 16). Это должно включать бесплатный доступ к программам заместительной терапии для заключенных, зависимых от опиатов, там, где ОЗТ доступна вне тюрем, с гарантией продолжения лечения после освобождения (Рекомендация 77). ОЗТ должна быть доступна как для лиц, получавших такое лечение на свободе, так и для тех, кто ее до этого не получал, но которым она показана. Там, где вне тюрем заместительная опиоидная терапия недоступна, тюремные власти и представители органов здравоохранения должны проводить информирование людей, принимающих решения, о необходимости изменений в политике и законодательстве, для того чтобы такая терапия была доступна в масштабах всей страны, в том числе в тюрьмах.
- Обеспечение того, чтобы профилактика и лечение ИППП, туберкулеза, гепатита и других оппортунистических инфекций являлись ключевыми элементами комплексного ухода по поводу ВИЧ-инфекции, включая услуги, специально приспособленные к потребностям женщин (Рекомендации 69, 71-72).
- Доступ женщин-заключенных, живущих с ВИЧ, к всесторонним услугам для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, и педиатрический уход для младенцев, находящихся в местах заключения со своими матерями (Рекомендация 73).
- Защита заключенных от принудительной сегрегации на основании их ВИЧ-статуса (Рекомендация 15) и обеспечение того, чтобы заключенным, живущим с ВИЧ, не запрещалось участие в различных тюремных программах, работах, развлекательных или социальных мероприятиях по причине их ВИЧ-статуса (Рекомендация 19).

- Обеспечение того, чтобы предоставление или отказ от предоставления заместительной опиоидной терапии или доступ к любым другим видам лечения не использовались в качестве дисциплинарных мер, мер наказания или в качестве поощрения за хорошее поведение (Рекомендация 20).
- Обеспечение того, чтобы осознанное согласие было необходимым условием для всех медицинских процедур. Обеспечение соблюдения конфиденциальности медицинской информации и документов (Рекомендация 46).

Аналогичным образом в подготовленном Межпарламентским союзом, ЮНЭЙДС и Программой развития ООН (ПРООН) Руководстве для законодателей *Меры по борьбе с ВИЧ*, созданном для помощи парламентариям в решении проблем, связанных с ВИЧ, рекомендуется срочно принять или расширить программы профилактики распространения ВИЧ в тюрьмах. Такие программы должны включать все меры, направленные против распространения ВИЧ-инфекции, которые осуществляются в обществе вне тюрем, в том числе:

- просвещение по вопросам, связанным с ВИЧ;
- добровольное тестирование на ВИЧ и соответствующее консультирование;
- предоставление презервативов и предотвращение сексуального насилия и принуждения;
- предоставление стерильного инструментария для инъекций людям, употребляющим наркотики инъекционным путем;
- лечение наркотической зависимости, в особенности предоставление опиоидной заместительной терапии;
- меры по снижению спроса и предложения наркотических средств в тюрьмах; и
- программы, направленные на выявление и лечение ИППП.⁴¹³

Для законодателей и других лиц, определяющих политику и ответственных за разработку и реализацию реформ по укреплению мер в ответ на ВИЧ в странах реализации проекта, в приведенных ниже подразделах представлены дополнительные сведения для обоснования конкретных реформ, необходимых для решения проблемы ВИЧ и рисков, связанных с ВИЧ-инфекцией в уголовно-исполнительных системах их стран.

Предоставление презервативов

По данным исследований, проводившихся во многих странах, в тюрьмах имеют место добровольные и принудительные сексуальные контакты, даже если такие контакты запрещены. Однако, как отмечалось выше, в тюрьмах стран, участвовавших в проекте, доступ к презервативам либо вообще не предоставляется, либо является ограниченным - эта ситуация далека от соответствия минимальным стандартам надлежащей практики профилактики ВИЧ-инфекции, учитывая наличие подтвержденных доказательств эффективности презервативов для предотвращения заражения ВИЧ.⁴¹⁴ ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС провели всесторонний обзор данных о предоставлении презервативов в тюрьмах, и пришли к следующим выводам:

- Существуют доказательства того, что в тюрьмах имеет место передача ВИЧ и других ИППП половым путем.
- Предоставление презервативов вполне осуществимо в различных учреждениях уголовно-исполнительной системы.
- Ни в одной уголовно-исполнительной системе обеспечение презервативами не привело к проблемам с обеспечением безопасности или другим серьезным негативным последствиям.
- Доступ к презервативам не приводит к росту сексуальной активности или потребления наркотиков.

⁴¹³ Межпарламентский союз, ЮНЭЙДС и ПРООН, *Меры по борьбе с ВИЧ: руководство для законодателей*, № 15 (2007), стр. 196, см. на сайте: <http://www.ipu.org/english/handbks.htm#aids07>.

⁴¹⁴ С. С. Веллер и К. Дэвис-Бити, «Эффективность презервативов для снижения числа случаев передачи ВИЧ-инфекции гетеросексуальным путем» [SC Weller & K. Davis-Beaty, "Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission"], *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1., Art. No.: CD003255 (DOI: 10.1002/14651858.CD003255), см. на сайте: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003255/frame.html>.

- После внедрения программ обеспечения презервативами, такие программы обычно поддерживаются, как заключенными, так и большинством работников тюрем.
- Доступность презервативов приводит к снижению рискованного поведения, т.е. доступ к презервативам помогает снизить число случаев передачи ВИЧ и других ИППП в тюрьмах.
- Необходимо, чтобы презервативы и смазки не только имелись в тюрьмах, но и были легко доступны, чтобы заключенным не приходилось их просить у тюремных властей.⁴¹⁵

В *Международных руководящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека* также рекомендуется обеспечивать заключенных презервативами, что рассматривается как важный компонент профилактики ВИЧ-инфекции и соблюдения прав людей, живущих с ВИЧ.⁴¹⁶ Обеспечение доступа к презервативам для людей в заключении согласуется с принципом, согласно которому заключенным должен быть обеспечен такой же доступ к медицинскому обслуживанию и лечению, как и для людей вне тюрем. В связи с тем, что использование презервативов может раскрыть определенные стороны личной жизни заключенных, при предоставлении принадлежностей для безопасного секса необходимо проявлять уважение к праву людей в заключении на личную жизнь.⁴¹⁷ Обеспечение презервативами и принадлежностями для безопасного секса в тюрьмах следует проводить таким образом, чтобы те, кто ими пользуется, могли сохранять анонимность, соблюдая, таким образом, право на личную жизнь.

Программы обеспечения стерильными иглами и шприцами (ПИШ) и стратегии дезинфекции в тюрьмах

Во многих уголовно-исполнительных системах, включая большинство тюрем в Европе, обеспечивается ряд мер по снижению вреда, таких как опиоидная заместительная терапия и предоставление дезинфицирующих средств и презервативов.⁴¹⁸ Однако многие тюремные системы отстают в вопросах снижения риска распространения ВИЧ, связанного с инъекционным употреблением наркотиков в местах лишения свободы. Ясно, что несмотря на запрет, в тюрьмах многих стран широко распространено употребление наркотиков, в том числе и путем инъекций.⁴¹⁹ Это подтверждается сведениями, предоставленными национальными экспертными группами из стран реализации проекта. Однако недостаток в тюрьмах шприцев или другого инструментария для инъекций приводит к совместному использованию такого инструментария, что существенно повышает риск передачи ВИЧ и вируса гепатита С. В результате совместного использования шприцев и игл в тюрьмах происходят вспышки ВИЧ-инфекции.⁴²⁰

Предоставление средств дезинфекции, таких как хлорсодержащие вещества (ХСВ), для обработки инъекционного инструментария для потребления наркотиков (или нанесения татуировок) может сократить распространение ВИЧ и вируса гепатита С, и может, таким образом, использоваться как метод снижения вреда, путем снижения риска передачи этих вирусов при совместном использовании такого инструментария. Выдача ХСВ должна сопровождаться инструкцией об их правильном использовании в качестве дезинфицирующих средств, чтобы до максимума увеличить защитный эффект. Чтобы ХСВ широко использовались заключенными, они должны быть для них легко доступными на анонимной основе, а хранение ХСВ не должно влечь за собой какого-либо наказания. Согласно результатам исследований, предоставление ХСВ не связано с риском для безопасности пенитенциарных учреждений.⁴²¹ Но, хотя хлорсодержащие вещества должны быть доступными в

⁴¹⁵ ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем*, «Аргументы в пользу действий», аналитический обзор (Женева, 2007), стр. 12-14.

⁴¹⁶ *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Руководящий принцип 4, п. 21(е).

⁴¹⁷ *Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод*, статья 8 гарантирует право каждого человека на уважение его личной и семейной жизни. В *Международном пакте о гражданских и политических правах* предусмотрено, что никто не может подвергаться произвольному или незаконному вмешательству в его личную или семейную жизнь (статья 17).

⁴¹⁸ Европейский центр мониторинга наркотиков и наркотической зависимости (EMCDDA), *Годовой отчет 2004: Состояние проблемы наркотиков в Европейском Союзе и Норвегии [Annual Report 2004: The state of the drugs problem in the European Union and Norway]*, см. на сайте: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2004b>.

⁴¹⁹ Например, EMCDDA, *Годовой отчет 2004*.

⁴²⁰ См. исследования, на которые даются ссылки в: ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции*, «Аргументы в пользу действий», аналитический обзор (Женева, 2007), стр. 11, см. на сайте: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/en/index.html>.

⁴²¹ ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами; стратегии дезинфекции*, «Аргументы в пользу действий», аналитический обзор (Женева, 2007), стр. 20, см. на сайте: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/en/index.html>.

тюрьмах, необходимо сознавать, что их достоинства, как средств защиты здоровья, ограничены. В условиях контролируемого эксперимента было установлено, что ХСВ снижают риск передачи ВИЧ при многократном очищении инструментария, однако в тюремных условиях большинства стран маловероятно, что заключенные смогут применять оптимальные длительные методы дезинфекции, учитывая обстоятельства, при которых в тюрьмах производятся инъекции. Более того, ХСВ не настолько эффективны против вируса гепатита С, еще одного заболевания, риск заражения которым связан с совместным использованием инъекционного инструментария (и инструментария для нанесения татуировок). ВОЗ, ЮНЭЙДС и UNODC рекомендуют, чтобы предоставление доступа к хлорсодержащим веществам не рассматривалось как альтернатива обеспечения доступа к стерильному инъекционному инструментарию.⁴²²

Неоднократно было доказано, что программы обеспечения стерильными шприцами являются одной из наиболее важных и действенных мер защиты от распространения заболеваний, переносимых с кровью, таких как ВИЧ-инфекция. Наличие в тюрьмах стерильного инструментария для инъекций помогает защищать право заключенных и работников тюрем на наивысший достижимый уровень здоровья. Более того, в правовых системах, где программы обмена игл и шприцев действуют за пределами тюрем, людям в заключении должен предоставляться доступ к подобным программам в силу их права на такой же уровень медицинского обслуживания, который обеспечивается для населения в целом.

Однако многим странам, включая пять из шести стран реализации проекта, еще предстоит обеспечить доступ к стерильным иглам и шприцам для людей в заключении. В сочетании с другими целенаправленными действиями ПИШ действуют как мера по профилактике распространения ВИЧ в тюрьмах таких стран как Швейцария, Германия, Испания, Молдова, Румыния, Кыргызстан, а еще ряд стран планируют внедрить эти программы.⁴²³ При всестороннем изучении данных о реализации этих программ было установлено следующее:⁴²⁴

- Имеются свидетельства, что ПИШ могут быть реализованы в местах лишения свободы самого различного устройства и организации.
- В ряде стран тюремные ПИШ эффективно сокращают совместное использование инъекционного оборудования среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем в тюрьмах, таким образом, сокращается риск заражения, как для заключенных, так и для работников тюрем.
- ПИШ не связаны с ростом числа нападений на работников тюрем и не ведут к росту потребления наркотиков или частоты инъекций. Действительно, в некоторых странах тюремная охрана признает, что наличие стерильных шприцев способствует и их безопасности; когда заключенному не приходится скрывать инструментарий для инъекций, а разрешается иметь стерильный шприц для личного использования, существует меньше вероятности, что охранники, производящие обыск заключенных или их камер, могут случайно уколоться зараженной иглой.
- Помимо сокращения совместного использования инструментария для инъекций и связанного с этим риска заражения ВИЧ и вирусом гепатита С, тюремные ПИШ ведут к снижению риска передозировок и развития абсцессов, а также способствуют направлению в программы лечения зависимости от наркотиков (там, где таковые имеются), и ведут к росту числа заключенных, обращающихся в такие программы.
- Исследования, касающиеся тюремных ПИШ, не выявили каких-либо отрицательных последствий таких программ.

422 Там же, стр. 19-20.

423 Самые последние сведения о странах, в тюрьмах которых действуют ПИШ см. там же, стр. 25.

424 Обзор и обсуждение данных, позволивших сделать эти выводы, см. в: Р. Лайнс и др., *Обмен игл в тюрьмах: уроки всестороннего обзора международных данных и опыта*, 2-е изд. [R. Lines et al., *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*, 2nd ed.] (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006), см. на сайте: www.aidslaw.ca/prisons [представлен обзор данных о программах обмена игл и шприцев в тюрьмах Германии, Кыргызстана, Молдовы, Испании и Швейцарии]; Министерство здравоохранения Канады, *Обмен игл в тюрьмах: обзор данных* [Public Health Agency of Canada, *Prison needle exchange: Review of the evidence*] (Оттава: МЗК, апрель 2006); ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: программы обеспечения иглами и шприцами, стратегии дезинфекции*, «Аргументы в пользу действий», аналитический обзор (2007); Р. Юргенс, А. Болл и А. Верстер «Вмешательства для сокращения случаев заражения ВИЧ, связанных с употреблением наркотиков путем инъекций в тюрьме» [R. Jürgens, A. Ball & A. Verster, "Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison"] *Lancet Infectious Diseases* 2009; 9: 57-66, см. на сайте: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/en/index.html>.

Ключом к успеху ПИШ в тюрьмах является конфиденциальный и легкий доступ к стерильным иглам и шприцам для заключенных. В разработке и реализации ПИШ должны участвовать, как работники тюрем, так и заключенные. Для успешных тюремных ПИШ также характерно строгое соблюдение правил безопасной утилизации использованных игл и шприцев и надлежащие мониторинг, оценка и контроль качества программ.

Улучшение доступа к лечению наркотической зависимости в тюрьмах

ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС провели всесторонний обзор исследований о лечении наркотической зависимости в тюрьмах и о влиянии такого лечения на профилактику распространения ВИЧ-инфекции. В обзоре делается вывод о том, что помимо ОЗТ (см. ниже), существует мало данных относительно эффективности использования других видов лечения наркотической зависимости для профилактики ВИЧ-инфекции.⁴²⁵ Однако, эти агентства делают заключение о том, что «[к]ачественное, адекватное и доступное лечение может улучшить безопасность в тюрьмах, улучшить здоровье и социальное функционирование заключенных, а также снизить уровень повторных правонарушений - при условии непрерывности лечения и поддержки, помощи после освобождения и удовлетворения индивидуальных потребностей заключенных, в том числе женщин, несовершеннолетних и представителей этнических меньшинств».⁴²⁶ Кроме того они указывают, что «[п]омощь после освобождения очень важна... и не должна ограничиваться только содействием в продолжении лечения зависимости от наркотиков на свободе; она также должна включать предоставление социальной поддержки».⁴²⁷

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) имеет долгую и успешную историю реализации в тюрьмах многих стран. ОЗТ должна быть доступной повсеместно, в том числе и как мера профилактики ВИЧ-инфекции.

«Заключенные, проходившие курс метадоновой поддерживающей терапии до заключения, должны иметь возможность продолжать такое лечение, находясь в тюрьме. В странах, где терапия метадоном в рамках сообщества доступна для лиц, страдающих зависимостью от опиатов, это лечение также должно быть доступным в тюрьмах».
– *Руководящие принципы ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах* (1993)

В аналитическом обзоре «Аргументы в пользу действий» подчеркиваются следующие выводы:

- Имеются данные о том, что ОЗТ метадоном может осуществляться в самых разных типах тюремных учреждений.
- Программы ОЗТ в тюрьмах эффективно снижают инъекционное потребление наркотиков, а также сопутствующее ему использование нестерильного инъекционного инструментария и передачу инфекций.
- Было продемонстрировано, что тюремные программы ОЗТ приносят дополнительную пользу для здоровья участвующих в них заключенных, а также для тюремных систем и общества в целом.
- Участие в программах ОЗТ ассоциируется со снижением смертности, в том числе и за счет снижения риска смерти от передозировки после освобождения.
- В отличие от программ детоксикации (детоксикации), тюремные ОЗТ в значительной мере содействуют обращению за лечением и продолжению лечения после освобождения.
- Повторное тюремное заключение менее вероятно среди заключенных, которые получают адекватную ОЗТ в период нахождения в тюрьме.
- ОЗТ оказывает положительный эффект на поведение заключенных в целом, уменьшая стремление к поиску наркотика и, таким образом, способствуя улучшению безопасности в тюрьмах.
- Изначально тюремная администрация нередко выражала беспокойство по поводу ухудшения обстановки в тюрьмах, возможного насилия и попадания метадона в незаконный оборот, но реализация программ ОЗТ показала, что эти проблемы не возникали.
- Как заключенные, так и тюремный персонал сообщают о положительном воздействии ОЗТ

425 ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: лечение наркотической зависимости*, «Аргументы в пользу действий», аналитический обзор (2007), стр. 22, см. на сайте: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/en/index.html>.

426 Там же, стр. 20.

427 Там же.

на тюремную жизнь.

- Необходима выработка стратегий обеспечения преемственности в лечении потребителей опиоидов по мере их перемещения между обществом и тюремными системами.
- Предоставление ОЗТ в тюрьмах может помочь людям, живущим с ВИЧ в заключении, начать и продолжать курс антиретровирусной терапии.⁴²⁸

Улучшение конфиденциального доступа к информации о ВИЧ и ИППП, тестированию, консультированию и лечению

Несомненно, что доступ к точной информации о ВИЧ-инфекции и ее профилактике, а также доступ к качественному консультированию и тестированию на ВИЧ является главным элементом усилий по профилактике распространения ВИЧ. Как отмечалось выше, ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС рекомендуют, чтобы в пенитенциарных системах обеспечивался доступ к *добровольному и конфиденциальному* тестированию на ВИЧ, и чтобы тестирование на ВИЧ проводилось на условиях *анонимности* в тех странах, где такое тестирование проводится вне тюрем. Кроме того, они рекомендуют, чтобы информированное согласие и консультирование до и после тестирования были обязательными требованиями любого обследования на предмет наличия ВИЧ, которое проводится в тюрьмах.⁴²⁹

Они также отмечают, что, согласно результатам исследований, многие заключенные готовы пройти добровольное тестирование на ВИЧ, особенно если это тестирование и консультирование являются частью комплексной программы по лечению ВИЧ-инфекции и уходу за заключенными, живущими с ВИЧ, и если результаты теста на ВИЧ не разглашаются. Также доказано, что политика принудительного тестирования, напротив, является абсолютно непродуктивной.⁴³⁰ По данным исследований принудительное тестирование менее продуктивно и менее эффективно в том, что касается просвещения заключенных и изменения их поведения, чем добровольное тестирование и широкие просветительские программы. Оно также может привести к обманчивому чувству безопасности у тех заключенных, у которых результаты тестирования на ВИЧ отрицательны, и которые думают, что, если их контакты (например, сексуальные контакты или совместное использование инструментария для инъекций) происходят только с другими ВИЧ-отрицательными заключенными, то они в безопасности; однако, это невозможно гарантировать, так как существует «период окна», т.е. определенный период между моментом инфицирования и временем, когда ВИЧ определяется современными методами тестирования.⁴³¹ Более того, принудительное тестирование на ВИЧ нарушает право на личную неприкосновенность, право на личную жизнь и право не подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения и наказания⁴³², все эти права защищаются международными договорами, ратифицированными странами реализации проекта. Нарушение этих прав является неоправданным в соответствии с четко установленными принципами международного права относительно возможных ограничений прав человека.

По указанным выше причинам, доступ к уходу и лечению для людей, живущих с ВИЧ, является таким же правом человека для людей в заключении, как и для людей вне тюрем. При осуществлении мер по расширению доступа к уходу и лечению необходимо учитывать группы населения, которые находятся в заключении. Кроме того, согласно ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС:

Исследования подтвердили, что, в случае обеспечения ухода и доступа к лекарственным препаратам, заключенные хорошо реагируют на АРТ. Показатели приверженности лечению в тюрьмах могут быть такими же высокими, как и среди пациентов – представителей гражданского населения, а иногда даже выше. Однако улучшение состояния здоровья, которого удалось добиться за время заключения, может быть сведено на нет, если после освобождения

428 Там же, стр. 16-17.

429 ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, «Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрем: основа для принятия эффективных мер на национальном уровне» (2006), 62-66.

430 ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: уход, лечение и поддержка при ВИЧ-инфекции, «Аргументы в пользу действий» (Женева, 2007), стр. 13-14.

431 Более подробное обсуждение см. в разделе «Консультирование и тестирование на ВИЧ» в: *Эффективность мер по профилактике ВИЧ в тюрьмах*, «Аргументы в пользу действий» (Женева, 2007), стр. 67-71, см. на сайте: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/prisons/en/index.html>.

432 В статье 9 *Международного пакта о гражданских и политических правах* гарантируется право каждого человека на личную неприкосновенность, в статье 17 запрещается произвольное или незаконное вмешательство со стороны государства в личную жизнь, а в статье 7 запрещаются жестокие, бесчеловечные или унижающие достоинство виды обращения и наказания. Аналогичные положения можно найти в *Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод*.

ния больному не будут обеспечены должные реабилитация и уход. [...] Особо рекомендуется обеспечить доступность опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) для заключенных с наркотической зависимостью от опиоидов. Помимо той роли, которую заместительная терапия играет в лечении опиоидной зависимости и профилактике передачи ВИЧ, она еще крайне эффективна при проведении АРТ среди лиц с опиоидной зависимостью и способствует соблюдению ими схемы лечения. Многие ВИЧ-положительные потребители инъекционных наркотиков (ПИН) проведут определенное время в тюрьме, и в течение этого периода им необходимо обеспечить непрерывный доступ к ОЗТ и АРТ, включая время следования к месту заключения и возвращения из заключения к месту проживания.⁴³³

Важно отметить, что меры медицинского характера – включая тестирование на ВИЧ, лечение антиретровирусными или другими препаратами, а также лечение наркотической зависимости – должны проводиться только с согласия человека, в отношении которого эти меры принимаются. Меры медицинского характера, принимаемые без согласия пациента или с согласия, полученного под давлением или принуждением, являются нарушением права человека на личную неприкосновенность, права на личную жизнь и права не подвергаться жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения и наказания. Наличие принудительных схем тестирования или лечения может отвлечь заключенных от обращения за необходимой медицинской помощью из страха перед раскрытием личной информации или из страха перед самим лечением. В результате заключенные, здоровье которых находится под угрозой, могут не получить медицинскую помощь, необходимую для улучшения их состояния здоровья и поддержания безопасности других людей. Предоставление медицинского ухода только при наличии информированного согласия способствует тому, что люди, нуждающиеся в тестировании и лечении, своевременно обращаются за помощью.

Информация о состоянии здоровья заключенного должна быть доступной самому заключенному и только тем лицам, которым совершенно необходимо знать о его (ее) состоянии здоровья (например, для медицинского работника, и только в том случае, если такая информация имеет отношение к конкретному лечению, которое проводит данный медицинский работник).⁴³⁴ Лишь в очень редких случаях имеются основания для раскрытия информации о ВИЧ-положительном статусе, наличии ВГС или наркотической зависимости лица по соображениям обеспечения безопасности третьих лиц. Право на конфиденциальность должно соблюдаться независимо от факта лишения свободы.⁴³⁵ Более того, информация о состоянии здоровья может привести к дискриминации и нарушениям других прав человека исключительно на основании состояния здоровья, особенно в сообществах, где информация о характере определенных состояний, таких как ВИЧ-инфекция, может быть недостаточной, или где преобладающим отношением к людям, живущим с ВИЧ, является их стигматизация. Поэтому обеспечение конфиденциальности может защитить заключенного от дискриминации и стигматизации на основании его или ее состояния здоровья. Отсутствие конфиденциальности и возможность дискриминации также могут препятствовать заключенным в прохождении добровольного тестирования или в обращении за соответствующим лечением из страха, что информация об их состоянии здоровья может быть раскрыта. Конфиденциальность обеспечивает для заключенных среду, в которой они могут пройти тестирование и получить лечение без страха перед социальными или институциональными нарушениями их прав человека.

Меры по устранению дискриминация на основании ВИЧ-статуса или наркотической зависимости в тюремной политике

Как отмечалось выше, в пенитенциарных системах нескольких стран проекта возможность перевода в учреждения с менее строгим режимом содержания ограничена для людей, живущих с ВИЧ, а также для лиц, проходящих принудительное лечение наркотической зависимости. Такие правила проблематичны, как с точки зрения общественного здравоохранения, так и с точки зрения соблюдения прав человека.

433 ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: уход, лечение и поддержка при ВИЧ-инфекции*, «Аргументы в пользу действий», серия аналитических обзоров (Женева, 2007), стр. 6.

434 В разделе 31 *Руководящих принципов ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах* (1993) рекомендуется, чтобы «информация о состоянии здоровья и лечении заключенных была конфиденциальной и чтобы медицинские записи были доступными только для медицинских работников». Исключения из этого правила, такие как предоставление информации о состоянии здоровья руководству тюрьмы или представителям судебной власти, допускаются только в том случае, если получено согласие заключенного.

435 См., например, статью 8(1) *Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод* и статью 17(1) *Международного пакта о гражданских и политических правах*.

Страх потери конфиденциальности, страх стигматизации и дискриминации в случае, если окружающие узнают о ВИЧ-положительном статусе лица или заподозрят это, могут удерживать заключенных от добровольного прохождения обследования на ВИЧ и могут укрепить их заблуждения относительно путей передачи и физических последствий заражения этим вирусом. Сегрегация ЛЖВ также подрывает меры по профилактике ВИЧ-инфекции, поддерживая ошибочное предположение о том, что «в тюрьмах нет ВИЧ», потому что «все ВИЧ-положительные люди содержатся отдельно».

Более того, изоляция, сегрегация или исключение людей, живущих с ВИЧ (или с гепатитом С) в тюрьмах из программ на основании их ВИЧ или ВГС статуса противоречат праву на равенство и недискриминацию.⁴³⁶ Люди, живущие с ВИЧ, должны иметь равный доступ ко всем возможностям и удобствам, предоставляемым общему тюремному населению, включая работу и образовательные программы. Согласно принципам ВОЗ, «решения об изоляции по состоянию здоровья должны приниматься только медицинскими работниками и на таких же основаниях, как и в отношении населения вне тюрем, в соответствии со стандартами и нормами, регулирующими общественное здравоохранение».⁴³⁷

В соответствии с принципами международного права в области прав человека, ограничение прав человека или отступление от положений договоров, ратифицированных странами, могут быть оправданы только в четко определенных ограниченных случаях.⁴³⁸ Одним из главных принципов является принцип недискриминации, в том числе на основании «состояния здоровья», включая ВИЧ-статус и наркотическую зависимость. Применение жестких подходов к людям, страдающим наркотической зависимостью, может отражать (и усиливать) ошибочное представление о том, что для того, чтобы быть эффективным, лечение наркотической зависимости должно быть суровым. Для таких жестких подходов, в рамках которых заключенные лишаются некоторых прав только на основании ВИЧ-статуса или наркотической зависимости, нет никаких оправданий, в том числе и по медицинским показаниям.

Освобождение из сострадания

Продолжение содержания под стражей неизлечимо больных людей и заключенных, для которых продолжение заключения связано с тяжелыми вредными последствиями для физического или психического здоровья, или является слишком тяжелым испытанием, является нарушением ценностей, лежащих в основе международного права в области прав человека. Оно также может нарушать запрет на жестокие, бесчеловечные или унижающие достоинство виды обращения и наказания, а также право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Для соблюдения этих обязательств в области прав человека - в случае неизлечимо больных заключенных - необходимо, чтобы в пенитенциарных учреждениях было предусмотрено освобождение из сострадания. В частности, заключенные, живущие с ВИЧ, могут быть крайне восприимчивы к вторичным инфекциям, полученным в тюремной среде, и способным привести к смертельному исходу; в тюрьме может отсутствовать лечение ВИЧ-инфекции или оппортунистических инфекций (хотя предоставление такого лечения должно быть приоритетным вопросом во всех юрисдикциях). Как часть всесторонних национальных мер по решению проблемы ВИЧ в тюрьмах, UNODC, ВОЗ и ЮНЭЙДС рекомендуют, чтобы в пенитенциарных системах предоставлялись «варианты досрочного освобождения заключенных на поздних стадиях заболеваний, связанных с ВИЧ».⁴³⁹

Меры по снижению риска инфицирования ВИЧ в предварительном заключении

Несмотря на то, что в принципе, люди не должны содержаться под стражей в ожидании суда, за исключением случаев, когда все другие альтернативы оказались неприемлемыми, в некоторых странах большое число людей находятся в предварительном заключении и представляет очень значительную долю всех лиц, содержащихся в местах лишения свободы. Условия содержания в предварительном заключении способствуют распространению инфекционных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию.⁴⁴⁰ В соответствии с принципом презумпции невиновности, подсудимые

436 См., например, ООН, *Основные принципы обращения с заключенными*, п. 2.

437 ВОЗ, *Руководящие принципы по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах* (1993), п. 27.

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

439 ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС, «Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрем: основа для принятия эффективных мер на национальном уровне» (2006), рекомендуемая мера 76.

440 М. Шентейх, «Масштабы и последствия предварительного заключения во всем мире» [M. Schönleithner, "The Scale and Consequences of Pre-trial Detention Around the World"], *Justice Initiatives: Pre-trial Detention* (Институт «Открытое общество», 2008), стр. 11-43, см. на сайте: http://www.justiceinitiative.org/db/resource2?res_id=104079.

обычно должны находиться на свободе до суда.⁴⁴¹ Этот основной принцип прав человека приобретает еще более важное значение в свете риска для здоровья, связанного с заключением. Обвиняемые и подсудимые, содержащиеся в предварительном заключении, рискуют заразиться ВИЧ-инфекцией и другими вирусами, передающимися через кровь, теми же способами, что и остальное население тюрем, включая небезопасные методы потребления наркотиков инъекционным путем и незащищенный добровольный или принудительный секс. Обычные характеристики мест предварительного заключения, такие как переполненность камер и быстрая смена состава заключенных только увеличивают такие риски.⁴⁴² Кроме того, медицинское обслуживание и программы снижения вреда, доступные для заключенных в тюрьмах, часто недоступны для людей, находящихся в предварительном заключении.⁴⁴³ Люди, находящиеся в предварительном заключении и нуждающиеся в лечении, могут его не получить, а у тех, кто участвует в длительных программах лечения, могут произойти вынужденные перерывы в лечении. В интересах общества, минимальное использование предварительного заключения является важным элементом мер по снижению риска распространения ВИЧ в уголовно-исполнительной системе. Более того, в связи с тем, что людям, находящимся в предварительном заключении, (которые считаются невиновными до тех пор, пока их вина не будет установлена судом) грозит повышенный риск нарушения их прав на здоровье и неприкосновенность личности, правовая реформа в этой области должна предусматривать в рамках национального законодательства юридически осуществимую гарантию на проведение суда или освобождение лица в разумный срок.

5.5 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕФОРМИРОВАНИЮ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Согласно информации, предоставленной экспертами из шести стран, в уголовно-исполнительной системе предпринимаются усилия, направленные на профилактику и лечение ВИЧ-инфекции, однако еще многое предстоит сделать для уважения прав заключенных, соблюдения прав человека и их защиты в том, что касается профилактики распространения ВИЧ, ухода, лечения и поддержки заключенных, живущих с ВИЧ. Как отмечали многие национальные экспертные группы, большинство людей, находящихся в заключении, в конечном счете, выходят из тюрьмы, это значит, что любое заболевание, полученное в тюрьме, оказывает влияние на здоровье населения в более широком смысле. Более того, национальные эксперты в целом признали, что применяемые подходы к контролю наркотиков, в том числе в тюрьмах, повышает вероятность более рискованных практик употребления наркотиков, что, в свою очередь, повышает риск передачи ВИЧ-инфекции. Поэтому эксперты пришли к заключению, что для эффективных мер по снижению риска ВИЧ-инфицирования правительства должны признать тот факт, что в тюрьмах имеет место употребление наркотиков, несмотря на усилия по его предотвращению. Правительства должны обеспечить доступ к качественному, основанному на подтвержденных лучших практиках, лечению наркотической зависимости и к практичным, доказательно обоснованным, программам сокращения отрицательных последствий употребления наркотиков (включая передачу ВИЧ). В приведенных ниже рекомендациях, отражающих этот подход, учитываются подробные рекомендации шести национальных экспертных групп. (Более подробные рекомендации для каждой отдельной страны см. в: Часть II, отчеты стран).

Рекомендация 34: Включить положения о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции в тюрьмах в национальные стратегии и программы, с четким указанием источников финансирования

Несмотря на то, что в настоящее время в национальные программы по ВИЧ в Азербайджане, Кыргызстане, Казахстане, Таджикистане и Узбекистане включены меры по профилактике и/или лечению ВИЧ в тюрьмах, национальные экспертные группы подчеркивали, что при реализации и финансировании этих мер возникают трудности. Желательно, чтобы ответственность за меры по

441 См. статью 9(3) *Международного пакта о гражданских и политических правах*. Освобождение до суда может ставиться в зависимость от представления гарантий явки на суд и, в случае необходимости, явки для исполнения приговора.

442 Например, Хьюман Райтс Уотч, *Повторение пройденных ошибок: ВИЧ/СПИД и нарушения прав человека в Российской Федерации* (2004).

443 В исследованиях отмечается, что в местах предварительного заключения уровень медицинского обслуживания и доступность лечения ниже, чем в тюрьмах, где содержатся осужденные. В частности, программы снижения вреда менее доступны для людей, находящихся в предварительном заключении. См.: М. MacDonald, "A Study of the Health Care Provision, Existing Drug Services and Strategies Operating in Prisons in Ten Countries from Central and Eastern Europe" (Helsinki: HEUNI, 2005), стр. 99-138, см. на сайте: <http://www.heuni.fi/32030.htm>.

профилактике и лечению ВИЧ в пенитенциарных учреждениях возлагалась на министерства здравоохранения (а не на министерства юстиции или внутренних дел). В Туркменистане национальную программу по ВИЧ следует пересмотреть и включить в нее четкие положения об этих мерах, а также отразить другие рекомендации, представленные ниже.

Рекомендация 35: Обеспечить в тюрьмах адекватное медицинское обслуживание в том же объеме, в каком такое обслуживание предоставляется на свободе

В каждой из шести стран реализации проекта, национальные экспертные группы отметили, что медицинские услуги, предоставляемые в тюрьмах, не сопоставимы с медицинским обслуживанием, предоставляемым населению в целом. Для устранения этого пробела необходимо принять ряд мер, относящихся как к сфере общественного здравоохранения, так и к области прав человека.

- **Возложить ответственность за медицинское обслуживание в тюрьмах на органы здравоохранения:** Как упоминалось выше, предоставление медицинских услуг в тюрьмах обычно относится к сфере ответственности министерства юстиции или министерства внутренних дел, а не министерства здравоохранения. Рекомендуется перенести ответственность на министерство здравоохранения - это будет отражать тот факт, что люди в заключении должны иметь право на такие же усилия по защите и поддержанию здоровья и на такие же медицинские услуги, как и люди вне тюрем; и министерство здравоохранения должно будет гарантировать такой же спектр услуг и их качество в тюрьмах, какое имеется в гражданском секторе. Кроме того, в сознании представителей органов здравоохранения и учреждений уголовно-исполнительной системы будет укрепляться представление о том, что здоровье людей, находящихся в заключении, является важным элементом здоровья общества в целом.
- **Координировать лечение ВИЧ-инфекции и туберкулеза в тюрьмах:** Национальные экспертные группы отмечают, что в тюрьмах необходимо проводить эффективные комплексные программы, включающие АРТ одновременно с профилактикой и лечением туберкулеза. Люди, живущие с ВИЧ, подвергаются более высокому риску заражения туберкулезом, который во всем мире является самой распространенной оппортунистической инфекцией среди людей, живущих с ВИЧ, особенно в условиях, которые часто наблюдаются в тюрьмах (переполненность, плохое питание, ненадлежащий уровень санитарно-гигиенических условий).
- **Обеспечить равный доступ к медицинским товарам и услугам:** В отчетах некоторых стран реализации проекта указывается, что людям в заключении часто приходится платить за медицинские препараты и предметы личной гигиены, а доступ к врачам узкой специализации (венерологам, стоматологам и т.п.) часто не обеспечивается. В каждой стране, где такие пробелы в доступе к медицинским товарам и услугам являются действительными или возможными проблемами, необходимо их изучить и определить четкие меры по обеспечению доступа в таком же объеме, какой предоставляется вне тюрем.

Рекомендация 36: Предоставлять информацию о ВИЧ и СПИДе и обучать персонал тюрем и заключенных

В тюрьмах всех стран реализации проекта заключенным предоставляются сведения о ВИЧ и СПИДе в той или иной степени, однако содержание информации и конфиденциальность процесса ее предоставления можно улучшить.

- **Санкционировать просвещение по вопросам ВИЧ в тюрьмах:** Эксперты из Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана рекомендуют, чтобы был установлен определенный порядок (и приняты соответствующие официальные инструкции) предоставления информации о ВИЧ всем заключенным, когда они поступают в тюрьму и во время их нахождения в заключении.

Так, эксперты из Кыргызстана рекомендуют, чтобы в основных постановлениях, регулирующих работу уголовно-исполнительной системы, было четко записано требование о предоставлении заключенным информации о ВИЧ.⁴⁴⁴

- **Обеспечить, чтобы в просветительских материалах освещались реальные риски, связанные с ВИЧ-инфекцией в тюрьмах:** Дополнительно рекомендуется, согласно предложению экспертной группы из Таджикистана, чтобы были выделены ресурсы на повышение качества предоставляемой информации, особенно на разработку просветительских материалов, учитывающих тюремные реалии, в том числе сведения о риске, связанном с потреблением наркотиков, нанесением татуировок и пирсингом, а также о сексуальном насилии и принуждении.
- 2 Проводить тренинги для работников тюрем по ВИЧ-инфекции, правам человека и снижению вреда:** Рекомендуется включить тренинги для работников тюрем по ВИЧ, толерантности и соблюдению прав человека в качестве компонента профессионального обучения или курсов повышения квалификации, а также включить требование предоставления таких тренингов в нормативно-правовую базу пенитенциарной системы. Например, экспертные группы из Таджикистана и Туркменистана отметили, что важно научить работников тюрем правильно информировать заключенных о ВИЧ. Кроме того, как отметила экспертная группа из Азербайджана, целесообразно включить прямые инструкции о запрете дискриминации в отношении людей, употребляющих наркотики, и людей, живущих с ВИЧ, а также о необходимости внедрения программ снижения вреда в учреждениях пенитенциарной системы. Эти инструкции должны быть включены как в национальные законы о ВИЧ/СПИДе, так и в национальную программу или стратегию по ВИЧ/СПИДу.
 - 3 Проводить обучение волонтеров для работы по принципу «равный – равному»:** Также рекомендуется обучать заключенных для работы по принципу «равный – равному» и оказывать им поддержку, чтобы они проводили обучение о ВИЧ и профилактике ВИЧ-инфицирования в тюрьмах всех стран реализации проекта. Опыт разных стран мира свидетельствует о том, что заключенные лучше всего воспринимают некоторые сведения, если их сообщают люди из их окружения.

Рекомендация 37: Сократить число случаев передачи ВИЧ-инфекции половым путем

- 1. Обеспечить легкий конфиденциальный доступ к презервативам:** Как минимум в тюрьмах трех стран реализации проекта (Кыргызстане, Казахстане и Таджикистане) презервативы предоставляются всему населению тюрем, в отличие от ограниченной их выдачи только в случаях свиданий с супругами. Однако даже в этих странах возникают сомнения относительно того, удовлетворительно ли обеспечивается доступ к презервативам. Экспертная группа из Таджикистана пришла к заключению, что в тюрьмах страны не обеспечивается надлежащий доступ к презервативам, а в Узбекистане презервативы предоставляются только в случаях супружеских свиданий – это означает, что власти не признают наличия добровольных сексуальных отношений в тюрьмах, во время как для любых половых отношений презервативы являются главным средством профилактики ВИЧ-инфекции, как в тюрьмах, так и в обществе в целом. Отсутствие презервативов или ограниченный доступ к презервативам в тюрьмах является серьезным упущением, и страны должны предпринять меры по немедленному исправлению ситуации. В Туркменистане и Узбекистане необходимо срочно устранить все законодательные препятствия для распространения презервативов в тюрьмах и для добровольных половых отношений между заключенными (эффективное предоставление презервативов в тюрьмах зависит от отмены устаревших законов против мужеложства). Если действуют какие-либо конкретные законы или правила внутреннего распорядка, запрещающие половые отношения между заключенными под страхом дисциплинарного наказания, они должны быть отменены; например, такую рекомендацию высказала нацио-

⁴⁴⁴ Министерство юстиции, «Правила внутреннего распорядка исправительных учреждений Министерства юстиции Кыргызской Республики», приказ № 164 (28 октября 2003 г.).

нальная экспертная группа из Кыргызстана. Все страны должны пересмотреть свои внутренние постановления или инструкции, регламентирующие работу уголовно-исполнительных систем и обеспечить реализацию программ по предоставлению свободного и конфиденциального доступа к презервативам для всех заключенных в любое время.

2. Внедрять программы по предотвращению сексуального насилия и принуждения:

Секс по принуждению является, к сожалению, реальностью в местах лишения свободы и предварительного заключения, при этом нарушаются права человека и право на здоровье лиц, принуждаемых к сексуальным отношениям. Кроме того, в более широком смысле, наносится ущерб здоровью населения и надлежащему функционированию пенитенциарной системы. Во всех странах реализации проекта необходимо внедрять программы для защиты заключенных от сексуального насилия и принуждения, включая ясные протоколы по предупреждению изнасилований, программы по информированию и тестированию заключенных на ВИЧ и другие ИППП, а также предоставлять медицинскую и психологическую помощь и поддержку тем людям, кто пострадал от сексуального насилия в тюрьме. Ответственность за решение этих вопросов должна возлагаться на министерства здравоохранения и министерства, в ведении которых находятся пенитенциарные системы. Инструкции, нормы и программы, разработанные в других юрисдикциях, могут быть полезным справочным источником для разработки и реализации национальных мер в странах реализации проекта.⁴⁴⁵

Рекомендация 38: Обеспечить доступ к дезинфицирующим средствам, таким как хлорамин

Предоставление хлорамина в большинстве стран реализации проекта является шагом в направлении обеспечения всесторонней профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Команды экспертов из Таджикистана, Казахстана, Узбекистана и Кыргызстана призывают разработать или укрепить программы по предоставлению заключенным доступа к хлорамину для дезинфекции инъекционного инструментария. В этих странах необходимо пересмотреть постановления и приказы, регулирующие работу исправительных учреждений, чтобы людям, находящимся в заключении, обеспечился легкий конфиденциальный доступ к хлорамину. Однако учитывая, что хлорамин имеет лишь ограниченное действие в качестве средства профилактики ВИЧ-инфекции и гепатита С, меры по обеспечению доступа к хлорамину не должны препятствовать или служить задержкой для реализации эффективных программ по предоставлению стерильных игл и шприцев.

Рекомендация 39: Обеспечить доступ к стерильному инструментарию для инъекций

Кыргызстан заслуживает одобрения за запуск первых в регионе программ по обмену игл и шприцев в тюрьмах, однако для полного развертывания этой программы и обеспечения ее надлежащего качества во всех тюрьмах страны требуются дополнительное внимание и ресурсы. Отсутствие программ обеспечения стерильными шприцами в тюрьмах всех остальных стран реализации проекта оставляет заключенным, употребляющим наркотики инъекционным путем, в лучшем случае, возможность пользоваться профилактическими мерами ограниченной эффективности (т.е. хлорамин, если он доступен). Учитывая, что в тюрьмах стран реализации проекта довольно высок процент заключенных, употреблявших наркотики инъекционным путем до заключения под стражу или употребляющих наркотики в тюрьме, политика и практические меры в этой области нуждаются в изменениях.

Для этого руководство органов здравоохранения и исправительных учреждений, используя опыт соответствующих экспертов (в том числе из НПО, работающих с людьми, употребляющими наркотики

445 См., например, модельные законодательные положения и сопроводительные комментарии в: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 5: Тюрьмы (и, в частности, стр. 34-36), см. на сайте: www.aidslaw.ca/modellaw; а также доклады и рекомендации, такие как: *США, Доклад национальной комиссии по искоренению изнасилований в тюрьмах* [U.S. National Prison Rape Elimination Commission Report] (Washington, D.C.: NPERC, 2009), см. на сайте: <http://nprec.us/publication/>.

тики и/или с людьми в заключении), должно незамедлительно начать планирование и реализацию программ предоставления стерильных игл и шприцев в тюрьмах. Должностным лицам из стран реализации проекта, где такие меры еще не осуществляются, необходимо организовать учебные поездки в Кыргызстан для ознакомления с действующей программой, в Молдову, где имеется опыт организации таких программ, или в другие страны. Руководству органов здравоохранения и пенитенциарной системы следует пересмотреть действующее законодательство и внутренние постановления и приказы, регулирующие деятельность пенитенциарной системы, чтобы выявить положения, которые могут препятствовать осуществлению таких программ, и внести соответствующие поправки (как это было сделано в Кыргызстане в 2008 году).

Рекомендация 40: Внедрять добровольное лечение наркотической зависимости и ограничить использование принудительного лечения наркотической зависимости

Во всех странах реализации проекта для людей в заключении существует реальная угроза принудительного лечения наркотической зависимости, что, по сути, нарушает право пациентов не подвергаться лечению без согласия, что - за исключением редких случаев - является безосновательным. Рекомендуется начать работу по отмене существующего принудительного лечения во всех странах реализации проекта, обеспечивать осознанное информированное согласие заключенных для всех медицинских процедур и срочно начать работу, направленную на внедрение всестороннего, научно-обоснованного добровольного лечения наркотической зависимости для людей в заключении.

Национальные экспертные группы из Таджикистана, Азербайджана и Кыргызстана высказали важную рекомендацию относительно того, что люди в заключении должны иметь доступ к добровольному лечению наркотической зависимости. Эксперты Кыргызстана и Казахстана рекомендуют организовать в рамках уголовно-исполнительной системы полномасштабные программы реабилитации для людей, страдающих наркотической зависимостью, на добровольной основе. Экспертная группа из Кыргызстана высказала конкретную рекомендацию о том, чтобы в Министерстве юстиции были разработаны официальные инструкции о порядке и условиях предоставления бесплатного добровольного лечения и реабилитации в связи с наркотической зависимостью, для людей, находящихся в исправительных учреждениях. Эта рекомендация относится и к другим странам реализации проекта.

Лечение наркотической зависимости в тюрьмах должно включать последующее медицинское наблюдение и направление на лечение в обычных медицинских учреждениях для тех, кто освобождается из мест заключения. Необходимо отменить практику платного лечения для людей в заключении - лечение всегда должно быть бесплатным.

Рекомендация 41: Обеспечить доступ к опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в тюрьмах

В каждой стране реализации проекта рекомендуется расширить объем лечения наркотической зависимости в тюрьмах за счет внедрения ОЗТ (или, в случае Кыргызстана, расширить действующие программы). Одной детоксификации (детоксикации), предоставляемой во всех странах реализации проекта, без других видов медицинской помощи, недостаточно. Учитывая, что употребление опиоидов получило в регионе широкое распространение, тот факт, что ОЗТ не стала широко доступной, в том числе и для людей, страдающих опиоидной зависимостью и находящихся в исправительных учреждениях (за исключением отдельных программ в Кыргызстане), является вопросом, вызывающим глубокую озабоченность с точки зрения общественного здравоохранения и прав человека. Как отмечалось выше, значительное число научных доказательств подтверждают эффективность и осуществимость ОЗТ в условиях исправительных учреждений. В дополнение к значительному расширению доступа к ОЗТ для всего населения (как рекомендуется выше в разделе 4), крайне важно, чтобы страны региона обеспечили доступ к ОЗТ в тюрьмах в качестве элемента более широкого общего доступа к добровольному лечению наркотической зависимости.

Рекомендация 42: Обеспечить добровольное и конфиденциальное тестирование на ВИЧ и соответствующее консультирование при условии осознанного информированного согласия

Как отмечалось выше, процедуры тестирования на ВИЧ в тюрьмах в большинстве стран, участвовавших в проекте, не соответствуют «лучшим практикам», принятым в мире. Только в некоторых из этих стран осуществляется политика, в рамках которой люди в заключении могут добровольно пройти тестирование на ВИЧ, но даже в этом случае имеются опасения относительно того, что на практике тестирование может быть не совсем добровольным. В некоторых странах реализации проекта приняты законодательство или политика, предписывающие принудительное тестирование заключенных на ВИЧ. Так, экспертная группа из Туркменистана отметила, что единственной мерой профилактики распространения ВИЧ, применяемой в тюрьмах страны, является принудительное тестирование на ВИЧ. И, наконец, в некоторых странах, например, в Казахстане, законодательство или политика остаются неясными.

- **Отменить принудительное тестирование на ВИЧ:** Принудительное тестирование заключенных на ВИЧ противоречит нормам прав человека и международным стандартам. Во всех странах реализации проекта необходимо предпринять шаги по безусловной отмене практики и любых законодательных или иных положений, которые требуют проведения принудительного тестирования или могут быть истолкованы таким образом. Принудительное тестирование на ВИЧ в тюрьмах должно быть отменено во всех странах. Эксперты отмечают, что в Казахстане одним законодательным актом отменяется принудительное тестирование в тюрьмах, но другим актом оно в принципе допускается, и в этот документ необходимо внести поправки.⁴⁴⁶
- **Обеспечить конфиденциальность тестирования на ВИЧ, рассмотреть возможность анонимного тестирования:** Для соблюдения прав человека и стимулирования у заключенных желания пройти добровольное тестирование на ВИЧ, руководители органов здравоохранения и уголовно-исполнительной системы должны гарантировать, чтобы результаты тестирования заключенных на ВИЧ оставались конфиденциальными и не разглашались без согласия человека, прошедшего тестирование. Экспертная группа из Азербайджана рекомендует руководству пенитенциарной системы рассмотреть вопрос о возможности анонимного тестирования, эту рекомендацию следует учесть и в других странах.
- **Обеспечить доступ к консультированию в связи с тестированием на ВИЧ:** В условиях тюрем могут возникнуть трудности с получением осознанного информированного согласия на прохождение тестирования на ВИЧ или на любую другую медицинскую процедуру, так как заключенные могут считать, что они не имеют права отказаться от процедуры, предлагаемой представителями властей. Но получение такого информированного согласия необходимо с точки зрения прав человека и медицинской этики. Предоставление доступа к качественному консультированию до и после тестирования на ВИЧ является важным элементом для получения информированного согласия на тестирование.

Рекомендация 43: Обеспечить доступ к АРТ для людей, живущих с ВИЧ, в тюрьме

Согласно информации, предоставленной национальными экспертными группами, во всех странах реализации проекта, за исключением Туркменистана, предпринимаются определенные меры по обеспечению доступа к антиретровирусной терапии по медицинским показаниям для людей с

446 Экспертная группа из Казахстана рекомендует привести Закон «О профилактике и лечении ВИЧ и СПИДа» в соответствие с практикой и международными нормами и отменить положение об обязательном тестировании заключенных на ВИЧ. Пункты 1-2 совместного приказа Министра юстиции № 96 и Министра здравоохранения № 179 (28 марта 2005 года и 13 апреля 2005 года) «О мерах по совершенствованию профилактики ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан».

ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Как по соображениям обеспечения здоровья населения, так и с точки зрения прав человека, люди в заключении должны иметь доступ к АРТ на таких же основаниях, как и люди, живущие с ВИЧ вне тюрем. Эту позицию высказали несколько национальных экспертных групп.

Рекомендация 44: Обеспечить конфиденциальность мер по профилактике и лечению наркотической зависимости и ВИЧ-инфекции в тюрьмах

Национальные экспертные группы отметили свою озабоченность тем, что даже для населения в целом часто не соблюдается конфиденциальность медицинской информации (в том числе о ВИЧ-статусе и наркотической зависимости). Эта ситуация усугубляется в тюрьмах, где обеспечение конфиденциальности информации о состоянии здоровья заключенных может оказаться еще более трудной задачей, особенно, если людей в заключении считают не заслуживающими такого же уважения и прав человека, как население в целом. Руководители органов здравоохранения и уголовно-исполнительной системы должны принять конкретные документы, определяющие порядок обязательного соблюдения и защиты конфиденциальности информации о состоянии здоровья заключенных, если такие правила еще не приняты. В этих документах следует ясно указать, что особой защите подлежат информация о ВИЧ-статусе и наркотической зависимости людей, находящихся в заключении. В эти документы необходимо включить положения о юридической ответственности работников тюрем, нарушающих конфиденциальность информации о состоянии здоровья заключенных.

Рекомендация 45: Разрешить НПО заниматься профилактикой распространения ВИЧ в тюрьмах

Во всех странах реализации проекта НПО в той или иной форме участвуют в мерах по профилактике распространения ВИЧ и в других видах просветительской деятельности в тюрьмах – или хотя бы имеют право это делать в соответствии с законодательством. Однако во многих странах такое участие ограничено, и получение разрешения на деятельность по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах часто оказывается нелегкой задачей. Рекомендуется, чтобы ответственные органы разработали четкие процедуры предоставления НПО разрешений на деятельность в тюрьмах и предоставили им право, помимо прочего, распространять информацию, презервативы и дезинфицирующие средства, осуществлять программы обеспечения стерильными иглами и шприцами (аналогичные программам, действующим за пределами тюрем) и предоставлять поддержку заключенным, живущим с ВИЧ или страдающим наркотической зависимостью.

Рекомендация 46: Поддерживать профилактическую деятельность по принципу «равный – равному»

Учитывая важную роль «равных» консультантов в предоставлении информации и услуг, направленных на профилактику распространения ВИЧ, органы здравоохранения и НПО должны иметь возможность обучать заключенных деятельности по принципу «равный – равному». Эти консультанты затем смогут проводить среди других заключенных просвещение и информирование о лечении наркотической зависимости, методах профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, помогать в распространении презервативов и хлорамина, а также участвовать в реализации программ обеспечения стерильными иглами и шприцами.

Рекомендация 47: Отменить дискриминационные практики в тюрьмах

Во всех странах реализации проекта действуют правила, ограничивающие передвижение заключенных, живущих с ВИЧ и/или проходящих лечение наркотической зависимости, не применяемые в отношении других заключенных. Например, им не предоставляются краткосрочные отпуска из тюрьмы по семейным обстоятельствам, они также лишены права на перевод в учреждения с менее строгим режимом содержания. Национальные эксперты из всех стран, участвовавших в проекте,

признают важность отмены таких ограничений. Все страны должны обеспечивать для заключенных, живущих с ВИЧ или проходящих принудительное лечение наркотической зависимости, соблюдение таких же прав, как и для остальных заключенных.

Рекомендация 48: Обеспечить возможность освобождения из сострадания

Во всех странах реализации проекта действует политика, которая должна допускать возможность досрочного освобождения заключенных, страдающих от заболеваний, связанных с ВИЧ. В Туркменистане национальная экспертная группа рекомендует прямо включить СПИД в перечень оснований для освобождения из сострадания. Экспертная группа из Узбекистана также рекомендует внести поправки в Уголовный кодекс, чтобы появилась возможность досрочного освобождения по причине такого заболевания как ВИЧ-инфекция. Мы рекомендуем, чтобы во всех странах освобождение из сострадания или подобные практики ни в коем случае не рассматривались как замена антиретровирусной терапии и других видов ухода в связи с ВИЧ-инфекцией, которые должны быть такими же, как и наилучшие методы лечения, предоставляемые людям, живущим с ВИЧ вне тюрем.

6. ЗАКОНОДАТЕЛЬНО ЗАКРЕПЛЕННЫЕ ДИСКРИМИНАЦИЯ И ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВ

Дискриминация имеет место в том случае, когда права и законные интересы людей преднамеренно ущемляются по причине их принадлежности к определенной социальной группе или их отличительных особенностей, таких как наличие у них ВИЧ-инфекции или наркотической зависимости; либо на основании того, что их воспринимают как принадлежащих к этой группе или имеющих неодобряемые обществом характеристики. Дискриминация – это результат страха, секретности и отрицания, которые сопровождали эпидемию ВИЧ-инфекции с самого начала её распространения, и она же способствует их усилению. По всему миру дискриминация людей, живущих с ВИЧ, и уязвимых перед этой инфекцией, является серьезным барьером на пути эффективной борьбы с эпидемией. Она усиливает страх людей перед тестированием на ВИЧ, раскрытием своего статуса, если они заражены, а также перед обращением за помощью и лечением в связи с ВИЧ-инфекцией, так как это раскрывает факт наличия у них ВИЧ. Дискриминация способствует повсеместному и систематическому нарушению прав людей, живущих с ВИЧ, существенно осложняя их жизнь. Более того, когда дискриминация определенных групп населения, и без того социально отчужденных и страдающих от частого нарушения их прав, становится общепринятой, она делает представителей подобных групп чрезвычайно уязвимыми перед ВИЧ-инфекцией, и если они инфицируются, их жизнь становится ещё более тяжёлой.

Стигматизация потребления наркотиков и дискриминация в отношении людей, потребляющих наркотики, наносит урон их чести и достоинству, а также вызывает страдания их самих, их родственников и друзей. Дискриминация подрывает предпринимаемые усилия по профилактике ВИЧ-инфекции и препятствует осуществлению доказавших свою эффективность мер здравоохранения, таких как обеспечение доступа к стерильным шприцам, что помогает людям защититься от инфицирования ВИЧ и другими вирусами, передающимися через кровь, а также предоставление лечения наркотической зависимости или услуг в связи с другими потребностями в медицинской помощи, такими как лечение и уход в связи с ВИЧ-инфекцией для ВИЧ-позитивных людей. Как отмечается ВОЗ и Управлением ООН по наркотикам и преступности, «во многих обществах наркотическая зависимость всё ещё не рассматривается в качестве проблемы здравоохранения и многие лица, страдающие от неё, стигматизированы и лишены доступа к лечению и реабилитации».⁴⁴⁷

Стигматизация и дискриминация могут проявляться в законах и политике, избранной и проводимой государственными учреждениями и частными, неправительственными организациями, равно как и вызываться либо усиливаться данными законами и политикой. Например, стигматизация, с которой сталкиваются лица, потребляющие наркотики, усиливается действием уголовного права и правоприменительной практикой в отношении употребления наркотиков (что обсуждалось выше в Разделе 3) и тем фактом, что во многих странах существует лишь ограниченный набор средств правовой защиты от дискриминации и дискредитации людей, потребляющих наркотики.⁴⁴⁸ Наряду с уголовным правом, однако, существуют другие аспекты закона, являющиеся дискриминационными. В данном разделе отчёта рассматривается ситуация, существующая на настоящий момент в шести странах проекта с положениями закона, обеспечивающими защиту от дискриминации, а в некоторых случаях и способствующих дискриминации людей, живущих с ВИЧ, и людей, потребляющих наркотики.⁴⁴⁹ Затем даётся краткое обоснование необходимости реформирования национальных законодательств и политики в целях устранения подобной дискриминации, основанное на соответствующих законах о правах человека и принципах их соблюдения, а также обязательствах,

447 WHO/UNODC, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper* (март 2008).

448 Некоторые люди, потребляющие наркотики, становятся ещё более уязвимыми с точки зрения нарушений прав человека в результате дополнительной стигматизации на основе расовой принадлежности, психического заболевания, отсутствия работы, определенного состояния здоровья или судимости. См. Д. Самойлов «Двойная дискриминация: наркозависимые, живущие с ВИЧ/СПИДом», *HIV/AIDS Policy and Law Review* 9(3) (2004): 83–85. Эта статья описывает виды дискриминации, с которой сталкиваются люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, в целом, и ВИЧ-позитивные люди, употребляющие наркотики, в частности.

449 Раздел 6, представленный ниже, посвящен рассмотрению возможностей предотвращения распространения ВИЧ-инфекции и потребления наркотиков в учреждениях исправительной системы стран, участвовавших в проекте. Данный раздел включает характеристику различных видов дискриминации по состоянию здоровья, с которыми сталкиваются лица с ВИЧ или наркотической зависимостью в учреждениях исправительной системы. В нём также описано, каким образом лица в учреждениях исправительной системы сталкиваются с дискриминацией в связи со своим статусом заключенных, в результате того, что в тюрьмах не предпринимаются меры, снижающие риск передачи ВИЧ, и не обеспечиваются услуги здравоохранения, доступные лицам вне тюрем.

ранее принятых на себя странами, международных руководящих принципах и рекомендациях по решению проблемы дискриминации в процессе усиления эффективности борьбы с ВИЧ, реализации мер по профилактике распространения ВИЧ и обеспечения всеобщего доступа к лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией. В заключение предлагается ряд общих рекомендаций по проведению реформ. (Рекомендации по реформированию законодательства и политики в отношении каждой из стран представлены в индивидуальных отчётах в Части II.)

6.1 ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ В СТРАНАХ ПРОЕКТА

Данные, собранные национальными экспертными группами, не являются попыткой представить в цифрах распространённость либо интенсивность дискриминации, которой *де-факто* подвергаются люди, живущие с ВИЧ, и люди, потребляющие наркотики, в странах проекта. Составление подобного отчёта не входило в задачи настоящего проекта, однако некоторые примеры такой дискриминации приводятся в рамках данного документа и в отчётах по отдельным странам (например, о дискриминации людей, живущих с ВИЧ, или страдающих наркотической зависимостью в учреждениях здравоохранения). Учитывая, что в центре внимания данного проекта находились законодательство и политика, нуждающиеся в реформировании, в рамках проекта скорее были собраны материалы о дискриминации *де-юре*, т.е. о формальном праве и политике в отношении людей, живущих с ВИЧ, и людей, потребляющих наркотики, являющихся дискриминационными.

6.1.1 ДИСКРИМИНАЦИЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Положения законодательства, запрещающие дискриминацию

Конституции всех шести стран проекта содержат общие анти-дискриминационные положения. В постсоветских системах права не существует отдельных законов, запрещающих дискриминацию; запреты на дискриминационные действия в отношении определенных групп населения зачастую являются частью законов, касающихся данных групп. Например, дискриминация людей, живущих с ВИЧ, может запрещаться в рамках статьи национального закона «О ВИЧ/СПИДе» (или с иным подобным названием). Во всех странах проекта наличие ВИЧ-инфекции или заболеваний, развивающихся в результате СПИДа, может рассматриваться в качестве инвалидности в соответствии с законом об инвалидности.⁴⁵⁰ Национальные законы «О социальной защите инвалидов» (или с иным подобным названием) всегда содержат отдельную статью, запрещающую дискриминацию инвалидов. Законы о трудоустройстве также содержат анти-дискриминационные положения, в то время как законы о здравоохранении могут содержать анти-дискриминационные положения и/или налагать обязательства на работников здравоохранения оказывать медицинскую помощь всем без исключения. В некоторых странах проекта нарушение данных анти-дискриминационных положений (или положений о равноправии) влечёт наказание в соответствии с *Уголовным Кодексом*. Аналогичным образом, в некоторых из этих стран, законодательство предусматривает возможность привлечения к уголовной ответственности за дискриминационный отказ в предоставлении медицинских услуг.

Конституция Азербайджанской Республики гарантирует право на охрану здоровья и свободу от дискриминации.⁴⁵¹ Нарушение равноправия граждан влечёт уголовную ответственность.⁴⁵² Закон о ВИЧ официально запрещает дискриминацию на основании ВИЧ-статуса в сферах трудоустройства, образования и здравоохранения.⁴⁵³ Дискриминация на рабочем месте запрещена *Трудовым Кодек-*

450 Например, по данным национальной экспертной группы, согласно Закону Азербайджанской Республики «О предотвращении инвалидности, реабилитации и социальной защите инвалидов» (25 августа 1992 года (с дополнениями и изменениями), как ВИЧ, так и СПИД включены в число «физических инвалидностей» (разных категорий). В остальных странах, участвовавших в проекте, СПИД-определяющие заболевания могут рассматриваться в качестве инвалидности.

451 Конституцией Азербайджанской Республики гарантируется право на охрану здоровья (Статья 41), в то время как статьей 25 предусмотрено следующее: «Государство гарантирует каждому равенство прав и свобод независимо от расы, национальности, религии, языка, пола, происхождения, имущественного и служебного положения, убеждений, принадлежности к политическим партиям, профсоюзам и другим общественным объединениям. Запрещается ограничение прав и свобод человека и гражданина по признакам расовой, национальной, религиозной, языковой принадлежности, пола, происхождения, убеждений, политической и социальной принадлежности».

452 *Уголовный Кодекс* Азербайджанской Республики, Статья 154.

453 Закон Азербайджанской Республики «О предотвращении распространения болезни, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (СПИД)» (16 апреля 1996 года), Статья 10.

сом, и данное положение может распространяться и на дискриминацию в связи с ВИЧ.⁴⁵⁴ Однако, согласно данным национальной экспертной группы, стигматизация и дискриминация людей, живущих с ВИЧ, широко распространена и является одним из основных препятствий для эффективного осуществления мер противодействия ВИЧ-инфекции в Азербайджане. Национальные эксперты полагают, что стигматизация в основном принимает форму отчуждения людей, живущих с ВИЧ, или уклонения от контактов с ними; людей, живущих с ВИЧ, дискриминируют члены их семей, работники здравоохранения и правительство.

Конституцией Казахстана обеспечиваются гарантии защиты от дискриминации и гарантии права на охрану здоровья.⁴⁵⁵ Национальный закон о СПИДе запрещает любые виды дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ.⁴⁵⁶ *Уголовным Кодексом* предусматривается уголовная ответственность за «прямое или косвенное ограничение прав и свобод гражданина» по ряду установленных законом и перечисленных причин или «по любым иным обстоятельствам», что является формулировкой допускающей и трактовку, включающую ВИЧ-статус либо состояние здоровья, такое как наркотическая зависимость.⁴⁵⁷

Конституцией Кыргызстана гарантируется свобода от дискриминации «по мотивам происхождения, пола, расы, национальности, языка, вероисповедания, политических и религиозных убеждений или по каким-либо иным обстоятельствам личного или общественного характера».⁴⁵⁸ Согласно *Уголовному Кодексу*, прямая или косвенная дискриминация наказывается штрафом или «исправительными работами». Конституция также гарантирует право на охрану здоровья.⁴⁵⁹ Закон о ВИЧ запрещает дискриминацию ЛЖВ.⁴⁶⁰

Согласно Конституции Таджикистана «[в]се равны перед законом и судом. Государство гарантирует права и свободы каждого независимо от его национальности, расы, пола, языка, вероисповедания, политических убеждений, образования, социального и имущественного положения».⁴⁶¹ Она также гарантирует право на охрану здоровья.⁴⁶² Согласно *Уголовному Кодексу*, прямое или косвенное нарушение равноправия граждан наказывается штрафом.⁴⁶³ Национальный закон о ВИЧ запрещает дискриминацию на основании ВИЧ-статуса в определенных сферах, включая трудоустройство, образование и здравоохранение.⁴⁶⁴

В Туркменистане, согласно Конституции, гарантируется равенство прав и свобод человека и гражданина, а также равенство человека и гражданина перед законом независимо от национальности, расы, пола, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, языка, отношения к религии, политических убеждений, партийной принадлежности либо отсутствия принадлежности к какой-либо партии.⁴⁶⁵ Положением *Уголовного Кодекса* предусматривается уголовная ответственность за прямое или косвенное нарушение или ограничение прав и свобод человека и гражданина в зависимости от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного или должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений или принадлежности к общественным объединениям.⁴⁶⁶

454 *Трудовой Кодекс* Азербайджанской Республики, Статья 16.

455 Статья 14(2): «Никто не может подвергаться какой-либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам». Право на охрану здоровье отражено в Статье 29.

456 См. Закон Республики Казахстан «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД» (1994), Статьи 2-4 и 7.

457 Дискриминация такого рода наказывается штрафом, арестом на срок до трех месяцев либо лишением свободы на срок до одного года. То же деяние, совершенное лицом с использованием своего служебного положения наказывается более крупным штрафом, арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет: см. Статью 141.

458 Конституция Кыргызской Республики, Статьи 13 и 134.

459 Там же, Статья 34.

460 Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» №149 (13 августа 2005 года), Статья 13.

461 Конституция Республики Таджикистан 1994 года, Статья 17.

462 Там же, Статья 38.

463 *Уголовный Кодекс*, Статья 143.

464 Закон «О противодействии ВИЧ», Статья 13.

465 Конституция Туркменистана, Статья 17.

466 *Уголовный Кодекс*, Статья 145.

В Узбекистане дискриминация запрещается в ряде законов. Конституцией гарантируется равноправие всех граждан.⁴⁶⁷ *Уголовный Кодекс* предусматривает ответственность за нарушение равноправия граждан.⁴⁶⁸ Он также предусматривается уголовную ответственность работников здравоохранения за неоказание помощи больному без законных оснований.⁴⁶⁹ В свою очередь, национальный закон о ВИЧ содержит положения, запрещающие дискриминацию в сферах трудоустройства (за исключением ряда определённых видов профессиональной деятельности), образования и здравоохранения.⁴⁷⁰ Законом об охране здоровья запрещена дискриминация в сфере предоставления услуг здравоохранения и установлено, что медицинские работники и работники аптек обязаны оказывать неотложную медицинскую помощь всем гражданам без исключения.⁴⁷¹

Однако, несмотря на наличие данных запретов, в том числе и в рамках Конституций, в законодательстве всех стран проекта продолжают оставаться положения, всячески дискриминирующие людей, живущих с ВИЧ, и лишаящие их возможности пользоваться целым рядом прав человека, что будет описано в следующих параграфах данного раздела.

Право на труд

Несмотря на прямой запрет отказывать в приёме на работу на основании ВИЧ-статуса (который зачастую присутствует в национальных законах о ВИЧ стран проекта), в ряде стран людям, живущим с ВИЧ, официально запрещается работать на определенных должностях или заниматься определенными видами профессиональной деятельности. Подобные положения обычно сопровождаются — и осуществляются посредством — обязательного тестирования на ВИЧ для лиц, работающих на определенных должностях или подающих заявление об устройстве на них. (Более детальное, чем в настоящем разделе, описание представлено в отчетах по отдельным странам в Части II.)

Согласно информации, представленной национальными экспертами, в Азербайджане существует ежегодное медицинское обследование (включающее и тестирование на ВИЧ) лиц определенных профессий, в их числе работников по уходу за детьми и работников пищевой промышленности.⁴⁷² Людям, живущим с ВИЧ, запрещено заниматься данными видами профессиональной деятельности. Согласно отчёту по Казахстану, солдаты и призывники в обязательном порядке проходят обследование на ВИЧ при призыве на службу и шесть месяцев спустя.⁴⁷³ Лица, живущие с ВИЧ, на военную службу не принимаются, либо увольняются из рядов вооруженных сил, если они уже являются военнослужащими.

В Кыргызстане тестирование на ВИЧ проводится при приёме на работу в связи с рядом определенных видов профессиональной деятельности и на ряд определенных должностей, к ним относится и работа в сфере здравоохранения.⁴⁷⁴ Людям, живущим с ВИЧ, трудоустройство, в рамках включенных в данный список видов профессиональной деятельности и должностей, запрещено. В Таджикистане, согласно информации, предоставленной национальной экспертной группой, рядом правительственных ведомств и учреждений устанавливается обязательное тестирование на ВИЧ ряда работников и служащих, таких как военнослужащие и курсанты военных училищ, работники здравоохранения и работники пищевой промышленности. Людям, живущим с ВИЧ, трудоустройство в рамках данных видов профессиональной деятельности запрещается. В Туркменистане, ВИЧ-позитивным лицам запрещается заниматься профессиями или занимать должности, включающие работу с кровью, такие как хирург, гинеколог или лаборант.⁴⁷⁵

467 Конституция Республики Узбекистан, Статья 18.

468 Уголовный Кодекс, Статья 141.

469 Там же, Статья 116.

470 Закон «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Статья 10.

471 Закон «Об охране здоровья граждан», Статьи 13 и 30.

472 Закон «О предотвращении распространения болезни, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (СПИД)», Статьи 6-9 и Постановление Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики № 157 (23 октября 1997года).

473 Совместный приказ Министерства здравоохранения (4 ноября 2005г.) № 562 и Министерства обороны от (19 сентября 2005 г.) № 342.

474 «Перечень профессий, видов деятельности и должностей подлежащих обязательному медицинскому осмотру», утвержден Постановлением Правительства Кыргызской Республики № 296, (25 апреля 2006); Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» № 149 (13 августа 2005), Статья 8.

475 Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, межведомственное распоряжение «Об организации мер по профилактике ВИЧ» (2000).

В Узбекистане людям, живущим с ВИЧ, запрещено трудоустройство в рамках определенных видов профессиональной деятельности. К данным видам профессиональной деятельности относится работа в сфере здравоохранения, а также работа по уходу за детьми либо в сфере предоставления услуг массажа и косметических процедур (например, стрижка и укладка волос).⁴⁷⁶ Согласно отчёту по стране, ВИЧ-инфекция может служить основанием для отказа в принятии на военную службу, либо увольнения из рядов вооруженных сил того, кто уже является военнослужащим.

Право на образование

В некоторых странах проекта, лица, поступающие в учреждения профессионально-технического и высшего образования, обязаны представить справку о состоянии здоровья, включающую ряд пунктов (например, лицо не должно состоять на учёте в связи с потреблением наркотиков, наличия у него/неё наркотической или алкогольной зависимости, а в отдельных случаях в данный ряд включается и ВИЧ). В Узбекистане, согласно информации, предоставленной экспертами, тестирование на ВИЧ может требоваться в качестве условия приёма в военные училища и академию государственной безопасности. В странах, где тестирование на ВИЧ является необходимым условием поступления в определенные типы образовательных учреждений, такие как военные училища, подобные положения являются ничем иным, как нарушением права на образование.

Право на свободу передвижения

Многие из стран проекта депортируют лиц, живущих с ВИЧ, не являющихся их гражданами. Подобная практика иногда связана с обязательным тестированием на ВИЧ иностранцев и лиц без гражданства, а также осуществляется посредством такого тестирования.

В Казахстане иностранные граждане, прибывшие в страну на срок более шести месяцев (в том числе и на постоянное проживание) обязаны пройти тестирование на ВИЧ. Лицо с ВИЧ-позитивным статусом, не подлежит высылке из страны, если оно не уклоняется от «профилактического наблюдения».⁴⁷⁷ В Кыргызстане законом предусматривается тестирование на ВИЧ иностранных граждан и лиц без гражданства по прибытии в страну и впоследствии ежегодно.⁴⁷⁸ Согласно данным национальной экспертной группы, на практике иностранные граждане подлежат обязательному тестированию на ВИЧ, только если Кыргызстаном подписано соглашение со страной о предоставлении медицинской справки о ВИЧ гражданам этой страны. Лицо подлежит депортации в случае уклонения от прохождения данного тестирования.

В Таджикистане беженцы и иностранцы, прибывшие в страну на работу, учёбу, постоянное место жительства или с иной целью на срок более трёх месяцев, ранее подлежали тестированию на ВИЧ. Вплоть до 2008 года в случае выявления ВИЧ-положительного статуса иностранного гражданина или лица без гражданства, он/она подлежали депортации. В 2008 году в национальный закон о ВИЧ были внесены изменения, и положение о депортации было отменено, при этом в законе по-прежнему остается положение об обязательном тестировании иностранцев.⁴⁷⁹

В Туркменистане ВИЧ-позитивные лица, не являющиеся гражданами страны, подлежат депортации за пределы страны. ВИЧ-позитивным лицам, не являющимся гражданами страны, будет отказано в предоставлении визы и вида на жительство.⁴⁸⁰ Аналогичным образом, национальный закон о ВИЧ Узбекистана предусматривает депортацию ВИЧ-позитивных иностранцев, и выдачу визы только при условии предъявления сертификата «об отсутствии у лица ВИЧ-инфекции/СПИД».⁴⁸¹ Согласно отчёту по Узбекистану, процедура депортации не регламентирована законом, однако, на практике местные органы здравоохранения передают информацию Министерству иностранных дел, кото-

476 Совместное Постановление Министерства здравоохранения, Министерства труда и Федерации профсоюзов Республики Узбекистан № 03/1 (6 декабря 1999).

477 Приказ Министерства здравоохранения «О мерах по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан» (19 февраля 2007) № 10.

478 Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» № 149 (13 августа 2005), Статья 8; «Правила медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека, медицинского учета и наблюдения за лицами с положительными и с сомнительными результатами анализа на ВИЧ в Кыргызской Республике», утверждены Постановлением Правительства Кыргызской Республики (25 апреля 2006) № 296.

479 Закон «О противодействии ВИЧ», Статья 9.

480 Закон «О миграции», Статьи 18 и 15.

481 Закон «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Статьи 6 и 12.

рое и организует депортацию.

Право на создание семьи

В Таджикистане постановлением правительства определены заболевания, при наличии которых, лицо автоматически утрачивает право усыновлять/удочерять ребенка, в данный перечень включены как ВИЧ-инфекция, так и наркотическая зависимость.⁴⁸² В Казахстане и Кыргызстане существуют подобные перечни, запрещающие людям, живущим с ВИЧ, (и людям с наркотической зависимостью) усыновлять/удочерять детей.⁴⁸³ Законодательством Узбекистана предусмотрено обязательное освидетельствование в связи с ВИЧ, ИППП, туберкулезом и наркотической зависимостью перед вступлением в брак.⁴⁸⁴ Если в результате медицинского обследования лиц, вступающих в брак, у одной или обеих сторон выявлено одно или несколько из упомянутых выше заболеваний, регистрация брака производится после подтверждения осведомленности сторон о результатах этого обследования. В случае выявления в результате обследования у лиц, вступающих в брак, заболеваний, требующих незамедлительного прохождения курса лечения, они направляются в соответствующие лечебные учреждения.

6.1.2 ДИСКРИМИНАЦИЯ ЛЮДЕЙ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ

Наркотическая зависимость как расстройство здоровья: положения законодательства

Во всех странах проекта, законодательство определяет наркотическую зависимость в качестве заболевания.⁴⁸⁵ Например, согласно отчету по Азербайджану, наркотическая зависимость определяется как хроническое заболевание в рамках Закона «О наркологической службе и контроле»⁴⁸⁶, а лица с наркотической зависимостью могут официально рассматриваться в качестве инвалидов (и иметь доступ к соответствующим социальным льготам и пособиям), так как положения национального Закона «О профилактике инвалидности, реабилитации и социальной защите инвалидов» могут распространяться и на лиц с наркотической зависимостью.⁴⁸⁷ Данным законом инвалид определяется как «лицо, ограниченное в жизнедеятельности, нуждающееся в социальной помощи и защите вследствие врожденных либо обусловленных заболеванием или травмой умственных или физических дефектов». Ограничение жизнедеятельности лица выражается «в полной или частичной утрате им способности и возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью». Наряду с другими гарантиями, данный закон обеспечивает защиту инвалидов от дискриминации. Однако, национальная экспертная группа отмечает, что ни Кабинетом Министров, ни Министерством социальной защиты не приняты соответствующие нормативные акты, регламентирующие механизмы социальной защиты.

Наряду с юридическим признанием наркотической зависимости в качестве заболевания, во всех странах проекта имеется целый ряд положений, ограничивающих права лиц с наркотической зависимостью, некоторые из налагаемых ограничений не являются правомерными. Дискриминации *де-юре*, которая должна стать предметом изучения в целях её устранения путем реформирования национальных законодательств, сопутствует дискриминация *де-факто*. Например, согласно сведениям, собранным экспертной группой по Кыргызстану, имеют место следующие нарушения прав лиц с наркотической зависимостью: принуждение к прохождению тестирования и лечения; постановка на наркологический учёт и связанные с этим утрата конфиденциальности и ограничение

482 Постановление Правительства Республики Таджикистан № 406 (1 октября 2004).

483 Закон Республики Казахстан «О браке и семье» (17 декабря 1998) № 321-І, Статья 80, «Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), патронат», утвержденный Постановлением Правительства (24 июня 1999) № 842; Семейный Кодекс Кыргызской Республики, Статья 147; «Положение о передаче детей, оставшихся без родительской опеки, на усыновление/удочерение гражданами Кыргызской Республики и иностранными гражданами» № 121 (22 февраля 2006).

484 Положение «О медицинском обследовании лиц, вступающих в брак» № 365, Приложение 1 к Постановлению Кабинета Министров Республики Узбекистан «Об утверждении Положения о медицинском обследовании лиц вступающих в брак» (25 августа 2003). Согласно Пункту 4, лица, вступающие в брак, проходят медицинское обследование на психические, наркологические, венерические заболевания, а также туберкулез и ВИЧ/СПИД.

485 Например, Закон Республики Казахстан «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими» (10 июля 1998) № 279-І, Статья 1(15); Закон Республики Таджикистан «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» (10 декабря 1999), Статья 2.

486 Закон «О наркологической службе и контроле», Статья 16.5.

487 Закон «О профилактике инвалидности, реабилитации и социальной защите инвалидов» (25 августа 1992).

прав; лишение родительских прав; отказ в предоставлении услуг здравоохранения, социальной или иной помощи и т.д. В следующих параграфах данного раздела рассматриваются положения законодательства и аспекты политики, вызывающие опасения с точки зрения соблюдения прав человека, зачастую в связи с тем, что они широко и без необходимого обоснования ограничивают права людей.

Право на труд и образование

Во многих странах проекта лицам, состоящим на учёте в связи с потреблением наркотиков или наркотической зависимостью, официально запрещается работать на определенных должностях и заниматься определенными видами профессиональной деятельности. Данный запрет распространяется на весь период, в течение которого лицо состоит на наркологическом учёте (обычно 3-5 лет), независимо от его/её способности соответствующим образом выполнять должностные обязанности.

В Азербайджане, согласно Постановлению Кабинета Министров, лица с наркотической зависимостью ограничены в праве быть принятыми на работу на определенные должности и профессии.⁴⁸⁸ В Казахстане постановка на наркологический учёт связана с запретом заниматься определенными видами профессиональной деятельности.⁴⁸⁹ В Кыргызстане школьники старших классов, поступающие в определенные среднее специальные образовательные учреждения, такие как военные школы или училища, обязаны пройти освидетельствование на наркотики,⁴⁹⁰ кроме того, согласно данным отчёта по этой стране, правоохранительные органы, агентство по контролю наркотиков и Государственная Прокуратура требуют прохождения освидетельствования на наркотики при поступлении на работу в учреждения их системы. В Таджикистане решением Кабинета Министров лицам с наркотической зависимостью запрещено занятие определенными видами трудовой деятельности.⁴⁹¹ В Туркменистане лицам, состоящим на учёте в связи с прохождением лечения от наркотической зависимости, запрещено заниматься определенными видами профессиональной деятельности, связанными с так называемым «повышенным риском».⁴⁹² Перечень данных профессий утвержден Кабинетом Министров и включает профессии пилота, водителя, работников железной дороги и специалистов по высотным работам. Согласно отчету по стране, решение о признании лица непригодным для выполнения отдельных видов профессиональной деятельности принимается медицинской комиссией. Лица обычно ставятся на учёт на три года, данный срок может быть продлён при повторном медицинском освидетельствовании. В Узбекистане также существует перечень профессий, занятие которыми запрещено лицам с наркотической зависимостью.⁴⁹³

488 См.: Закон «О наркологической службе и контроле», Статья 24.4; Постановление Кабинета Министров Азербайджанской Республики «О перечне профессий и должностей, в связи с которыми налагаются ограничения на лиц с наркотической зависимостью и условиях подобных ограничений», последние изменения внесены 13 февраля 2008 года и Постановление Кабинета Министров Азербайджанской Республики «Порядок медицинского освидетельствования в государственных наркологических учреждениях лиц, занимающих определенные должности и профессии» (12 сентября 2002) № 145 и (февраль 2003) № 018.

489 «Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источником повышенной опасности», утверждён Постановлением Правительства Республики Казахстан от 18 июня 2002 года № 668; «Инструкция по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, подвергающихся воздействию вредных, опасных и неблагоприятных производственных факторов», утверждена Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 марта 2004 года № 243, пункты 12.4 и 13.

490 См., например «Инструкция порядке проведения медицинского освидетельствования курсантов военных училищ и кандидатов, поступающих в училища» (9 сентября 2000) №199.

491 Закон Республики Таджикистан «О наркологической помощи» (8 декабря 2003) № 67, Статья 8.

492 Закон Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту», Статья 53.

493 Совместное Постановление Министерства здравоохранения, Министерства труда и социальной защиты населения и Совета Федерации профсоюзов Республики Узбекистан от 7 апреля 2003 года №№ 8, 46 и 14-10 «Об утверждении Перечня видов профессиональной деятельности, на занятие которыми установлены ограничения для лиц, страдающих наркоманией». Перечень включает: 1) работы, связанные с источником повышенной опасности и требующие точности и оперативности (а) служба, где разрешено ношение огнестрельного оружия и его применение; б) служба спецсвязи; в) служба во всех учреждениях и банках, занимающихся операциями с денежной наличностью; г) налоговая и таможенная служба; д) служба в МЧС; е) служба в Вооруженных Силах; ж) служба в правоохранительных органах; з) служба в пожарной охране; и) газоспасательная служба; к) служба экстренной медицинской помощи); 2) работы на охраняемых объектах особой важности; 3) все виды работ, связанные с применением взрывчатых материалов; 4) все виды работ, связанные с обслуживанием действующих электроустановок с высоковольтным напряжением; 5) все виды работ, выполнение которых проводится на высоте; б) работы, связанные с наркотическими средствами: (а) медицинский персонал и персонал аптек, фармацевтических производств; б) лаборанты; в) ветеринарная служба; 7) все виды работ, связанных с обеспечением безопасности управления воздушным транспортом; 8) водители всех видов авто-мото транспортных средств, в том числе водители трамваев и троллейбусов; 9) машинисты и другие работники, непосредственно связанные с движением подвижного состава железнодорожного транспорта и метрополитена; 10) работы, связанные с производством, хранением и реализацией пищевых продуктов и минеральной воды; 11) работы, связанные с водоподготовкой, обеззараживанием и подачей воды в систему питьевого водоснабжения населения; 12) работы, связанные с накоплением, регулировкой и сбросом вод на гидроэлектростанциях, гидротехнических сооружениях и искусственных водоемах; 13) все виды воспитательно-педагогической деятельности.

Право на создание семьи

Во всех странах проекта наркотическая зависимость может служить основанием для отказа в усыновлении/удочерении ребенка. В Казахстане лица, потребляющие наркотики, не имеют права усыновить/удочерить ребенка.⁴⁹⁴ В Таджикистане наркотическая зависимость включена в список заболеваний, при наличии которых лицо автоматически утрачивает право усыновить/удочерить ребенка (как было отмечено выше, данный перечень включает и ВИЧ-инфекцию).⁴⁹⁵ В Узбекистане лицам, состоящим на учёте в связи с потреблением наркотиков или наркотической зависимостью, официально запрещено усыновлять/удочерять детей, к тому же потребление наркотиков является основанием для лишения права опеки над приёмным ребенком.⁴⁹⁶

В соответствии с законодательством всех стран проекта зависимость от наркотиков или алкоголя может быть фактором, усугубляющим причины для лишения лица родительских прав в судебных разбирательствах, касающихся жесткого отношения к детям в семье или пренебрежения воспитанием детей. В Азербайджане законом предусматривается, что в случае выявления пренебрежения воспитанием ребенка или жестокого с ним обращения, родители этого ребенка могут быть лишены родительских прав в случае, если они являются хроническими потребителями наркотиков или алкоголя.⁴⁹⁷ В Казахстане законом предусматривается лишение лица родительских прав в случаях, если оно «признано в установленном законодательством порядке больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».⁴⁹⁸

Согласно отчёту по Кыргызстану, наркотическая зависимость признаётся имеющим юридическую силу основанием для лишения лица родительских прав в случаях жесткого отношения к ребенку или пренебрежением его воспитания. В Таджикистане, в случаях пренебрежения воспитанием детей или жестокого с ними обращения, Семейным Кодексом предусматривается лишение лиц родительских прав, если они имеют алкогольную или наркотическую зависимость.⁴⁹⁹ Аналогичным образом, в случаях пренебрежения воспитанием детей или жестокого с ними обращения, согласно Кодексу Туркменистана о семье и браке родители могут быть лишены родительских прав на основании их алкогольной или наркотической зависимости.⁵⁰⁰ Такой же подход используется в Узбекистане: лица, состоящие на учёте в связи с потреблением наркотиков или наркотической зависимостью, могут быть лишены судом родительских прав.⁵⁰¹

Водительские права

Во всех странах проекта лицо обязано пройти медицинское обследование (включающее и тестирование на наркотики) либо предъявить справку о том, что они не состоят на наркологическом учете. В Казахстане лицам, состоящим на учёте в наркологических учреждениях, не разрешается получение водительских прав.⁵⁰² В Кыргызстане лица, получающие водительские права, обязаны пройти медицинский осмотр, включающий и тестирование на наркотики.⁵⁰³ В Таджикистане решением Кабинета Министров запрещается выдача водительских прав лицам с наркотической зависимостью.⁵⁰⁴ В Туркменистане лицам, состоящим на учёте в связи с потреблением наркотиков или наркотической зависимостью, не разрешается получение водительских прав.⁵⁰⁵ В Узбекистане лицо, получающее водительские права, обязано представить справку из наркологического центра

494 «Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), патронат», утвержденный Постановлением Правительства Республики Казахстан (24 июня 1999) № 842.

495 Постановление Правительства Республики Таджикистан № 406 (1 октября 2004).

496 Там же, Статьи 152 и 169.

497 Семейный Кодекс Азербайджанской Республики (28 декабря 1999) № 781-2, Статья 64.

498 Закон Республики Казахстан «О браке и семье» (17 декабря 1998) № 321-І, Статья 67.

499 Семейный Кодекс Республики Таджикистан, Статья 69.

500 Кодекс Туркменистана о браке и семье, Статьи 70 и 115.

501 Семейный Кодекс Республики Узбекистан, Статья 79.

502 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан (12 марта 2004) № 243.

503 Постановление Кыргызской Республики «Правила проведения медицинского осмотра, выдачи водительских удостоверений и допуска водителей к управлению транспортными средствами» (4 августа 1999) № 420.

504 «Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источником повышенной опасности», утверждён Постановлением Правительства Республики Казахстан (18 июня 2002) № 668; «Инструкция по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, подвергающихся воздействию вредных, опасных и неблагоприятных производственных факторов», Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан (12 марта 2004) № 243, пункты 12.4 и 13.

505 Приказ Министерства внутренних дел (26 июля 2000) № 138, пункт 2.2.

о том, что оно не состоит на учете.⁵⁰⁶

Избирательное право

В Туркменистане лицо, которое вследствие употребления наркотических средств «ставит свою семью в тяжелое материальное положение», может быть ограничено судом в правоспособности. Одним из следствий принятия данного решения является лишение лица избирательного права.⁵⁰⁷ Сходные положения существуют во всех странах проекта.⁵⁰⁸

Свобода передвижения

В Туркменистане, согласно Закону «О миграции», лицу без гражданства, имеющему наркотическую зависимость, может быть на данном основании отказано в предоставлении визы или вида на жительство в стране.⁵⁰⁹

Недобровольное тестирование на ВИЧ лиц, потребляющих наркотики

Во многих странах проекта национальными законами о ВИЧ или вспомогательными нормативными актами предусматривается обязательное тестирование на ВИЧ уязвимых групп населения, и лица с наркотической зависимостью, как правило, являются одной из групп, выделяемых для данной часто недобровольной медицинской процедуры. В Азербайджане, согласно Приказу Министерства здравоохранения, лица с наркотической зависимостью подлежат обязательному тестированию на ВИЧ (наряду с лицами, страдающими туберкулёзом и ИППП, беременными женщинами, лицами, находящимися в учреждениях лишения свободы).⁵¹⁰ Согласно информации, предоставленной экспертной группой из Таджикистана, нормативными актами предусматривается обязательное тестирование на ВИЧ лиц с наркотической зависимостью (хотя в последнем постановлении правительства четко указано, что при этом требуется информированное согласие лица на проведение теста).⁵¹¹

В Туркменистане, согласно информации национальных экспертов, тестирование на ВИЧ обязательно для многих групп населения, включая лиц с наркотической зависимостью, состоящих на наркологическом учёте, и проходящих лечение по поводу наркотической зависимости.⁵¹² Нечеткие формулировки и отсутствие детализации положений законов и министерских инструкций, регулирующих тестирование на ВИЧ, особенно, тех, что касаются тестирования уязвимых групп, открывают двери для дискриминации и ущемления прав этих групп.

6.2 ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И ПОЛИТИКИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ДИСКРИМИНАЦИИ

Дискриминация людей, живущих с ВИЧ, либо людей, предположительно живущих с ВИЧ, является нарушением основных прав человека, в том числе и права не подвергаться какой-либо дискриминации. Статья 26 Международного Пакта о гражданских и политических правах гарантирует, что «[в]се люди равны перед законом и имеют право без всякой дискриминации на равную защиту закона. В этом отношении, всякого рода дискриминация должна быть запрещена законом, и закон должен гарантировать всем лицам равную и эффективную защиту против дискриминации по какому бы то ни было признаку, как-то: расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения или

506 Министерство здравоохранения «О совершенствовании процедуры прохождения профилактического и текущего медицинского осмотра в связи с приёмом на работу» (6 июня 2000).

507 См. Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту», Статья 53, и Гражданский Кодекс Туркменистана, Статьи 26(1) и 27(1).

508 Например, Гражданский Кодекс Республики Узбекистан, Статья 31.

509 Закон «О миграции», Статья 15.

510 Министерство здравоохранения Азербайджанской Республики «Методические указания по проведению обязательного тестирования на ВИЧ лиц, потребляющих инъекционные наркотики», № 02/19-1101 (26 мая 1997).

511 Прочие категории граждан в рамках данных нормативных актов включают беременных женщин, лиц с заболеваниями, передающимися половым путём, заключённых, лиц с туберкулёзом, призывников и военнослужащих.

512 Прочие группы включают лиц, зараженных туберкулёзом, гепатитом, ИППП, секс работников, иностранных граждан, прибывающих в Туркменистан на срок более 3 месяцев, беременных женщин, новорожденных, чьи матери являются ВИЧ-позитивными или по клиническим показаниям, работников здравоохранения государственного секторов случае, если их работа связана с кровью.

иного обстоятельства».⁵¹³ Комиссия ООН по правам человека неоднократно заявляла, что термин «или другой статус» в анти-дискриминационных положениях международных договоров по правам человека «должен толковаться как относящийся к статусу здоровья, включая дискриминацию на основе фактического или подразумеваемого статуса ВИЧ/СПИДа».⁵¹⁴

Несмотря на то, что определенные наркотические средства являются запрещенными, лица, потребляющие наркотики, имеют права, равно как и право на их защиту. Однако в действительности осуществлению прав человека препятствует стигматизация потребления наркотиков и, как результат, дискриминация людей, потребляющих наркотики. Наркотическая зависимость является хроническим, рецидивирующим заболеванием.⁵¹⁵ В некоторых правовых системах человек, зависимый от наркотиков, может пользоваться дополнительной правовой защитой. Как указывалось, например, в отчёте по Азербайджану, наркотическая зависимость определяется как хроническое заболевание и, теоретически, может рассматриваться как одна из категорий инвалидности (и, следовательно, давать право на доступ к соответствующим социальным льготам и пособиям).⁵¹⁶ Защита от дискриминации в связи с наркотической зависимостью возможна в тех странах (не из числа принимавших участие в проекте), где анти-дискриминационное законодательство специальным образом и именно для этих целей определяет наркотическую зависимость как «инвалидность». В таких правовых системах лица, которые зависят или предположительно зависят от наркотиков, имеют право на защиту от дискриминации в связи с инвалидностью или состоянием здоровья в сферах трудоустройства и обеспечения товарами, услугами, удобствами и жильем.⁵¹⁷

Согласно принципам, утвердившимся в международных нормах и правилах по правам человека, ограничения или нарушения прав человека могут быть признаны допустимыми только с учетом четко определенных стандартов.⁵¹⁸ При этом одним из ключевых принципов является свобода от дискриминации, в том числе и на основании статуса здоровья. Обращение, нарушающее права лица либо лишаящее лицо его неотъемлемого права или полагающегося ему преимущества, исключительно на основании статуса здоровья данного лица требует соответствующего обоснования в связи с обстоятельствами конкретного случая. Запрет без каких-либо ограничений или исключений (например, ограничения прав, касающиеся всех лиц с ВИЧ) вряд ли является обоснованным.

В рамках *Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом* 2001 года страны, члены Генеральной Ассамблеи ООН, приняли на себя обязательство:

обеспечить принятие, укрепление и соблюдение соответствующего законодательства, положений и иных мер для ликвидации всех форм дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и членов уязвимых групп для обеспечения полного осуществления ими всех прав человека ... и разработать стратегии борьбы с клеймением и социальной изоляцией, связанными с эпидемией.⁵¹⁹

В 2006 году страны, члены Генеральной Ассамблеи ООН, приняли на себя обязательство активизи-

513 См. также *Международный пакт о гражданских и политических правах*, Статья 2. Все страны проекта либо ратифицировали данный пакт, либо присоединились к нему. Свобода от дискриминации также охраняется и другими международными и региональными документами о правах человека, например: *Всеобщей декларацией прав человека* (Статья 2), *Международным пактом о экономических, социальных и культурных правах* (Статья 2), *Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин* (Статья 12), *Конвенции о правах ребенка* (Статья 2) и *Европейской Конвенцией о защите прав человека и основных свобод* (Статья 14).

514 Комиссия ООН по правам человека, *Защита прав человека в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД)*, Резолюции 1999/49 (27 апреля 1999), 1995/44 (3 марта 1995), 1996/43 (19 апреля 1996) и 2004/26 (16 апреля 2004).

515 See National Institute for Drug Abuse (NIDA) [USA] (Национальный институт наркологии), *Principles of Drug Addiction Treatment: A research-Based Guide (Принципы лечения наркомании: руководство по результатам исследований)*, NIH Publication No. 99-4180, October 1999. ВОЗ определяет наркотическую зависимость, как хроническое, рецидивирующее медицинское состояние: WHO, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence (Неврологические аспекты приема психотропных препаратов и лекарственной зависимости)* (Geneva: WHO, 2004), стр. 7, 32-34.

516 Закон «О наркологической службе и контроле», Статья 16.5.

517 См., например, *Canadian Human Rights Act (Закон Канады о правах человека)*, (R.S., 1985, с. H-6). Пунктом 25 данного Закона инвалидность определяется как любая психическая или физическая инвалидность, имеющаяся у лица в настоящем времени или имевшаяся в прошлом, и включает настоящую или прошлую наркотическую или алкогольную зависимость; см. также *Disability Discrimination Act (Закон о дискриминации, основанной на инвалидности)* 1992 [Австралия]: достаточно широкое определение «инвалидности» данным законом предполагает включение алкогольной или наркотической зависимости.

518 UN Economic and Social Council, *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights (Принципы ООН, принятые в Сиракузах, о допустимых ограничениях прав человека)*, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985).

519 *Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, принята резолюцией S-26/2, 27 Специальной сессии Генеральной Ассамблеи (27 июня 2001), пункт 58.

ровать усилия в данной области.⁵²⁰

Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека Управления Верховного комиссара ООН по правам человека и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) содержат рекомендацию о том, что:

следует принять или пересмотреть анти-дискриминационные законы, чтобы охватить лиц с бессимптомной ВИЧ-инфекцией, лиц, живущих со СПИДом, и лиц, которые лишь предположительно инфицированы ВИЧ или больны СПИДом. Такие законы также должны предусматривать защиту групп, ставших более уязвимыми перед ВИЧ/СПИДом из-за дискриминационного отношения к ним. Следует также принять или пересмотреть законы об инвалидности, чтобы включить ВИЧ/СПИД в определение инвалидности.⁵²¹

Далее в *Международных руководящих принципах* уточняется, что анти-дискриминационные законы должны обеспечивать защиту от дискриминации как в государственном, так и в частном секторах, и учитывать проблему прямой и косвенной дискриминации.⁵²² Эффективная юридическая защита прав включает наличие механизма исполнения законов через суды общего назначения, специальные суды по правам человека, регулятивные органы в рамках профессиональной деятельности и т.д. В целях обеспечения гарантий исполнения положений закона *Международные руководящие принципы* рекомендуют, чтобы государствами:

были предусмотрены независимые, быстрые и эффективные правовые и/или административные процедуры возмещения ущерба, предусматривающие быстрое выяснение обстоятельств в случаях, когда податель жалобы находится в терминальной стадии заболевания, предоставление полномочий для расследования случаев систематической дискриминации в рамках проводимой политики и в ходе правоприменительной практики, возможность использования псевдонима либо привлечения другого для представления интересов пострадавшего при подаче жалобы, включая и возможность возбуждения дел от имени людей, живущих с ВИЧ, общественными организациями.⁵²³

Комиссия ООН по правам человека неоднократно призывала государства принять все необходимые меры к обеспечению уважения, защиты и соблюдения прав человека в связи с ВИЧ, согласно *Международным руководящим принципам*, включая и все необходимые меры для ликвидации стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или затронутых этой проблемой.⁵²⁴

Определенные группы населения, которые и так страдают от отсутствия защиты своих прав и от дискриминации, либо изолированы в связи с тем, что их правовой статус не определен, зачастую оказываются чрезвычайно уязвимыми перед ВИЧ-инфекцией. *Международные руководящие принципы* признают лиц, потребляющих наркотики, как одну из таких групп.⁵²⁵ *Международные руководящие принципы* рекомендуют следующее: «В национальное законодательство, политику, программы, планы и их осуществление на практике следует включать меры, призванные снизить влияние факторов, препятствующих обеспечению равного доступа уязвимых групп населения и их отдельных представителей к профилактике, лечению, уходу и поддержке ...».⁵²⁶

В большинстве случаев в странах проекта, защита от дискриминации, гарантируемая Конституцией и другими законами (такими как закон о ВИЧ, закон об инвалидах, закон об охране здоровья граждан), является ограниченной. В общих чертах, существующее анти-дискриминационное законодательство стран проекта (в рамках Конституции или иных законов) соответствует положениям международного права и рекомендациям в отношении политики. Однако, отчёты по странам также демонстрируют

520 *Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу*, принята резолюцией 60/262 Специальной сессии Генеральной Ассамблеи (2 июня 2006), пункт 29.

521 См. *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*. Руководящий принцип 5, пункт 22(a).

522 Там же. Государствам также рекомендуется использовать документ *Принятие мер против ВИЧ. Пособие для парламентариев*, в котором утверждается, что необходимо «укреплять законодательство, нормативные акты и другие меры, чтобы устранить все виды дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, и представителей основных групп населения, подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией», № 15 (2007), стр. 89.

523 *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*. Руководящий принцип 5, пункт 22(a) (iii).

524 См., например, Комиссия ООН по правам человека, *Защита прав человека в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД)*, Резолюции 1999/49 и 2001/51.

525 *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*, пункт 31.

526 *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*, пункт 31.

наличие целого ряда дискриминационных законов (или практики выполнения законов), способствующих широко распространенной и систематической дискриминации и стигматизации, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, и люди, потребляющие наркотики. В большинстве случаев данные дискриминационные законы и политика преподносятся как исключения из анти-дискриминационных принципов в законодательстве. Это вызывает серьезные опасения, так как усилия, предпринимаемые государством, чтобы сократить дискриминацию и стигматизацию людей, живущих с ВИЧ, или уязвимых перед данным вирусом, окажутся безрезультатными в случае, если законы и политика государства фактически придают официальный статус подобной дискриминации.

Не любое особое обращение является дискриминацией. Согласно мнению, выраженному Комитетом ООН по правам человека, особое обращение не является противоправной дискриминацией, если основания для подобного особого обращения являются справедливыми и объективными и служат достижению целей, провозглашенных в Международном пакте о гражданских и политических правах.⁵²⁷ Обоснованность особого обращения с лицом должна определяться такими факторами, как введение подобного ограничения для достижения важной и насущной цели, непосредственная его связь с достижением данной цели, сведение к минимуму нарушения прав человека и пропорциональность данного ограничения прав поставленной цели.⁵²⁸

Подобный процесс урегулирования предусмотрен Конституциями стран проекта. Права и свободы гражданина, гарантируемые государством, могут быть ограничены только законами и лишь в той мере, в какой это необходимо в определенных целях. Например, согласно Конституции Казахстана определенные права не могут быть ограничены ни при каких обстоятельствах. Другие права могут быть ограничены «лишь в той мере, в какой это необходимо в целях защиты конституционного строя, охраны общественного порядка, прав и свобод человека, здоровья и нравственности населения».⁵²⁹

«В первую очередь в качестве основания для ограничения прав человека в контексте ВИЧ государства приводятся доводы об охране здоровья населения. Однако, многие такие ограничения являются нарушением принципа недискриминации, например в случаях, когда ВИЧ-статус используется в качестве основания особого обращения в связи с предоставлением доступа к образованию, услугам здравоохранения, социальной помощи, а также в связи трудоустройством, свободой передвижения, жилищными условиями и предоставлением убежища. Право на свободу и тайну личной жизни, как известно, ограничивается вследствие существования системы обязательного тестирования и документирования ВИЧ-статуса, право на свободу личности нарушается в тех случаях, когда наличие у лица ВИЧ служит основанием для лишения лица свободы или его сегрегации (изоляции). Несмотря на то, что такие меры могут быть эффективными в отношении заболеваний, которые передаются контактным или воздушно-капельным путем путём и излечимы, они не эффективны в отношении ВИЧ, так как данный вирус таким путём не передаётся. Кроме того, такие принудительные меры не соответствуют принципу минимизации ограничения прав человека и зачастую применяются дискриминационным образом в отношении групп, уже являющихся уязвимыми. Наконец, как было отмечено выше, эти принудительные меры отталкивают людей от программ профилактики и медицинского ухода, чем снижают эффективность мероприятий по оказанию медицинской помощи населению. Таким образом, доводы об охране здоровья населения, как оправдания для ограничений прав человека (исключения в анти-дискриминационных положениях законов), редко являются приемлемым основанием в контексте ВИЧ».⁵³⁰

На практике ограничения прав людей, живущих с ВИЧ, и людей с наркотической зависимостью зачастую оправдываются с привлечением достаточно широкого и размытого понятия «интересы

527 См. Комитет ООН по правам человека, *General Comment 18: Non-discrimination* (1989), параграф 13, на: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/comments.htm>.

528 Там же, см. также: UN Economic and Social Council, *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985). ЮНЭЙДС был разработан протокол, предназначенный для того, чтобы государства могли проводить оценку законов, нормативных актов, процедур или практики применения закона в целях определения, не являются ли они дискриминационными в отношении людей, живущих с ВИЧ: ЮНЭЙДС, *Протокол идентификации дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом* [UNAIDS, *Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV*], 2000.

529 Конституция Республики Казахстан (30 августа 1995), Статьи 14(2) и 39. Интересно, что запрет на дискриминацию «по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам» рассматривается в качестве права, которое не должно ограничиваться ни при каких обстоятельствах.

530 *International Guidelines*, para. 105.

общества». Например, в связи с людьми, живущими с ВИЧ, «интересы общества» могут быть представлены как стремление снизить риск передачи ВИЧ людям, не зараженным данным вирусом. В связи с людьми, потребляющими наркотики, «интересы общества» могут быть связаны с опасениями в отношении качества выполнения должностных обязанностей и вопросов безопасности на рабочем месте. Однако, при ближайшем рассмотрении основания для наложения ограничений, распространенных в законах и политике стран проекта, не выдерживают критики. Слишком часто ограничения прав людей, живущих с ВИЧ, и людей с наркотической зависимостью в рамках законов и политики стран проекта либо не имеют непосредственной связи с достижением поставленной цели, либо не соответствуют принципу минимизации нарушения прав человека.

Право на труд

Запрещение людям, живущим с ВИЧ, заниматься определенными видами трудовой деятельности абсолютно неоправданно, в том числе и потому, что ВИЧ не передается бытовым путем. В отношении дискриминации на рабочем месте, *Свод практических правил Международной организации труда (МОТ) по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда*, утверждает следующее:

«Исходя из принципов предоставления достойной работы, уважения прав человека и достоинства людей, ВИЧ-инфицированных или пострадавших от ВИЧ/СПИДа, любая дискриминация в отношении работников с действительным или приписываемым наличием ВИЧ-инфекции является недопустимой. Дискриминация и стигматизация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, препятствует проведению мер по профилактике ВИЧ/СПИДа».⁵³¹

Тестирование на ВИЧ в связи с приемом на работу редко может быть признано оправданным, тем не менее положения, его предусматривающие, в настоящее время существуют в законодательстве многих стран проекта. Однако неправильно делать вывод, что работник неспособен выполнять служебные обязанности, только на основании того, что он или она имеют ВИЧ, а следовательно, запрещение всем без исключения людям с ВИЧ занимать определенные должности является не имеющей оправдания дискриминацией. Решение о способности лица выполнять определенную работу должно приниматься на индивидуальной основе, а не на основании того, что у лица ВИЧ. Международные принципы в этом отношении устанавливают следующее.

Право на труд гарантирует любому человеку право на трудоустройство без каких-либо предварительных условий, за исключением наличия у него необходимой профессиональной квалификации. Данное право нарушается, когда подающего заявление о приеме на работу или работника принуждают пройти обязательное тестирование на ВИЧ, и в случае позитивного результата отказывают данному лицу в приеме на работу либо увольняют, или отказывают в праве на получение дополнительных выплаты и льгот, предоставляемых работникам. Государствам следует принять меры к обеспечению того, чтобы людям, живущим с ВИЧ, разрешалось работать в течение всего периода, пока они в состоянии выполнять свои должностные обязанности. Впоследствии, как и в случае любой другой болезни, людям, живущим с ВИЧ, должны предоставляться разумные льготы, чтобы они могли продолжать работать как можно дольше, а когда продолжение работы станет невозможным, обеспечить им на равных основаниях доступ к обеспечению, предусмотренному государством в случаях болезни или инвалидности. К подающему заявление о приеме на работу или работнику не должно предъявляться требование о предоставлении работодателю информации относительно его ВИЧ-статуса, как не должно оно предъявляться и в качестве условия выплаты работникам компенсаций, пенсий и страховых платежей при болезни. Обязательства государства предотвращать любые формы дискриминации на рабочих местах, в том числе и на основании ВИЧ, следует распространить и на частный сектор.⁵³²

Согласно рекомендациям Международной организации труда (МОТ) «подавшие заявление о приеме на работу или уже работающие не должны в обязательном порядке подвергаться скринингу – обследованию на ВИЧ/СПИД», а работники, имеющие контакты с кровью и другими жидкими

531 См. МОТ, *Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда»*, 2001, стр. 4.

532 *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*, пункт 149.

субстанциями человеческого организма, должны быть обучены методам профилактики инфекционного заражения при несчастных случаях на производстве и приёмам оказания первой помощи, всеобщим (или стандартным) мерам предосторожности в том числе.⁵³³ Судами по всему миру ограничения прав людей, живущих с ВИЧ, в связи с трудоустройством (например, службы в рядах вооруженных сил, работы на авиалиниях, в частных клубах, организациях государственного сектора) были признаны дискриминационными.⁵³⁴

Аналогичным образом, запрещение всем без исключения людям с наркотической зависимостью заниматься определенными видами трудовой деятельности имеет слишком широкую сферу применения, учитывая, что при этом решение не основывается на определении неспособности индивида выполнять должностные обязанности. По существу, соразмерность данных ограничений не доказана. У разных людей проявления наркотической зависимости различаются. Несмотря на то, что существуют обстоятельства, когда отдельное лицо, имеющее наркотическую зависимость, может быть неспособно выполнять определённые профессиональные обязанности, запрет, распространяющийся на всех без исключения лиц с наркотической зависимостью, нарушает права тех, кто может быть в полной мере способен выполнять данную работу.⁵³⁵ Кроме того, лица, имеющие наркотическую зависимость, зачастую состоят на наркологическом учёте в течение установленного периода времени (обычно 3-5 лет, в зависимости от страны), невзирая на результаты лечения. Несомненно, что существуют случаи, когда лицо с наркотической зависимостью неспособно выполнять обязанности, связанные с определенным видом профессиональной деятельности, однако решение о признании подобной нетрудоспособности должно приниматься отдельно в каждом конкретном случае. Автоматическое признание любого лица с установленной наркотической зависимостью неспособным выполнять определённые профессиональные обязанности является дискриминационным.

Принуждение к прохождению освидетельствования на наркотики *перед* принятием на работу (или учёбу в образовательном учреждении) является ничем не оправданной дискриминацией на основании состояния здоровья (равно как и нарушением прав на свободу и тайну личной жизни, неприкосновенность личности и охрану достоинства). Требование пройти освидетельствование на наркотики *на рабочем месте* может быть оправдано в ограниченном числе случаев, например, в отношении профессий, связанных с управлением источниками повышенной опасности, и только в случаях обоснованного предположения о несостоятельности лица, либо в случае, когда тестирование время от времени проводится в отношении работников, прошедших курс лечения от наркотической зависимости.

Подобные действия оспаривались в рамках множества судебных органов, и в специальных судах было с успехом доказано, каким образом законные интересы в сфере обеспечения безопасности на рабочем месте или общественной безопасности могут быть соблюдены без введения ограничений, имеющих неоправданно широкую сферу применения и запрещающих всем лицам с наркотической зависимостью трудоустройство (или обучение в образовательном учреждении). Подобные подходы, отличающиеся меньшей категоричностью и учитывающие большее количество нюансов, могут быть полезными членам законодательных органов и лицам, принимающим решения в области государственного управления, в ходе выстраивания реформ согласно курсу, рекомендованному в рамках индивидуальных отчётов по странам.

533 См. МОТ, *Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда»* [ILO, *An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the world of work*], стр. 4 и 14. Всеобщие (или стандартные) меры предосторожности предполагают осторожное обращение с острыми и режущими предметами (медицинскими иглами и проч.), мытьё рук до и после процедуры, использование средств индивидуальной защиты (перчаток, халатов, масок) при прямых контактах с кровью и другими жидкими субстанциями организма, безопасные методы удаления отходов, содержащих кровь и другие жидкие субстанции организма, надлежащую стерилизацию инструментария и прочего загрязнённого кровью оборудования, надлежащее обращение с грязным постельным бельём.

534 См., например: *Canada (Attorney General) v. Thwaites (Канада (Генеральный прокурор) против Туэймса)* [1994] 3 FC 38 (Canada), *Hoffmann v. South African Airways (Хоффманн против Южноафриканских авиалиний)* [2000] 11 BCLR 1235 (South Africa), *XX v. Gun Club Corporation et al. Constitutional Court Judgment (XX против корпорации «Ган клуб» и др., Конституционный суд)* No. SU-256/96 [1996] (Colombia). Описание данных иных судебных случаев представлено в документе: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу и ЮНЭЙДС, *Судебная защита прав: анализ судебной практики, связанной с защитой прав человека в отношении людей, живущих с ВИЧ*, Коллекция ЮНЭЙДС «Лучшая практика» [Canadian HIV/AIDS Legal Network & UNAIDS, *Courting Rights: Case studies in litigating the human rights of people living with HIV*, UNAIDS Best Practice Collection], 2006.

535 Обсуждение того, каким образом ограничения прав людей, потребляющих наркотики, нарушают принцип недискриминации в Российской Федерации, см.: Хьюман Райтс Вотч: *Право на реабилитацию: Проблемы лечения наркозависимости в Российской Федерации с точки зрения международных стандартов*, 2007.

Право на создание семьи

Аналогичным образом, автоматическое признание людей, имеющих наркотическую зависимость, либо живущих с ВИЧ, неспособными быть хорошими родителями является дискриминационным. Как было отмечено выше, как ВИЧ-позитивный статус, так и наркотическая зависимость, согласно законам стран проекта, могут влиять на осуществление прав и обязанностей в отношении семьи, например, лицо может быть автоматически утратить право усыновить/удочерить ребёнка. В случаях лишения родительских прав зависимость от алкоголя или наркотиков указана в законах как усугубляющий фактор (практически приравненный к преднамеренному нанесению вреда ребёнку), влияющий на решение суда об утрате права на опеку или о лишении родительских прав. Однако подобные безоговорочные законодательные запреты вызывают опасения с точки зрения соблюдения прав человека, так же как и опасения высокого риска разлучения с ребёнком родителя с наркотической зависимостью.

ВИЧ-позитивный статус не может рассматриваться в качестве основания, позволяющего автоматически признавать лицо неспособным стать или оставаться родителем ребенка, либо неподходящим для выполнения этой функции. Аналогичным образом, неправомерно автоматически приравнивать потребление наркотиков или наркотическую зависимость к отсутствию заботы родителей о детях либо плохому обращению. Поэтому формулировки законов должны быть очень четкими, и их интерпретация должна быть однозначной, для того, чтобы предотвратить лишение родительских прав только на основании диагноза - любое такое решение должно быть основано на подтверждающих фактах о жестоком обращении с детьми или реальном риске жестокого отношения к ним; интерпретация закона и его применение не должны быть основаны на предположениях, отражающих стигму и ложную информацию о людях, потребляющих наркотики. Лишь в редких случаях ограничение прав и привилегий отдельных категорий людей на основании состояния их здоровья (например, ВИЧ-статуса или наркотической зависимости) может быть признано обоснованным. При лишении родительских прав решение необходимо принимать посредством рассмотрения законных обоснований для каждого конкретного случая, руководствуясь, в первую очередь, принципом соблюдения интересов ребенка, а не основываясь на ошибочных предположениях и выводах о неспособности человека выполнять функции родителя в связи с состоянием его здоровья.

Право на свободу передвижения

Согласно информации, представленной в отчётах по некоторым странам, лица с ВИЧ, не являющиеся гражданами данной страны, депортируются либо получают отказ в предоставлении визы или вида на жительство. Действительно, никто (за исключением беженцев, ищущих защиты от преследования) не имеет права пересекать границу государства, гражданином/гражданкой которой он/она не является. Однако, если государством предоставляется официальное право на пребывание в данной стране (в данном случае виза на длительный срок или вид на жительство), данное право не должно ограничиваться дискриминационным образом. Отказ в предоставлении въездной визы или вида на жительство на основании ВИЧ-статуса является дискриминационным. В соответствии с *Международными руководящими принципами*:

Охрана здоровья граждан не является основанием для введения мер, ограничивающих свободу передвижения или свободу выбора места жительства, в связи с ВИЧ-статусом. Согласно действующим медико-санитарным правилам, единственным заболеванием, в связи с которым требуется наличие соответствующего свидетельства для зарубежных поездок, является желтая лихорадка... Таким образом, любые ограничения этих прав, обусловленные исключительно предполагаемым или фактическим ВИЧ-позитивным статусом, включая скрининг (тестирование на ВИЧ) зарубежных туристов, являются дискриминационными и не могут быть признаны обоснованными в качестве мер охраны здоровья граждан.⁵³⁶

Явно преследуемая цель не допускать в страну на долгий срок иммигрантов с ВИЧ может объясняться заботой об охране населения от угрозы инфекционных заболеваний либо предотвращению «избыточного» спроса на услуги системы общественного здравоохранения. Однако тестирование иммигрантов на ВИЧ и автоматическое запрещение въезда в страну или высылка из неё всех ВИЧ-позитивных лиц не имеют *непосредственной связи* с достижением данных целей.

536 *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*, пункт 127.

Как было отмечено выше, люди, живущих с ВИЧ, не являются угрозой здоровью граждан, потому что ВИЧ не передаётся бытовым путём. Изгнание или недопущение иммигрантов с ВИЧ не предотвратит распространения ВИЧ внутри государства. Утверждение, что иммигранты, живущие с ВИЧ, являются угрозой здоровью граждан только по причине наличия у них ВИЧ и вне зависимости от их образа жизни, способствует клеймению людей, живущих с ВИЧ, как угрозы здоровью и безопасности общества. Подобная стигматизация не только создаёт трудности людям, живущим с ВИЧ, но и может мешать добровольному прохождению людьми тестирования на ВИЧ либо их обращению за информацией в отношении профилактики и медицинского ухода в связи с ВИЧ-инфекцией. Таким образом, данное положение может фактически препятствовать достижению преследуемой цели снижения темпов распространения ВИЧ. Аналогично, при высылке всех без исключения иммигрантов по причине «избыточного» спроса на услуги системы общественного здравоохранения, а следовательно и избыточных затрат, не учитывается, что фактические затраты на лечение зависят от пациента и стадии развития заболевания, к тому же при этом, как правило, почти не уделяется внимания объему налоговых выплат данного лица государству, в котором он проживает, или иных его заслуг перед данным государством.

Кроме того, даже если бы запрещение въезда всех иммигрантов с ВИЧ и было эффективной мерой предотвращения распространения вируса среди населения, оно отнюдь *не является мерой, в наименьшей степени ограничивающей права* ВИЧ-позитивных лиц. Несомненно, что при определенных обстоятельствах тестирование лиц на ВИЧ без предоставления им при этом возможности лечения или консультирования равнозначно жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство человека обращению.⁵³⁷

6.3 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕФОРМИРОВАНИЮ ПОЛИТИКИ И ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ДЛЯ ИСКОРЕНЕНИЯ ДИСКРИМИНАЦИИ

Правительства играют решающую роль в обеспечении страны эффективной законодательной базой, в рамках которой люди смогут отстаивать свои права. Как показывает анализ, представленный выше, законы и политика стран проекта содержат положения, дискриминирующие людей, живущих с ВИЧ, и людей, являющихся особенно уязвимыми перед инфекцией. В целом, рекомендуется пересмотреть не являющиеся необходимыми и/или имеющие слишком широкую сферу применения ограничения прав людей, живущих с ВИЧ либо имеющих наркотическую зависимость, и отметить их, либо внести в законодательство изменения или дополнения.

Рекомендация 49: Обеспечить в рамках закона четкие гарантии должной защиты от дискриминации в связи с ВИЧ-статусом или наркотической зависимостью

Шаги, которые необходимо предпринять, чтобы обеспечить четкие гарантии защиты от дискриминации как людям, живущим с ВИЧ, так и людям с наркотической зависимостью различны для разных стран, и рекомендации по странам представлены в соответствующих отчётах в Части II. Однако, следует рассмотреть следующие меры, частично основанные на рекомендациях отдельных экспертных групп, так как они могут относиться ко многим рассматриваемым странам.

- **Усилить, там, где это необходимо, закрепленные в законе гарантии защиты от дискриминации в связи с ВИЧ-инфекцией:** В общем, во всех странах проекта существуют законодательные запреты на дискриминацию в связи с ВИЧ-статусом, хотя и частичные. В некоторых случаях, национальными экспертными группами признана необходимость усилить существующее законодательство, чтобы оно распространялось на дискриминацию в определённых обстоятельствах. Например, национальные эксперты из Азербайджана и Тад-

⁵³⁷ Принуждение лица к выяснению его ВИЧ статуса, не предоставляя при этом доступа к лечению, уходу или поддержке, а также вынуждение его/её вернуться в свою страну (где, возможно, также не предоставляется доступ к лечению, уходу или поддержке) может быть связано со значительными психологическими и физическими тяготами и лишениями для данного человека. Подобные тяготы и лишения могут быть равнозначны жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство человека обращению, которое запрещено Статьей 7 Международного пакта о гражданских и политических правах. См.: G.S. Goodwin-Gill, "AIDS, HIV, Migrants and Refugees: International Legal and Human Rights Dimensions," in M. Haour-Knipe & R. Rector, eds., *Crossing Borders: Migration, Ethnicity, and AIDS* (London: Taylor & Francis, 1996), стр. 53-54.

жикистана выдвинули рекомендацию о внесении более строгих положений, запрещающих дискриминацию на основании ВИЧ-статуса, в национальные законы о ВИЧ-инфекции.

- **Гарантировать законом защиту от дискриминации в связи с наркотической зависимостью:** С определенной долей уверенности можно утверждать (в некоторых странах проекта в большей степени, чем в других) что законодательное запрещение дискриминации, включает и запрещение дискриминации в связи с наркотической зависимостью. Тем не менее, и в этой сфере, несомненно, необходимы законодательные реформы, как указывают национальные экспертные группы. В Кыргызстане, например, эксперты рекомендуют устранить «дискриминационные положения законодательства, касающиеся людей, потребляющих наркотики, и людей, живущих с ВИЧ, в том числе и в учреждениях исправительной системы» и принять «соответствующие нормативные законодательные акты, содержащие положения гарантирующие защиту от дискриминации в связи с фактическим или предполагаемым наличием у лица наркотической зависимости». В Узбекистане, согласно рекомендациям национальных экспертов, существующий национальный закон о наркотиках (или специальный закон о лечении от наркотической зависимости, который также рекомендуется принять) должны содержать положение о том, что дискриминация в связи с потреблением наркотиков противозаконна. Эксперты полагают, что «официальное внесение подобного положения в данный закон будет способствовать преодолению стигматизации потребителей наркотиков». Аналогичным образом, группа экспертов из Азербайджана разработала рекомендации по внедрению анти-дискриминационных положений, защищающих лиц с фактической или предполагаемой наркотической зависимостью от дискриминации.
- **При необходимости, рассматривать ВИЧ-инфекцию и наркотическую зависимость в качестве инвалидности:** Результатом стигмы, связанной с ВИЧ-инфекцией, является дискриминация людей, живущих с ВИЧ, зачастую в связи с их фактической или предполагаемой нетрудоспособностью под воздействием инфекции. Признание ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости в качестве инвалидности может, по крайней мере, в рамках некоторых правовых систем, способствовать распространению на данное состояние здоровья действия положений, запрещающих дискриминацию в связи с инвалидностью, а также обеспечить людям с ВИЧ, в зависимости от их клинического состояния, доступ к дополнительным гарантиям и льготам, предоставляемым государством, например, социальному пособию по инвалидности. Странам проекта, в законодательстве которых нет четкого официального признания ВИЧ-инфекции инвалидностью, рекомендуется внести данное положение в законы для достижения двух обозначенных выше целей. Такая же концепция может быть использована для наркотической зависимости. В Азербайджане, например, национальная экспертная группа отмечает, что наряду с тем, что наркотическая зависимость определена законом как хроническое заболевание, и лица, признанные зависимыми от наркотиков, теоретически могли бы иметь право на получение социальных пособий, необходимого постановления Кабинета Министров или приказа Министерства социальной защиты не существует. Это упущение рекомендуется исправить.

Рекомендация 50: Пересмотреть существующие правовые инструменты, чтобы устранить необоснованные ограничения прав либо отказ в определенных правах в отношении людей, потребляющих наркотики, и людей, живущих с ВИЧ

В целом, странам рекомендуется пересмотреть и отменить правила (устанавливаемые законами или иными нормативными актами, такими как директивы, постановления, приказы или инструкции), безоговорочно устанавливающие ограничения для людей с определенными состояниями здоровья, такими как ВИЧ-инфекция и наркотическая зависимость. Согласно рекомендациям национальной экспертной группы из Туркменистана, законы, ограничивающие права людей с наркотической зависимостью (в том числе и запрещающие им заниматься определёнными видами профессиональной деятельности) следует пересмотреть, изучая при этом опыт других стран. Экспертная группа Таджикистана также рекомендует внести изменения в законы, чтобы устранить по-

ложения, предусматривающие отказ в определённых правах всем людям, потребляющим наркотики, равно как и людям, живущим с ВИЧ. Как отмечают экспертные группы обеих стран, каждое налагаемое ограничение должно быть аргументированным образом представлено в качестве абсолютно необходимого. В частности, в отношении положений, о которых говорилось выше, следует предпринять следующее:

- **Устранить необоснованную дискриминацию в сфере трудоустройства и образования:** По причинам, обозначенным выше, во всех случаях за исключением редких обстоятельств, отказ в трудоустройстве в определённой сфере или отказ в приёме на учёбу на основании ВИЧ-статуса лица является неоправданным. В связи с этим правила, предписывающие прохождение обязательного тестирования на ВИЧ в качестве условия приёма на работу или учёбу, а также включение ВИЧ-инфекции в список заболеваний, при наличии которых лицам запрещается заниматься определёнными видами профессиональной деятельности, следует отменить. Аналогичным образом, освидетельствование на наркотики в качестве условия приёма на работу (или учёбу) также не является обоснованным, за исключением редких обстоятельств. Поэтому несколько национальных экспертных групп рекомендуют отменить общие положения законов, имеющие широкий спектр применения и предусматривающие освидетельствование работников на наркотики на рабочем месте, сохранив при этом освидетельствование на наркотики в отношении профессий, требующих принятия мер повышенной безопасности. В Казахстане национальные эксперты рекомендуют оценить эффективность действующей системы постановки на наркологический учёт и реорганизовать её таким образом, чтобы права людей, потребляющих наркотики, были лучшим образом защищены (например, устранить запрет занимать определённые должности).
- **Устранить необоснованную дискриминацию в сфере семейных отношений:** Внести поправки в кодексы и законы, регулирующие семейные отношения, ограничив чрезвычайно широкую сферу применения положений, предусматривающих лишение лица родительских прав либо отказ в усыновлении, исключительно на основании наличия у него/неё наркотической зависимости (или ВИЧ). Взамен этого рекомендуется предусмотреть, чтобы подобные решения принимались при наличии обоснованных доказательств явного риска того, что ребенок может пострадать либо оказаться без должной опеки [если останется с родителем, страдающим наркотической зависимостью или имеющим ВИЧ], и с учётом, в первую очередь, интересов ребенка или детей в каждом конкретном случае.
- **Устранить дискриминационные аспекты иммиграционной политики:** Как было отмечено выше, в законодательстве и политике всех стран проекта сохраняется какая-либо дискриминация в отношении иностранцев (а иногда и лиц без гражданства), включая обязательное тестирование на ВИЧ, отказ в получении визы/разрешения на въезд, ограничение права находиться на территории страны и/или депортация ВИЧ-позитивных лиц. Подобные не имеющие исключений правила являются неоправданно дискриминационными и должны быть отменены. Недавние поправки к закону, принятые в 2008 году в Таджикистане и отменившие положения о депортации ВИЧ-позитивных иностранцев, являются шагом в нужном направлении, при этом необходимо дальнейшее реформирование законов, чтобы отменить обязательное тестирование иностранцев на ВИЧ. Согласно рекомендациям одной из экспертных групп, следует внести «изменения в законы Республики Узбекистан, предусматривающие принудительное тестирование иностранных граждан на ВИЧ и депортацию иностранцев с ВИЧ, так как данные положения являются дискриминационными и неоправданными». Те же аргументы и рекомендации применимы и к другим странам.
- **Отказаться от недобровольного тестирования на ВИЧ людей с наркотической зависимостью (и других групп):** Как было отмечено, законодательство и официальная политика государства, предусматривающие либо разрешающие недобровольное тестирование на ВИЧ людей с наркотической зависимостью, являются дискриминационными, они выделяют группу людей на основании статуса их здоровья с последующим нарушением их прав на свободу и тайну личной жизни и личную неприкосновенность. Подобная дис-

криминация является необоснованной и от неё следует отказаться во всех странах, где она существует. Законы и министерские инструкции должны быть доработаны таким образом, чтобы в них отчетливо был прописан запрет на любое принуждение к прохождению тестирования на ВИЧ, и в тоже время, была гарантирована полная конфиденциальность и информированное согласие; они должны содержать положения, выполнение которых обеспечит защиту прав человека.

7. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ООН И ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОДДЕРЖКУ В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Рекомендация 51: Подчеркивать важность защиты прав уязвимых групп

Проводя работу по противодействию ВИЧ-инфекции и наркотикам, ООН и другие международные организации должны подчеркивать важность защиты прав человека, особенно прав людей, находящихся в ситуации повышенного риска инфицирования ВИЧ, в том числе людей, употребляющих наркотики, оказывающих коммерческие сексуальные услуги, заключенных в местах лишения свободы, а также мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами. ООН и другие международные организации должны стремиться повышать влияние своих рекомендаций (в частности тех, которые содержатся в *Международных руководящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека*), а также подчеркивать важность выполнения этих рекомендаций для осуществления успешного противодействия эпидемии.

Рекомендация 52: Поддерживать гражданское общество в движении за соблюдение прав групп, уязвимых к ВИЧ, и внедрении научно-обоснованных мер по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, уходу и поддержке людей, живущих с ВИЧ.

Там, где законы, политика и программы отражают и вносят вклад в маргинализацию индивидов и сообществ – например, основываясь на ВИЧ-статусе, потреблении наркотиков, секс-работе или сексуальной ориентации – и таким образом, усиливают их уязвимость к ВИЧ и затрудняют доступ к услугам, касающимся ВИЧ, там еще более важно и необходимо поддерживать гражданское общество, представляющее эти группы, с тем, чтобы эти сообщества играли значимую роль в формировании ответных действий. Из этого следует, что ООН и другие международные организации должны поддерживать общественные организации людей, живущих с ВИЧ, и другие маргинализованные и уязвимые группы, в том, чтобы они могли реализовать фундаментальные права человека, такие как свобода слова и ассоциаций, что необходимо в целом для того, чтобы они могли существовать и работать.

Рекомендация 53: Подчеркивать ведущую роль государства в осуществлении права на здоровье

Проводя работу в какой-либо стране или с этой страной, агентства ООН должны недвусмысленно подчеркивать роль государства как главного органа, несущего ответственность за уважение, обеспечение, и защиту права на наивысший достижимый уровень здоровья для всех людей, живущих на территории этого государства, исключая дискриминацию по любому признаку.

Рекомендация 54: Привлекать внимание государств к широкому кругу проблем, связанных с правами человека, которые влияют на осуществление профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

Оказывая поддержку государствам в их усилиях по сдерживанию эпидемии ВИЧ-инфекции при помощи разработки политики и повышения институциональных возможностей, ООН и другие международные организации не должны ограничиваться лишь разработкой стратегий, напрямую связанных с программами по обеспечению услуг, касающихся ВИЧ-инфекции; необходимо учитывать широкий круг структурных или ситуативных факторов, оказывающих влияние на качество этих услуг и на результативность усилий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, обращая внимание следующие проблемы:

- дискриминацию по состоянию здоровья, гражданскому статусу, этнической или гендерной принадлежности, возрасту и т.д.;

- принудительные/недобровольные меры в системе здравоохранения, в том числе в контексте тестирования на ВИЧ и наркотики, лечения ВИЧ-инфекции, наркотической зависимости, туберкулеза или ИППП;
- конфиденциальность и другие права пациентов (например, информированное согласие на медицинское вмешательство, обмен информацией между учреждениями системы здравоохранения и правоохранительными органами и т.д.).

Рекомендация 55: Поддерживать процесс корректного применения законодательства, в том числе путем обучения правительственных чиновников, сотрудников правоохранительных органов, пенитенциарной системы и органов системы здравоохранения.

Данный обзор законодательства демонстрирует, что зачастую имеющееся законодательство или применяется некорректно, или же отсутствуют механизмы, обеспечивающие его соблюдение (например, исполнение анти-дискриминационного законодательства). Международным организациям в ходе их работы с правительствами рекомендуется подчеркивать важность корректного применения правозащитного и иного законодательства, способствующего уважению, защите и соблюдению прав человека. Для достижения этой цели можно проводить обучающие мероприятия для правительственных чиновников и представителей правоохранительных органов (например, для сотрудников Генеральной Прокуратуры, Конституционного Суда и т.д.), в том числе по вопросам прав человека, противодействия дискриминации и уважения прав уязвимых групп.

Рекомендация 56: Поддерживать процесс разработки и применения анти-дискриминационного законодательства

Несмотря на наличие законодательных актов, предоставляющих защиту от дискриминации, оценка, проведенная в рамках данного проекта, показала, что во всех странах, участвующих в проекте, почти или совсем не выполняются соответствующие положения этих законодательных актов, в том числе ввиду отсутствия механизмов их применения. Международным организациям рекомендуется оказывать странам помощь, необходимую не только для формального совершенствования анти-дискриминационного законодательства, но и для укрепления механизмов обеспечения такой юридической поддержки и принятия эффективных мер в случаях, когда установлено наличие дискриминации.

Рекомендация 57: Способствовать разработке сбалансированной национальной политики по контролю наркотиков

Международные организации должны оказывать странам поддержку, необходимую для разработки сбалансированной политики, касающейся наркотиков, в том числе добиваясь того, чтобы в ее рамках уделялось внимание не только снижению спроса на наркотики и их предложения, но и вопросам снижения вреда. Участвуя в процессе разработки политики по контролю наркотиков, международным организациям необходимо уделять внимание переводу проблемы наркотической зависимости из разряда правоохранительных вопросов в разряд вопросов общественного здравоохранения.

Рекомендация 58: Оказывать странам поддержку, необходимую для разработки стандартов лечения наркотической зависимости

Результаты аналитической работы, проведенной в рамках данного проекта, показали, что в странах, участвующих в проекте, существуют устаревшая инфраструктура и стандарты лечения наркотической зависимости, что влечет за собой низкую эффективность такого лечения. Международные организации, включая ВОЗ, должны оказывать странам помощь, необходимую для разработки современных стандартов лечения наркотической зависимости, основанных на данных научных исследований и успешных примерах из международной практики, с учетом стандартов, обеспечи-

вающих соблюдение прав человека. В частности, международным организациям рекомендуется инициировать общественные дискуссии и участвовать в таких дискуссиях по вопросам ограничения (или полного прекращения) регистрации лиц, употребляющих наркотики или наркозависимых, неоправданных нарушений права пациентов на конфиденциальность, которые часто сопровождают регистрацию или следуют за ней, а также излишне широкого применения принудительного лечения наркотической зависимости (зачастую проводящегося с использованием неадекватных методов). Кроме того, им рекомендуется оказывать поддержку внедрению и расширению программ опиоидной заместительной терапии и реабилитационных программ, финансируемых из государственного бюджета.

Рекомендация 59: Оказывать поддержку реформированию законодательства и политики в целях совершенствования профилактики и лечения наркотической зависимости и ВИЧ-инфекции

Агентства ООН, другие международные организации и доноры должны оказывать странам поддержку, необходимую для совершенствования мероприятий по профилактике и лечению наркотической зависимости и ВИЧ-инфекции, для создания более эффективных систем мониторинга и оценки таких мероприятий, а также для повышения квалификации специалистов разного профиля. В некоторых случаях для проведения такой работы или для повышения ее эффективности потребуются реформирование законодательства, нормативных актов, ведомственных инструкций, методических указаний, протоколов и рабочих планов. На основе данного обзора можно сделать вывод о том, что поддержка такой работы техническими агентствами ООН может сыграть важную роль в следующих областях:

- Политика по контролю наркотиков и политика в области уголовной юстиции, а также соответствующее административное и уголовное законодательство (UNODC, УВКПЧ ООН);
- Законодательство в области общественного здравоохранения (ВОЗ, UNODC, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, УВКПЧ ООН);
- Законодательство в сфере социального обеспечения/защиты (ВОЗ, ЮНИСЕФ, УВКПЧ ООН);
- Семейные кодексы (ЮНИСЕФ, ЮНФПА, УВКПЧ ООН);
- Кодексы законов о труде (МОТ, УВКПЧ ООН);
- Законодательство, регулирующее доступ к информации и образованию (ЮНЕСКО, УВКПЧ ООН).

Рекомендация 60: Поддерживать вовлечение и участие уязвимых групп

Агентства ООН, международные организации и доноры должны оказывать поддержку вовлечению и участию уязвимых групп в процессе принятия решений, а также в разработке национальных стратегий и законодательства в области противодействия ВИЧ-инфекции и наркотикам, в том числе поддерживая юридическую формализацию данного требования. Соблюдение этого условия поможет исключить нарушение или игнорирование прав уязвимых групп, обеспечить учет их потребностей в рамках законодательства и политики и, в конечном счете, более эффективно противодействовать данным проблемам общественного здравоохранения.

II. ОТЧЕТЫ СТРАН



АЗЕРБАЙДЖАН
ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И
РЕКОМЕНДАЦИИ

АЗЕРБАЙДЖАН: ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

В Республике Азербайджан, численность населения которой составляет приблизительно 8,5 млн. человек, по официальным данным за 2007 год около 21 180 человек употребляли запрещенные инъекционные наркотики (из них 1,8% – женщины).⁵³⁸ По данным за 2005 год, в тюрьмах находилось 18 259 человек (из них 1,4% - женщины).⁵³⁹

По данным ЮНЭЙДС, в 2007 году в Азербайджане число людей, живущих с ВИЧ, составляло 7800 человек.⁵⁴⁰ Большинство зарегистрированных случаев приходится на столицу страны Баку, где отмечено около 66% всех диагностированных случаев ВИЧ. По данным ЮНЕСКО, приблизительно 43% от числа людей, живущих с ВИЧ в Азербайджане, приходится на мигрантов.⁵⁴¹ По состоянию на 1 июля 2007 года в Национальном центре СПИДа было зарегистрировано 168 женщин, живущих с ВИЧ.⁵⁴² В 2007 году, согласно данным Национального центра СПИДа, 60 человек получали антиретровирусное (АРВ) лечение (включая трех женщин), из них две трети были потребителями наркотиков. Имеется возможность получать АРВ лечение в тюрьмах.

Главным и определяющим фактором, способствующим распространению эпидемии ВИЧ в Азербайджане, является потребление инъекционных наркотиков: по данным за 2007 год, 57,7% от всех случаев ВИЧ-инфекции приходилось на людей, потребляющих наркотики, и распространенность ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики, составляла приблизительно 5%. Зарегистрированный в 2007 году уровень распространенности ВИЧ среди заключенных составлял 2,3%: по данным Национального центра СПИДа, из 5663 заключенных, протестированных на ВИЧ (заключенные проходят такое тестирование в принудительном порядке), ВИЧ-положительными оказались 132 человека. Заслуживает упоминания и тот факт, что, по данным за 2007 год, 72% от всего числа людей, живущих с ВИЧ в Азербайджане, в разное время были заключенными.⁵⁴³

По информации, предоставленной национальной экспертной группой, в стране работают национальные и городские наркологические диспансеры, семь районных наркологических диспансеров и 79 наркологических кабинетов при центральных и районных больницах. Только в пяти из них работают врачи наркологи; в других обязанности наркологов исполняются врачами других специальностей. Национальная экспертная группа сообщает, что листов ожидания для прохождения лечения от наркотической зависимости нет.

Национальная экспертная группа также сообщает, что в последние годы в официальные наркологические диспансеры добровольно обращалось за медицинской помощью для лечения наркотической зависимости всего около 200 человек в год.⁵⁴⁴ Учитывая, что ежегодно в таких диспансерах проходят лечение 800-1200 человек⁵⁴⁵, понятно, что лишь небольшая часть приходится на лиц, проходящих лечение добровольно, а подавляющее большинство проходит лечение наркотической зависимости принудительно – чаще всего в результате действий правоохранительных органов и в контексте уголовных дел по преступлениям, связанным с наркотиками.

538 Информация за 2007 год предоставлена региональным офисом Управления по наркотикам и преступности ООН на основе данных Национального наркологического центра.

539 Данные предоставлены национальной экспертной группой Республики Азербайджан (2007).

540 ЮНЭЙДС, *Отчет о глобальной эпидемии СПИДа, 2008* (Женева, 2008). Приложение 1.

541 ЮНЕСКО, *HIV/AIDS in Azerbaijan: A Socio-cultural approach* (2005).

542 По данным интервью с сотрудниками Министерства здравоохранения, проведенного национальной экспертной группой в 2007 году.

543 Эти данные предоставлены национальной экспертной группой из Азербайджана (2007).

544 По оценке национальной экспертной группы, случаев неофициального лечения наркотической зависимости (например, прохождения курсов детоксикации на дому, обращения к врачам других специальностей), по-видимому, в 10 раз больше, чем число пациентов, проходящих лечение в официальных медицинских учреждениях. Это можно объяснить отрицательными последствиями лечения в таких диспансерах, так как регистрация в качестве лица, употребляющего наркотики, влечет за собой нарушения прав.

545 Данные предоставлены национальными экспертами и взяты из официальных ежегодных отчетов Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения (2007).

В стране действует одна программа опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), которая была внедрена в практику наркологических учреждений на основании *Закона о наркологической службе и надзоре*⁵⁴⁶ и *Закона об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров*.⁵⁴⁷ Программа ОЗТ стартовала в январе 2004 года. На январь 2006 года в программе участвовало более 150 человек. В июне 2006 года программа была приостановлена на три месяца из-за несвоевременной закупки метадона. В конце 2007 года в программе было 97 пациентов, из них 85% были носителями вируса гепатита С (ВГС).

546 Закон о наркологической помощи и надзоре, № 161-IQ (29 июня 2001).

547 Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, № 959-IIQ (28 июня 2005).

2. НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ И СТРАТЕГИИ

Программы по ВИЧ/СПИДу

Национальный стратегический план по предотвращению распространения СПИДа на период с 2002 по 2006 гг. был утвержден Кабинетом Министров в 2002 году.⁵⁴⁸ Подробный список мероприятий, которые предусматривались в Стратегическом плане, включал, помимо прочего, реализацию программ «равный-равному» и других видов просветительской деятельности, программ профилактики ВИЧ, нацеленных на группы риска (таких, как программы обмена игл и шприцев), и программ раздачи дезинфицирующих средств и презервативов. В Плане также содержался ряд положений о разработке национальных принципов применения заместительной терапии, при этом приоритет отдавался ОЗТ для ВИЧ-положительных потребителей наркотиков. Среди других видов деятельности предусматривалась работа со СМИ с целью снижения стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ. В Плане также содержались положения о профилактике ВИЧ среди заключенных, такие как участие заключенных в программах по снижению вреда в тюрьмах, а также оценка ситуации с наркотической зависимостью в тюрьмах. Общий бюджет Стратегического плана составлял около 31 млн. долларов, около трети этой суммы выделялось на мероприятия по профилактике ВИЧ.

Однако, как отмечает национальная экспертная группа, в этом Стратегическом плане не предусматривалось участие представителей неправительственных организаций (НПО), людей, употребляющих наркотики и людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в процессе принятия решений, в Плане также не предусматривались какие-либо механизмы обеспечения контроля и мониторинга реализации запланированных мероприятий. Кроме того, в Плане отсутствовали положения о деятельности, направленной на обеспечение анонимности и конфиденциальности при тестировании на ВИЧ, а также положения о гарантиях соблюдения прав человека.

Национальная программная стратегия по ВИЧ/СПИДу на период 2009-2013 гг. была принята в 2008.⁵⁴⁹ В этой стратегии одним из основных видов деятельности по профилактике ВИЧ стали проекты по снижению вреда.

Программы обмена игл и шприцев существуют в Азербайджане, они финансируются Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и Институтом «Открытое общество». В среднем 22 % от всех зарегистрированных лиц, потребляющих инъекционные наркотики пользуются услугами обмена игл и шприцев.⁵⁵⁰ На реализацию таких программ не выделяется никакого государственного финансирования. Шприцы свободно продаются в аптеках, в том числе и ночью. Министерство здравоохранения и Глобальный фонд в июне 2005 года заключили соглашение, в котором определены условия реализации программ обмена игл и заместительной терапии с применением метадона. В декабре 2005 года Министерство здравоохранения заключило соглашение и с Институтом «Открытое общество» о реализации программ снижения вреда (включая и программы по обмену игл и шприцев) для профилактики ВИЧ, в рамках проекта Глобального фонда. В программах обмена игл и шприцев в качестве аутрич-работников могут участвовать бывшие или нынешние потребители наркотиков. Согласно информации, полученной национальной экспертной группой, имеются инструкции о безопасной утилизации использованных шприцев.

Программы по наркотическим средствам

*В Программу борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также с распространением наркомании на период 2007-2012 гг.*⁵⁵¹ включены

548 Постановление Кабинета Министров «Об утверждении Национального стратегического плана по предотвращению распространения СПИДа на период с 2002 по 2006 гг.», № 205s (25 сентября 2002). Первая Национальная программа по предотвращению распространения СПИДа на территории Азербайджанской Республики была утверждена Кабинетом Министров в 1007 году на 3-летний срок.

549 Указ Министерства здравоохранения Азербайджана «Национальная программная стратегия по ВИЧ/СПИДу (2009-2013)», No.164 (27 июля 2008).

550 Информация предоставлена координатором Управления ООН по наркотикам и преступности.

551 Программа борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также с распространением наркомании на период 2007-2012 гг., Указ Президента Азербайджанской Республики № 2271 (28 июня 2007). Это третья национальная программа по борьбе с распространением наркомании, первые две программы действовали в периоды с 1997 по 2000 год и с 2000 по 2006 год.

следующие разделы:

- Организационные мероприятия;
- Усовершенствование законодательства и международные мероприятия;
- Мероприятия по реабилитации, лечению и медицинской профилактике среди лиц, употребляющих наркотики; и
- Индивидуальные и массовые меры профилактики в области противодействия распространению наркомании.

В Программу включены меры, направленные на реабилитацию, лечение и профилактику среди лиц, употребляющих наркотики и на противодействие наркомании. В рамках профилактических мероприятий предусматривается усиление просветительской, агитационной и лечебно-реабилитационной работы на основе зарубежного опыта. В Программе определено, что для лечения и реабилитации лиц, страдающих наркоманией, должны применяться новейшие методы с учетом современных достижений науки и передового опыта.

В отношении лиц, потребляющих инъекционные наркотики, в Программе предусматривается расширение совместных действий медицинских учреждений и органов правопорядка для обеспечения добровольного лечения и возвращения к здоровому образу жизни. В рамках пенитенциарной системы предполагается создать специализированное наркологическое учреждение, отвечающее международным стандартам, а также осуществлять меры, направленные на профилактику ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики. В реализации положений Программы предполагается участие Форума неправительственных организаций.

Государственная комиссия по противодействию наркомании и незаконному обороту наркотиков является органом, уполномоченным осуществлять координацию и контроль за реализацией этой Программы.⁵⁵² В функции Государственной комиссии входят, помимо прочего, следующие задачи: разработка национальных программ по противодействию наркомании и незаконному обороту наркотиков; мониторинг ситуации с распространением наркомании, незаконным употреблением наркотиков и их ввозом в страну; разработка законопроектов и поправок о противодействии распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков и их представление Президенту АР; обеспечение соблюдения Азербайджанской Республикой международных договоров, стороной которых она является.

Национальная экспертная группа отмечает, что в Программе отсутствует раздел о бюджете и источниках финансирования. Предполагается, что финансирование предусмотренных в Программе мероприятий должно осуществляться из общего годового бюджета, выделяемого государственным органам. Национальная экспертная группа пришла к выводу, что Программу необходимо разработать с учетом международных стандартов. В частности:

- в нее необходимо включить утвержденные ВОЗ программы снижения вреда, направленные на профилактику ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков;
- в Программе следует подробно определить источники финансирования и бюджет;
- определить показатели для оценки ее эффективности; и
- указать организации, ответственные за реализацию Программы и механизмы мониторинга.

⁵⁵² Положение о Государственной комиссии по противодействию наркомании и незаконному обороту наркотиков было утверждено указом Президента Азербайджанской Республики от 27 января 2007 г.

3. ПОЛОЖЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНОГО И УГОЛОВНОГО ПРАВА, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

Главными государственными органами, ответственными за противодействие незаконному обороту наркотиков являются Государственная комиссия по противодействию наркомании и незаконному обороту наркотиков (которая не является правоохранительным органом и не располагает следственным аппаратом) и Главное управление по борьбе с наркотиками при Министерстве внутренних дел Азербайджанской Республики (которое проводит оперативно-розыскную деятельность по преступлениям, связанным с наркотиками). По информации, предоставленной национальной экспертной группой, в настоящее время в Азербайджанской Республике наблюдается тенденция к более жесткому реагированию правоохранительных органов на случаи употребления наркотиков и незаконного оборота наркотических средств. Однако, в результате изучения и оценки ситуации, национальная экспертная группа пришла к выводу, что для лучшего обеспечения защиты общественного здоровья (в том числе и от распространения ВИЧ) и прав человека, необходимо рекомендовать внесение в действующее азербайджанское законодательство, а также в политику страны, ряда важных изменений, направленных на снижение роли правоохранительных органов и на расширение подхода к употреблению наркотиков и наркомании как к медицинской проблеме.

Административные правонарушения

В настоящее время немедицинское употребление наркотических средств влечет административную ответственность.⁵⁵³ В Кодексе об административных проступках предусматривается ответственность за выращивание растений наркотического свойства, изготовление, приобретение, хранение и перевозку наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров для личного потребления (не в целях сбыта).^{554, 555} Хранение даже очень небольшого количества наркотика влечет административную ответственность и наказание в виде штрафа или административного ареста сроком до 15 дней. Количества наркотиков, необходимые для личного потребления, определяются Кабинетом Министров (например, менее 0,15 г в случае героина).⁵⁵⁶ Уклонение от медицинского освидетельствования с целью выявления случаев потребления или перевозки наркотических средств также влечет административную ответственность (штраф), который может быть назначен сотрудником полиции или другим представителем административной власти.⁵⁵⁷

Уголовные преступления

В зависимости от характера и степени общественной опасности правонарушения, уголовные преступления подразделяются на не представляющие большой общественной опасности, менее тяжкие, тяжкие и особо тяжкие преступления.⁵⁵⁸ Преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, могут квалифицироваться как менее тяжкие, тяжкие или особо тяжкие. По большинству дел, связанных с наркотиками, после осуждения применяется конфискация имущества (приобретенного незаконным путем) как часть наказания. Учитывая личные характеристики преступника, характер преступления и вызванную им общественную опасность, а также другие отягчающие и смягчающие вину обстоятельства, суд может вынести решение об условном применении наказания вместо ограничения свободы или тюремного заключения.⁵⁵⁹ По данным национальной экспертной группы, в большинстве дел о преступлениях, связанных с наркотиками, для обеспечения всесто-

⁵⁵³ Кодекс Азербайджанской Республики об административных проступках, № 906-ІГ (11 июля 2000), статья 68-1.

⁵⁵⁴ Кодекс Азербайджанской Республики об административных проступках, № 906-ІГ (11 июля 2000 г.), статьи 68-2, 68-3.

⁵⁵⁵ Кодекс Азербайджанской Республики об административных проступках, статья 15. Административная ответственность наступает с 16-летнего возраста. В случае совершения административных правонарушений лицами в возрасте от 16 до 18 лет, комиссия по делам несовершеннолетних может, с учетом конкретных обстоятельств правонарушителя, его развития, условий жизни, состояния здоровья и уровня образования, освободить его от административной ответственности и применить другие меры воздействия.

⁵⁵⁶ Постановление Кабинета Министров Азербайджана от 12 октября 2000 года. См. в приложении таблицу, где приводятся допустимые количества различных наркотических средств, применяемых в законных целях в соответствии с законодательством Азербайджана.

⁵⁵⁷ Кодекс Азербайджанской Республики об административных проступках, № 906-ІГ (11 июля 2000 г.), статьи 68-1.

⁵⁵⁸ Уголовный кодекс Азербайджанской Республики, Закон № 787-ІГ (20 декабря 1999 г.), статья 15. Специальные суды рассматривают дела о тяжких или особо тяжких преступлениях, связанных с наркотиками, в то время как дела о менее тяжких преступлениях рассматриваются в районных судах. Уголовная ответственность за преступления, связанные с хищением либо вымогательством наркотиков наступает с 14-летнего возраста; за другие преступления, связанные с наркотиками, уголовная ответственность наступает с 16-летнего возраста: Уголовный кодекс, статья 20.

⁵⁵⁹ Уголовный кодекс, статья 70.

ронного и объективного расследования применяется предварительное заключение подозреваемых до суда, чтобы предотвратить возможные попытки вмешаться в ход следствия.

В национальном законодательстве существует понятие количества наркотика, необходимого для личного потребления. В уголовном законодательстве Азербайджана различается хранение наркотических средств для "личного потребления" и хранение таких средств с целью сбыта (см. приложение). Кроме того:

- В соответствии с *Уголовным кодексом*, незаконное приобретение или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в количестве, превышающем необходимое для личного потребления, наказывается лишением свободы на срок до трех лет (т.е. хранение героина в количестве от 0,15 г, максимального количества для личного потребления, до 0,2 г влечет уголовную ответственность, даже если наркотик хранится без цели сбыта).⁵⁶⁰
- Незаконное приобретение или хранение с целью сбыта наркотических средств или психотропных веществ в количестве, превышающем необходимое для личного потребления, наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет с конфискацией имущества или без таковой.⁵⁶¹

Однако, как отмечает национальная экспертная группа, содержание под стражей и тюремное заключение за употребление наркотиков, и для лиц, употребляющих наркотики, нежелательно с точки зрения общественного здравоохранения, в том числе с точки зрения эффективной профилактики распространения ВИЧ как среди людей, употребляющих наркотики, так и среди заключенных. Эксперты рекомендуют, чтобы государственные органы и законодатели в случаях хотя бы некоторых ненасильственных преступлений, связанных с наркотиками (в том числе деяний, связанных с хранением небольших количеств наркотических средств и деяний без цели сбыта), внедряли меры, альтернативные уголовному преследованию и осуждению (например, лечение наркотической зависимости в случаях клинических показаний). Далее, в случае, где сохраняется уголовная ответственность, государственным органам и законодателям следует внедрять в качестве наказаний меры, альтернативные лишению свободы (например, штрафы, общественные работы, менее строгое ограничение свободы, чем тюремное заключение).

В *Уголовном кодексе* предусматривается уголовная ответственность за склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ, а также за организацию либо содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ, каждое из этих преступлений влечет наказание в виде ограничения свободы на срок до трех лет либо лишение свободы на срок от двух до пяти лет.⁵⁶² В *Уголовном кодексе* не приводится определение склонения к потреблению, но в *Законе об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров* приводится определение склонения, означающего «прямое или косвенное подстрекательство к незаконному употреблению наркотических средств и психотропных веществ посредством художественных, аудио-, видео и других материалов, включая компьютеризированные информационные и другие средства».⁵⁶³ Важно обеспечить, чтобы это положение не интерпретировалось слишком широко и не подрывало инициативы в рамках программ снижения вреда, направленные на разъяснение рисков, связанных с употреблением наркотиков (особенно инъекционным способом), чтобы если человек собирается употреблять наркотики, он знал, как это сделать с наименьшим риском.

Бесплатная юридическая помощь предоставляется, если подозреваемый или обвиняемый: требует защитника, не может самостоятельно осуществлять свое право на защиту, так как является несовершеннолетним или лицом с ограниченными возможностями; не владеет языком, на котором ведется производство по делу; обвиняется в совершении особо тяжкого преступления; или если он принудительно помещен в специальное медицинское учреждение.⁵⁶⁴ Кроме того, малоимущим

560 *Уголовный кодекс*, статья 234.1.

561 *Уголовный кодекс*, статья 234.2.

562 *Уголовный кодекс*, статьи 236 и 238.

563 *Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров*, статья 1.0.16.

564 *Уголовный кодекс*, статья 51.

лицам, нуждающимся в правовой помощи в суде, такая помощь может быть оказана за счет государства.⁵⁶⁵ Таким образом, законодательством предусмотрены гарантии для обвиняемых в совершении преступлений, связанных с наркотиками, а также для лиц, которые могут быть принудительно помещены в специальное медицинское учреждение.

Программы обмена игл и шприцев

Хранение средств, которые могут применяться для употребления наркотиков (шприцев, дезинфицирующих средств, специальной утвари), не влечет уголовной либо административной ответственности.

В законодательстве нет каких-либо положений, которые бы обязывали полицию проводить проверки аптек и программ обмена игл и шприцев или ограничивали бы право полиции на проведение таких проверок. Национальная экспертная группа рекомендует, чтобы в новый проект *Закона о профилактике ВИЧ* были внесены специальные положения о том, что полиция не должна вмешиваться в работу аптек и программ обмена игл и шприцев. Кроме того, как подчеркнула национальная экспертная группа в своем анализе, одним из важных условий успешного и эффективного осуществления программ обмена игл и шприцев является обеспечение конфиденциальности клиентов, для этого необходимо применять особые подходы, например, кодирование имен клиентов таких программ.

В соответствии с анализом, представленным национальной экспертной группой, наркотическая зависимость представляет собой не только – и не столько – правовую проблему, а, скорее, проблему общественного здравоохранения. Поэтому при решении вопросов, связанных с употреблением наркотиков, особое внимание следует уделять не уголовному и административному преследованию, а оказанию медицинской помощи потребителям наркотиков, чтобы поддержать людей в их стремлении лечиться от наркотической зависимости и/или снижать или устранять риск заражения ВИЧ. Основными мерами снижения вреда являются заместительная терапия и снижение риска при инъекционном введении наркотиков (включая ВИЧ и другие инфекции, передающиеся через кровь), и национальная экспертная группа рекомендует их широкое применение в законодательстве и практике.

Принудительное обследование на предмет употребления наркотиков по направлению правоохранительных органов

В соответствии с *Законом об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров*, обследование на наркотики проводится для определения случаев употребления наркотических средств и психотропных веществ, для целей установления состояния наркотического опьянения и для выявления случаев сокрытия внутри человеческого тела наркотических средств и психотропных веществ.⁵⁶⁶ Согласно Постановлению Кабинета Министров Азербайджана, если в отношении какого-либо лица имеются обоснованные подозрения, что он/она находится в состоянии наркотического опьянения, ведет машину в состоянии наркотического опьянения или носит внутри своего тела наркотические средства или психотропные вещества, или если на каком-либо лице выявлены наркотические средства или психотропные вещества, такое лицо по требованию полиции может быть подвергнуто медицинскому обследованию.⁵⁶⁷ Медицинское обследование проводится в государственных наркологических медицинских учреждениях. Если лицо отказывается от обследования, оно может быть подвергнуто штрафу в качестве административной меры наказания.⁵⁶⁸

Другие уязвимые группы: вопросы уголовного и административного права

Секс-работа:

В Азербайджане, проституция является административным правонарушением и ведет к наложению штрафа (в размере 35-50 минимальных оплат труда), согласно Статье 308 *Кодекса об административных проступках*.

Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека рекомендуют: "что

565 *Закон об адвокатуре и адвокатской деятельности*, (28 декабря 1999 г.), статья 20.

566 *Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров*, № 959-IIIQ (28 июня 2005), статья 25.

567 Постановление Кабинета Министров № 135 (7 августа 2000 г.).

568 Постановление Кабинета Министров № 135 (7 августа 2000 г.).

касается работы взрослых в сфере сексуальных услуг, не влекущей за собой причинение вреда, то уголовное законодательство следует пересмотреть вначале с целью его декриминализации, а затем с целью введения мер правового регулирования соблюдения правил гигиены и безопасности в целях защиты лиц, работающих в сфере сексуальных услуг и их клиентов, включая поддержку безопасного сексуального поведения при оказании сексуальных услуг⁵⁶⁹. Криминализация секс-работы и секс-работников влечет к их дальнейшей стигматизации и маргинализации, повышая риск нарушений прав человека и увеличивая их уязвимость перед ВИЧ. Рекомендуется отменить наказание за секс-работу, что будет соответствовать международным стандартам.

Постановка в опасность заражения и заражение ВИЧ и ИППП:

Статьи 139 и 140 Уголовного Кодекса Азербайджана предусматривают уголовную ответственность за:

- Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни (наказывается штрафом в размере 300-500 минимальных размеров оплаты труда) или исправительными работами либо лишением свободы на срок до двух лет. То же деяние, совершенное в отношении двух или более лиц, либо в отношении несовершеннолетнего – наказывается лишением свободы на срок до четырех лет.⁵⁷⁰
- Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией – наказывается исправительными работами либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до одного года.
- Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, — наказывается лишением свободы на срок от двух до пяти лет. То же деяние, совершенное в отношении двух и более лиц или несовершеннолетнего, наказывается лишением свободы на срок от пяти до восьми лет.
- Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих служебных обязанностей — наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.⁵⁷¹

Выделение постановки в опасность заражения и непреднамеренное заражение ИППП и ВИЧ, в отдельные уголовные преступления, противоречит международным рекомендациям, так как стигматизирует людей живущих с ВИЧ, и людей, уязвимых перед ВИЧ, и создает дополнительные причины избегать тестирования на ВИЧ и ИППП, и дополнительные барьеры к доступу к медицинским услугам. Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека рекомендуют отказаться от подобного подхода: уголовное право не должно содержать специфических положений о постановке в опасность заражения и заражении ВИЧ, уголовное право должно наказывать тех, кто действует с умыслом передачи ВИЧ, и в действительности подвергает заражению других людей.⁵⁷²

569 *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Принцип 4, параграф 21(с).

570 *Уголовный кодекс Азербайджана*, Статья 139.

571 *Уголовный кодекс Азербайджана*, Статья 140.

572 ЮНЭЙДС и Офис Верховного Комиссара по правам человека, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Принцип 4, параграф 21 (а); UNAIDS, *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission* (2008).

4. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

*Конституция Азербайджанской Республики*⁵⁷³ и другие нормативно-правовые акты⁵⁷⁴ гарантируют бесплатное, не ограниченное во времени лечение, в том числе бесплатное лечение социально значимых заболеваний, таких как ВИЧ/СПИД, наркологические заболевания, туберкулез и гепатит.⁵⁷⁵ В *Законе об охране здоровья населения*⁵⁷⁶ содержится понятие общественно опасных заболеваний (и социально значимых заболеваний). В список таких заболеваний включены психические заболевания, наркомания, алкоголизм, ВИЧ/СПИЛ, лепра, сифилис и туберкулез.⁵⁷⁷

При обращении в медицинское учреждение необходимо предъявить удостоверение личности. Безработным и лицам без определенного места жительства не может быть отказано в предоставлении медицинских услуг. По данным национальной экспертной группы, именно такие категории лиц часто являются «долгосрочными» пациентами наркологических учреждений. В соответствии с инструкциями Министерства здравоохранения, если человек, живущий с ВИЧ, в то же время является потребителем наркотиков, страдает туберкулезом или гепатитом С, ему назначается одновременное и параллельное лечение.⁵⁷⁸ Не существует ограничений на предоставление медицинских услуг мигрантам и беженцам.⁵⁷⁹ По данным национальной экспертной группы, употребление наркотиков не может быть причиной отказа в лечении, в том числе в лечении гепатита, туберкулеза или АРВ-терапии. Однако в инфекционных и фтизиатрических стационарах употребление наркотиков считается нарушением правил внутреннего распорядка и режима и может привести к выписке из стационара (однако это не служит оправданием для прекращения амбулаторного лечения).

Теоретически неоказание медицинской помощи больному без уважительных причин медицинским работником, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальными правилами, если это повлекло причинение вреда здоровью больного, наказывается штрафом, исправительными работами или лишением свободы.⁵⁸⁰ В соответствии с законодательством о ВИЧ/СПИДе, отказ медицинского персонала в предоставлении медицинской помощи влечет административную ответственность, однако, случаи применения этого положения не зарегистрированы.⁵⁸¹

Несмотря на то, что нормативные документы обеспечивают низкий порог доступности к медицинским услугам, национальная экспертная группа отмечает, что на практике часто происходит иначе. Главной причиной является недостаток финансирования. По данным национальной экспертной группы, даже если госпитализация происходит без задержек, больные часто должны обеспечивать себя питанием, медикаментами и постельным бельем. Санитарно-гигиенические условия многих медицинских учреждений оставляют желать лучшего. Национальная экспертная группа отмечает, что правительство понимает и признает наличие проблемы и выделяет бюджетные средства на здравоохранение; в настоящее время осуществляются также институциональные реформы. Кроме того, по мнению национальной экспертной группы, необходимо вносить изменения в систему подготовки кадров, так как в настоящее время практически отсутствуют специалисты в области психологической помощи, социальной поддержки и снижения вреда.

По мнению национальной экспертной группы для оценки практического применения существующего законодательства необходимо разработать инструменты мониторинга качества медицинских услуг. В *Закон об охране здоровья населения* необходимо внести положения, обязывающие

573 *Конституция Азербайджанской Республики* (12 ноября 1995 г.).

574 См., например, *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа*, № 282-IQD (25 апреля 1997), статьи 3 и 4.

575 В законодательстве определен максимальный срок больничного листа – 4 месяца. При более длительном сроке болезни необходимо пройти медицинское обследование для установления «инвалидности».

576 *Закон об охране здоровья населения*, № 360-IQ (26 июня 1997).

577 Список заболеваний определен решением Кабинета Министров, Постановление № 5 (12 января 1990).

578 Приложение № 3 к Приказу № 112 (8 ноября 2001 г.).

579 *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа*, статья 4.

580 *Уголовный кодекс*, статья 142.

581 *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа*, статья 10. По сведениям, содержащимся в докладе национальной экспертной группы, президент Азербайджанской ассоциации людей, живущих с ВИЧ, сообщил экспертам, что не зафиксировано ни одного случая отказа в лечении.

соответствующие органы исполнительной власти разработать современные формы статистической отчетности и механизмы количественной и качественной оценки предоставляемых медицинских услуг и внедрить современные стандарты в учебные программы медицинских институтов.

В *Законе о предупреждении инвалидности, реабилитации и социальной защите инвалидов* определяется, что человек признается инвалидом, если он или она «...является лицом, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие врожденного или приобретенного заболевания или травмы, либо физических или умственных недостатков, нуждается в социальной помощи и защите».⁵⁸² Ограничение жизнедеятельности лица может выражаться в полной или частичной утрате им двигательной функции, контроля поведения, ориентации или в неспособности себя обслуживать, контактировать с другими людьми или работать. ВИЧ и наркомания классифицируются как заболевания, а люди, живущие с ВИЧ или употребляющие наркотики, с учетом их состояния и в соответствии с установленным законом порядком оценки состояния здоровья, могут подпадать под определение «инвалидов» и в таком случае они имеют право на социальную помощь.

4А. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Государство гарантирует бесплатное лечение наркотической зависимости; однако, как отмечает национальная экспертная группа, пациентам или их родственникам часто приходится покупать лекарства и продукты питания.

Как отмечалось выше, наркомания, согласно *Закону о наркологической службе и надзоре*, определяется как «хроническое заболевание» и может привести к определению группы инвалидности и выплате социальных пособий.⁵⁸³ Это положение отличает законодательство Азербайджанской Республики от законов многих других стран и обладает потенциалом для защиты прав и свобод людей, потребляющих наркотики, в особенности их защиты от дискриминации. Однако до сих пор ни Кабинет Министров, ни Министерство социальной защиты не разработали необходимые нормативно-правовые акты о механизмах предоставления социальной помощи лицам, страдающим наркотической зависимостью.

Предоставление медицинских услуг лицам, страдающим наркотической зависимостью, регламентируется *Законом о наркологической службе и надзоре*, решениями Кабинета Министров и нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения. В стране не существует отдельных нормативных документов, определяющих стандарты лечения наркотической зависимости. Лечение наркотической зависимости проводится в государственных наркологических учреждениях. Создание частных наркологических учреждений ограничено *Законом о частной медицинской деятельности*, соответствующая статья которого гласит, что лечение общественно-опасных заболеваний исключено из перечня частных медицинских услуг.⁵⁸⁴ Частным медицинским учреждениям также запрещено проводить ОЗТ.

В настоящее время в Азербайджане лечение наркотической зависимости ограничивается проведением детоксикации и одной программы ОЗТ, в рамках которой лечение предоставляется 97 пациентам. По данным национальной экспертной группы, в стране отсутствуют программы медицинской и социальной реабилитации, психологической поддержки, программы 12 шагов и психотерапии. По сведениям, содержащимся в докладе национальной экспертной группы за 2007 год, число коек для женщин в наркологических учреждениях ограничено и составляет около 40. На долю женщин приходится приблизительно 10% от числа зарегистрированных потребителей наркотиков. По оценке национальной экспертной группы, санитарно-гигиенические условия в наркологических учреждениях не отвечают установленным требованиям. Эксперты также отметили, что во время лечения детям не разрешают находиться с их матерями. Национальные эксперты рекомендовали, чтобы в программы снижения вреда была включена специально адаптированная для женщин информация о профилактике ВИЧ и о вреде наркотиков.

⁵⁸² *Закон о предупреждении инвалидности, реабилитации и социальной защите инвалидов* (25 августа 1998).

⁵⁸³ *Закон о наркологической службе и надзоре*, статья 16.5.

⁵⁸⁴ *Закон о частной медицинской деятельности*, № 789-ІГ (30 декабря 1999).

Опиоидная заместительная терапия

В *Законе о наркологической службе и надзоре* не определяется понятие заместительной терапии, но в перечень наркологических услуг, предоставляемых государственными медицинскими учреждениями, включено проведение заместительной терапии.⁵⁸⁵ Программы опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) регламентируются *Законом об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров*⁵⁸⁶, а порядок их проведения определен в Постановлении Кабинета Министров Азербайджана.⁵⁸⁷ Планируется реализация еще двух пилотных проектов ОЗТ в городах Сумгаите и Ленкоране, но на начало 2009 года, эти проекты еще не стартовали.

Для получения возможности пройти курс ОЗТ в Азербайджане, пациенты должны (1) употреблять опиоиды не менее двух лет; (2) дважды безуспешно пройти детоксикацию; и (3) быть не младше 18 лет. Преимуществом пользуются беременные женщины, ВИЧ-положительные и больные СПИДом, пациенты с гепатитом В или С, с онкологическими и другими тяжелыми соматическими заболеваниями и пациенты с септическими состояниями. Ограничений по продолжительности лечения не предусмотрено. Возможно проведение как долгосрочной поддерживающей терапии, так и краткосрочной (в течение 1 месяца), среднесрочной (до 3 месяцев) и долгосрочной (6 месяцев) детоксикации метадонем. Выбор стратегии лечения зависит от желания больного. Сроки определяются только на основании консультаций с пациентом и его или ее намерений.

В нормативных документах обеспечивается возможность участия больного в обсуждении лечения, выборе дозы и, по медицинским показаниям, гарантируется возможность выдачи препарата на дом.⁵⁸⁸ Больной может быть исключен из программы за ряд серьезных нарушений, таких как грубое обращение с сотрудниками программы. За незаконное потребление наркотиков пациенты, получающие ОЗТ, могут быть наказаны. Наказание может выражаться в следующих мерах: изменение дозировки, ограничение времени выдачи препарата, более частые беседы с психологом, кратковременное удаление из программы и исключение из программы без возможности возвращения. По данным национальной экспертной группы такие меры наказания применяются очень редко. В центрах СПИДа, фтизиатрических лечебницах и т.п. правилами внутреннего распорядка запрещено употребление наркотиков и за нарушение режима пациент может быть выписан из стационара (но амбулаторное лечение может продолжаться). Само по себе незаконное употребление наркотиков не может быть основанием для исключения пациента из программы ОЗТ или для его наказания путем снижения дозировки, но может поднять вопрос о том, как следует учитывать клиническую картину при проведении ОЗТ.⁵⁸⁹ Незаконное употребление наркотиков не является также допустимым основанием для отказа в предоставлении других медицинских услуг.⁵⁹⁰

Учет потребителей наркотиков

Учет лиц, потребляющих наркотики и страдающих наркотической зависимостью, регулируется решениями Кабинета Министров Азербайджана.⁵⁹¹ Основанием взятия на учет является результат медицинского обследования и установление диагноза наркотической зависимости (или нарушения поведения вследствие употребления наркотиков), в соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения.⁵⁹² Это происходит при добровольном обращении за лечением, а также

⁵⁸⁵ *Закон о наркологической службе и надзоре*, статья 9 (1.4) включает заместительную терапию как форму лечения наркотической зависимости.

⁵⁸⁶ *Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров*, статья 11.

⁵⁸⁷ Постановление Кабинета Министров «Условия и порядок проведения заместительной терапии в лечебных программах лиц, потребляющих наркотические средства», № 021 (26 января 2006) г.

⁵⁸⁸ Национальная экспертная группа сообщает, что за три года существования программы ОЗТ было всего два случая выдачи препарата на дом, но препарат доставлялся медсестрой в другое отделение больницы или в другой стационар. Не было случаев, когда больному выписывались дозы метадона на несколько дней, которые он (или она) мог бы взять с собой, чтобы самостоятельно их принимать за пределами медицинского учреждения.

⁵⁸⁹ Например, S. Maxwell and M. Shinderman, "Optimizing response to methadone maintenance treatment: use of higher-dose methadone," *Journal of psychoactive drugs* 31 (1999): 95–102.

⁵⁹⁰ WHO/UNODC, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper*, (март 2008), стр. 10.

⁵⁹¹ Решение Кабинета Министров «Правила и порядок установления специального наблюдения над лицами, которым оказывается наркологическая помощь», № 131 (12 августа 2002); и Решение «Порядок и правила взятия на учет и диспансерного наблюдения наркологических больных», № 136 (19 августа 2002).

⁵⁹² Решение Кабинета Министров «Порядок проведения медицинского обследования на предмет установления или подтверждения наркологического заболевания», № 186 (26 ноября 2002). В этом Решении отражен подход ВОЗ к определению наркотической зависимости: см. Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-е изд. [ICD-10], и, в частности инструкции о диагностировании наркотической зависимости (на английском языке) на сайте: www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/.

при проведении судебно-наркологической медицинской экспертизы по представлению следственных и судебных органов. По данным национальной экспертной группы, медицинская документация хранится в наркологических учреждениях и является конфиденциальной; в национальную информационную базу данных при МВД передаются только количественные показатели. (Однако, как отмечается ниже, органы внутренних дел могут также требовать предоставления конфиденциальной информации о состоянии здоровья пациентов, и закон требует, чтобы такая информация была предоставлена по соответствующему запросу).

Принудительное лечение наркотической зависимости

Национальным законодательством предусматривается принудительное лечение наркотической зависимости в двух случаях:

- Во-первых, принудительные меры медицинского характера могут быть назначены лицам, совершившим преступление и нуждающимся в лечении от наркотической зависимости (или алкоголизма).⁵⁹³ В таком случае эти меры назначаются судом при вынесении обвинительного приговора параллельно с назначением наказания. Прохождение лечения от наркотической зависимости не является альтернативой лишению свободы. Стационарное или амбулаторное лечение проводится в специализированном медицинском учреждении пенитенциарной системы.
- Во-вторых, если лицо своими действиями наносит моральный и материальный ущерб членам семьи, оказывает отрицательное влияние на воспитание детей, неоднократно отказывается от «добровольного» лечения наркотической зависимости, такое лицо может быть направлено на лечение по решению суда, на основе ходатайства, подаваемого членами семьи.⁵⁹⁴ По данным национальной экспертной группы, это положение еще не нашло своего применения на практике.

Национальная экспертная группа отмечает, что принудительное лечение наркотической зависимости, как правило, не применяется к несовершеннолетним.

Профилактика передозировок

Налоксон, антагонист опиоидов, применяемый для снятия последствий передозировки опиоидов (включая торможение центральной нервной системы и спад дыхательной функции), включен в список ВОЗ как основное лекарственное средство для лечения отравлений.⁵⁹⁵ Согласно азербайджанскому законодательству, налоксон не является запрещенным лекарственным средством, но, как правило, государственные структуры не закупают этот препарат. Он доставляется в страну частными лицами. Использование налоксона в случаях наркотической передозировки не регламентируется какими-либо нормативно-правовыми документами. По информации, предоставленной национальными экспертами, в случаях передозировок, если пациент поступает в токсикологическое или реанимационное отделение, медицинский персонал обязан сообщить об этом в правоохранительные органы.

Потребность в обучении и подготовке

Национальная экспертная группа подчеркивает, что существует потребность в обучении и подготовке руководителей среднего звена, принимающих политические и организационные решения. Эти руководители собирают информацию на местах, анализируют ситуацию, готовят рекомендации и составляют проекты решений для руководителей высшего звена. Кроме того, существует потребность в расширении медицинских и социальных услуг для людей, употребляющих наркотики. Для этого следует внести изменения в программы обучения и одновременно ввести новые учебные курсы и программы. Отсутствие обучения, в том числе и курсов повышения квалификации, ограничивает услуги, квалифицированно предоставляемые медицинскими работниками. Национальная

593 Уголовный кодекс Азербайджанской Республики, статья 93.1.4.

594 Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, статья 27.3; и Постановление Кабинета Министров «Условия и порядок прохождения принудительного лечения для потребителей наркотиков в специализированном медицинском учреждении», № 020 (26 января 2006 г.).

595 ВОЗ, Модельный список основных лекарственных средств ВОЗ, с регулярными обновлениями, см. на сайте: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines>.

экспертная группа отмечает, что лечение наркотической зависимости ограничивается, главным образом, проведением детоксикации.

Национальная экспертная группа также выразила озабоченность в связи со слабостью системы медицинских и социальных услуг, скудостью и недостаточным развитием этих услуг; по мнению экспертов, это способствует формированию негативного отношения общественности к решению медицинских проблем наркомании, что позволяет правоохранительным органам укреплять свою роль в решении этих проблем. Более того, часто за мероприятиями, направленными на профилактику наркотической зависимости, скрывается желание представить отрицательные образы людей, употребляющих наркотики, что способствует их дальнейшей стигматизации и дискриминации. Необходимо постоянно расширять профилактические программы, рассчитанные на разные группы населения. Для этого нужны стратегии и программы, в которых употребление наркотиков и лечение наркотической зависимости рассматриваются, в первую очередь, как медицинские, а не правоохранительные проблемы, но для этого необходимо, чтобы к пациентам относились с уважением, и чтобы медицинские услуги предоставляли квалифицированные медицинские работники.

4В. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ

Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа был принят в 1997 году.⁵⁹⁶ В этом законе нет положений о профилактике ВИЧ среди «групп риска», таких как потребители наркотиков, работники коммерческого секса, и мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами (МСМ). Нет также положений о мероприятиях, направленных на меры безопасности крови, о защите прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или о предоставлении АРВ терапии. Однако в данном законе содержится ряд позитивных моментов, в частности, в законе отсутствуют положения об обязательном тестировании иностранных граждан и о депортации ВИЧ-положительных иностранцев. По мнению национальной экспертной группы, данный закон устарел; группа рекомендует разработать проект нового *Закона о профилактике ВИЧ/СПИДа*.

Действующим законом гарантируется предоставление полномасштабных и бесплатных медицинских услуг людям, живущим с ВИЧ и СПИДом. Практически отсутствует амбулаторная сеть паллиативной помощи ВИЧ-положительным пациентам, несмотря на то, что организация таких программ предполагается как часть проекта Глобального фонда. ВИЧ-инфекция определяется как третья группа инвалидности, в то время как СПИД признается инвалидностью второй или первой группы (более тяжелое заболевание, устанавливаемое по целому ряду условий). Как отмечалось выше, это означает, что на людей, живущих с ВИЧ, может распространяться право на получение социальной помощи.

К сожалению, по информации национальной экспертной группы, меры по профилактике ВИЧ среди потребителей наркотиков и предоставление медицинских услуг этой группе пациентов очень ограничены и характеризуются низким качеством. Специализированные медицинские учреждения (например, фтизиатрические лечебницы, диспансеры по лечению дерматологических, венерических или наркологических заболеваний) не проявляют интереса к осуществлению мер по профилактике ВИЧ, включая консультации до и после тестирования.

По данным национальной экспертной группы, в настоящее время в школьную программу обучения не входят уроки по профилактике ВИЧ, хотя такая информация может преподаваться на факультативных занятиях. Согласно проведенному экспертами анализу, обеспечение того, чтобы молодежь получала необходимую информацию о ВИЧ и других инфекциях, передаваемых половым путем, должно стать главным приоритетом, как часть всесторонних усилий по профилактике ВИЧ.

В 2005 году коллегией Министерства здравоохранения был утвержден Национальный протокол профилактики ВИЧ/СПИДа, и ведения ВИЧ-инфицированных и лиц, больных СПИДом. Этот документ был разработан при техническом содействии экспертов ВОЗ и стал большим шагом вперед. В этом протоколе были отражены мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции, включая ком-

596 Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа, № 282-IQD (25 апреля 1997).

плекс мер для работы с уязвимыми группами населения. Были предусмотрены образовательные программы, как для широкого круга населения, так и для конкретных уязвимых групп. Были также включены критерии АРВ терапии, протоколы лечения коинфекций, принципы добровольного консультирования и тестирования. Однако в этом документе не были отражены вопросы защиты прав человека, механизмы участия представителей гражданского общества в процессе подготовки и принятия решений. Согласно данным национальных экспертов, в настоящее время подготовлен новый вариант этого документа.

Тестирование на ВИЧ

В настоящее время в *Законе о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа* упоминается возможность анонимного тестирования на ВИЧ.⁵⁹⁷ Согласно данным национальных экспертов, анонимное тестирование на ВИЧ проводится на основе оплаты за эту услугу; денежная сумма выплачивается Центру СПИДа. В таких случаях не предусмотрено предоставление консультаций. Поэтому анонимное тестирование является доступным только для тех, кто имеет возможность заплатить за эту услугу.

Консультации до и после тестирования могут проводить представители государственных и негосударственных организаций, включая медицинских работников, организации, предоставляющие услуги по снижению вреда, аутрич-работники, консультанты «равный – равному». Тестирование на ВИЧ проводится в лаборатории Центра СПИДа, а в регионах первый уровень тестирования проводится в лабораториях центров гигиены и эпидемиологии, а также в лабораториях центральной станции переливания крови и института гематологии.⁵⁹⁸ При положительном ответе теста проба крови отправляется в Центр СПИДа на подтверждение. После подтверждения наличия ВИЧ-положительного диагноза врачи Центра СПИДа вызывают лиц с ВИЧ-положительным результатом в Центр или посылают их в медицинских учреждениях, где они проходят лечение.

В *Законе о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа* содержится общая гарантия проведения тестирования на ВИЧ только после получения информированного согласия.⁵⁹⁹ Согласно этому *Закону*, обязательное тестирование на ВИЧ проводится только для доноров крови.⁶⁰⁰ Однако в дальнейшем приказами Министерства здравоохранения Азербайджана был существенно расширен (в основном, без надлежащих обоснований) список лиц, подлежащих обязательному тестированию на ВИЧ без получения информированного согласия. В настоящее время в этот список входят следующие категории:

- работники коммерческого секса;
- мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами;
- беременные женщины;⁶⁰¹
- лица, употребляющие наркотики;
- заключенные;
- лица с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), лица, больные туберкулезом или гепатитом;
- работники системы общественного питания и дошкольных учреждений.⁶⁰²

Положительным аспектом является то, что иностранные граждане освобождены от обязательного тестирования на ВИЧ.

В соответствии с международными нормами, тестирование на ВИЧ должно проводиться только на добровольной основе, за исключением обязательного тестирования для доноров крови, тканей и

597 *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа*, статья 8.

598 Приказ Министерства здравоохранения № 157 (23 октября 1997), Приложение, статья 1(1).

599 *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа*, статьи 6-9.

600 *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа*, статья 7.

601 Консультации до и после тестирования предоставляются беременным женщинам (тестирование этой категории населения является обязательным и может проводиться без получения согласия).

602 Приказ Министерства здравоохранения № 157 (23 октября 1997), Приложение, статья 1(2).

органов.⁶⁰³ Для тестирования на ВИЧ без согласия пациента необходим четко установленный законом порядок с требованием, чтобы такие меры применялись только в исключительных обстоятельствах и с достаточными основаниями, которые должен рассматривать независимый судебный орган, и с минимально возможными нарушениями прав человека.⁶⁰⁴ Национальная экспертная группа подчеркнула, что при подготовке нового проекта закона о ВИЧ/СПИДе необходимо обратить особое внимание на принцип добровольного тестирования. Тестирование на ВИЧ должно проводиться в соответствии с международными стандартами, включая нормы о защите прав человека. Национальные эксперты подчеркнули, что информированное согласие является обязательным условием для любого медицинского вмешательства. Принудительное тестирование подрывает такие права человека как безопасность личности, неприкосновенность частной жизни и право на конфиденциальность личной информации.

Права пациентов, включая право на конфиденциальность

Права пациентов перечисляются в *Законе об охране здоровья населения*, согласно которому пациенты имеют следующие права:

- добровольно давать письменное или устное согласие на медицинское вмешательство;
- отказаться от лечения;
- право на конфиденциальность информации о лечении, состоянии здоровья, диагнозе и любых других сведений, полученных при обследовании и лечении; и
- право самостоятельно принимать решение о том, кому можно сообщить такую информацию.⁶⁰⁵

В случае нарушения этих прав пациент может обратиться к руководству лечебно-профилактического учреждения или в соответствующие органы судебной власти.⁶⁰⁶

В *Кодексе об административных проступках* содержится положение, налагающее административную ответственность за «уклонение от лечения», если пациент был предупрежден органами здравоохранения о диагнозе ВИЧ или другого заболевания, передающегося половым путем; уклонение от лечения наказывается штрафом.⁶⁰⁷ Точно так же административным правонарушением, которое влечет наказание в виде штрафа, является уклонение лиц, бывших в контакте с больными венерическими заболеваниями или ВИЧ-инфицированными лицами, и нуждающихся в профилактическом медицинском обследовании, от такого обследования даже после предупреждения этих лиц органами здравоохранения.⁶⁰⁸ Скрытие больными венерическим заболеванием или ВИЧ-инфицированными лицами источника заражения, а также имевших с ними контакты лиц, создающих опасность заражения венерической болезнью или ВИЧ-инфицирования является административным правонарушением, которое влечет наказание в виде штрафа.⁶⁰⁹

Конфиденциальность и медицинская тайна

Конфиденциальность тестирования и консультирования на ВИЧ оговаривается рядом нормативно-правовых актов. Например, в *Законе о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа* предусматривается ответственность работников организаций здравоохранения и других лиц за несоблюдение конфиденциальности информации, связанной с ВИЧ-статусом пациентов.⁶¹⁰ В *Законе об охране здоровья населения* содержится требование о «врачебной тайне» и приводится исчерпы-

603 UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing (июнь 2004).

604 В любом законодательном положении, разрешающем принудительное тестирование или лечение, должны соблюдаться определенные принципы, такие как *Сиракузские принципы ООН* о допустимых ограничениях прав человека: Экономический и социальный совет ООН, *Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах*, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985).

605 *Закон об охране здоровья населения*, № M360-IQ (26 июня 1992), статья 24.

606 *Там же*.

607 *Кодекс Азербайджанской Республики об административных проступках*, статья 61.

608 *Там же*, статья 62.

609 *Там же*, статья 63.

610 *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа*, статья 18.

вающий перечень ситуаций, в которых допускается ее разглашение без согласия пациента.⁶¹¹ Согласно этой статье, информация о факте обращения лица за медицинской помощью, его диагнозе, состоянии здоровья, других сведениях, полученных во время обследования и лечения, составляет врачебную тайну, которая не подлежит разглашению. С согласия гражданина или его законного представителя, информация, составляющая врачебную тайну, может быть передана другим гражданам, должностным лицам в интересах обследования и лечения больного, для использования в проведении научных исследований, в публикациях в научной литературе, учебных и других целях.

Информация, составляющая врачебную тайну, может быть выдана без согласия пациента в следующих случаях:

- с целью обследования и лечения гражданина, если гражданин не способен описать свое состояние;
- при наличии опасности распространения инфекционных заболеваний, при массовых отравлениях и ранениях;
- по запросу органов следствия и дознания, прокурора и суда;
- с целью информирования родителей или законных представителей несовершеннолетних;
- при подозрении на противоправные действия и нанесении вреда здоровью граждан.⁶¹²

В стране существует электронная база данных о людях, живущих с ВИЧ, и ее бумажный эквивалент. Конфиденциальность информации обеспечивается путем кодирования информации о пациентах согласно внутренней системе кодирования, известной только сотрудникам Центра СПИДа. В Азербайджане пока не разработана единая система кодирования. Инструкций, определяющих правила и порядок использования данных, не существует. Однако, согласно отчету национальной экспертной группы, на практике разглашение врачебной тайны в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом – явление довольно распространенное. Медицинская информация о ВИЧ-инфицированных пациентах чаще всего предоставляется руководителям лечебных учреждений, руководителям учреждений пенитенциарной системы, а также по запросу правоохранительных органов.

Постановлением Кабинета Министров в стране был создан информационный банк данных о наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах, а также о лицах, участвующих в незаконном обороте наркотических средств и психотропных веществ или потребляющих наркотики.⁶¹³ Доступ к получению информации из этого банка данных ограничен; требуется доказать обоснованность обращения за получением данных. В Постановлении Кабинета Министров перечисляются следующие структуры, имеющие право обратиться за получением информации: министерства здравоохранения, внутренних дел, юстиции, экономического развития и национальной безопасности; прокуратура; пограничная служба; таможенный комитет и другие соответствующие органы.⁶¹⁴ Получение информации о потребителях наркотиков возможно только в случае их привлечения к административной или уголовной ответственности.

611 Закон об охране здоровья населения, статья 53.

612 Закон об охране здоровья населения, статья 53.

613 Постановление Кабинета Министров «Порядок отправления и получения сведений в общенациональный информационный банк данных об импорте, экспорте и транзите наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также лицах, участвующих в незаконном обороте наркотических средств и психотропных веществ или потребляющих наркотики», № 181 (6 октября 2005).

614 Там же, параграф 5.

5. ТЮРЬМЫ

Система исправительных учреждений Азербайджана

В Азербайджане учреждения системы исполнения наказаний находятся в ведении Министерства юстиции. Согласно *Кодексу исполнения наказаний*, в стране существуют следующие виды пенитенциарных учреждений: воспитательные учреждения для несовершеннолетних; учреждения исполнения наказаний для совершеннолетних (с разными уровнями безопасности); тюрьмы; и лечебные учреждения для лиц, лишенных свободы.⁶¹⁵ Пенитенциарные учреждения имеют общий, строгий и особый режимы. В Азербайджане имеется 51 пенитенциарное учреждение. Колонии подразделяются на колонии общего режима и колонии усиленного режима. В уголовно-исполнительной системе не предусмотрены какие-либо специализированные органы по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа в пенитенциарных учреждениях: ВИЧ-положительные заключенные содержатся совместно с другими заключенными, в то время как больные туберкулезом содержатся отдельно.

По данным за 2007 год, более 2000 заключенных, страдающих наркотической зависимостью, находились в пенитенциарных учреждениях Азербайджана, из них 950 человек проходили лечение от наркозависимости. Согласно статистическим данным, представленным национальной экспертной группой, более 7000 заключенных в тюрьмах получали лечение от наркотической зависимости в период с 1989 по 2007 год.⁶¹⁶ По данным национальной экспертной группы, заключенные с ВИЧ и СПИД, получают АРВ терапию.

Законодательством предусмотрены меры, направленные на участие представителей общественных организаций в осуществлении общественного контроля за деятельностью пенитенциарных учреждений. НПО могут участвовать в реабилитации и исправлении заключенных; хотя НПО имеют доступ в учреждения исполнения наказаний, их деятельность ограничивается только профилактической (просветительской) работой с заключенными, включая информацию о профилактике ВИЧ.⁶¹⁷

Медицинские услуги в тюрьмах

Медицинские услуги в пенитенциарных учреждениях предоставляются Главном медицинским управлением Министерства юстиции Азербайджанской Республики. По данным национальной экспертной группы, обеспечение медицинскими услугами в местах лишения свободы не является полным, но осужденные имеют право обращаться за платными медицинскими услугами. Работает отделение для лечения наркозависимых лиц. В законодательстве не существует положений о том, что совершение преступления под влиянием наркотических средств является отягчающим вину обстоятельством, что является позитивной особенностью азербайджанского права.⁶¹⁸

Тестирование на ВИЧ, профилактика и лечение ВИЧ в тюрьмах

Добровольное тестирование на ВИЧ и лечение в пенитенциарных учреждениях проводится на основании *Кодекса об исполнении наказаний*⁶¹⁹ и Правил внутреннего распорядка учреждений исполнения наказаний Азербайджана. По данным национальной экспертной группы, ни в *Кодексе об исполнении наказаний*, ни в Правилах внутреннего распорядка учреждений исполнения наказаний не предусмотрено проведение принудительного тестирования заключенных и персонала на ВИЧ. Детали проведения добровольного тестирования на ВИЧ изложены в Приказе Министерства здравоохранения.⁶²⁰

Хотя в азербайджанское законодательство включены положения о снижении вреда, в нем нет никаких упоминаний о деятельности по снижению вреда в пенитенциарных учреждениях. По информации, предоставленной экспертами, деятельность по профилактике ВИЧ в пенитенциарных учреждениях ограничивается просветительской работой. В соответствии с законодательством, про-

615 Кодекс об исполнении наказаний Азербайджанской Республики (14 июля 2000), статья 66.

616 Данные предоставлены экспертной группой.

617 Кодекс об исполнении наказаний Азербайджанской Республики, статья 20.

618 Уголовный кодекс, статьи 59 и 61.

619 Кодекс об исполнении наказаний Азербайджанской Республики, Закон № 908- ИГ (14 июля 2000), статья 93.2.

620 Приказ Министерства здравоохранения Азербайджанской Республики, № 157 (23 октября 1997).

филакцией ВИЧ и просветительской работой в местах лишения свободы могут заниматься НПО, которые также имеют право осуществлять общественный контроль за деятельностью исправительных учреждений.⁶²¹ Чтобы получить разрешение на проведение просветительской и профилактической деятельности в пенитенциарных учреждениях, НПО должны обращаться в Общественный комитет, осуществляющий контроль над исполнением наказаний в пенитенциарных учреждениях, в состав которого входят должностные лица Министерства юстиции и представители НПО.

Согласно информации предоставленной экспертной группой, главной проблемой в пенитенциарных учреждениях является туберкулез, особенно если этим заболеванием страдают заключенные, живущие с ВИЧ или с другими нарушениями иммунной системы. Комплекс противотуберкулезных мероприятий включает: санитарный и административный контроль в пенитенциарных учреждениях путем активной профилактики, ранней диагностики и эффективного лечения; своевременное направление выявленных больных в противотуберкулезные медицинские учреждения; своевременное выявление лиц, контактировавших с больными туберкулезом, их обследование, профилактическое лечение и диспансерное наблюдение; изолированное и раздельное содержание больных активным туберкулезом от лиц, не состоящих на диспансерном учете по поводу этого заболевания; проведение диспансерного учета, диагностических мероприятий, а также лечение больных туберкулезом в установленном порядке.

Медицинские услуги для лиц, страдающих инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ, предоставляются в медико-санитарных отделениях пенитенциарных учреждений, в том числе в лечебных учреждениях для стационарного и амбулаторного лечения. Заключенным инвалидам, заключенным с инфекционными заболеваниями, а также заключенным, проходящим лечение в стационаре, разрешается приобретение продовольственных продуктов и предметов первой необходимости в двукратном размере минимальной зарплаты.⁶²² Ограничения на получение посылок, передач и бандеролей тяжело больными заключенными, беременными женщинами и заключенными, имеющими инвалидность первой и второй группы, не накладываются.⁶²³

Заключенным, живущим с ВИЧ, не обеспечиваются особые условия работы; они работают на общих основаниях. Не существует положений о защите заключенных от сексуального и других форм насилия; сексуальное насилие в местах лишения свободы регулируется общими положениями уголовного права.

Лечение наркотической зависимости

Не существует конкретного положения о добровольном лечении наркотической зависимости в пенитенциарных учреждениях, и такое лечение не проводится.

В *Кодексе об исполнении наказаний*⁶²⁴ имеется специальная глава о принудительном лечении наркотической зависимости. Направление на принудительное лечение выносится вместе с назначением наказания, на основе врачебно-наркологической экспертизы, срок определяется судьей, принудительное лечение не является альтернативой уголовному наказанию. В *Кодексе об исполнении наказаний* также предусматривается, что если наркотическая зависимость заключенного выявляется во время отбывания срока наказания, то учреждение или орган, исполняющий наказание, направляет в суд представление о применении к такому лицу принудительных мер медицинского характера.⁶²⁵ Таким образом, представляется, что в местах лишения свободы все виды лечения наркотической зависимости проводятся на принудительной основе. Правилами внутреннего распорядка предусмотрена возможность принудительного обследования заключенных на предмет употребления наркотиков. Как отмечает национальная экспертная группа, в законе нет никаких упоминаний о работе по снижению вреда в отношении употребления наркотиков в пенитенциарных учреждениях.

Как правило, положительно характеризующиеся осужденные для отбывания оставшейся части на-

621 *Кодекс об исполнении наказаний Азербайджанской Республики*, статья 20.

622 *Кодекс об исполнении наказаний Азербайджанской Республики*, статья 80.4.

623 *Кодекс об исполнении наказаний Азербайджанской Республики*, статья 82.2.

624 *Кодекс об исполнении наказаний Азербайджанской Республики*, статья 91.7.

625 *Кодекс об исполнении наказаний Азербайджанской Республики*, статья 17.3.

казания могут быть переведены из одного вида учреждения в другое (менее строгого режима, например, в колонию-поселение). Однако перевод в учреждение менее строгого режима не предусмотрен для лиц, подлежащих прохождению принудительных мер медицинского характера, таких как лечение наркотической зависимости.⁶²⁶

Освобождение от отбывания наказания в связи с болезнью

В *Уголовном кодексе* Азербайджанской Республики предусмотрено освобождение от отбывания наказания по гуманным соображениям в связи с болезнью.⁶²⁷ В соответствии с приказом Министерства юстиции, больные СПИДом на терминальной стадии заболевания могут быть освобождены от отбывания наказания.⁶²⁸ В стране действует специальный *Закон о социальной реабилитации лиц, освобожденных из пенитенциарных учреждений*, который регулирует вопросы обеспечения жильем, медицинскими услугами и другие аспекты жизни лиц, освобожденных из пенитенциарных учреждений.⁶²⁹

626 Там же, статья 70.3.3.

627 *Уголовный кодекс*, статья 78; *Уголовно-процессуальный кодекс*, статья 511.

628 Приказ Министра юстиции, № 3Т (2003 г.).

629 *Закон о социальной реабилитации лиц, освобожденных из пенитенциарных учреждений* (31 мая 2007).

6. АНТИ-ДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Конституция Азербайджанской Республики гарантирует равенство прав и свобод каждого независимо от расы, национальности, религии, языка, пола, происхождения, имущественного положения, служебного положения, убеждений, принадлежности к политическим партиям, профсоюзным и другим общественным объединениям. Запрещается ограничивать права и свободы человека и гражданина по указанным выше основаниям.⁶³⁰ Каждый имеет право на охрану здоровья и получение медицинской помощи.⁶³¹ Каждый обладает правом на личную неприкосновенность, а также правом на личную и семейную жизнь.⁶³² *Уголовный кодекс* Азербайджана запрещает «нарушение равноправия», но не содержит определения «дискриминации».⁶³³

Дополнительно, в законодательстве Азербайджанской Республики содержатся положения, запрещающие дискриминацию людей, живущих с ВИЧ/СПИДом и членов их семей. В *Законе о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа* запрещается «освобождение с места работы, отказ в принятии на работу или в дошкольные либо учебные заведения, а также в медицинские учреждения с целью получения медицинской помощи и ограничение других прав и интересов людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей на основании данного заболевания».⁶³⁴ *Закон о предупреждении инвалидности, реабилитации и социальной защите инвалидов* посвящен защите прав, свобод и законных интересов лиц с ограниченными возможностями; в этом законе содержится положение, запрещающее дискриминацию по признаку инвалидности.⁶³⁵

Несмотря на эти положения, ВИЧ-положительный статус, употребление наркотиков и наркотическая зависимость в других законодательных актах рассматриваются как основания для дискриминационных ограничений ряда прав.

Дискриминация в сфере занятости

Теоретически закон запрещает любую дискриминацию в трудовых отношениях по любым факторам, не связанным с деловыми качествами, профессиональными навыками, результатами труда работника, а также определение непосредственно или косвенно преимуществ и льгот на основании таких факторов.⁶³⁶ Однако, как отмечалось выше, предварительным условием для принятия на работу может быть обязательное обследование на предмет употребления наркотиков. Потенциальный работодатель обязан проинформировать претендента о требованиях, предъявляемых к конкретной должности, включая и обязательное обследование на предмет употребления наркотиков.⁶³⁷ После информирования претендента на должность об обязательном обследовании, как об условии принятия на работу, и после того как претендент дает свое согласие на такое обследование, работодатель выписывает направление, действительное в течение трех дней, в государственное наркологическое учреждение. Результаты обследования на предмет употребления наркотиков хранятся в личном деле работника. Работодатель также имеет право повторно требовать проведения обследования на предмет употребления наркотиков, но не чаще одного раза в год. Кабинет Министров определил перечень из 18 профессий и занятий, которыми запрещено заниматься лицам, употребляющим наркотики.⁶³⁸ Это ограничение может быть снято через 5 лет «ремиссии» или

630 *Конституция Азербайджанской Республики*, статья 25.

631 *Конституция Азербайджанской Республики*, статья 41.

632 *Конституция Азербайджанской Республики*, статья 32.

633 *Уголовный кодекс Азербайджанской Республики*, статья 154.

634 *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа*, статья 10.

635 *Закон о предупреждении инвалидности, реабилитации и социальной защите инвалидов*, статья 8.

636 *Трудовой кодекс Азербайджанской Республики* (1 февраля 1999), статья 16. Далее закон гласит, что установление в трудовых отношениях льгот, привилегий, дополнительных пособий женщинам, инвалидам, лицам моложе 18 лет и другим лицам, нуждающимся в социальной защите, дискриминацией не является.

637 *Закон о наркологической помощи и надзоре*, статья 24(3); *Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров*, Решение Кабинета Министров № 145 (12 сентября 2002) и Решение № 18 (8 февраля 2003).

638 Решение Кабинета Министров № 18 (8 февраля 2003). Этот перечень включает: водителей общественного транспорта и любых других транспортных средств; сотрудников правоохранительных органов и спасательных служб; работников дошкольных учреждений; лиц, работа которых связана с крупными денежными суммами или с наркотическими средствами; врачей скорой помощи, медицинских работников, работающих с болеутоляющими средствами, онкологов и других медицинских работников, которые могут выписывать наркотические средства; лиц, отвечающих за безопасность на рабочем месте; профессии, связанные с огнестрельным оружием и безопасностью; профессии в нефтегазовом секторе и профессии, связанные с работой с высоковольтным оборудованием или с повышенной пожаро- или взрывоопасностью.

воздержания от употребления наркотиков.⁶³⁹

Родительские права

В *Семейном кодексе* предусматривается, что хронический алкоголизм или наркомания могут служить основанием для лишения родительских прав в случаях, касающихся жестокого обращения с детьми или пренебрежения их воспитанием.⁶⁴⁰ Другими основания для лишения родительских прав являются: «отрицательное влияние на ребенка», невыполнение родительских обязанностей, злоупотребление родительскими правами, оказание на них физического и психического давления, а также совершение умышленного преступления против здоровья или жизни детей, мужа (жены) или других лиц. Инициаторами лишения родительских прав могут быть родственники ребенка или органы опеки и попечительства. По действующему законодательству такие расстройства здоровья как алкоголизм или наркомания являютсяотягчающим фактором, который может привести к решению о лишении родительских прав родителей с такими заболеваниями. Такая категоризация людей с зависимостью от психоактивных средств вызывает опасения, поскольку, есть риск того, что наличие диагноза зависимости как таковое, может привести к решению о лишении родительских прав, т.е. к безосновательной дискриминации таких людей: лишение родительских прав должно иметь веские основания в каждом отдельном случае и основываться на оценке конкретных обстоятельств, а не на неточных обобщенных предположениях о способности какого-либо лица быть хорошим родителем на основании его (или ее) состояния здоровья.

Супружеские отношения: В случае сокрытия одним из лиц, вступающих в брак, от другого наличия у него венерического заболевания или заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (СПИД), другая сторона может обратиться в суд с требованием о признании брака недействительным.⁶⁴¹ По закону, супруги и бывшие супруги обязаны поддерживать друг друга, если один из них утрачивает трудоспособность.⁶⁴² Однако эта обязанность может быть снята по решению суда при утрате нуждающимся в материальной помощи мужем (женой) трудоспособности в результате употребления спиртных напитков, наркотических веществ или преднамеренно совершенного преступления.⁶⁴³

По заключению национальной экспертной группы, стигматизация, социальные предрассудки и дискриминация по отношению к людям, живущим с ВИЧ, их партнерам, друзьям и семьям, являются главными препятствиями для эффективной профилактики и лечения ВИЧ. Стигматизация выражается разными способами, включая: отвержение и избегание людей, живущих с ВИЧ; дискриминация людей, живущих с ВИЧ, со стороны их семей, медицинских работников, сообществ и органов государственного управления; требование обязательного тестирования на ВИЧ или тестирование без получения информированного согласия; нарушения врачебной тайны, объясняемые страхом перед ВИЧ; насилие в отношении людей, которых считают ВИЧ-положительными или относящимися к группам риска. Очевидно, что стигматизация, связанная с ВИЧ, увеличивает проблемы и стресс для людей, живущих с ВИЧ, и усложняет проведение мероприятий по профилактике и лечению ВИЧ. Национальная экспертная группа рекомендует принимать меры по противодействию такой стигматизации и дискриминации. Важными элементами таких мер были бы поправки в законодательство, устраняющие неоправданную дискриминацию в положениях законов и официальной политике.

639 *Закон о наркологической помощи и надзоре*, статья 24.3; *Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров*, Решение Кабинета Министров № 145 (12 сентября 2002) и Решение № 18 (8 февраля 2003).

640 *Семейный кодекс Азербайджанской Республики* (28 декабря 1999), статья 64.

641 *Там же*, статья 13.3.

642 *Там же*, статьи 84-86.

643 *Там же*, статья 87.0.1.

7. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Приведенные ниже рекомендации направлены на решение проблем, определенных национальной экспертной группой Азербайджана и техническими консультантами проекта. Формулировки предлагаемых изменений и дополнений законодательства выделены серым цветом.⁶⁴⁴

Национальные программы и стратегии

Рекомендация 1: Главные элементы нового национального плана по ВИЧ/СПИДу

Рекомендация национальной экспертной группы состоит в том, что любой новый национальный план по ВИЧ/СПИДу должен:

- включать деятельность по профилактике ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики и заключенных, в том числе и услуги по снижению вреда;
- включать деятельность, направленную на улучшение уровня предоставляемых медицинских услуг, и облегчать доступ к профилактике и лечению ВИЧ для лиц, потребляющих наркотики и заключенных;
- предусматривать подробные механизмы исполнения и источники финансирования;
- определять показатели достижения целей, ответственные организации, механизмы мониторинга и сроки;
- обеспечивать участие НПО, людей, живущих с ВИЧ, и людей, потребляющих наркотики в процессе принятия решений.

Рекомендация 2: Реализовать полноценную национальную программу по наркотикам

Национальная экспертная группа рекомендует пересмотреть нынешнюю национальную программу по наркотикам в соответствии с международными нормами и передовым опытом. В частности, национальная программа должна:

- включить доказавшие свою эффективность и поддерживаемые ВОЗ программы снижения вреда, направленные на профилактику ВИЧ и другого вреда среди лиц, употребляющих наркотики и заключенных;
- включить меры по расширению доступа к практически обоснованному и эффективному лечению наркотической зависимости с соблюдением клинических и правозащитных норм;
- сопровождаться подробным бюджетом, с подтверждением правительства о выделении финансирования;
- определять показатели для оценки ее эффективности;
- содержать перечень организаций, ответственных за ее осуществление, и описание механизмов мониторинга реализации; и
- обеспечивать участие в разработке и реализации программы представителей НПО и, насколько это возможно, людей, употребляющих наркотики.

Рекомендация 3: Установить четкую ответственность правительства за мероприятия по профилактике ВИЧ

Для эффективной координации работы по профилактике ВИЧ правительство должно четко определить юридическую ответственность за мероприятия по профилактике ВИЧ и возложить такую

644 Во многих случаях формулировки предлагаемых поправок в законодательство адаптированы из модельных положений публикации: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006), см. на сайте на английском языке (www.aidslaw.ca/modellaw) и на русском языке (www.aidslaw.ca/modellaw-ru). Эта публикация, состоящая из 8 модулей по разным проблемам, использовалась как основной справочный материал УНП ООН, национальными экспертными группами и техническими консультантами проекта в ходе обзора и оценки национальных законодательств стран, участвующих в проекте. Ниже приводятся ссылки на конкретные модули из этой публикации; сопроводительный текст и комментарии, содержащиеся в модулях, могут быть полезными для законодателей и политических руководителей при реализации настоящих рекомендаций.

ответственность на государственный орган, в состав которого должны войти представители законодательной и исполнительной ветвей власти, НПО, СМИ и других заинтересованных сторон для разработки и утверждения государственной стратегии мер в ответ на ВИЧ/СПИД.

Вопросы административного и уголовного права

Рекомендация 4: Декриминализовать и депенализовать хранение наркотиков для личного пользования

В настоящее время хранение запрещенных наркотических средств в небольшом количестве «для личного пользования» (например, менее 0,15 г героина) не является уголовным преступлением, что можно считать положительной чертой азербайджанского законодательства. Однако хранение даже такого небольшого количества остается административным правонарушением, которое влечет наказание в виде штрафа или административного ареста на срок до 15 дней. Более того, хранение наркотического средства в количестве, определяемом как «большое количество» (например, 2 г героина), даже если оно предназначено для личного пользования, остается уголовным преступлением и может повлечь наказание в виде 3 лет лишения свободы. Учитывая, что наркотическая зависимость является хроническим рецидивным состоянием, такие положения криминализируют и подвергают наказанию людей, страдающих наркотической зависимостью. Правительству Азербайджана следует рассмотреть вопрос о полной отмене наказаний, как административных, так и уголовных, за хранение наркотиков для личного пользования. Частично этого можно добиться путем законодательного введения в *Кодекс Азербайджанской Республики об административных проступках* или в *Уголовный кодекс* (или в оба кодекса) следующего положения:⁶⁴⁵

Потребление и хранение контролируемых веществ в количестве, не превышающем дозу для личного потребления, не должно влечь за собой ни уголовного, ни административного наказания.

Если законодатель решит сохранить определение количества наркотика для «личного потребления», которое разрешено хранить без наступления уголовной или административной ответственности, рекомендуется увеличить эти количества, чтобы сократить число случаев применения уголовных или административных наказаний в отношении лиц, употребляющих наркотики.

Рекомендация 5: Депенализовать употребление наркотиков и другие административные правонарушения, связанные с небольшими количествами наркотиков для личного пользования

В настоящее время употребление наркотиков или различные деяния, связанные с небольшими количествами запрещенных наркотиков «для личного пользования», такие как приобретение, хранение, перевозка, производство и т.п., квалифицируются как административные правонарушения, что фактически делает наказуемым личное потребление контролируемых веществ. Национальная экспертная группа рекомендует депенализовать личное потребление контролируемых веществ. Для этого необходимо отменить статьи 68-1, 68-2 и 68-3 *Кодекса Азербайджанской Республики об административных проступках*.

Рекомендация 6: Принудительное обследование на предмет употребления наркотиков

В соответствии со статьей 25 *Закона об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров*, любое лицо «в отношении которого имеются обоснованные подозрения в том, что он/она находится в состоянии наркотического опьянения, носит внутри своего тела наркотические средства или психотропные вещества, или если на каком-либо лице выявлены наркотические

645 См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 1: Вопросы уголовного права, стр. 18-21.

средства или психотропные вещества, может быть подвергнуто медицинскому обследованию в соответствии с законодательством».^{646, 647} Кодекс об административных проступках также налагает административную ответственность за уклонение от обследования на предмет употребления наркотиков.⁶⁴⁸ Как отмечалось выше, такие положения нарушают многие права человека. Помимо прочего, принудительное обследование на предмет употребления наркотиков нарушает право на личную неприкосновенность и частную жизнь, в большинстве случаев без надлежащих оснований, так как информация о прошлом употреблении наркотических средств не означает, что имеется риск причинения вреда самому человеку или другим лицам, что должно быть единственным основанием для возможного оправдания вмешательства со стороны государства в осуществление вышеуказанных прав. Это положение также противоречит другим положениям азербайджанского законодательства. Поэтому рекомендуется отменить как статью 25 Закона об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, так и статью 68-1 Кодекса об административных проступках.

Рекомендация 7: Создать ясную законодательную структуру для программ обмена игл и шприцев

С целью поддержки эффективной профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и защиты здоровья населения в более широком смысле, национальная экспертная группа рекомендует создать четкую законодательную структуру для программ обмена игл и шприцев, включая сбор и утилизацию использованных шприцев. Рекомендуется рассмотреть возможность внесения в действующий Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа или в другие соответствующие законодательные акты положения в следующих формулировках:⁶⁴⁹

Программы обеспечения стерильными шприцами

1. «Программа обеспечения стерильными шприцами» означает программу, которая обеспечивает доступ к стерильным шприцам и другим материалам, предоставляет информацию о передаче и распространении ВИЧ и других переносимых с кровью патогенов, или направляет в учреждения, оказывающие услуги по лечению наркотической зависимости. Это определение включает программу обмена игл, программу раздачи шприцев и другие формы распространения стерильных шприцев.
2. Штат программ обеспечения стерильными шприцами может предоставлять следующие материалы:
 - a) стерильные шприцы, иглы и другие средства для безопасного внутривенного употребления наркотиков, включая ампулы со стерильной водой, тампоны, фильтры, безопасные препараты кислот, ложки и чашки и другие соответствующие материалы;
 - b) материалы для безопасного курения и ингаляции наркотиков, например, трубки, мундштуки, металлические сита, спиртовые салфетки и бальзам для губ;
 - c) презервативы и другие средства безопасного секса, например, смазочный материал на водной основе и зубные прокладки, а также информацию о снижении риска заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем; и
 - d) оказание первой помощи в экстренных ситуациях.
3. Сотрудники программ обеспечения стерильными шприцами вправе предоставлять информацию, которая охватывает, но не ограничивается следующим:
 - a) услуги по лечению наркотической зависимости и другие услуги системы здравоохранения;
 - b) средства защиты от инфекционных болезней, включая болезни, передающиеся через кровь, например ВИЧ;

646 Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, статья 25.

647 Постановление Кабинета Министров № 135 (7 августа 2000).

648 Кодекс Азербайджанской Республики об административных проступках, Статья 68-1.

649 См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными средствами для инъекций, стр. 12-13.

- c) риски, связанных с употреблением запрещенных веществ;
- d) информацию о снижении вреда, конкретно относящуюся к принимаемому наркотику, включая безопасную практику инъекций и ингаляций;
- e) бесплатную юридическую помощь;
- f) организации и центры, предоставляющие услуги по трудоустройству и профессиональному обучению; и
- g) службы оказания помощи лицам, страдающим наркотической зависимостью и их семьям.

4. Государство должно обеспечить доступ к стерильным шприцам людям, которые в них нуждаются. Там, где стерильные шприцы не доступны, но имеется потребность в них, государство должно открыть такие программы, используя общественные фонды. Государство может предоставлять стерильные шприцы через общие медицинские учреждения или выделить средства местным общественным организациям для реализации программ предоставления стерильных шприцев.

Рекомендация 8: Освободить программы снижения вреда от уголовной и административной ответственности

Деятельность неправительственных организаций по снижению вреда и аутрич-работников (программы предоставления стерильных шприцев или другого инструментария для снижения вреда, связанного с употреблением наркотиков (включая передачу ВИЧ-инфекции), должна быть явно освобождена от привлечения к ответственности. В частности, необходимо исключить возможность привлечения к ответственности по статье 234 (Незаконное приобретение или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в количестве, превышающем необходимое для личного потребления) или по статье 236 (Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ) Уголовного кодекса, а также по статье 1.0.16 (Прямое или косвенное склонение к незаконному потреблению наркотических средств или психотропных веществ) Закона об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.⁶⁵⁰ Внесение в Уголовный кодекс положений, подобных приведенному ниже, может свидетельствовать о выполнении данной рекомендации.⁶⁵¹

Освобождение от ответственности программ обеспечения стерильными шприцами и других программ снижения вреда

Уголовный кодекс или любой другой закон не препятствует продаже или распространению шприцев и других подобных материалов и предоставлению рекомендаций или инструкций в отношении безопасного использования шприцев и других подобных материалов лицом, которое относится к штатному персоналу программ обеспечения стерильными шприцами или других программ, направленных на снижение вреда, связанного с употреблением запрещенных наркотических средств или психотропных веществ, и ничто в Уголовном кодексе или любом другом законе не дает оснований для привлечения к ответственности за такую деятельность.

Рекомендация 9: Обеспечить, чтобы действия правоохранительных органов не подрывали эффективность мер по снижению вреда

Действия полиции по претворению в жизнь законодательства о наркотиках, могут, будучи законными, осуществляться такими способами, которые прямо подрывают эффективность мер, направленных на защиту здоровья лиц, употребляющих наркотики, и более широких кругов населения, включая и меры по сокращению распространения ВИЧ. Рекомендуется, чтобы в национальном

650 Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, статья 1.0.16. «Склонение» определяется как прямое или косвенное подстрекательство к незаконному употреблению наркотических средств и психотропных веществ посредством художественных, аудио-, видео и других материалов, включая компьютеризированные информационные и другие средства.

651 См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными средствами для инъекций, стр. 19-21.

законодательстве (законе или подзаконном акте) содержалась четкая инструкция для правоохранительных органов о том, что они должны воздерживаться от патрулирования возле аптек и программ обмена шприцев и игл или других служб по снижению вреда. Национальная экспертная группа предложила включить в новый *Закон о профилактике ВИЧ* соответствующее положение. В дополнение или в качестве альтернативы такое положение можно включить в действующий *Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров*. Формулировка этого положения (положений) может быть следующей:

Методы работы полиции, не препятствующие работе служб по снижению вреда

1. В интересах обеспечения эффективной работы программ снижения вреда и прочих подобных услуг, направленных на предупреждение передачи ВИЧ и других вредных последствий для лиц, употребляющих наркотические средства или психотропные вещества, правоохранительные органы должны воздерживаться от патрулирования в целях выполнения законов о наркотиках в районах расположения таких программ.
2. Присутствие какого-либо лица в помещении, или наблюдение за лицом, которое входит или выходит из помещения такой программы, само по себе не является достаточным основанием для задержания, обыска, ареста, обвинения или осуждения лица в любом правонарушении, связанном с наркотическими средствами или психотропными веществами.

В качестве альтернативы законодательство (или подзаконный акт) может установить механизм составления таких руководств или инструкций для правоохранительных органов с использованием положения, подобного следующему:

Министерство здравоохранения является ответственным за созыв рабочей группы для разработки протокола по выполнению правоохранительных мер в районах расположения программ обмена шприцев и других программ снижения вреда, с целью обеспечения их эффективного функционирования.

Рекомендация 10: Отменить наказание за секс работу

Рекомендуется отменить Статью 308 Кодекса об Административных проступках (проституция). Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека рекомендуют, что в отношении «работы взрослых в сфере сексуальных услуг, не влекущая за собой причинение вреда», уголовное законодательство должно быть пересмотрено с целью его декриминализации, а затем с целью введения мер правового регулирования соблюдения правил гигиены и безопасности в целях защиты лиц, работающих в сфере сексуальных услуг и их клиентов (включая поддержку безопасного сексуального поведения при оказании сексуальных услуг).⁶⁵² Уголовные санкции за сексуальную или иную эксплуатацию, положения, регулирующие принуждение и торговлю людьми являются достаточными для предотвращения нарушений прав человека и права в этой области.

Рекомендация 11: Отменить специальные положения уголовного права по заражению ВИЧ и ИППП

Статьи 139 и 140 *Уголовного Кодекса* Азербайджана, налагающие наказание непосредственно за заражение и постановку в опасность заражения ВИЧ и «венерическими болезнями» должны быть отменены. В случае умышленного заражения ИППП или ВИЧ, эти преступления могут регулироваться положениями, криминализирующими причинение вреда здоровью, предусмотренными другими статьями *Уголовного Кодекса*.

⁶⁵² Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека (Принцип 4, параграф 21(с)).

Лечение наркотической зависимости

Рекомендация 12: Расширить доступ к опиоидной заместительной терапии

Национальная экспертная группа рекомендует не только расширить реализацию программ обмена шприцев, но и расширить доступ к опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), как к главной мере по профилактике ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем. Хотя действующим законодательством уже предусматривается реализация и регулирование программ ОЗТ⁶⁵³, представляется необходимым, чтобы были приняты меры по расширению этих программ за рамки пилотных проектов и внедрению их в широкую практику. Рекомендуется расширить масштаб и количество этих программ без дальнейших задержек.

Рекомендация 13: Обеспечить соответствие программ ОЗТ передовой медицинской практике

В настоящее время в рамках немногих действующих программ ОЗТ в Азербайджане существует система наказаний за незаконное потребление наркотиков, таких как карательное (в противоположность клиническому) сокращение дозировки ОЗТ, ограничение времени выдачи препарата, более частые беседы с психологом, кратковременное удаление из программы и, наконец, исключение из программы без возможности возвращения. Учитывая, что наркотическая зависимость является хроническим рецидивным состоянием, карательные подходы к предоставлению ОЗТ неэтичны и не соответствуют передовой медицинской практике; клинические решения (например, о дозировке, условиях участия, прекращении ОЗТ для конкретного пациента) должны приниматься на основе максимального соблюдения интересов пациента. Желательно, чтобы нормативно-правовые акты Кабинета Министров или Министерства здравоохранения, регулирующие ОЗТ, включали следующие положения.⁶⁵⁴

Продолжительность лечения и дозировка опиоидной заместительной терапии

1. Назначающий врач должен определять соответствующую дозу препарата после консультаций с пациентом и в соответствии с лучшими медицинскими практиками. Цель подбора оптимальной дозы заключается в достижении эффективного уровня физического и психологического комфорта при минимальной вероятности передозировки.
2. Доза препарата ни при каких обстоятельствах не должна выдаваться в качестве поощрения, или удерживаться в качестве наказания пациента.
3. Продолжительность лечения должна быть достаточной, для обеспечения эффективности лечения в соответствии с наилучшими медицинскими практиками.

Право получать дозы, отпускаемые на дом

1. Определение права на получение дозы, отпускаемой на дом, должно опираться исключительно на следующие критерии:
 - a) клиническую стабильность пациента; и
 - b) способность соблюдать процедуры, установленные программой.
2. Назначающий врач должен иметь право выдавать дозы на дом пациентам, которые не соответствуют квалификационным критериям подпункта (1), когда:
 - a) медицинское состояние или инвалидность ограничивают возможность передвижения пациента; или
 - b) расстояние, которое нужно преодолеть пациенту, чтобы добраться до клиники или медицинского учреждения, или другие обстоятельства ограничивают возможность осуществления контроля за каждым приемом препарата пациентом.

⁶⁵³ Закон о наркологической службе и надзоре, статья 9 (1.4) включает заместительную терапию как форму лечения наркотической зависимости; Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, статья 11; Решение Кабинета Министров № 21 (26 января 2006).

⁶⁵⁴ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, стр. 26-28.

3. Назначающий врач должен в письменной форме установить порядок отпуска доз на дом в рамках программы и обеспечить, чтобы и пациент и распределяющий фармацевт имели копию этого документа.

Прекращение опиоидной заместительной терапии

1. Пациент должен иметь право в любой момент добровольно прекратить лечение.
2. Назначающий врач должен в полной мере проинформировать пациента о потенциальных рисках и пользе прекращения лечения, а также должен совместно с пациентом разработать меры по обеспечению безопасности и поддержки пациента в период прекращения лечения.
3. Назначающий врач не должен прекращать предоставление необходимого для пациента лечения, если только пациент не требует этого; пациенту должны быть предоставлены альтернативные услуги, или достаточные возможности для получения альтернативного лечения.
4. Прекращение лечения с объяснением возможных последствий должно быть зарегистрировано в медицинских документах и подписано пациентом и медицинским работником.
5. Следует избегать принудительной отмены лечения за исключением случаев, когда для этого имеются убедительные причины. Правила, определяющие основания для принудительной отмены, должны быть четко доведены до сведения пациентов с самого начала лечения.

Рекомендация 14: Обеспечивать реабилитацию после лечения наркотической зависимости

Рекомендуется включить в *Закон о наркологической службе и надзоре* понятие реабилитации, и за счет этого расширить виды наркологической помощи, предоставляемой государством и НПО.

Рекомендация 15: Отменить положения об учете лиц, употребляющих наркотики

В соответствии с действующим азербайджанским законодательством, лиц, проходящих лечение наркотической зависимости (в том числе добровольно), а также лиц, направленных на принудительное обследование на предмет употребления наркотиков по приказу полиции или суда, ставят на учет в качестве наркозависимых или употребляющих наркотики. Национальная экспертная группа и технические консультанты проекта отмечают, что действующая система учета потребителей наркотиков является фактором, препятствующим таким лицам обращаться за медицинской помощью, в том числе и за лечением наркотической зависимости, а также способствующим различным нарушениям конфиденциальности. Поэтому рекомендуется, чтобы правительство провело оценку эффективности и экономической целесообразности применяемого в настоящее время подхода. Такую оценку следует включить в процесс консультаций о реформировании политики и практики Азербайджана в отношении наркотиков с целью реформирования системы для обеспечения ее эффективности в том, что касается защиты и укрепления здоровья населения, а также соблюдения и защиты прав человека. При этом необходимо пересмотреть Постановления Кабинета Министров об учете лиц, употребляющих наркотики и страдающих от наркотической зависимости.⁶⁵⁵

Рекомендация № 16: Защищать права человека при лечении лиц, страдающих наркотической зависимостью

С целью обеспечения лучшего соблюдения и защиты прав человека, включая право на неразглашение конфиденциальной информации, а также с целью устранения препятствий для лиц, добровольно обращающихся за лечением наркотической зависимости, национальная экспертная группа

⁶⁵⁵ Постановление Кабинета Министров «Правила и порядок установления специального наблюдения над лицами, которым оказывается наркологическая помощь», № 131 (12 августа 2002); и Постановление Кабинета Министров «Порядок и правила взятия на учет и диспансерного наблюдения наркологических больных», № 136 (19 августа 2002).

рекомендует внести ряд следующих изменений и дополнений в *Закон об обороте наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров*:

- исключить слова «а также лица, страдающие наркоманией» из статьи 7.1.6. (о порядке учета). Это приведет к разделению лиц, с наркотической зависимостью и лиц, занимающихся сбытом наркотических средств, и должно послужить уменьшить случаи нарушения их трудовых и жилищных прав;
- исключить из статей 8.2.3 и 8.3 (о разделах общенационального банка данных при МВД) положение об учете лиц, потребляющих наркотики, прошедших лечение. Это также послужит вышеуказанной цели уменьшения нарушения прав лиц, потребляющих наркотики. Согласно анализу национальной экспертной группы, это положение также является причиной нежелания больных обращаться за лечением наркотической зависимости, и заставляет их прибегать к услугам непрофессионалов;
- заменить слова «только в государственных» на слова «независимо от форм собственности» в статье 10.1 (о порядке применения учетных лекарственных средств в медицинских учреждениях); данная поправка расширит ассортимент медицинских услуг, предоставляемых в частных медицинских учреждениях.

Рекомендация 17: Различные поправки в Закон о наркологической службе и надзоре

Национальная экспертная группа далее рекомендует предпринять следующие шаги для приведения *Закона о наркологической службе и надзоре* в соответствие с современными стандартами лечения наркотической зависимости:

- Статья 1 (Определения): Добавить следующее определение опиоидной заместительной терапии: «Опиоидная заместительная терапия означает назначение опиоидного заместителя, фармакологически родственного опиату, вызвавшему первоначальную зависимость, человеку, страдающему от наркотической зависимости, для достижения определенной цели лечения, включая поддерживающее лечение».
- Статья 5 (Общие принципы осуществления наркологической помощи и надзора): Предусмотреть положение, гарантирующее проведение научно обоснованных эпидемиологических исследований, а также региональных и местных социологических опросов, с целью оценки распространенности потребления наркотических средств и аддиктивного поведения.
- Статья 9: (а) Добавить положение о профилактических программах по ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков с использованием программ обмена и распространения шприцев, аутич-работы, образовательных программ, а также программ по проведению консультаций до и после тестирования и т.п.; (б) предусмотреть положение, обязывающее проведение эпидемиологических исследований не реже одного раза в три года, а также региональных и местных социологических опросов, с целью оценки распространенности потребления психоактивных веществ, аддиктивного поведения и подготовки странового отчета по наркотикам.
- Исключить статьи 9.3, 11.6, 12.2, 13, 14.3, 18.0.1, 18.0.2 и 19, регулирующие порядок мандатного принципа ведения учета и надзора над наркологическими больными и запрещающие лечение наркотической зависимости в негосударственных наркологических учреждениях.
- Статья 11.5 (О лечении другими методами): Исключить слова «только в государственных медицинских учреждениях», чтобы лечение было разрешено как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях.
- Статья 16 (Социальные меры в области наркологической помощи): Внести положения о внедрении мер по профилактике ВИЧ в пенитенциарной системе. (См. некоторые такие меры ниже в рекомендации относительно пенитенциарной системы).

Рекомендация 18: Конфиденциальность информации о лечении наркотической зависимости

Рекомендуется включить следующие положения в *Закон о наркологической службе и надзоре*:

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

Рекомендация 19: Принудительное лечение наркотической зависимости как альтернатива уголовному наказанию

Национальная экспертная группа рекомендует проводить различие между принудительным лечением для лиц с психическими заболеваниями и для лиц с наркотической зависимостью. Экспертная группа рекомендует, чтобы лечение наркотической зависимости было, как правило, добровольным, но в случае, если лицо, страдающее наркотической зависимостью, осуждается за хранение наркотических средств или психотропных веществ без намерения их продать, принудительное лечение наркотической зависимости должно быть мерой, *альтернативной* тюремному заключению, а не *дополняющей* такое заключение. (Следует рассмотреть возможность расширения этого положения, чтобы оно включало не только хранение наркотических средств без намерения их продажи, но и другие ненасилиственные правонарушения, связанные с наркотиками для личного употребления. Кроме того, определенная оценка наркотической зависимости должна быть частью такого подхода к определению наказания, чтобы избежать направления на лечение лиц, которые в этом не нуждаются).

Для этого рекомендуется внести следующие поправки в положения о принудительном лечении, содержащиеся как в *Уголовном кодексе* (статья 93) так и в *Законе о наркологической службе и надзоре* (статья 26):

Меры, альтернативные уголовному преследованию и наказанию за определенные преступления, связанные с наркотиками

Вариант 1: Передача дела на рассмотрение в квази-судебную комиссию

- (1) Приведенные ниже разделы применяются к следующим преступлениям, связанным с наркотическими средствами или психотропными веществами, когда эти преступления со-

вершаются в обстоятельствах, не связанных с насилием, и обвиняемому не предъявляется обвинение в намерении продать упомянутые вещества: например, Статья 68 Административного кодекса and Статья 234.1 Уголовного кодекса:

- Немедицинское потребление наркотиков; производство, культивация, приобретение, хранение и пересылка наркотических веществ, психотропных веществ и прекурсоров для личного пользования
- Незаконное приобретение или хранение наркотиков или психотропных веществ *без намерения продать* в количестве, которое превышает порог количества, определенного как количество, хранимое для «личного пользования»

(2) Квази-судебная комиссия («Комиссия») должна рассматривать правонарушения, относящиеся к пункту (1), и, при необходимости, приводить в исполнение наказания.

(3) В состав Комиссии должен входить эксперт в области права, а также эксперты из других областей знаний, такие как врачи, психологи, социальные работники или другие специалисты, имеющие соответствующие знания и опыт в области наркотической зависимости.

(4) Процедура рассмотрения дел Комиссией, включая правила приемлемости медицинских доказательств, должна определяться Министерством юстиции и Министерством здравоохранения.

(5) При принятии решения о наложении соответствующего наказания на лицо, задержанное полицией за деяния, перечисленные в пункте (1), Комиссия должна учитывать:

- (a) серьезность деяния;
- (b) степень вины;
- (c) вид наркотика;
- (d) публичный или частный характер деяния и место его совершения, если это относится к делу;
- (e) личные обстоятельства, в частности, экономическое и финансовое положение правонарушителя; и
- (f) употребляет ли правонарушитель наркотики от случая к случаю, по привычке или является зависимым от наркотиков.

(6) Комиссия может назначить наказание, включающее, но не ограничивающееся одной или несколькими санкциями из следующего списка:

- (a) предупреждение;
- (b) штраф в размере, зависящем от количества хранимого запрещенного вещества, принимая во внимание экономическое положение предполагаемого нарушителя;
- (c) ограничение возможности перемещения или посещения определенных мест;⁶⁵⁶ и
- (d) временное лишение права управлять транспортным средством или права заниматься профессиональной деятельностью.

(7) Наказания, назначаемые Комиссией, не должны включать лишение свободы.

(8) Если Комиссия признает, что лицо, задержанное в связи с деянием, указанным в пункте (1), страдает наркотической зависимостью, она может постановить, чтобы это лицо посетило определенное число сеансов программы лечения наркотической зависимости. Данное вмешательство проводится в целях ознакомления лица с услугами программ, которые могут помочь ему избавиться от наркотической зависимости и для определения, желает ли лицо воспользоваться услугами таких программ. Комиссия не должна принуждать лицо к прохождению лечения от наркотической зависимости.

⁶⁵⁶ Следует отметить, что важно не налагать запрет на посещение тех мест, где располагаются важные медицинские учреждения или предоставляются определенные услуги (например, программы обмена игл и шприцев, поликлиники и т.п.).

Вариант 2: Меры наказания, не связанные с лишением свободы

- (1) Независимо от положений настоящего или любого другого закона, когда
- (а) лицо признается судом общей юрисдикции виновным в деянии, связанном с потреблением или хранением контролируемых веществ вопреки закону;
 - (б) по мнению суда, принимая во внимание количество вещества и все соответствующие обстоятельства дела, потребление или хранение контролируемого вещества было для личного потребления; и
 - (с) наказание за подобное деяния обычно заключается в лишении свободы;

Суд вместо назначения наказания в виде лишения свободы предписывает одну или несколько следующих мер:

- (а) постановляет, чтобы данное лицо было освобождено от отбывания наказания полностью или на условиях, предписанных в постановлении об освобождении от отбывания наказания;
- (б) выносит решение об отсрочке отбывания наказания на условиях, перечисленных в постановлении;
- (с) налагает штраф, если считает, что данное лицо в состоянии заплатить штраф;
- (д) постановляет, чтобы лицо понесло наказание в виде выполнении общественных работ при условии, что лицо выполняет условия, на которых было вынесено решения суда об условном наказании; или
- (е) выносит решение о том, чтобы лицо (с его или ее согласия) посещало под наблюдением определенное место в течение определенного времени, и, в течение этого времени, выполняло инструкции уполномоченного должностного лица в законных рамках полномочий данного лица.

(2) В качестве условий, на которых суд выносит решение о замене лишения свободы условным наказанием или отсрочкой отбывания наказания, оговоренных в пункте (1) данной статьи, суд может постановить, чтобы лицо посетило определенное число сеансов программы лечения наркотической зависимости. Данное вмешательство проводится в целях ознакомления лица с услугами программ, которые могут помочь ему избавиться от наркотической зависимости и для определения, желает ли лицо воспользоваться услугами таких программ. Суд не должен принуждать лицо к прохождению лечения от наркотической зависимости.

(3) Суд может вынести решение в соответствии с пунктом (1), если суд сочтет, что такое решение соответствует интересам обвиняемого, и не противоречит интересам общества, принимая во внимание возраст и особенности личности осужденного, характер преступления и обстоятельства его совершения. При вынесении такого решения, суд должен учесть результаты всех клинических обследований, которые могут быть проведены в отношении обвиняемого.

Рекомендация 20: Профилактика и лечение передозировки

С целью предотвращения смертей и других серьезных последствий передозировки для здоровья лиц, употребляющих опиоиды, аутрич работники – включая сотрудников неправительственных организаций и равных консультантов (людей, имеющих настоящий или прошлый опыт употребления наркотиков) – должны получить право распространять и применять медикаменты, такие как налоксон, в случаях передозировки.

Это можно сделать путем включения в *Закон о наркологической службе и надзоре* следующих положений:

Применение опиоидного антагониста

- (1) Министерство здравоохранения должно разработать положение о том, чтобы аутрич работники прошли соответствующее обучение методам применения опиоидного антагониста.
- (2) Аутрич работник может применить опиоидный антагонист для оказания помощи другому человеку, когда:

- а) аутрич работник искренне считает, что другой человек испытывает передозировку; и
- б) применяя препарат для оказания помощи другому человеку, аутрич работник действует с разумной осторожностью.

(3) Аутрич работник, применяющий опиоидный антагонист, помогая другому человеку, согласно пункту (1), не несет гражданской или уголовной ответственности в результате применения опиоидного антагониста.

Определение аутрич работы

(1) «Аутрич работа» означает общественную деятельность, проводимую для установления контакта и предоставления информации отдельным людям или группам населения, подверженным риску заболеваний, передающихся через кровь, в частности тем людям, с которыми нет постоянного контакта и, кто выпадает из сферы услуг и предоставления информации через традиционные каналы здравоохранения.

(2) «Аутрич работники» включают получающих зарплату социальных или медицинских работников или не получающих зарплату волонтеров (в том числе «равных» консультантов) из государственных или негосударственных организаций или учреждений.

(3) Аутрич работниками могут быть лица, имеющие настоящий или прошлый опыт употребления наркотиков, или лица, не имеющие такого опыта, но пользующиеся доверием лиц, употребляющих наркотики.

Так как потребление наркотиков все же происходит в учреждениях уголовно-исполнительной системы, для исключения тяжелых последствий передозировки в тюрьмах, рекомендуется разрешить применение налоксона в случае передозировки равным консультантам и работникам тюрем, и проводить для них тренинги по тому, как использовать этот препарат.

Профилактика и лечение ВИЧ

Рекомендация 21: Новый закон о ВИЧ

Национальная экспертная группа порекомендовала, чтобы депутаты Парламента Азербайджанской Республики, вместе с другими заинтересованными людьми (включая НПО, людей, живущих с ВИЧ и людей, употребляющих наркотики) разработали новый проект *Закона о профилактике ВИЧ*, который должен:

- включать положения о профилактике ВИЧ среди уязвимых групп населения, таких как лица, употребляющие наркотики и заключенные;
- сузить сферу применения обязательного и принудительного тестирования на ВИЧ;
- предусмотреть добровольное тестирование с информированным согласием, а также консультации до и после тестирования; и
- укрепить положения о конфиденциальности.

Рекомендация № 22: Обеспечивать получение информированного согласия для проведения тестирования на ВИЧ

Национальная экспертная группа отметила необходимость включения в законодательство правового положения, четко оговаривающего дачу пациентом согласия на проведение тестирования на ВИЧ. Эта процедура должны отвечать требованиям информированного согласия, и сопровождаться до- и после-тестовым консультированием.

- Детали могут быть оформлены в разных подзаконных актах (например, в постановлении или приказе Министерства здравоохранения), тем не менее, является целесообразным включить в *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа* положение в следующей формулировке:

Любой анализ на ВИЧ или другое заболевание, передающееся через кровь, должен проводиться только при наличии добровольного информированного согласия лица, которому проводится анализ. Информированное согласие должно быть оформлено в письменном виде.

- Рекомендуется отменить приказы Министерства здравоохранения об обязательном тестировании на ВИЧ беременных женщин, лиц, употребляющих наркотики, лиц с ИППП, заключенных и лиц, больных туберкулезом.⁶⁵⁷

Рекомендация 23: Обучение медицинских работников, мониторинг услуг

Национальная экспертная группа рекомендует включить в *Закон об охране здоровья населения* положения, обязывающие Министерство здравоохранения разработать бланки статистической отчетности и механизмы количественной и качественной оценки поставляемых медицинских услуг, ввести информацию о последних достижениях современной науки и практики в учебные планы и практику медицинских институтов, провести мониторинг качества и эффективности медицинских услуг.

Рекомендация 24: Улучшить систему высшего и среднего специального образования и повышения квалификации

Национальная экспертная группа также рекомендует внести изменения в систему профессиональной подготовки специалистов в области психологической помощи, социальной поддержки, снижения вреда, с тем, чтобы уделять больше внимания вопросам прав человека.

Рекомендация 25: Другие права пациентов

Необходимо укрепить положения о правах пациентов – в интересах всех пациентов, а не только ВИЧ-положительных, лиц с ИППП или наркозависимых – путем добавления в закон, подобный *Закону об охране здоровья населения*, конкретных положений, таких как приводятся ниже.⁶⁵⁸

Каждый пациент имеет право:

- а) на полный курс высококачественного лечения и последующий уход, предоставляемые в соответствии с принятой клинической практикой;
- б) на лечение без дискриминации;
- в) на активное участие при определении целей своего лечения;
- г) на активное участие в процессе принятия всех решений, связанных с лечением, включая время и способ начала лечения, а также прекращение лечения;
- д) осуществлять свои права в качестве пациента;
- е) на конфиденциальность медицинских записей и результатов клинических анализов; и
- ж) на полную информированность, включая, но не ограничиваясь, правом получать информацию о:
 - и) состоянии своего здоровья;
 - ii) своих правах и обязательствах в качестве пациента, перечисленных в соответствующем законодательстве;
 - iii) процедуре представления жалоб в отношении полученных медицинских услуг; и
 - iv) стоимости и условиях оплаты, а также возможности медицинского страхования и других доступных льгот и пособий.
- з) На отказ от лечения и тестирования.

⁶⁵⁷ Приказ Министерства здравоохранения № 157 (23 октября 1997).

⁶⁵⁸ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, стр. 18-19.

Тюрьмы

Рекомендация 26: Добровольное лечение наркотической зависимости в тюрьмах, включая ОЗТ

Учитывая высокий показатель распространенности наркотической зависимости среди заключенных, влияние рискованных методов употребления наркотиков на распространение эпидемии ВИЧ и важность обеспечения доступа к медицинским услугам с соблюдением прав человека и с целью содействия наивысшему достижимому уровню здоровья, рекомендуется, чтобы в тюрьмах Азербайджана проводились добровольные программы лечения наркотической зависимости. Так же, как программы ОЗТ доступны за пределами тюрьмы, они должны стать доступными и в тюрьмах, как важный элемент программ по противодействию распространения наркотической зависимости.

Для этого в *Закон о наркологической службе и надзоре* необходимо внести поправки, чтобы создать твердую правовую основу для проведения заместительной терапии в пенитенциарных учреждениях, которая обеспечит защиту и поддержку прав человека пациентов, получающих ОЗТ. Эти поправки должны включать прямую ссылку на предоставление доступа к ОЗТ заключенным с наркотической зависимостью. Такое положение может формулироваться следующим образом (и может быть включено в соответствующее законодательство, например, в *Кодекс об исполнении наказаний*).⁶⁵⁹

Программы опиоидной заместительной терапии в тюрьмах

- (1) Министерство здравоохранения, при поддержке и сотрудничестве Министерства юстиции, должно ввести программы опиоидной заместительной терапии во всех тюрьмах.
- (2) Заключенные, страдающие опиоидной зависимостью должны иметь право на опиоидную заместительную терапию в соответствии с руководящими указаниями по опиоидной заместительной терапии, применяемыми в данном обществе.
- (3) Опиоидная заместительная терапия должна быть доступна на бесплатной основе при заключении в тюрьму и в течение всего срока отбывания наказания.
- (4) Участие в программе опиоидной заместительной терапии не должно ограничиваться только теми заключенными, кто участвовал в такой программе до заключения в тюрьму; все заключенные должны иметь право, если они отвечают соответствующим критериям, на получение опиоидной заместительной терапии в течение всего срока отбывания наказания.
- (5) Участие в программах опиоидной заместительной терапии должно предлагаться на добровольной основе всем заключенным, страдающим зависимостью от опиоидов.
- (6) Опиоидная заместительная терапия может включать ряд подходов, в том числе и поддерживающее лечение.
- (7) Программа должна обеспечить, чтобы персонал, тюремные служащие, высшие должностные лица и ответственные лица, формирующие политику, а также заключенные обладали фактической информацией в отношении опиоидной заместительной терапии.
- (8) В рамках программы должна быть разработана комплексная система планирования выписки заключенных, чей срок отбывания наказания подходит к концу, включая систему направления их в программы опиоидной заместительной терапии за пределами тюрьмы.

⁶⁵⁹ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 5: Тюрьмы, стр. 30-32.

Рекомендация 27: Профилактика ВИЧ в тюрьмах и других местах содержания под стражей

Для укрепления усилий по профилактике ВИЧ в тюрьмах и местах предварительного заключения, поправки в законодательство могут санкционировать введение программ снижения вреда в тюрьмах. Необходимо пересмотреть Правила внутреннего распорядка пенитенциарных учреждений в целях улучшения профилактики ВИЧ среди заключенных, в том числе путем введения мер по обеспечению доступа к дезинфицирующему раствору и стерильным шприцам, а также презервативам, и за счет предоставления информации о рисках передачи ВИЧ при небезопасном сексе или употреблении наркотиков. Из Правил внутреннего распорядка следует исключить положения, запрещающие заключенным хранить иглы и шприцы. Экспертная группа рекомендует включить в статью 12-1 (Право на медицинские услуги) Кодекса об исполнении наказаний положения о свободном доступе к программам по профилактике ВИЧ и к мерам по снижению вреда, доступе к стерильным шприцам и инструментарию для инъекций, презервативам и другим средствам безопасного секса, а также о доступе к информации для обеспечения понимания мер снижения вреда, с применением эффективных методов предоставления информации. Это можно сделать, включив положения, подобные приведенным ниже.⁶⁶⁰

Распространение и хранение презервативов и других средств безопасного секса в тюрьмах

(1) Министерство здравоохранения и Министерство юстиции должны обеспечить анонимный доступ заключенных к презервативам и другим средствам безопасного секса, а также предоставление соответствующей информации о надлежащем применении этих средств и их значимости для профилактики распространения ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передающихся половым путем.

(2) Министерство здравоохранения должно разработать план утилизации использованных презервативов с соблюдением анонимности заключенных, не причиняя вреда здоровью тюремных служащих.

(3) Распространение и хранение презервативов и других средств безопасного секса в тюрьмах, согласно настоящему закону, не должно рассматриваться как преступление или административное правонарушение. Презервативы и другие средства безопасного секса не должны использоваться в качестве доказательства сексуальных отношений в целях наложения административных санкций или осуществления уголовного преследования.

Разрешение программ снижения вреда

(1) Программы снижения вреда должны осуществляться во всех тюрьмах, согласно положениям, изложенным в данном пункте, с целью снижения вреда, связанного с применением опасных практик потребления наркотиков, включая риск распространения ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь.

(2) Для предотвращения распространения болезней, передающихся через кровь, и рисков для здоровья, связанных с инъекционным употреблением наркотиков среди заключенных, Министерство здравоохранения или местные тюремные власти могут разрешить конкретному лицу или организации (включая неправительственные организации) проводить программы снижения вреда, включая меры по предоставлению стерильных шприцев и других сопутствующих материалов заключенным, а также презервативов и других материалов, для снижения риска заражения ВИЧ и другими заболеваниями, передающимися половым путем.

Информация

Персонал программ снижения вреда может предоставлять информацию, включающую, но не ограничивающуюся, следующими пунктами:

- (a) об услугах по лечению наркотической зависимости и других медицинских услугах;
- (b) о средствах защиты против инфекционных болезней, включая болезни, передающиеся через кровь, например, ВИЧ;
- (c) о рисках, связанных с потреблением контролируемых веществ;
- (d) о снижении вреда в отношении принимаемого наркотика, включая безопасные методы инъекций и ингаляций;
- (e) о бесплатной юридической помощи;
- (f) об услугах по трудоустройству и центрах, предоставляющих профессиональное образование; и
- (g) о формах поддержки людей страдающих наркотической зависимостью и членов их семей.

Распространение и хранение стерильных шприцев и сопутствующих материалов

(1) Наделенное полномочиями лицо или организация могут распространять шприцы и другие материалы, применяя один или несколько из перечисленных ниже способов:

- (a) через медсестер или врачей, работающих в тюремном медпункте или в другой секции(-ях) тюрьмы;
- (b) через заключенных, прошедших обучение в качестве добровольных аутрич работников;
- (c) через представителей негосударственных организаций или медицинских специалистов, посещающих тюрьму с этой целью;
- (d) через автоматы, обменивающие использованные шприцы на стерильные, по принципу «один к одному».

(2) По возможности, заключенные должны иметь доступ к стерильным шприцам и сопутствующим материалам без необходимости идентифицировать себя тюремной администрации.

(3) Министерство юстиции, по согласованию с Министерством здравоохранения, должно установить меры по безопасному хранению шприцев заключенными, согласно положениям настоящего закона.

(4) Программа обеспечения стерильными шприцами должна включать меры для поощрения безопасной утилизации шприцев и мониторинга количества выданных и хранящихся на складе шприцев.

(5) Стерильные шприцы и сопутствующие материалы, розданные в рамках программы снижения вреда, должны использоваться только в соответствии с настоящим законом или любыми другими правилами или политикой учреждения, установленной соответствующим органом власти.

(6) Распространение или хранение шприцев и сопутствующих материалов в тюрьмах в соответствии с настоящим законом не должны составлять уголовного преступления или административного правонарушения; эти материалы не должны служить допустимыми доказательствами незаконного потребления наркотиков в уголовном или административном процессе.

Доступность хлорамина как средства дезинфекции

(1) Хлорамин и инструкции по его применению, как дезинфицирующего средства, должны

⁶⁶⁰ См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 5: Тюрьмы, стр. 25-30.

быть доступны, в соответствии с настоящим законом и любыми другими соответствующими положениями или политикой учреждения, согласующимися с настоящим законом.

- (2) Любое такое положение или политика, согласующиеся с подпунктом (1), призваны:
- (a) способствовать участию заключенных и их помощи в распространении хлорамина;
 - (b) обеспечить, чтобы хлорамин был доступен заключенным при сохранении их анонимности; и
 - (c) создать такие условия, чтобы заключенный никогда не сталкивался с необходимостью обращаться к тюремному персоналу для получения хлорамина.

(3) Хлорамин, предоставляемый согласно настоящему закону, должен использоваться только в соответствии с настоящим законом и любыми другими соответствующими положениями или политикой учреждения, согласующимися с настоящим законом.

(4) Предоставление и хранение хлорамина в тюрьмах в соответствии с настоящим законом не должно составлять уголовного преступления или административного правонарушения и не должно служить допустимым доказательством незаконного потребления наркотиков в уголовном или административном процессе.

Рекомендация 28: Предоставлять информацию о ВИЧ в тюрьмах

Национальная экспертная группа рекомендует дополнить статью 71 *Кодекса об исполнении наказаний* (Правила приема заключенных) подпунктом об обязательном информировании заключенных о возможности бесплатного конфиденциального тестирования на ВИЧ. Формулировка может быть следующей:

Информация и просветительские программы в отношении ВИЧ/СПИДа и других болезней, передающихся через кровь и лечение наркотической зависимости в тюрьмах

- (1) В целях предотвращения распространения ВИЧ и других болезней, передающихся через кровь, и для обеспечения лечения наркотической зависимости среди заключенных, Министерство здравоохранения должно разработать и реализовать программы предоставления информации и проведения просветительской работы в каждой тюрьме.
- (2) В ходе разработки просветительских программ Министерство здравоохранения должно использовать такие материалы, которые с наибольшей вероятностью окажутся эффективными в снижении темпов распространения болезней, передающихся через кровь, в тюрьмах во время отбывания наказания и после освобождения, а также предоставлять информацию о лечении, уходе и поддержке.
- (3) Программы, предусмотренные подпунктом (1), могут включать просвещение по принципу «равный-равному» и с привлечением лиц, не связанных с персоналом Министерства юстиции, включая реализацию таких программ местными общественными организациями.
- (4) Материалы должны быть предоставлены заключенным на их родном языке, насколько это возможно, и учитывать образовательный уровень целевой аудитории, а также ее социальные и культурные особенности.

Ответственность Министерства здравоохранения за организацию обучения и просвещения

Министерство здравоохранения несет ответственность за:

- (a) обучения персонала и заключенных на регулярной основе и за то, чтобы такое обучение и тренинги включали информацию о стандартных мерах предосторожности по предотвращению и контролю заболеваний, вопросы личной ответственности в обеспечении собственной защиты и защиты других людей, а также информацию о мерах пост-контактной профилактики;

(b) то, чтобы обучение и просвещение включали также доступные услуги и лечение, и чтобы программы консультаций и просвещения по принципу «равный-равному» включали участие заключенных в качестве консультантов; и

(c) обучение заключенных и тюремного персонала, которые могут иметь контакт с кровью и жидкими компонентами организма, универсальным мерам предосторожности.

Рекомендация 29: Обеспечить женщинам-заключенным доступ к средствам личной гигиены

Национальная экспертная группа также рекомендует внести поправку в статью 93.3 *Кодекса об исполнении наказаний* с требованием о том, чтобы пенитенциарные учреждения обеспечивали для женщин, содержащихся в местах лишения свободы, доступ к необходимым средствам личной гигиены. Формулировка может быть следующей:

С целью улучшения санитарно-гигиенических условий содержания женщин в местах лишения свободы, и для содействия в профилактике ВИЧ среди женщин-заключенных, пенитенциарные учреждения должны обеспечивать женщин, содержащихся в местах лишения свободы, необходимыми средствами личной гигиены.

Рекомендация 30: Обеспечить доступ к лечению для ВИЧ-положительных заключенных

Для обеспечения права на доступ к равным медицинским услугам, органы власти, ответственные за исправительные учреждения, должны обеспечить беспрепятственный доступ к антиретровирусной терапии и другим необходимым медикаментам и методам лечения ВИЧ-положительных заключенных. Очевидно, что для этого необходимо не только внести поправки в законодательство; важным шагом было бы создание ясного правового положения, которое признавало бы права заключенных в этой области. Для этого необходимо внести в *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа* и/или в *Кодекс об исполнении наказаний* следующее положение:⁶⁶¹

Право на равные и соответствующие стандартам медицинские услуги для заключенных

- (1) Тестирование заключенных на ВИЧ проводится только на добровольной основе.
- (2) Заключенный, у которого тест на ВИЧ-инфекцию оказался положительным, имеет право на соответствующие медицинские услуги, консультирование и направление в другие службы поддержки в период нахождения в тюрьме.
- (3) Работники здравоохранения обязаны охранять физическое и психическое здоровье заключенных или задержанных лиц и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, какое обеспечивается лицам, не являющимся заключенными или задержанными.

Хотя рекомендуется, чтобы делалась прямая ссылка на ВИЧ, в идеальном случае такая поправка должна формулироваться более широко и распространяться на необходимые медицинские услуги и медикаменты, выходящие за рамки лечения ВИЧ.

Рекомендация 31: Защищать конфиденциальность информации о состоянии здоровья заключенных

Национальная экспертная группа рекомендует внести поправки в *Кодекс об исполнении наказаний*, в том числе добавить положения об обязанности персонала пенитенциарных учреждений сохранять

⁶⁶¹ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 5: Тюрьмы, стр. 16-17.

в тайне медицинскую информацию о заключенных, включая сведения об их ВИЧ-положительном статусе. В *Кодекс об исполнении наказаний* необходимо внести положение, подобное следующему:

Конфиденциальность

(1) Информация относительно состояния здоровья и лечения заключенных является конфиденциальной; все медицинские процедуры должны проводиться таким образом, чтобы конфиденциальность заключенных была сохранена.

(2) Информация, упомянутая в подпункте (1), должна содержаться в документах, доступных только для медицинского персонала, но не для остального тюремного персонала. На досье, камере или документах заключенного не должно быть никаких пометок, ярлыков, штампов или иных видимых знаков, указывающих на наличие у него ВИЧ-инфекции; допустимы только записи с клинической информацией о пациенте, которые должны находиться в истории болезни, согласно стандартной профессиональной практике.

(3) Информация, содержащаяся в подпункте (1), подлежит раскрытию только:

- (а) с согласия заключенного; или
- (б) при необходимости обеспечения безопасности других заключенных и тюремного персонала;

при соблюдении таких же принципов в отношении раскрытия информации, которые обычно приняты в обществе.

Рекомендация 32: Продолжение лечения ВИЧ после освобождения из тюрьмы

Национальная экспертная группа рекомендует включить в статью 175 *Кодекса об исполнении наказаний* следующий пункт:

После освобождения ВИЧ-положительного заключенного, информация об освобождении должна в конфиденциальном порядке сообщаться в соответствующее медицинское учреждение, где такому лицу должна быть предоставлена любая возможная помощь.

Рекомендация 33: Отменить дискриминацию в отношении ВИЧ-положительных заключенных и заключенных, страдающих наркотической зависимостью

Для отмены дискриминации, которая в настоящее время закреплена в законе, в *Кодекс об исполнении наказаний* следует внести ряд поправок, в частности:

- Отменить запрет на перевод заключенных, которым предписано пройти принудительное лечение наркотической зависимости, в учреждения с лучшими условиями содержания (учреждения менее строгого режима содержания).
- Удалить из статей с 80 по 100 упоминания о ВИЧ-положительном статусе и о факте прерывания полного курса лечения наркотической зависимости или заболевания, передающегося половым путем, как о факторах, ограничивающих право заключенного на перевод и передвижение.
- Несмотря на сообщения о том, что в настоящее время статья 78 не применяется, эта статья, предусматривающая сегрегацию ВИЧ-положительных заключенных, является дискриминационной; ее необходимо исключить.

Рекомендация 34: Лечение туберкулеза в тюрьмах

Национальная экспертная группа подчеркнула важность эффективных программ лечения и профилактики туберкулеза в пенитенциарных учреждениях, и рекомендовала разработать процедуры

для оценки эффективности и строгого контроля над соблюдением государственных стандартов и процедур в области лечения туберкулеза в пенитенциарных учреждениях.

Дискриминация

Как отмечалось выше, законодательство Азербайджана включает положения, в общих чертах запрещающие нарушения равенства людей на основании ВИЧ-положительного статуса. *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа* запрещает «освобождение с места работы, отказ в принятии на работу или в дошкольные либо учебные заведения, а также в медицинские учреждения с целью получения медицинской помощи и ограничение других прав и интересов людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей на основании данного заболевания».⁶⁶² Статья 8 *Закона о предупреждении инвалидности, реабилитации и социальной защите инвалидов* посвящена защите прав, свобод и законных интересов лиц с ограниченными возможностями; в этом законе содержится положение, запрещающее дискриминацию по признаку инвалидности. Но в то же время дискриминация является реальностью, и даже в законе содержатся дискриминационные положения, относящиеся к другим областям. Правовые средства защиты от дискриминации являются важными элементами успешного противодействия маргинализации, которая приобретает разные формы и способствует уязвимости людей к ВИЧ и еще более тяжкому воздействию ВИЧ-инфекции. Азербайджанское законодательство можно разными способами укрепить в этом отношении, чтобы оно соответствовало принципам защиты прав человека. Приведенные ниже рекомендации могут помочь в достижении этой цели.

Рекомендация 35: Устранить требование о тестировании на ВИЧ в сфере занятости и образования

Целесообразно четко признать, что требование прохождения тестирования на ВИЧ как условие для приема на работу или в процессе работы, либо как условие посещения учебного заведения, является неоправданной дискриминацией, которая запрещена законом.⁶⁶³ Законодательная поправка в *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа* должна запрещать такие практики. Это положение может формулироваться следующим образом:

Запрещается дискриминация лица на основе ВИЧ-положительного статуса или диагноза СПИД, включая, но не ограничиваясь, такими сферами как занятость и образование. Незаконной дискриминацией является требование о прохождении тестирования на ВИЧ в качестве условия приема на работу или зачисления в учебное заведение как до начала, так и в процессе работы или учебы.

Рекомендация 36: Ликвидировать дискриминацию в отношении лиц, страдающих наркотической зависимостью, в области занятости и образования

Требование об обследовании на предмет употребления наркотиков до зачисления на работу или в учебное заведение также является неоправданной дискриминацией на основании состояния здоровья. Требование об обследовании на предмет употребления наркотиков во время работы может быть потенциально оправданным в довольно ограниченном числе ситуаций, например, такое обследование должно ограничиваться только лицами, работа которых связана с повышенными требованиями безопасности труда, и только в случаях, когда имеются веские основания подозревать ухудшение состояния здоровья; или выборочные обследования на предмет употребления наркотиков могут проводиться в отношении лиц, вернувшихся на работу после прохождения курса ле-

⁶⁶² *Закон о предотвращении распространения ВИЧ и СПИДа*, статья 10.

⁶⁶³ См., например, UNAIDS/ООНЧР, *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, параграф 149. Подобный анализ следует применять к дискриминации в отношении какого-либо лица на таких основаниях как вирус гепатита В или С или инфекции, передающиеся половым путем. Учитывая пути передачи таких инфекций, многие лица, употребляющие инъекционные наркотики, уязвимы для других заболеваний, передающихся через кровь, таких как гепатит В или С, в дополнение к ВИЧ, и могут встретиться с дискриминацией на этом основании, как наблюдается в других юрисдикциях. При внесении поправок с целью укрепления защиты от дискриминации по признаку ВИЧ-положительного статуса в таких областях как занятость или образование, целесообразно включить также четкие положения о защите от дискриминации по признаку других заболеваний, подобных перечисленным выше.

чения наркотической зависимости. Для устранения неоправданной дискриминации рекомендуется предпринять ряд мер.

Во-первых, рекомендуется внести в закон – возможно, в *Закон о наркологической службе и надзоре* – положение, соответствующее приведенному ниже:⁶⁶⁴

Дискриминация на основе потребления наркотиков

(1) При отсутствии справедливого обоснования, относящегося к данному конкретному случаю, дискриминация лица, родственников или партнеров этого лица, на основании того, что это лицо потребляет или потребляло наркотики, или предполагается, что потребляет или потребляло наркотики, запрещается.

(2) Требование о прохождении обследования на предмет употребления наркотиков как условие зачисления в учебное заведение до начала или в процессе учебы является незаконной дискриминацией.

(3) Требование о прохождении обследования на предмет употребления наркотиков как условие приема на работу является незаконной дискриминацией. Проведение обследования на предмет употребления наркотиков как условие продолжения работы разрешено только для должностей, перечисленных в перечне [соответствующего органа власти], когда ухудшение состояния здоровья во время работы может повлечь значительный риск нанесения вреда конкретному работнику или другим лицам, и когда имеются веские основания подозревать, что употребление наркотика может ухудшить состояние здоровья конкретного работника.

Во-вторых, рекомендуется также пересмотреть перечень 18 профессий, для которых требуется предварительное проведение обследования на предмет употребления наркотиков. Этот перечень определен Решением Кабинета Министров Азербайджана. Рекомендуется начать процесс консультаций с политическими лидерами и изучить опыт других стран в том, что касается моделей законодательства, ограничивающего запреты на профессии по признаку употребления наркотиков только конкретными случаями, определенными законом и основанными на оценке способности каждого отдельного работника выполнять работу.

Рекомендация № 37: Наркотическая зависимость как инвалидность

Согласно анализу национальной группы Азербайджана, законодательство страны содержит позитивное положение, в котором признается, что наркотическая зависимость в некоторых случаях теоретически может рассматриваться как инвалидность (в том числе для получения права на социальные пособия и льготы). Однако, как отмечает национальная экспертная группа, не существует документов, которые бы четко определяли, когда наркотическая зависимость признается по закону инвалидностью. Наличие четкой инструкции в этой области помогло бы решить проблему маргинализации и бедности (некоторых) людей, употребляющих наркотики, и способствовало бы их оздоровлению, в том числе успешному лечению наркотической зависимости и социальной реинтеграции таких людей.

Рекомендация № 38: Уважение и защита семейных отношений

Как отмечается выше, действующий в настоящее время законодательство гласит, что один только ВИЧ-положительный статус может служить основанием для отказа лицу в ходатайстве об усыновлении (удочерении) ребенка; подобным же образом наличие наркотической зависимости (наркомании) может само по себе стать причиной лишения родительских прав (попечения над ребенком) в случаях, связанных с жестоким отношением к ребенку, т.е. возможна дискриминация родителя

просто на основании состояния здоровья, без учета конкретных обстоятельств дела.

Рекомендуются следующие меры:

- В статью 64 *Семейного кодекса* следует внести поправку, проясняющую, что в случаях, связанных с жестоким отношением к ребенку, зависимость от наркотика (или алкоголя) как таковая не должна служить достаточным основанием для лишения родительских прав; такое решение должно быть основано на тщательном изучении всех особенностей и обстоятельств дела.
- Из постановления Правительства, в котором приводится перечень заболеваний, при которых запрещено усыновлять или удочерять детей или осуществлять попечительство над детьми, следует удалить ВИЧ и наркотическую зависимость.

⁶⁶⁴ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 7: Стигма и дискриминация, стр. 13-15.



КАЗАХСТАН
ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И
РЕКОМЕНДАЦИИ

КАЗАХСТАН: ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Казахстан по размерам территории занимает девятое место в мире, его население составляет около 15,6 миллионов человек.⁶⁶⁵ Он граничит с КНР, Кыргызстаном, Туркменистаном, Узбекистаном и Российской Федерацией. В Астане, которая стала столицей Республики с 10 декабря 1997 года, проживает примерно 550 тыс. человек. Государственная власть в Республике Казахстан едина и включает законодательную власть, осуществляемую Парламентом, исполнительную власть, осуществляемую Правительством, которое состоит из центральных органов (министерств, ведомств и агентств) и местных органов (Акиматов), и судебную власть, осуществляемую судами (Верховным судом и местными судами).

На начало 2008 года в стране официально зарегистрировано 9379 лиц с ВИЧ (62 на 100 000 населения, коэффициент распространенности менее 1%). Эпидемия находится в концентрированной стадии и распространяется преимущественно в группах населения высокого риска, прежде всего среди потребителей инъекционных наркотиков и заключенных. Инъекционное потребление наркотиков является движущей силой эпидемии, на долю которой приходится 66% всех случаев заражения.⁶⁶⁶ Практически каждый третий новый случай ВИЧ-инфекции в стране диагностируется в учреждениях пенитенциарной системы. Так в 2007 году, в тюрьмах Казахстана было зарегистрировано 600 новых случаев ВИЧ-инфекции, а распространенность ВИЧ среди заключенных возросла с 1% в 2006 году до 2% в 2007 году.⁶⁶⁷

665 Данные Агентства Республики Казахстан по статистике на март 2008 года, см. www.stat.kz/RU/digital/Pages/default.aspx.

666 ЮНЭЙДС, Восточная Европа и Центральная Азия: 2007. Развитие эпидемии СПИДа: Региональное резюме. [UNAIDS, *Eastern Europe and Central Asia: 2007 AIDS epidemic update: regional summary*] Женева: ЮНЭЙДС, 2008, стр. 7.

667 Отчет по дозорному эпидемиологическому надзору за 2007 г., Республиканский Центр СПИД.

2. НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ И СТРАТЕГИИ

Программа по ВИЧ/СПИДу

В 2000 году Правительством Казахстана была принята *“Концепция Государственной политики по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан”*.⁶⁶⁸ В ней определены приоритетные направления деятельности в области профилактики ВИЧ-инфекции, нацеленные на уязвимые группы населения (потребителей инъекционных наркотиков, секс-работников и мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами). В рамках данной Концепции в 2006 году была принята и реализуется вторая *Государственная Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 гг.*, общий бюджет которой составляет около 7 миллиардов тенге (около 56 миллионов долларов США), при этом 60% расходуется на профилактические мероприятия. Выполнение Программы осуществляет Министерство здравоохранения Республики Казахстан (РК).⁶⁶⁹ Государственной Программой предусмотрены такие меры по профилактике ВИЧ, как обеспечение секс-работников презервативами, реализация программ обмена шприцев, разработка и распространение информационно-образовательных материалов, а также бесплатное тестирование на ВИЧ и ИППП (описываемое одновременно и как анонимное, и как конфиденциальное без четкого разграничения) и лечение в кабинетах при областных и городских центрах по профилактике и борьбе со СПИДом.⁶⁷⁰

Согласно данным на декабрь 2008, в стране действует 22 центра по профилактике и борьбе со СПИДом, включая Республиканский центр, а также областные и городские центры. Эти центры выполняют комплекс профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ. В центральной районной больнице специально назначается врач, в чьи обязанности входит проведение работы по предупреждению распространения ВИЧ, среди населения сельской местности, а также обеспечение своевременной диагностики ВИЧ-инфекции.⁶⁷¹

Для обеспечения участия лиц, живущих с ВИЧ, и представителей гражданского общества в выполнении Государственной Программы по противодействию эпидемии СПИДа, предусмотрено оказание поддержки организациям, работающим в области профилактики ВИЧ, путем реализации государственного социального заказа; международные организации финансируют постоянно действующий форум неправительственных организаций (НПО), работающих по профилактике распространения ВИЧ, а кадровый потенциал НПО усиливается посредством ежегодного обучения специалистов мониторингу и оценке эффективности мероприятий по борьбе со СПИДом.

В рамках механизма получения грантов Глобального фонда по борьбе с СПИДом, туберкулезом и малярией, в 2005 году в Казахстане был создан Страновой Координационный Комитет (СКК). Согласно данным национальной экспертной группы, почти половину состава СКК составляют представители гражданского общества и люди, живущие с ВИЧ.

Программа по контролю наркотиков

Действующая в настоящее время *Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы* была утверждена Указом Президента Республики Казахстан в 2005 году.⁶⁷² Согласно информации, предоставленной национальной экспертной группой, в разработке Стратегии принимали участие и представители неправительственных организаций (НПО). Стратегия предусматривает следующие основные направления деятельности:

668 Постановление Правительства РК № 1808 (5 декабря 2000).

669 *Государственная Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 гг.*, утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан, № 1216 (15 декабря 2006).

670 Данная деятельность осуществляется “дружественными кабинетами” и регламентируется Приказом “Об организации деятельности дружественных кабинетов”, принятом на основе *Государственной Программы по противодействию эпидемии СПИДа в РК на 2006-2010 гг.*, № 295 (29 марта 2006).

671 Приказ “О деятельности центров СПИД”, № 286, Пункт 2 “Организация профилактической работы по ВИЧ/СПИДу в сельской местности”.

672 *Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014*, утверждена Указом Президента Республики Казахстан, № 1678 (29 ноября 2005).

- первичная профилактика наркомании;
- лечение и социальная реабилитация лиц, злоупотребляющих наркотиками;
- пресечение незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- обеспечение эффективного контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, установленного государством.

Государственная Программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2006-2008 гг. была принята в апреле 2006 года в целях реализации первого этапа Стратегии по борьбе с наркоманией.⁶⁷³ Осуществление Программы координировалось Комитетом по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков МВД Республики Казахстан. Согласно данным национальной экспертной группы, Программа основывается на мультисекторальном подходе и предполагает сотрудничество всех заинтересованных сторон, включая НПО. В дополнение к существующей системе наркологической помощи Программа предусматривает осуществление следующих мероприятий: создание единой телефонной консультативной службы для лиц с наркотической зависимостью, обеспечение социально-психологической реабилитации потребителей наркотиков, проходящих курс медицинского лечения.

Национальные эксперты отмечают, что эффективность выполнения мероприятий по реализации Программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом во многом зависит от финансовых средств, выделенных на их осуществление. Эксперты подчеркивают необходимость организовать четкое взаимодействие между правоохранительными органами и другими государственными и неправительственными организациями, работающими в рамках данной Программы. Гарантией такого взаимодействия, по мнению экспертов, может стать принятие общего для Министерства внутренних дел РК, Министерства Юстиции РК и Министерства здравоохранения РК приказа, который бы, с одной стороны, защищал работников программ снижения вреда, а с другой стороны, способствовал вовлечению большего количества лиц, потребляющих наркотики, в программы снижения вреда.

Мнения заинтересованных лиц (результаты опроса, проведенного национальной экспертной группой)

В рамках данного проекта национальными экспертами Казахстана в 2007 году было проведено анкетирование заинтересованных лиц с целью оценки эффективности национальных программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения.⁶⁷⁴ Опрос, во время которого респондентам предлагалось высказать рекомендации по повышению эффективности подобных программ, выявил следующее:

- 50% из числа респондентов ПИН и 52,5% лиц, содержащихся в учреждениях УИС, считают необходимым принять меры к повышению информированности по проблеме ВИЧ среди ПИН и в учреждениях УИС.
- 100% ПИН считают, что необходимо предоставлять услуги по лечению наркотической зависимости и реабилитационные программы для ПИН на условиях полной анонимности, т.к. конфиденциальность предоставления этих услуг в настоящее время практически не соблюдается.
- 75,2% респондентов считают необходимым отменить наркологический учет, т.к. он ведет к ограничениям прав, выражающихся в проблемах с трудоустройством, дискриминации со стороны сотрудников правоохранительных органов, попытках принуждения к сотрудничеству с правоохранительными органами под угрозой привлечения к ответственности за хранение наркотиков.
- 5% заключенных отметили, что продолжали употреблять наркотики в учреждениях УИС и 8,8% указали, что в учреждениях УИС можно получить наркотики. На основании этого данная категория респондентов считает необходимым введение программ снижения вреда (включая опиоидную заместительную терапию) в учреждениях по исполнению наказаний.
- Большинство респондентов считает необходимым совместить программы снижения вре-

673 *Государственная программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2006-2008 годы*, утверждена Постановлением Правительства РК, № 240 (5 апреля 2006).

674 Всего был опрошен 351 человек, из них: 80 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), 67 людей, живущих с ВИЧ, 67 секс-работников, 80 лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС), 53 аутрич-работников, 71 медицинский работник.

да с предоставлением наркологической помощи (лечения наркомании) и стимулированием клиентов к участию в программах медико-социальной реабилитации. Кроме обычного набора услуг (информирования, предоставления шприцев, презервативов и дезинфицирующих средств, тестирования и направления на консультации к врачам специалистам) необходимо обеспечить консультации психологов, психотерапевтов и наркологов.

- Респонденты подчеркнули необходимость введения программ опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) для лиц с опиоидной зависимостью.

- Респонденты отметили необходимость внесения в законодательство Казахстана поправок, запрещающих дискриминацию лиц, живущих с ВИЧ, и лиц, потребляющих наркотики, со стороны представителей всех ведомств и организаций, с которыми им приходится контактировать (медицинских работников, сотрудников правоохранительных органов и др.), и других членов общества. Эти поправки должны предусматривать наказание виновных в дискриминации и стигматизации представителей данных уязвимых групп.

- Лица, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), лица, потребляющие наркотики, и лица, освобождающихся из учреждений УИС нуждаются в социальном обеспечении.

3. ПОЛОЖЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНОГО И УГОЛОВНОГО ПРАВА В ОТНОШЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

В Республике Казахстан принят Закон "О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими" [далее Закон "О наркотических средствах"].⁶⁷⁵ Этот закон устанавливает основные запреты и принципы действий с наркотическими веществами, в то время как Уголовный Кодекс РК и Кодекс РК об административных правонарушениях определяют противоправные деяния и наказание за них. Согласно Спискам, прилагаемым к Закону "О наркотических средствах", размеры наркотических средств и психотропных вещества делятся на "небольшие", "крупные" и "особо крупные".⁶⁷⁶ Данные размеры являются основанием для привлечения к административной либо уголовной ответственности, как описано ниже. Например, деяния, связанные с "крупными" и "особо крупными" размерами наркотического средства без цели сбыта, являются основанием для привлечения лица к уголовной ответственности,⁶⁷⁷ уголовная ответственность за *сбыт* наркотических средств или психотропных веществ наступает независимо от их размера.

В 2008 году в Казахстане произошло ужесточение законодательства в области наркотических веществ.⁶⁷⁸ Законодательство ввело наказания от лишения свободы сроком на 20 лет до пожизненного заключения за некоторые преступления, связанные с наркотиками. В частности, наказание от 20 лет лишения свободы до пожизненного заключения было введено за контрабанду наркотиков (ст. 250.4); незаконное приобретение, перевозку или хранение в целях сбыта, изготовление, переработку либо сбыт наркотиков, если совершено организованной преступной группой, в организациях образования и в отношении заведомо несовершеннолетнего (ст. 259.4); хищение либо вымогательство наркотических средств либо психотропных средств в особо крупном размере (ст. 260.4); склонение к потреблению наркотических веществ, если оно повлекло по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия (ст. 261.4).

Согласно законодательству Казахстана, уголовная и административная ответственность за преступления, связанные с наркотическими средствами, наступает с 16-летнего возраста.

Административная ответственность

Употребление наркотических средств как таковое не запрещено законами Казахстана, однако потребление наркотических средств "в общественных местах" является административным правонарушением согласно Кодексу об административных правонарушениях.⁶⁷⁹ Те же деяния, совершенные повторно в течение года, влекут более крупный штраф.⁶⁸⁰

Кроме того, лицо может быть привлечено к административной ответственности (с наложением штрафа) за уклонение от медицинского обследования и лечения, если оно признано больным наркоманией либо в отношении него имеются "достаточные данные" о том, что оно употребляет наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача.⁶⁸¹

Кодекс об административных правонарушениях Казахстана признает следующие деяния административными правонарушениями, влекущими наложение штрафа:

675 Закон РК "О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими", № 279-І (10 июля 1998).

676 См. в Приложении 1 Таблица 2 Пороговые количества некоторых контролируемых психоактивных веществ, хранение которых ведет к уголовной или административной ответственности. В рамках Закона РК "О наркотических средствах" в Казахстане установлены достаточно низкие пределы "небольших" (например, <0,01г героина), "крупных" (например, 0,01-1г героина) и "особо крупных" размеров наркотических средств (например, >1г героина). Фактически, установленные в Казахстане стандарты размеров являются самыми строгими в Центральной Азии.

677 Уголовный Кодекс Республики Казахстан, № 167-І (16 июля 1997).

678 Закон Республики Казахстан "О внесении изменений и дополнений в Уголовный, Уголовно-процессуальный кодексы Республики Казахстан и Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях по вопросам усиления ответственности в сфере незаконного оборота наркотиков", № 50-ІV ЗРК (27 июня 2008).

679 Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях, №155-ІІ (30 января 2001), Статья 336-2. Административная ответственность согласно законодательству РК наступает с 16-летнего возраста.

680 Там же.

681 Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях, Статья 326.

- принятие мер к уничтожению дикорастущей конопли (Статья 318);
- принятие мер к обеспечению охраны наркосодержащих посевов (Статья 319);
- принятие мер к пресечению сбыта и (или) немедицинского потребления наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (должностным лицом и (или) владельцем развлекательного заведения) (Статья 319-1);
- незаконное изготовление, приобретение или хранение наркотических средств *без цели их сбыта*, "не имеющие признаков уголовно наказуемого деяния" (т.е. в "малых" размерах) (Статья 320);
- пропаганда и незаконная реклама наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (Статья 321).

Уголовная ответственность

Уголовным Кодексом Республики Казахстан запрещены следующие деяния:

- Вовлечение несовершеннолетнего в употребление наркотических веществ, наказывается привлечением к общественным работам на срок от 180 до 240 часов, либо исправительными работами от одного года до двух лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы до трех лет (Статья 132).
- Незаконное приобретение, перевозка или хранение наркотических средств или психотропных веществ *без цели сбыта* в "крупном" размере, – наказываются штрафом, либо привлечением к общественным работам на срок до 240 часов, либо исправительными работами до двух лет, либо лишением свободы до трех лет (Статья 259.1).
- Незаконное приобретение, перевозка или хранение наркотических средств или психотропных веществ *без цели сбыта* в "особо крупном" размере, – наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет с конфискацией имущества (Статья 259.1-1).
- Незаконное приобретение, перевозка или хранение *в целях сбыта*, изготовление, переработка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ, – наказываются лишением свободы на срок от пяти до десяти лет с конфискацией имущества (Статья 259.2). Те же деяния в отношении наркотических средств или психотропных веществ "крупном" размере, – наказываются лишением свободы на срок от шести до двенадцати лет с конфискацией имущества (Статья 259.2-1).
- Незаконное приобретение, перевозка или хранение *в целях сбыта*, изготовление, переработка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ, совершенные группой лиц, неоднократно, в "особо крупном" размере или должностным лицом с использованием служебного положения, – наказываются лишением свободы на срок от десяти до пятнадцати лет с конфискацией имущества (Статья 259.3). Те же деяния, совершенные организованной группой или преступным сообществом, в организации образования или в отношении несовершеннолетнего, – наказываются лишением свободы на срок от пятнадцати до двадцати лет с конфискацией имущества либо пожизненным лишением свободы с конфискацией имущества (Статья 259.4).
- Культивирование запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества, – наказывается штрафом либо лишением свободы на срок до двух лет. Те же деяния, совершенные группой лиц, неоднократно или в крупном размере, – наказываются лишением свободы на срок от трех до восьми лет (Статья 262).
- Организация или содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ, или предоставление помещений для тех же целей, – наказываются лишением свободы на срок от трех до семи лет с конфискацией имущества (Статья 264). Те же деяния, совершенные лицом с использованием своего служебного положения, неоднократно или организованной группой, – наказываются лишением свободы на срок от семи до двенадцати лет с конфискацией имущества (Статья 264).
- Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ, – наказывается ограничением свободы⁶⁸² на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до четырех лет. Если склонение к потреблению повлекло по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия наказывается лишением

682 В соответствии со Статьей 45 Уголовного Кодекса РК "ограничение свободы" состоит в наложении на лицо определенных обязанностей, ограничивающих его свободу, и отбывается по месту его жительства под надзором специализированного органа без изоляции от общества сроком от одного года до пяти лет. В соответствии со Статьей 46 Уголовного Кодекса РК "арест" состоит в содержании лица в условиях строгой изоляции от общества на протяжении всего срока назначенного наказания и устанавливается на срок от одного до шести месяцев.

ем свободы на срок от 15 до 20 лет, либо пожизненным лишением свободы с конфискацией имущества (Статья 261).

- Нарушение правил производства, изготовления, переработки, приобретения, хранения, учета, отпуска, перевозки, ввоза, вывоза, пересылки либо уничтожения наркотических средств, если это деяние совершено лицом, в обязанности которого входит соблюдение указанных правил, – наказывается штрафом либо исправительными работами на срок до одного года, либо лишением свободы на срок до одного года (Статья 265).

Совершение преступления в состоянии наркотического опьянения является отягчающим обстоятельством, но суд вправе, в зависимости от характера преступления, не признать это обстоятельство таковым.⁶⁸³

Программы предоставления стерильных игл и шприцев: вопросы права

В соответствии с законодательством Казахстана хранение инструментария, используемого для употребления наркотиков (шприцев, дезинфицирующих средств и тому подобного), не является наказуемым деянием. Однако существуют опасения, что организации, занимающиеся предоставлением услуг по снижению вреда, и их сотрудники (например, аутрич-работники), не защищены от привлечения к ответственности за свою работу, призванную обеспечить возможность лицам, потребляющим наркотики, делать это с наименьшим вредом для их здоровья, в том числе и снижая риск их заражения ВИЧ. В частности, рекомендуется четко определить в законодательстве, что деятельность работников, осуществляющих программы предоставления шприцев, не подходит ни под определение "пропаганды и незаконного рекламирования наркотических средств" Закона "О наркотических средствах" (Статья 24) и Кодекса об административных правонарушениях (Статья 321), ни под определение "склонения к употреблению наркотических средств" Уголовного Кодекса (Статья 261), как было описано выше.

Принудительное освидетельствование на наркотики

Принудительное медицинское обследование и освидетельствование на наличие наркотиков в организме может проводиться либо (1) в связи с занятием определенным видом профессиональной деятельности,⁶⁸⁴ либо (2) в случаях потребления наркотических веществ в общественных местах, что является правонарушением.⁶⁸⁵ Согласно приказу Министерства здравоохранения РК, принудительное освидетельствование проводится в отношении лиц, пребывающих в состоянии опьянения "в общественных местах, на работе и других местах".⁶⁸⁶ Право направления лица на медицинскую экспертизу имеют инспекторы, осуществляющие надзор за безопасностью движения, участковые инспекторы и другие сотрудники органов внутренних дел, а также должностные лица предприятия или организации, являющихся местом работы освидетельствуемого. Проведение медицинского освидетельствования осуществляется в специализированных кабинетах наркологических учреждений психиатрами-наркологами или специально подготовленными врачами других специальностей врачами наркологами.⁶⁸⁷

Несмотря на то, что согласно законодательству, употребление наркотических средств или состояние наркотического опьянения *сами по себе* не являются правонарушениями,⁶⁸⁸ в соответствии с Кодексом об административных правонарушениях (Статья 326) к административной ответственности в виде наложения штрафа могут быть привлечены лица за "уклонение от медицинского обследования и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, либо в отношении которых имеются "достаточные данные" о том, что они употребляют наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача". Фактически, законодательство

683 Уголовный Кодекс Республики Казахстан, Статья 54.

684 Например, для водителей транспортных средств и судоводителей маломерных судов: "Правила направления для освидетельствования на состояние опьянения и оформления его результатов", утверждены Постановлением Правительства РК № 528 (4 июня 2003), Пункт 1.

685 Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях, Статья 336-2.

686 "Инструкция по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения", утверждена Приказом Минздрава РК № 446 (11 июня 2003).

687 Указ Президента РК, вводящий в силу Закон «Об органах внутренних дел Республики Казахстан», и Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях.

688 Как отмечалось выше, в соответствии с Кодексом об административных правонарушениях, лицо может быть привлечено к административной ответственности за управление транспортом в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (Статья 629) и за потребление наркотиком "в общественных местах" (Статья 336-2).

Казахстана дает сотрудникам органов внутренних дел широкие полномочия по применению принудительного освидетельствованию на наркотики многих категорий граждан.

Согласно Закону “О наркотических средствах”, лицо, в отношении которого в органы внутренних дел, органы здравоохранения или иные уполномоченные органы РК поступила информация от организаций или отдельных граждан о том, что оно незаконно потребляет наркотические средства или психотропные вещества, либо находится в состоянии наркотического опьянения, подлежит медицинскому освидетельствованию. Факт незаконного потребления наркотиков устанавливается на основании показаний свидетелей, признаков состояния наркотического опьянения и результатов медицинского освидетельствования.⁶⁸⁹

Такие широкие положения законодательства, предусматривающие принудительное освидетельствование, дают сотрудникам правоохранительных органов широкие полномочия, и представляет собой пример не только нерационального использования имеющихся ресурсов, но и неоправданного нарушения прав человека. Так, направление лица, не совершившего никакого незаконного деяния, на принудительное освидетельствование на наркотики является нарушением прав человека на свободу, личную неприкосновенность и тайну частной жизни, а также его права на защиту от произвольного медицинского вмешательства. Если результаты принудительного медицинского освидетельствования используются в целях уголовного или административного преследования, нарушается и право лица не давать показания против самого себя.⁶⁹⁰ В качестве единственного достаточного основания нарушения государством прав человека, может быть признано вмешательство для предотвращения причинения человеком серьезного вреда себе или окружающим; простое потребление алкоголя или наркотиков, как таковое, никоим образом не подходит под это определение.

Другие уязвимые группы: вопросы уголовного и административного права

Секс работа

Проституция не считается административным или уголовным правонарушением в Казахстане, что заслуживает одобрения. Вовлечение в занятия проституцией путем применения насилия, использования зависимого положения, шантажа⁶⁹¹, организация или содержание притонов для занятия проституцией и сводничество⁶⁹² являются преступлениями, которые наказываются штрафами, или лишением свободы до трех лет. Если организация и содержание притонов для занятия проституцией и сводничество совершены организованной группой, или лицом, ранее судимым за это преступление или за вовлечение в занятие проституцией, накладывается более строгое наказание (лишение свободы до пяти лет).⁶⁹³ Эта позиция, принятая Казахстанским законодательством, в большей степени, чем в соседних странах региона (за исключением Кыргызстана), основана на международных стандартах прав человека, и разработана с учетом лучших мировых практик.

Постановка в опасность заражения и заражение ВИЧ и ИППП:

Статьи 115 и 116 Уголовного Кодекса Казахстана предусматривают уголовную ответственность за:

- Заражение венерической болезнью другого лица, повлекшее тяжкие последствия, а равно заражение двух и более лиц либо заведомо несовершеннолетнего, лицом, знавшим о наличии у него этой болезни – наказывается штрафом либо лишением свободы на срок до двух лет.⁶⁹⁴
- Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ- наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до одного года.
- Заражение другого лица ВИЧ, знавшим о наличии у него этой болезни, — наказывается лишением свободы на срок от двух до пяти лет. То же деяние, совершенное в отношении

689 Закон Республики Казахстан “О наркотических средствах”, Статьи 32-33.

690 *Международный пакт о гражданских и политических правах*, Генеральная Ассамблея ООН, 999 UNTS 171, 1966. Статьи 7, 9, 14, 17.

691 Уголовный кодекс, Статья 270.

692 Там же, Статья 271.

693 Там же.

694 Уголовный кодекс, Статья 115.

двух и более лиц или несовершеннолетнего, наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.

- Заражение другого лица ВИЧ вследствие ненадлежащего выполнения медицинским работником, или работником организации бытового или иного обслуживания своих профессиональных обязанностей — наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.⁶⁹⁵

Выделение постановления в опасность заражения и непреднамеренное заражение ИППП и ВИЧ, в отдельные уголовные преступления, противоречит международным рекомендациям, так как стигматизирует людей живущих с ВИЧ, и людей, уязвимых перед ВИЧ, и создает дополнительные причины избегать тестирования на ВИЧ и ИППП, и дополнительные барьеры к доступу к медицинским услугам. Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека рекомендуют отказаться от подобного подхода: уголовное право не должно содержать специфических положений о постановке в опасность заражения и заражении ВИЧ.⁶⁹⁶

695 Уголовный кодекс, Статья 116.

696 ЮНЭЙДС и Офис Верховного Комиссара по правам человека, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Принцип 4, параграф 21 (а); UNAIDS, *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission* (2008).

4. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Согласно Конституции Республики Казахстан граждане РК вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом.⁶⁹⁷ Это конституционное положение было дополнено Законом РК *“О системе здравоохранения”*,⁶⁹⁸ согласно которому, к основным принципам государственной политики в области здравоохранения относятся:

- доступность медицинской помощи населению независимо от социального и имущественного положения;
- социальная справедливость и равенство граждан в получении медицинской помощи; и
- ответственность государственных органов за создание условий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья граждан.

Основными задачами государственной политики в области здравоохранения признаны обеспечение граждан Республики Казахстан *“гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи”*, а также организация и проведение мер по охране здоровья социально уязвимых слоев населения. Граждане также могут получить платную медицинскую помощь и пользоваться услугами добровольного медицинского страхования. Специализированная медицинская помощь оказывается только гражданам РК по месту фактического жительства на основе представления ими документов, удостоверяющих личность. Лицам без гражданства и иностранцам бесплатно оказывается только скорая медицинская помощь.⁶⁹⁹

Согласно законодательству РК *“гарантированный объем бесплатной медицинской помощи”* включает:

- первичную медико-санитарную помощь населению;
- скорую и неотложную медицинскую помощь;
- стационарную медицинскую помощь по направлению специалистов первичной медико-санитарной помощи; и
- медицинскую помощь лицам, страдающим *“социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих”*.⁷⁰⁰

4А. ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Доступ к медицинским услугам для лиц, страдающих наркотической зависимостью, осуществляется на бесплатной основе, так как *“наркологические заболевания”* отнесены к категории *“социально-значимых заболеваний”*.⁷⁰¹

В РК нет единого нормативного акта о лечении наркотической зависимости. Нормы проведения медико-социальной реабилитации изложены в Законе *“О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией”*.⁷⁰² Положения, регламентирующие принудительное лечение, детально изложены в Законе РК, *“О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией”*.⁷⁰³ Закон *“О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими”*⁷⁰⁴ содержит положения, регулирующие выявление, освидетельствование, лечение, и реабилитацию лиц с наркотической зависимостью.

697 Конституция Республики Казахстан (30 мая 1995), Статья 29.

698 Закон РК *“О системе здравоохранения”*, № 430-2 (4 июня 2003), Статья 3; и Закон РК *“Об охране здоровья граждан”*, № 170-III (7 июля 2006), Статья 3.

699 Закон РК *“О системе здравоохранения”*, № 430-2 (4 июня 2003).

700 Там же, Статья 20 *“Медицинская помощь”*.

701 *“Перечень социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих”*, утвержден Постановлением Правительства РК, № 468 (30 марта 2000), Пункт 14.

702 Закон РК *“О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией”*, № 325-II (27 мая 2002)..

703 Закон *“О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией”*, № 2184 (7 апреля 1995)..

704 Закон РК *“О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими”*, № 279-1 (10 июля 1998). Глава 3 *“Оказание медико-социальной помощи больным наркоманией и токсикоманией”*, Статьи 32-37.

Лечение наркотической зависимости в Казахстане подразумевает проведение медикаментозной терапии абстинентного синдрома, включая детоксикацию и комплексную психотерапию.⁷⁰⁵ Лечение наркотической зависимости может быть амбулаторным и стационарным,⁷⁰⁶ и может осуществляться любыми медицинскими организациями, имеющими лицензию на этот вид деятельности, независимо от форм собственности.

Стандарты диагностирования и лечения наркотической зависимости детально описаны в протоколах диагностики и лечения, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РК.⁷⁰⁷ Эти протоколы, кроме прочего, предусматривают медико-социальную реабилитацию в условиях наркологического стационарного реабилитационного отделения. Согласно информации, предоставленной экспертами, протоколов, регламентирующих последующую амбулаторную реабилитацию и уход, равно как и практик подобной реабилитации и ухода не существует.

Опиоидная заместительная терапия

Казахстан совсем недавно начал внедрять программы опиоидной заместительной терапии (ОЗТ). Программы ОЗТ закреплены в национальной программе по ВИЧ и других документах с 2004 года, два пилотных проекта, охватывающие 50 человек стартовали в ноябре 2008 года. Согласно государственным инструкциям по внедрению программ ОЗТ, рекомендуется сосредоточить внимание, в первую очередь, на лицах, живущих с ВИЧ, и использовать ОЗТ как способ формирования приверженности антиретровирусной терапии.⁷⁰⁸

В сентябре 2004 года Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом заключил контракт с индийской фирмой-производителем метадона «Русан Фарма» на сумму 52 704 долларов США, при этом выплата на 2008 год составила 10 540 долларов США.

На совещании 26 сентября 2005 года под председательством Министра здравоохранения РК было принято решение о внедрении пилотного проекта ОЗТ для 50 потребителей наркотиков, живущих с ВИЧ. В декабре 2005 года Министром здравоохранения РК был подписан Приказ *“О внедрении заместительной терапии”*, в соответствии с которым в течение 2006 года было предусмотрено внедрение пилотного проекта ОЗТ для 50 лиц с героиновой зависимостью, живущих с ВИЧ, в городах Павлодаре и Караганде (по 25 ПИН в каждом).⁷⁰⁹ 13 марта 2006 года Министерством здравоохранения РК утверждены Методические рекомендации *“Применение метадона в наркологической практике и программах снижения вреда от незаконного потребления наркотиков”*. В октябре 2006 года подписано постановление Правительства Республики Казахстан, в котором утверждена государственная квота на метадон на 2006 год.⁷¹⁰ В 2006-2008 гг. были предприняты дополнительные шаги для обеспечения ввоза метадона в страну, и в ноябре 2008 были запущены два пилотных проекта в Павлодаре и Темиртау (по 25 человек в каждом).⁷¹¹

705 Приказ Министерства здравоохранения РК *“Об утверждении Правил направления лиц, больных наркоманией, условиях содержания и объеме помощи больным, страдающим наркоманией, в центрах (отделениях) медико-социальной реабилитации”*, № 638 (18 августа 2004).

706 Приказ Министерства здравоохранения РК *“Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах, центрах, отделениях)”*, № 637 (18 августа 2004).

707 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан, № 655 (30 декабря 2005).

708 Приказ Министра здравоохранения РК № 150 (12 февраля 2004), Пункт 1.5. *“Заместительная терапия метадонном в структуре помощи ВИЧ-инфицированным”*: *“Учреждения, которые имеют или планируют получить право проводить заместительную терапию метадонном, должны организовать на своей базе лечение ВИЧ-инфекции и выдачу соответствующих препаратов своим пациентам. При таком подходе достигается максимальный уровень контроля над антиретровирусной терапией (АРТ), необходимый для повышения ее эффективности и сокращения риска появления устойчивых штаммов ВИЧ. Кроме того, территориальное совмещение служб, оказывающих наркологическую помощь и АРТ, облегчает коррекцию режима лечения, необходимую при взаимодействии метадона и АРВ препаратов”*.

709 Приказ Министерства здравоохранения РК *“О внедрении заместительной терапии”*, № 609 (8 декабря 2005).

710 Постановление Правительства РК *“О дополнительной норме потребности РК в наркотическом средстве на 2006 год”*, № 966 (9 октября 2006).

711 Согласно данным национальной экспертной группы, история внедрения программ ОЗТ в Казахстане такова: 29 декабря 2006 года Постановлением Правительства была утверждена государственная квота на метадон на 2006 год, которая была подана в Международный Комитет по контролю над наркотиками (INCB): Постановление Правительства РК № 1328 *“О внесении изменений в постановление Правительства РК от 3 августа 2006 года № 735”*. 17 октября 2007 года было подписано Постановление Правительства № 960 *“О нормах потребностей РК в наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах на 2008”*, где прописывалась квота на метадон на 2008 год. В соответствии с законодательством РК в случае, если наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры по утвержденной государственной квоте не были ввезены до конца года, на который они предусмотрены, квота на следующий год является недействительной. В связи с тем, что постановления о норме потребности и государственной квоте на метадон, которые являются основанием для его завоза, были подписаны только в конце 2006 года, основной получатель не успел провести работу по завозу препарата, так как для этого была необходима регистрация метадона, либо разрешение на разовый ввоз, оформление которых по положению длится от 6 до 9 месяцев. На конец 2008 года учреждения здравоохранения Павлодара и Темиртау были готовы к запуску проектов, и после получения метадона по квоте 2008 года, два пилотных проекта стартовали в ноябре 2008 года.

Реализация программ ОЗТ не требует в рамках законодательства Казахстана специального лицензирования, т.к. подпадает под понятие "амбулаторная или стационарная наркологическая помощь". Учреждения здравоохранения обязаны получить лицензию на право работы с наркотическими лекарственными средствами, разрешенными к употреблению под контролем. Такая лицензия выдается Комитетом фармации, фармацевтической и медицинской промышленности Министерства здравоохранения РК и утверждается Комитетом по борьбе с наркобизнесом МВД РК.

ОЗТ зарекомендовала себя как эффективное средство лечения от наркотической зависимости. Многочисленные данные доказывают, что программы ОЗТ способствуют снижению распространения ВИЧ среди лиц, потребляющих нелегальные опиаты, улучшают качество жизни пациентов и снижают потребление нелегальных наркотиков и уровень преступности.⁷¹² После оценки Казахстаном эффективности пилотных проектов, рекомендуется рассмотреть возможность скорейшего расширения охвата пациентов данным видом лечения и внедрения подобных программ в учреждениях УИС.

Наркологический учёт

Как во всех странах-участницах проекта, в Казахстане существует практика постановки на учёт лиц с наркотической зависимостью.⁷¹³ Постановку на учёт проводит врач-нарколог после диагностирования психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением наркотиков. Регистрационная база создаётся при региональных наркологических диспансерах. К базе данных в полном объеме имеют доступ врачи-наркологи и средний медицинский персонал, ведущий учёт и организующий вызов больных на прием. Снятие с наркологического учета осуществляется при условии ремиссии в течение 5 лет.

Количество людей, поставленных на учёт, сообщается региональным управлениям Комитета по правовой статистике и специальным учётам Генеральной прокуратуры РК. Наркологические диспансеры обязаны предоставлять статистические сведения о лицах, состоящих на учете, по требованию Генеральной прокуратуры РК.⁷¹⁴ Постановка на наркологический учёт влечет некоторые ограничения на занятия определенными видами трудовой деятельности и вожделение транспорта. Некоторых работодатели требуют от потенциальных или действительных работников предоставления сертификатов о том, что те не состоят на наркологическом учете (что будет изложено ниже в части "Дискриминация").⁷¹⁵

Приведенные ниже данные опроса, лиц, потребляющих инъекционные наркотики, проведенного в 2006 году, показывают, что постановка на наркологический учёт является главным фактором, отталкивающим потребителей наркотиков от лечения наркотической зависимости и получения медицинской помощи другого рода (и, как следствие, подрывающим эффективность усилий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди уязвимых слоёв населения).

«Спрос на лечение наркомании»: результаты исследования наркотической зависимости в Казахстане (2006 г.)

В феврале-апреле 2006 г., Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании г. Павлодара при содействии Регионального представительства Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) в Центральной Азии было проведено исследование определенных аспектов проблемы наркотической зависимости в Казахстане.

712 Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС: *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*, Женева 2004.

713 Приказ Министерства здравоохранения РК "Об утверждении Правил направления лиц, больных наркоманией, условиях содержания и объеме помощи больным, страдающим наркоманией, в центрах (отделениях) медико-социальной реабилитации", № 638 (18 августа 2004).

714 Закон РК "О прокуратуре", № 2709 (21 декабря 1995).

715 Приказ МЗ РК "Об утверждении Правил направления лиц, больных наркоманией, условиях содержания и объеме помощи больным, страдающим наркоманией, в центрах (отделениях) медико-социальной реабилитации", № 638 (18 августа 2004); Пункты 6, 9. Постановление Правительства РК "Об утверждении перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источниками повышенной опасности", № 668 (18 июня 2002); Пункты 12.4, 13. Приказ МЗ РК "Инструкция по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, подвергающихся воздействию вредных, опасных и неблагоприятных производственных факторов и определению профессиональной пригодности", № 243 (12 марта 2004).

Исследованием были охвачены 1200 респондентов (потребителей опиоидов) в 6 регионах страны. В ходе исследования выяснилось, что 46,4% респондентов хотели когда-то получить лечение, но не смогли. Основными причинами невозможности получения лечения респонденты называли:

- боязнь быть поставленным на учет (55,5%)
- недоверие к государственным лечебно-профилактическим учреждениям (26,5%)
- отсутствие средств для оплаты лечения (33,8%)
- отсутствие свободных мест в лечебно-профилактических учреждениях (27,9%)
- не нравится лечебный режим (27,7%)
- нет информации о возможности лечения (16,1%)
- нет соответствующего лечебно-профилактического учреждения в регионе (4,7%)
- не нравится персонал (4%)
- другое (в основном – "не нуждаюсь в лечении") (7,1%).

Проблемы со здоровьем из-за потребления наркотиков средств отметил 61,5% респондентов:

- 32,2% респондентов знают о наличии у себя гепатита В
- 14,3% респондентов знают о наличии у себя гепатита С
- 3,3% респондентов знают о наличии у себя ВИЧ
- 8,5% респондентов знают, что когда-либо имели ИППП

Принудительное лечение наркотической зависимости

В соответствии с действующим законодательством Казахстана, лицо может быть направлено на принудительное лечение от наркотической зависимости в ряде случаев.⁷¹⁶

Во-первых, решение о направлении лиц с наркотической зависимостью на принудительное лечение в учреждениях здравоохранения может быть принято судом на основании инициативы родственников больного, органов внутренних дел, прокуратуры, общественных организаций и органов опеки при наличии медицинского заключения о наличии наркотической зависимости. Вопрос о направлении на принудительное лечение рассматривается судом на открытом судебном заседании с участием самого лица, которому может быть предписано подобное лечение.

Во-вторых, в случае совершения лицом, признанным больным наркоманией и уклоняющимся от добровольного лечения, административного правонарушения, нарушающего права других физических лиц либо общественный порядок, суд, наряду с административным взысканием, может назначить *принудительное лечение*, либо в специализированных учреждениях для принудительного наркологического лечения, или в специальных отделениях принудительного лечения обычных наркологических диспансеров. Срок принудительного лечения определяется с учетом рекомендаций специалистов-наркологов, но не может превышать двух лет.⁷¹⁷

В-третьих, на основании заключения судебно-наркологической экспертизы, лица, зависимые от наркотиков, осужденные к лишению свободы, получают лечение в местах лишения свободы⁷¹⁸. В настоящее время, законодательством Казахстана не предусмотрено применение лечения от наркотической зависимости в качестве *альтернативы* лишению свободы. В этом отношении, в законодательстве Казахстана в полной мере не реализуются возможности, предусматриваемые международными конвенциями по контролю над наркотиками, в соответствии с которыми, страны-участницы могут включать в своё законодательство применение *мер, альтернативных осуждению и заключению в тюрьму, за преступления, связанные с наркотиками, в том числе и такую меру как лечение*.⁷¹⁹

716 Осуществление принудительного лечения от наркотической зависимости регламентируется следующими документами: Закон "О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией", 7 апреля 1995 года № 2184; Приказ МЗ РК "О мерах по обеспечению принудительного лечения и медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, уклоняющихся от добровольного лечения", № 323 (28 июля 1995).

717 Кодекс об административных правонарушениях, Статья 59.

718 Закон РК "О наркотических средствах", Статья 34.

719 Единая конвенция о наркотических средствах, 1961, ООН, 520 UNTS 331, с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года, Статья 36(2); Конвенция о психотропных веществах, 1971, ООН, 1019 UNTS 175, Статья 22; Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988, Статья 3(4).

Если законодательство Казахстана в целом соответствует мировым стандартам, то положения о принудительном лечении выпадают из этой категории, в связи чем их рекомендуется отменить, и принять альтернативные меры. Например, в качестве альтернативы социальной изоляции потребителей наркотиков, совершивших административно наказуемые деяния и нетяжкие уголовные преступления, эксперты считают возможным использование лечения в добровольных отделениях медико-социальной реабилитации. Такое лечение может осуществляться под контролем органов МВД или УИС по аналогии с контролем за условно освобожденными лицами. Лица с наркотической зависимостью, совершившие более тяжкие преступления или совершившие административные правонарушения и нетяжкие уголовные преступления, но уклоняющиеся от лечения, как альтернативы наказанию, должны быть осуждены к лишению свободы. При этом эксперты отметили, что в УИС Республики Казахстан должны быть организованы полноценные программы медико-социальной реабилитации (по примеру программы "Атлантис" в Кыргызстане и Польше) (см. ниже "Рекомендации по реформированию законодательства и политики").

4В. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Законом Казахстана по СПИДу предусмотрены мероприятия по профилактике распространения ВИЧ, включая обеспечение доступа к информации по мерам защиты от заражения ВИЧ и вовлечение неправительственных организаций в данную деятельность.⁷²⁰ В нём также предусмотрены положения, предписывающие разработку и принятие целевых профилактических мер по борьбе с ВИЧ для различных групп населения.⁷²¹

Профилактика ВИЧ-инфекции и услуги в здравоохранения для лиц, потребляющих наркотики

На сегодняшний день, в Республике Казахстан принимаются различные меры, направленные на снижение вреда, включающие образовательно-просветительские работы и программы обмена игл и шприцев. *Государственной Программой по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010 годы*⁷²² снижение вреда определяется как одно из ключевых направлений деятельности. Программа предусматривает распространение среди уязвимых групп качественных презервативов, информационно-образовательных материалов, реализации программ обмена шприцев, обеспечение доступа к конфиденциальному и анонимному лечению ИППП в 'дружественных кабинетах' при областных и городских центрах СПИД. В настоящее время, по свидетельству экспертов, в РК функционирует 26 'дружественных кабинетов'. Глобальный Фонд финансирует распространение информационных материалов, презервативов и стерильных шприцев.

Законодательством Казахстана также предусмотрено создание "пунктов доверия" и служб "анонимного" консультирования и тестирования на ВИЧ, а также юридической и медицинской консультаций. Пункты доверия создаются с целью снижения темпов распространения ВИЧ-инфекции и других инфекций, передаваемых через кровь, среди потребителей инъекционных наркотиков. Пункты доверия являются структурными подразделениями центров по профилактике и борьбе со СПИДом и других учреждений здравоохранения, а руководство их работой осуществляется руководителями данных медицинских учреждений.⁷²³ Финансирование пунктов доверия осуществляется за счет средств Глобального Фонда, а также республиканского и региональных бюджетов Казахстана. В соответствии с положениями закона, пункты доверия должны быть расположены в местах наибольшей концентрации потребителей инъекционных наркотиков и могут быть передвижными. Они предоставляют бесплатные услуги на принципах добровольности, конфиденциальности и анонимности, к работе пунктов доверия привлекаются дерматовенерологи, наркологи, терапевты и фтизиатры. Пункты доверия должны быть обеспечены телефонной связью и занимать не менее двух комнат, одна из которых предназначается для обмена шприцев, другая – для проведения психосоциального консультирования и консультаций специалистов. В пунктах доверия предусмотрен учет клиентов, конфиденциальность обеспечивается за счет системы кодирования клиентов.⁷²⁴

720 Закон РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД", № 176-ХІІІ (5 октября 1994); Статья 2-5, Пункты 2, 4.

721 Там же, Статья 2-5, Пункт 3.

722 Программа утверждена Постановлением Правительства РК № 1216 (15 декабря 2006).

723 Приказ МЗ РК "Об организации деятельности пунктов доверия" №228 (9 марта 2004); Пункты 3, 4.

724 Там же.

К работе по профилактике ВИЧ в пункты доверия в качестве волонтеров (аутрич-работников) привлекаются люди с личным опытом употребления наркотических средств, а также люди, живущие с ВИЧ. Волонтеры отбираются для участия в программах профилактики ВИЧ-инфекции руководителем организации, в которой они работают, на него же возлагается ответственность за подготовку волонтеров и координацию их деятельности при содействии специалистов территориального центра борьбы со СПИДом. По данным за 2006 год, около 70% лиц, работающих волонтерами, были в прошлом потребителями инъекционных наркотиков, по разным регионам данный показатель варьирует от 30% до 100%. Члены семей наркозависимых лиц также принимаются на работу в качестве волонтеров. Оплата труда волонтеров (номинальная сумма в знак признания усилий с их стороны) осуществляется за счёт средств Глобального Фонда, и, в ряде областей, за счет государства через центры занятости населения.

Пунктам доверия разрешено оказывать следующие услуги:

- распространение стерильных игл и шприцев, дезинфицирующих средств, презервативов, а также сбора и утилизации использованных шприцев;
- предоставления информации о ВИЧ-инфекции, ИППП, формах поведения, снижающих риск инфицирования ВИЧ, тестировании на ВИЧ;
- проведение психосоциального консультирования по вопросам ВИЧ и СПИДа, а также консультаций дерматовенерологов, наркологов, терапевтов, фтизиатров и психологов;
- направление лиц, потребляющих наркотики в государственные медицинские учреждения для получения квалифицированной медицинской помощи;
- предоставления информации о существующих в регионе организациях, оказывающих профилактическую и иную помощь лицам, потребляющим наркотики;
- забор крови для исследования на ВИЧ, ИППП, вирусные гепатиты В и С; и
- изучение моделей рискованного поведения лиц, потребляющих инъекционные наркотики, для разработки мер по снижению риска инфицирования ВИЧ.

На 1 января 2008 года в Казахстане действовало 145 пунктов доверия. Количество лиц, потребляющих инъекционные наркотики, посетивших пункты доверия в течение 2007 года составило 37310 человек, что составляет 29,0% от их оценочной численности в Казахстане.

Охват лиц, потребляющих наркотики, специализированными услугами и факторы, препятствующие их обращению за подобными услугами

Обращение к аутрич-работникам

Согласно упоминавшемуся ранее опросу лиц, потребляющих наркотики, проведенному в 2006 г. Павлодарским Центром по борьбе с наркотиками при содействии Регионального представительства Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) в Центральной Азии, в последние 6 месяцев 2006 года только 12,8% респондентов общались с аутрич-работником (максимально 2-3 раза в неделю), большинство респондентов (77,7%) обращались к аутрич-работникам в основном для обмена шприцев.

При этом половина обратившихся респондентов получила презервативы и информационный материал по профилактике ВИЧ, 20% – дезинфицирующие средства, консультации по изменению поведения (в том числе и по предотвращению передозировок), направление в пункт доверия и на получение других услуг.

Обращение в пункты доверия

В пункты доверия респонденты обращались в среднем 10,7 раз за последние 6 месяцев. Большинство респондентов обращались в пункты доверия для получения стерильных шприцев (82,3% респондентов). Из числа респондентов, обратившихся в пункты:

- две трети получили информационный материал по профилактике ВИЧ;
- половина были направлены на тестирование на ВИЧ;
- каждый третий получил презервативы;
- каждый пятый прошёл тестирование на гепатит В и С; и
- каждый десятый получил дезинфицирующий раствор, прошёл тестирование на ИППП, получил инструктаж по предотвращению передозировок и направление на лечение от наркотической зависимости и консультации специалистов.

О существовании в своем районе пункта доверия знали 50,2% респондентов, но только 16,4% туда обращались. Основные причины этого, названные респондентами, таковы:

- боязнь попасть в полицию (30,8%);
- боязнь быть поставленным на наркологический учёт (29,1%);
- боязнь быть замеченным знакомыми (21,9%);
- неудобное расположение пункта (12,3%);
- не нуждаюсь в услугах пункта, не знаю вообще о существовании подобных пунктов (21,1%);
- другое (21,1%).

Основные выводы, к которым пришла национальная экспертная группа, относительно обеспечения доступа к услугам, предоставляемым пунктами доверия

Национальная экспертная группа указывает, что все ещё существуют факторы, препятствующие доступу уязвимых групп населения к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции и иной медицинской помощи, предоставляемым пунктами доверия. К ним относятся:

- Пункты доверия создаются в основном в рамках государственных организаций здравоохранения, лишь 15 пунктов доверия (14%) работают вне этих организаций. Как показывает оценка ситуации со стороны национальных экспертов, контакты с медицинскими организациями нередко представляются целевой группе неприемлемыми. Большинство пунктов доверия не имеет ни отдельных помещений, ни выделенного штата сотрудников для обеспечения функционирования кабинета в течение всего рабочего дня, ни соответствующего нуждам лиц, потребляющих наркотики, графика работы. Например, пункт доверия, функционирующий на базе центра борьбы со СПИДом, может быть открыт только до 16.00, то есть не в то время, когда людям может понадобиться стерильный инъекционный инструментарий. Национальная экспертная группа рекомендует открыть новые пункты доверия или разместить уже существующие вне учреждений здравоохранения (например, на базе НПО).

- Во многих городах, лица, потребляющие наркотики, опасаются пользоваться услугами пунктов доверия из-за возможной идентификации их личности и последующих санкций в отношении них со стороны органов внутренних дел.

- В некоторых городах, наряду с имеющимися место случаями вмешательства в программы по профилактике распространения ВИЧ среди секс-работников, проводятся совместные рейды органов здравоохранения и органов внутренних дел, в ходе которых секс-работники подвергаются принудительным мерам, что приводит к отказу многих из них контактировать со службами здравоохранения и участвовать в превентивных программах.

- В разных населенных пунктах зарегистрированы факты проявления враждебности к мужчинам, имеющим секс с мужчинами (МСМ), как со стороны общества, так и со стороны правоохранительных органов, что делает эту группу еще более закрытой.

- Факторы подобные описанным выше, обуславливают низкий охват представителей уязвимых групп населения программами по профилактике ВИЧ, который по оценкам составляет около 29% от общего числа лиц, потребляющих наркотики, и не более 8% от числа мужчин, имеющих секс с мужчинами.

Национальная экспертная группа отмечает, что существует практика заключения соглашений между правоохранительными органами и организациями, предоставляющими услуги для лиц, потребляющих наркотики, в отношении осуществления правоохранительных мер в районах, прилегающих к месту расположения программ снижения вреда. Среди работников правопорядка проводится разъяснительная работа о целях и задачах пунктов доверия (в том числе о программах распространения стерильных игл и шприцев или их обмена), о необходимости невмешательства в работу пунктов доверия, и по маршрутам передвижения мобильных пунктов доверия. Аналогичным образом согласовывается вопрос о невмешательстве сотрудников органов внутренних дел в работу центров СПИД и организаций, занимающихся аутрич-работой среди секс-работников. Такая работа включается в план совместных мероприятий учреждений здравоохранения и управления внутренних дел. Для личного состава правоохранительных органов в стране выпускаются специальные информационно-образовательные материалы, рекомендуемые не препятствовать сотрудникам центров СПИД и волонтерам НПО в проведении работы по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Вопросы профилактики ВИЧ входят в программу обучения сотрудников уголовно-исправительной системы и органов внутренних дел.

В рамках проекта Управления ООН по наркотикам и преступности в Казахстане, были выработаны стандарты профессиональной компетентности, включающие знания и навыки, необходимые для проведения эффективной профилактики распространения ВИЧ среди уязвимых групп населения, и рекомендации по соответствующей модернизации профессионального до- и пост-дипломного образования для медицинских и социальных работников и работников правоохранительной системы. Часть рекомендаций внесена в виде дополнений в существующие государственные стандарты, в частности для медицинских и фармацевтических специальностей.

Добровольное тестирование на ВИЧ и консультирование

Законом "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД" гарантируется бесплатное, добровольное консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции и медицинское освидетельствование, которое одновременно описывается как "анонимное" и как "конфиденциальное" (без четкого их разграничения в рамках закона).⁷²⁵ В законе не прописано получение информированного согласия на тестирование на ВИЧ, однако в 2004 году Министерство здравоохранения Казахстана утвердило Приказ, в соответствии с которым тестирование должно проводиться с предоставлением консультирования на основе получения информированного согласия.⁷²⁶ (Освидетельствование детей в возрасте до восемнадцати лет и недееспособных лиц проводится с согласия родителей или их законных представителей.⁷²⁷) Консультирование проводится медицинскими работниками и психологами, в том числе в "пунктах доверия" и в НПО. Предоставление информации по ВИЧ и СПИДу может осуществляться аутрич-работниками, и равными консультантами.

Добровольное тестирование и консультирование проводится в государственных и частных медицинских учреждениях, имеющих лицензию на данный вид деятельности, в том числе в центрах по борьбе со СПИДом и перинатальных центрах.⁷²⁸ При добровольном тестировании на ВИЧ возможно проведение анонимного обследования без идентификации личности.⁷²⁹ В этом случае пациенту

⁷²⁵ Закон РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД", № 176-ХІІІ (5 октября 1994 г., с последними изменениями от 07 июля 2006 г.). Статья 5. Данная статья при этом предусматривает принудительное тестирование на ВИЧ лиц, содержащихся в учреждениях УИС.

⁷²⁶ Приказ МЗ РК "Правила об обследовании граждан на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека", № 227 (9 марта 2004).

⁷²⁷ Приказ Министерства здравоохранения РК № 648.

⁷²⁸ Приказ МЗ РК "Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека", № 575 (11 июля 2002), с дополнениями к указанным Правилам, утвержденными Приказом МЗ РК "О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2002 года № 575 «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека», № 648 (26 декабря 2006).

⁷²⁹ Приказ МЗ РК № 575 (11 июля 2002) и Приказ МЗ РК "Правила обследования граждан на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека" № 227 (9 марта 2004).

присваивается код, документы, удостоверяющие личность, при этом предъявлять не нужно. Согласно данным национальной экспертной группы, в Казахстане функционирует 326 кабинетов анонимного тестирования и 329 кабинетов психосоциального консультирования, созданных в рамках выполнения государственной программы. В обязанности персонала кабинетов психосоциального консультирования входит:

- обеспечение до- и после- тестового консультирования по ВИЧ (включающего обсуждение причин обследования на ВИЧ, оценку степени риска заражения ВИЧ, определение эмоциональной реакции после получения результатов теста и возможных последствий);
- направление посетителей на тестирование на ВИЧ на основе информированного согласия по клиническим показаниям; информирование о мерах профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП, важности обследования на ВИЧ;
- обучения посетителей поведению и навыкам, способствующим снижению риска инфицирования ВИЧ и ИППП.

Согласно данным национальной экспертной группы, в недавнее время, в Казахстане существенно увеличилось количество беременных женщин, проходящих обследование на ВИЧ – это произошло в связи с введением новой процедуры обследования и осуществлением целенаправленной работы с акушерами-гинекологами по проблеме передачи ВИЧ от матери к ребенку. Тестирование проводится на добровольной основе 2 раза: при постановке на учет и на 28^{ой} неделе беременности. Всем беременным женщинам в обязательном порядке предоставляется до- и после- тестовое консультирование в женских консультациях и перинатальных центрах. Государственной программой по борьбе со СПИДом предусмотрено выделение средств на закупку экспресс тест-систем, которые распределяются по всем родовым и родовспомогательным организациям для тестирования беременных. Необследованным в родовой период женщинам предоставляется экспресс-тестирование на ВИЧ в родильных домах.

Доступ к лечению ВИЧ-инфекции

Лечение ВИЧ-инфекции и туберкулеза предоставляется бесплатно, так как они отнесены к заболеваниям, представляющим опасность для окружающих.⁷³⁰ Согласно законам Казахстана по ВИЧ и СПИДу, граждане Республики Казахстан в случае заражения ВИЧ имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение, амбулаторную и стационарную помощь в государственных организациях здравоохранения и возмещение расходов, связанных с проездом к месту лечения и обратно.⁷³¹ Беременным женщинам, нуждающимся в лечении ВИЧ-инфекции, и детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, должна предоставляться АРВ-терапия в целях профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.⁷³²

До 2008 года антиретровирусные препараты в Казахстане закупались на средства Глобального фонда, за исключением таковых для ВИЧ инфицированных беременных и детей, на которые с 2007 года финансирование стало идти из госбюджета. С 2009 года препараты для всех нуждающихся ВИЧ инфицированных оплачиваются из бюджета страны. На начало 2008 года, АРВ-терапию получало 452 человека из 742 нуждающихся. В соответствии с задачами Государственной Программы по борьбе со СПИДом, к 2010 году АРВ-терапией должны быть обеспечены не менее 70% в ней нуждающихся пациентов. По мнению национальной экспертной группы, употребление инъекционных наркотиков не является препятствием для назначения АРВ-терапии и не может быть причиной отказа в лечении или исключения из программ лечения.

Лечение лиц, живущих с ВИЧ, от наркотической зависимости, туберкулеза, гепатита С осуществляется в профильных медицинских учреждениях, перенаправление из одной структуры в другую особым образом нормативными правовыми актами не регулируется. Медицинская помощь лицам без определенного места жительства оказывается в специальных приемниках-распределителях органов внутренних дел, известных как центры временной изоляции и адаптации. Врачи приемников-распределителей обязаны обследовать всех поступающих на сифилис, ВИЧ-инфекцию и гонорею.

730 Постановлением Правительства РК № 468 (30 марта 2000), Пункт 14 "Перечень социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих".

731 Закон РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД" № 176-ХІІІ (5 октября 1994), Статья 2-4.

732 Там же.

Обязательное и принудительное освидетельствование на ВИЧ-инфекцию и/или лечение

Согласно действующему законодательству Казахстана, освидетельствование на ВИЧ-инфекцию и/или лечение от неё может быть обязательным или принудительным в ряде случаев.

Обязательное освидетельствование

Тестирование на ВИЧ обязательно для доноров крови, органов или тканей.⁷³³

Обязательному обследованию подлежат лица, прибывшие в РК на срок более 6 месяцев либо на постоянное проживание. ВИЧ положительный диагноз не влечет высылку из страны, если иностранец не уклоняется от "профилактического наблюдения", уклонение от профилактического наблюдения может повлечь выдворение из страны.⁷³⁴ Международные стандарты рекомендуют отказаться от обязательного тестирования иностранцев.⁷³⁵

По информации, предоставленной экспертами, в законодательстве Казахстана в настоящее время отсутствует норма, запрещающая работодателям настаивать на обязательном освидетельствовании на ВИЧ в качестве условия найма. В соответствии с совместным приказом Министерства здравоохранения и Министерства обороны военнослужащие-контрактники проходят обследование на ВИЧ при устройстве на работу и 6 месяцев спустя.⁷³⁶ Международными нормами не рекомендуется использовать обязательное освидетельствование на ВИЧ на рабочем месте (в том числе и в отношении военнослужащих).⁷³⁷

Принудительное освидетельствование и лечение

Целый ряд положений законодательства Казахстана предусматривает возможность освидетельствования на ВИЧ без согласия со стороны обследуемого и даёт государственным органам широкие полномочия в этом отношении. Данные положения вызывают опасения по поводу соблюдения прав человека.

Во-первых, заключенные обязаны проходить освидетельствование на ВИЧ.⁷³⁸ Лица, приговоренные к лишению свободы, проходят освидетельствование на ВИЧ при поступлении в учреждения УИС и 6 месяцев спустя.⁷³⁹

Во-вторых, Закон "Об охране здоровья граждан" обязывает граждан Казахстана, иностранцев и лиц без гражданства, находящихся в стране, проходить конфиденциальное медицинское освидетельствование по требованию органов здравоохранения, прокуратуры, следствия и суда при наличии "достаточных оснований" полагать, что эти лица могут быть заражены ВИЧ.⁷⁴⁰ Согласно данному закону, граждане подлежат принудительному медицинскому освидетельствованию по постановлению уполномоченного правоохранительного органа. Результаты такого освидетельствования предоставляются только органу, направившему обследуемого на принудительное тестирование, и не могут быть предоставлены другим ведомствам. Освидетельствование проводится в центрах по борьбе со СПИДом.⁷⁴¹

733 Закон РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД", № 176-ХІІІ (5 октября 1994); Приказ Министерства здравоохранения РК "Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека", № 575 (11 июля 2002).

734 Приказ Министерства здравоохранения РК "О мерах по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан", № 10 (19 февраля 2007).

735 UNAIDS/IOM Statement on HIV/AIDS-related travel restrictions (2004).

736 Совместный приказ Министерства здравоохранения № 562 (4 ноября 2005) и Министерства обороны № 342 (19 сентября 2005).

737 Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Объединенная версия 2006. Руководящий принцип 5 "Антидискриминационные и обеспечивающие защиту законы", Пункт 22 (а), (d), (j).

738 Закон РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД", Статья 5.

739 Приказ Министра здравоохранения "О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2002 года № 575 «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека»", № 648 (26 декабря 2006).

740 Закон РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД", Статья 6, пункт 1.

741 Закон РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД", Приказ "Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека", № 575 (11 июня 2002).

В-третьих, Закон “Об охране здоровья граждан” предусматривает обследование, лечение и медицинское вмешательство без согласия граждан, помимо прочего, в следующих случаях:

- для лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- для лиц, страдающих психическими расстройствами и совершивших “общественно опасное деяние” (например, административное или уголовное правонарушение).⁷⁴²

Согласно этому закону, принудительное освидетельствование и лечение всех лиц с ВИЧ-инфекцией возможно в связи с тем, что, как было отмечено выше, ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит и туберкулез признаны заболеваниями, представляющими “опасность” для окружающих.⁷⁴³ Более того, согласно *Кодексу об административных правонарушениях* к административной ответственности в виде наложения штрафа привлекаются за уклонение от медицинского обследования и лечения лица с заболеваниями, представляющими “опасность” для окружающих.⁷⁴⁴

Права пациентов, включая право на конфиденциальность медицинской и личной информации

Основополагающие права пациентов предусмотрены Конституцией РК, согласно которой граждане имеют право на охрану здоровья. Законом РК “Об охране здоровья граждан” определены права пациентов на медицинскую помощь, обжалование действий (бездействия) медицинских работников и должностных лиц организаций здравоохранения, и на отказ от получения медицинской помощи.⁷⁴⁵ Согласно Статье 15 Закона РК “О системе здравоохранения”, граждане могут подать жалобу на действия (бездействие) медицинских работников и должностных лиц организаций здравоохранения в уполномоченный орган здравоохранения или исковое заявление в суд. По информации, предоставленной экспертами, жалобы на качество медицинского обслуживания, а также в связи с бесчеловечным и унижающим достоинство обращением рассматриваются Комитетом по контролю качества медицинских услуг (в составе Министерства здравоохранения РК).⁷⁴⁶

Как правило, сведения, имеющие отношение к диагностике и лечению лиц, живущих с ВИЧ, являются конфиденциальными и могут быть предоставлены только непосредственно лицу, которого они касаются, либо его законному представителю. В соответствии с законом о ВИЧ, медицинские работники и другие лица, которым в связи с выполнением служебных обязанностей стали известны сведения о ВИЧ-статусе отдельных лиц, обязаны сохранять эти сведения в тайне.⁷⁴⁷ Уголовно-исполнительным Кодексом РК предусмотрена уголовная ответственность за разглашение врачебной тайны.⁷⁴⁸ Тем не менее, право пациента на конфиденциальность медицинской и личной информации может серьезным образом нарушаться: например, сведения о здоровье пациента могут быть выданы по запросам органов здравоохранения, прокуратуры, предварительного след-

742 Закон РК “Об охране здоровья граждан”, Статья 17.

743 “Перечень социально-значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих”, утвержденный Постановлением Правительства РК № 468 (30 марта 2000). Кроме того, граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья, в частности лица с инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, обязаны выполнять предписания медицинских работников, органов и организаций здравоохранения, они также обязаны информировать медицинский персонал о своем заболевании при обращении за медицинской помощью: Закон РК “Об охране здоровья граждан”, Статьи 18-19.

744 Кодекс об административных правонарушениях, Статьи 326-327. В соответствии со Статьей 328 Кодекса, к административной ответственности также привлекаются лица с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, за сокрытие источника заражения (если он известен) и имен лиц, находившихся с ними в контакте (например, бывших сексуальных партнеров).

745 Закон РК “Об охране здоровья граждан”, Статьи 14-16.

746 Однако на практике, согласно комментариям экспертов, отсутствует механизм привлечения лица, нарушающего данные права, к ответственности, и низка сознательность медицинского персонала при ущемлении прав пациента. Согласно данным экспертной группы, СМИ привлекается внимание к подобным фактам, однако меры по устранению данных фактов или привлечению к ответственности виновных не принимаются.

747 Закон РК “О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД”, Статья 11.

748 Уголовно-исполнительный Кодекс Республики Казахстан, № 208-1 (13 декабря 1997), Статья 144. Эта статья отдельным положением предусматривает более строгое наказание за разглашение врачебной тайны в отношении ВИЧ-инфекции. Часть 1 данной Статьи предусматривает штраф либо исправительные работы на срок до одного года за разглашение медицинским работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента. Частью 2 за то же деяние, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица ВИЧ-инфекции, предусматривается более высокий штраф, либо исправительные работы на срок до 2 лет, либо лишение права занимать определенные должности на срок 2-5 лет.

ствия, дознания и суда.⁷⁴⁹

В отношении обязанности проходить обследование и административной ответственности за уклонение от него, национальные эксперты в своём отчете напоминают, что в медицинских учреждениях должны соблюдаться универсальные меры профилактики таких заболеваний, передающихся через кровь, как ВИЧ-инфекция. Существует опасение, что наличие законодательно закрепленной обязанности граждан сообщать медицинскому персоналу о наличии у них ВИЧ-инфекции при обращении за медицинской помощью, и наказание за невыполнение этого, отпугивает пациентов от обращения за медицинской помощью из-за боязни получить отказ на основании диагноза. Рекомендуется отменить законодательно закрепленную обязанность граждан по сообщению информации.

749 Закон РК “Об охране здоровья граждан”, Статья 29.

5. ТЮРЬМЫ

Система исполнения наказания Республики Казахстан

В Республике Казахстан уголовно-исполнительной система подчиняется Министерству юстиции. В стране широко применяется предварительное заключение, в том числе в отношении деяний, связанных с наркотиками (чаще всего за оборот наркотических средств и насильственные преступления).

По состоянию на 1 августа 2007 года в Республике Казахстан имелось 75 учреждений уголовно-исполнительной системы. В зависимости от тяжести совершенного преступления, лицо отбывает наказание в исправительных учреждениях общего, строгого и особого режимов. Согласно данным национальной экспертной группы, большинство лиц, осужденных за совершение преступлений, связанных с наркотиками, отбывают наказание в учреждениях УИС строгого режима.

Несовершеннолетние осужденные отбывают наказание в исправительных колониях для несовершеннолетних с "обычным", "облегченным", "льготным" и "строгим" режимом. Несовершеннолетним осужденным может быть назначено принудительное лечение, осуществляемое по месту содержания на основании решения суда. Лечение несовершеннолетних больных наркоманией в условиях исправительных колоний в обязательном порядке должно сочетаться с трудовой деятельностью и обучением в общеобразовательных учреждениях. (Каких-либо особых требований к условиям содержания несовершеннолетних осужденных с ВИЧ законодательством не предусмотрено.)

Организацию и контроль предоставления медицинской помощи лицам, содержащимся в учреждениях УИС, осуществляет медицинская часть исправительного учреждения, также находящаяся под началом Министерства юстиции РК. Осужденных с ВИЧ и СПИДом обслуживают специалисты центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

В соответствии с Законом РК "Об органах юстиции", в структуру уголовно-исполнительной системы республики должны входить центры реабилитации, основной функцией которых является оказание содействия в трудовом и бытовом устройстве, правовой и психологической помощи освобожденным из мест лишения свободы в течение шести месяцев после освобождения.⁷⁵⁰ В настоящее время, областными наблюдательными комиссиями разработаны проекты приказов о создании Центров реабилитации в двух регионах республики.

Для осуществления общественного контроля и гарантии соблюдения прав человека в учреждениях УИС образуются областные общественные наблюдательные комиссии, которые вправе:

- беспрепятственно посещать исправительные учреждения и следственные изоляторы;
- беседовать с осужденными при наличии их согласия, принимать жалобы в связи с нарушением их прав и законных интересов; и
- обращаться с заявлениями в администрацию исправительных учреждений и следственных изоляторов, органы прокуратуры по вопросам, связанным с обеспечением прав и законных интересов лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах.

На основании полученных данных, члены общественной наблюдательной комиссии вправе направлять руководству учреждения уголовно-исполнительной системы предложения по улучшению деятельности указанных учреждений.

Распространенность ВИЧ-инфекции и рискованное поведение в тюрьмах

В исправительных учреждениях Казахстана с 2003 года проводится дозорный эпидемиологический надзор, осуществляемый Республиканским центром по борьбе со СПИДом. В последние годы уровень распространенности ВИЧ-инфекции, гепатита С и сифилиса в контрольных учреждениях УИС составил:⁷⁵¹

⁷⁵⁰ Закон РК "Об органах юстиции", № 304-ІІ (18 марта 2002), Статья 11.

⁷⁵¹ Информация предоставлена национальной экспертной группой.

Год	ВИЧ-инфекция	Сифилис	Гепатит С
2003	0,2% - 1%	0,7% - 1,8%	32,4% - 37,2%
2004	0,8% - 2%	8,0% - 11%	32,3% - 37,1%
2005	0,4% - 1,5%	7,5% - 15,3%	23,5% - 53,4%
2007	2%	12%	43%

В 2007 году в тюрьмах Казахстана было зарегистрировано 600 новых случаев ВИЧ-инфекции, а распространенность ВИЧ среди осужденных возросла с 1% в 2006 году до 2% в 2007 году.⁷⁵² В 2006 г. в учреждениях УИС было начато лечение 115 лиц с ВИЧ, однако в 2007 году только 63 человека продолжили лечение, т.е. приверженность лечению составила 55%.⁷⁵³

Согласно информации, предоставленной национальными экспертами, является очевидным, что такие виды рискованного поведения как потребление наркотиков и незащищенный секс между осужденными имеют место в учреждениях УИС. Кроме того, факторами риска являются практика нанесения татуировок и совместное пользование бритвенными принадлежностями. В ходе опроса, проведенного в 2006 г. среди осужденных:

- 44% осужденных согласились с утверждением, что в УИС употребляются инъекционные наркотики;
- 24% согласившихся сообщили, что при введении наркотиков осужденные используют общий шприц,
- 12,9 % заявило, что для введения наркотика используются подручные средства, и
- лишь 12% опрошенных подтвердило, что инструментарий для введения наркотика предварительно обрабатывается дезинфицирующим раствором.⁷⁵⁴

В ходе того же опроса, 40% подтвердили, что осужденные вступают в половые связи друг с другом, презервативы при этом используются "в менее половины случаев". Кроме того, на основании полученных ответов, исследователи сделали вывод, что примерно одна треть осужденных по стране в целом, плохо информирована об основных путях передачи ВИЧ-инфекции.

По информации, предоставленной экспертами, до 2001 года отношение уголовно-исполнительной системы РК к лицам с ВИЧ носило репрессивный характер, что выражалось в том, что меры профилактики сводились в основном к строгой изоляции лиц с ВИЧ и частому принудительному освидетельствованию заключенных на ВИЧ. В настоящий момент, благодаря Государственной концепции 2000 года, отношение к ВИЧ-инфекции в стране кардинальным образом изменилось. Пересмотрены в сторону либерализации нормативные правовые акты по УИС в отношении ВИЧ⁷⁵⁵, появилось больше гарантий защиты прав и свобод граждан, созданы лучшие условия реализации мер по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах.

Программы и стратегии

Основными целями Программы по противодействию эпидемии ВИЧ и СПИД в учреждениях УИС на 2007-2010 годы,⁷⁵⁶ реализуемой в Республике Казахстан, являются стабилизация эпидемии ВИЧ-

⁷⁵² Отчет по дозорному эпидемиологическому надзору за 2007 г., РЦ СПИД.

⁷⁵³ Столь низкий показатель, по мнению экспертов, объясняется рядом причин, среди которых: побочные эффекты, связанные с применением токсичных для печени АРВ медикаментов у больных с сопутствующим гепатитом С при недостаточном ассортименте лекарств этой группы и ограниченной возможности замены препаратов, недостаток опыта у медицинского персонала по вопросам лечения АРВ препаратами, нечеткое распределение обязанностей в сфере предоставления АРВ терапии между медицинскими частями исправительных учреждений и региональными центрами по профилактике и борьбе со СПИДом и, как результат, недостаточная координация в целях обеспечения преемственности лечения, неотработанная система мониторинга и оценки АРВ терапии.

⁷⁵⁴ Информация предоставлена экспертами и основана на данных Отчета по ДЭН, 2007г., РЦ СПИД.

⁷⁵⁵ Например, Уголовно-исполнительный кодекс Казахстана, №. 208-І (13 декабря 1997), Статья 97 (предусматривающая содержание ВИЧ инфицированных осужденных в исправительных учреждениях изолированно); Совместный Приказ Министра юстиции № 140 (6 декабря 2001), Министра здравоохранения № 1122 (10 декабря 2001) и Министра внутренних дел Республики Казахстан № 862 (7 декабря 2001) "О мерах по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа среди прикрепленного контингента МВД и Министерства юстиции Республики Казахстан" (предусматривающий принудительное освидетельствование на ВИЧ и регламентирующий мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции в уголовно-исполнительной системе).

⁷⁵⁶ Программа по противодействию эпидемии ВИЧ и СПИДа в учреждениях УИС в Республике Казахстан на 2007-2010, утверждена Приказом Министерства юстиции РК № 229 (14 августа 2007).

инфекции в учреждениях УИС (профилактические меры)⁷⁵⁷, предоставление медицинской помощи, направленной на улучшение качества жизни людей, живущих с ВИЧ, и снижение уровня смертности до уровня населения в целом.

Цели, поставленные Программой, реализуются посредством следующих стратегий:

- пресечение каналов поступления наркотиков в учреждения УИС;
- обеспечение лечения наркотической зависимости, направленного на отказ от дальнейшего употребления наркотиков;
- снижение спроса на наркотики, формирование «антинаркотической устойчивости», снижения вреда, связанного с инъекционным употреблением наркотиков (профилактика ВИЧ-инфекции);
- профилактика передачи ВИЧ-инфекции половым путем посредством пропаганды и распространения презервативов, и лечения инфекций, передаваемых половым путем;
- профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку;
- обеспечение доступа к постконтактной профилактике;
- профилактика вторичных заболеваний у людей с ВИЧ-инфекцией;
- предупреждение заражения ВИЧ-инфекцией в медицинских учреждениях;
- обеспечение антиретровирусной терапии;
- обеспечение лечения оппортунистических инфекций, паллиативного лечения, ухода и поддержки людей с ВИЧ;
- создание правовой и социальной среды, способствующей эффективной реализации превентивного и лечебного вмешательства; и
- совершенствование эпидемиологического надзора, мониторинга и оценки.

Новыми направлениями превентивных вмешательств, определенными в программе на 2007-2010 годы, являются: обеспечение профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку и предоставление антиретровирусной терапии в местах лишения свободы. Впервые лица, лишённые свободы, находящиеся в условиях повышенного риска заражения ВИЧ, получают доступ к иммунизации против гепатита В, а лицам, живущим с ВИЧ, будет обеспечена химиопрофилактика туберкулеза.

Помимо Программы по противодействию эпидемии ВИЧ и СПИДа в учреждениях УИС, в РК разработана и принята *Программа дальнейшего развития УИС на 2007-2009 годы*,⁷⁵⁸ предусматривающая проведение комплекса мероприятий, направленных на улучшение материально-технической базы исправительных учреждений, больниц и медицинских частей, в частности, обеспечение медицинским оборудованием для ранней диагностики и лечения инфекционных и других заболеваний лиц, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах.

Лечение наркотической зависимости

В соответствии с *Уголовно-исполнительным Кодексом РК*, для медицинского обслуживания осужденных в учреждениях УИС Казахстана, организуются лечебно-профилактические учреждения (медпункты, больницы, специальные психиатрические и противотуберкулезные больницы). Специальных лечебных исправительных учреждений для лиц с наркотической зависимостью в стране не существует.⁷⁵⁹

Согласно информации, собранной национальной экспертной группой Казахстана, в местах лишения свободы заключенным предоставляется добровольное лечение от наркотической зависимости. При выявлении у осужденного, не подлежащего принудительному лечению, наркотической зависимости, ему предлагается в добровольном порядке пройти курс лечения. При отказе лица от добровольного лечения, медицинская комиссия может обратиться с ходатайством в администрацию исправительного учреждения о направлении дела в суд в целях назначения принудительного лечения от наркотической зависимости.

⁷⁵⁷ Частота возникновения ВИЧ-инфекции у лиц, чей отрицательный ВИЧ-статус подтвержден тестированием при поступлении в исправительное учреждение, не должна превышать 1:1000 12 месяцев спустя.

⁷⁵⁸ *Программа дальнейшего развития уголовно-исполнительной системы Республики Казахстан на 2007-2009 годы, утверждена Постановлением Правительства Республики Казахстан № 673 (6 августа 2007 года).*

⁷⁵⁹ *Уголовно-исполнительный Кодекс РК*, Статья 97(2).

Принудительное лечение осужденных от алкогольной и наркотической зависимости, проводится в медицинской части исправительного учреждения психиатром-наркологом, терапевтом или начальником медицинской части. Осужденные, проходящие курс лечения от наркотической зависимости, ставятся на диспансерный учет. Согласно существующим нормам, лечение должно быть непрерывным на протяжении курса – после завершения детоксикации (медикаментозной) назначается поддерживающее лечение. Осужденным, прерывавшим лечение, предоставляется противорецидивная терапия.

При отсутствии рецидивов заболевания и непрерывности курса лечения (прохождения полного курса лечения) медицинская комиссия предоставляет администрации учреждения материалы для направления дела в суд в целях принятия решения о прекращении принудительного лечения. В иных случаях, на основании соответствующего заключения медицинской комиссии, администрация исправительного учреждения может обратиться в суд в целях продления принудительного лечения после освобождения заключенного из места лишения свободы. Во всех случаях освобождения осужденных, проходящих курс принудительного лечения от наркотической зависимости, медицинская часть за один месяц до освобождения направляет в органы здравоохранения по месту жительства освобождаемого выписку из амбулаторной карты наркологического больного о проведенном лечении и о его результатах.

Профилактика ВИЧ-инфекции

В УИС Республики Казахстан принимаются следующие меры по профилактике ВИЧ-инфекции: (а) распространение информационных материалов о ВИЧ-инфекции и её профилактике; (б) распространение презервативов; (в) обеспечение доступности дезинфицирующих средств. Таких мероприятий, как реализация программ ОЗТ и программ предоставления стерильных игл и шприцев для лиц с наркотической зависимостью в УИС Казахстана не проводится.

Презервативы и хлорсодержащие стерилизующие средства свободно доступны в местах общего пользования и комнатах для длительных свиданий.⁷⁶⁰ Однако, согласно внутреннему распорядку тюрем, запрещено хранение колющих и режущих предметов, в том числе игл и шприцев.⁷⁶¹ С 2002 года в местах предварительного заключения и лишения свободы реализуются информационно-образовательные программы по принципу “равный-равному”; консультанты из числа осужденных проходят подготовку в медико-санитарных частях исправительных учреждений. Кроме этого, представителями региональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом совместно с НПО, организуются круглые столы и семинары по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции. Как отмечают национальные эксперты Казахстана, в результате проведенных мероприятий улучшилась осведомленность осужденных о ВИЧ-инфекции, значительно увеличилась доступность средств защиты от ВИЧ. В 2005 и 2006 годах, 60% осужденных продемонстрировали хорошую осведомленность о ВИЧ, 80% респондентов в 2005 году и 89% в 2006 заявили, что в исправительных учреждениях доступны дезинфицирующие средства, а 66% в 2005 году и 88% в 2006 году отметили, что в исправительных учреждениях доступны презервативы.⁷⁶²

Хозяйственное и туалетное мыло в УИС распространяются на бесплатной основе. Безопасные бритвы разового пользования доступны для приобретения в магазинах исправительных учреждений, а также через посылки/передачи извне. Осужденные с определенными заболеваниями (в том числе ВИЧ-инфекцией и гепатитом) могут также получать дополнительные посылки и передачи в количестве и ассортименте, определенном медицинским заключением.⁷⁶³

⁷⁶⁰ Ведомственная Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в учреждениях УИС Министерства юстиции РК на 2007-2010 годы, утвержденная приказом Министра юстиции № 229 (14 августа 2007); бюджетная *“Программа по противодействию эпидемии СПИДа в исправительных учреждениях и следственных изоляторах”*.

⁷⁶¹ *Перечень вещей, изделий, веществ, документов и продуктов питания, запрещенных к продаже и использованию осужденными к лишению свободы*, Приложение к Правилам внутреннего распорядка исправительных учреждений, утвержденных приказом Министра юстиции № 148 (11 декабря 2001).

⁷⁶² Дозорные эпидемиологические надзоры в 2005 и 2006 г. охватили соответственно 4770 и 4486 осужденных, отбывавших наказание в исправительных учреждениях РК. Информация предоставлена национальными экспертами РК.

⁷⁶³ Постановление Правительства “Об утверждении норм бесплатного питания подозреваемых, обвиняемых, в том числе обеспечение беременных женщин и женщин, имеющих при себе детей, инвалидов I и II групп, несовершеннолетних, норм питания и материально-бытового обеспечения осужденных”, № 889 (2 сентября 2003); *Уголовно-исполнительный Кодекс РК*, Статья 85.

Освидетельствование и лечение в связи с ВИЧ в учреждениях УИС

В законодательстве Казахстана существует противоречие в отношении освидетельствования осужденных на ВИЧ: согласно закону "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД", медицинское освидетельствование на ВИЧ для лиц, содержащихся в учреждениях УИС, является обязательным,⁷⁶⁴ согласно совместному приказу Министерства здравоохранения и Министерства юстиции РК обследование осужденных на предмет выявления ВИЧ проводится Комитетом УИС Министерства юстиции на добровольной основе.⁷⁶⁵

При поступлении в учреждение УИС, каждый осужденный проходит конфиденциальное освидетельствование на ВИЧ и получает консультирование по вопросам ВИЧ, в том числе и информацию о риске заражения и профилактике заболевания. В случае отказа лица от получения сведений о результатах тестирования, данные сведения лицу не сообщаются и не фиксируются в медицинской документации.⁷⁶⁶ Сведения, имеющие отношение к диагнозу, лечению, результатам лабораторных исследований, являются конфиденциальными и могут быть предоставлены только непосредственно лицу, которого они касаются или его/ее законному представителю. Однако, существуют условия, при которых конфиденциальность не соблюдается: информация может быть предоставлена по запросам органов здравоохранения, прокуратуры, предварительного следствия, дознания и суда.

Как уже было упомянуто выше, в УИС РК нуждающимся людям с ВИЧ предоставляется антиретровирусное лечение. При освобождении лица, живущего с ВИЧ, из учреждений уголовно-исполнительной системы, в республиканский и региональные центры по профилактике и борьбе со СПИДом направляется информация для постановки этих лиц на учет, и обеспечения непрерывности лечения ВИЧ-инфекции, начатого в исправительном учреждении.⁷⁶⁷

Перевод и освобождение лиц из учреждений УИС

По отбытии определенной части срока наказания, при условии хорошего поведения, осужденные могут быть переведены в исправительные учреждения менее строгого режима. Вместе с тем, лица, не прошедшие курс обязательного лечения от наркотической зависимости и нуждающиеся в специальном лечении на базе медицинских учреждений закрытого типа, не подлежат переводу в учреждение менее строгого режима.⁷⁶⁸ Осужденным, не закончившим курс обязательного лечения от наркотической зависимости, не может быть предоставлено разрешение на краткосрочный выход за пределы исправительного учреждения.⁷⁶⁹

Уголовным законодательством Республики Казахстан предусмотрена замена части срока наказания на более мягкий вид наказания, предоставление отсрочки отбывания наказания, освобождение от отбывания срока наказания в связи с болезнью. Уголовно-исполнительным Кодексом РК определен четкий список оснований для освобождения раньше срока, таких как инвалидность или наличие у осужденного заболевания, входящего в перечень заболеваний, являющихся основанием для освобождения от наказания (в который, кроме прочего, входит заболевание СПИД с ярко выраженными клиническими проявлениями).⁷⁷⁰

764 Закон РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД", Статья 5.

765 Совместный Приказ Министерства юстиции РК № 96 (28 марта 2005) и Министерства здравоохранения РК № 179 (13 апреля 2005) "О мерах по совершенствованию профилактики ВИЧ инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции РК", Пункт 2(1).

766 Там же.

767 План мероприятий по профилактике, диагностике и лечению лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, в отношении ВИЧ инфекции на 2007-2009 гг., Пункт 11.

768 Уголовно-исправительный Кодекс РК, Статья 73

769 Уголовно-исправительный Кодекс РК, Статья 93.

770 Уголовно-исправительный Кодекс РК, Статья 168. Перечень утвержден Приказом Председателя Комитета Уголовно-исполнительной системы, Министерство юстиции Республики Казахстан № 47-ОД (22 мая 2007); см. также: Инструкция по медицинскому освидетельствованию и представлению осужденных к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью, утвержденная Приказом Министра юстиции Республики Казахстан № 152 (11 декабря 2001).

6. ДИСКРИМИНАЦИЯ И ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВ

Следующие нормативные акты РК содержат положения о запрещении дискриминации в сферах, которые имеют отношение к противодействию распространения ВИЧ:

- Согласно Статье 14(2) Конституции Республики Казахстан "никто не может подвергаться какой-либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам".
- Постановление Правительства Республики Казахстан о мерах борьбы со СПИДом содержит положение об усилении мер по защите конституционно гарантированных прав и свобод граждан и социальной защите уязвимых групп населения.⁷⁷¹
- Законом "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД" запрещены любые формы дискриминации на основании наличия у лица ВИЧ-инфекции.⁷⁷² В частности, закон содержит положения, не допускающие прекращение и отказ в заключении трудового договора, в приеме в детские дошкольные учреждения и учебные заведения, а также ущемление иных прав и законных интересов лиц, живущих с ВИЧ или больных СПИД, равно как ущемление жилищных и иных прав их родных и близких.⁷⁷³
- Согласно Уголовному Кодексу, прямое или косвенное ограничение прав и свобод граждан на по мотивам происхождения, социального, должностного или имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства, принадлежности к общественным объединениям или "по любым иным обстоятельствам" является нарушением равноправия граждан.⁷⁷⁴ Дискриминация такого рода наказывается штрафом, арестом на срок до трех месяцев либо лишением свободы на срок до одного года. То же деяние, совершенное лицом с использованием своего служебного положения наказывается более крупным штрафом, арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Национальная экспертная группа отмечает, что, несмотря на законодательно закрепленный запрет на дискриминацию (в том числе и четко прописанный запрет дискриминации людей, живущих с ВИЧ), в стране все ещё существует дискриминация уязвимых групп, в связи с чем, эксперты обращают внимание на следующее:

- На практике дела о дискриминации, как правило, не рассматриваются судами.
- Наблюдается недоверие уязвимых групп властям, выражающееся в настороженном отношении к сотрудникам медицинских учреждений и правоохранительных органов.
- В обществе отсутствует толерантность к людям с ВИЧ и уязвимым группам населения. Например, заявления в средства массовой информации зачастую некорректны и носят открыто дискриминационный характер в отношении представителей уязвимых групп населения, способствуя их дальнейшей стигматизации и маргинализации.

Согласно анализу, представленному национальными экспертами, действующее законодательство по ВИЧ/СПИДу все еще довольно противоречиво. Защищая людей с ВИЧ, с одной стороны, оно, с другой стороны, накладывает ограничения, не имеющие отношения к противодействию распространению ВИЧ-инфекции, необоснованные с точки зрения охраны здоровья граждан и усиливающие стигму, связанную с этим заболеванием.

771 Постановление Правительства Республики Казахстан "О концепции государственной политики по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан", (5 декабря 2000), Пункт 3.1 раздела 3.

772 Закон РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД", Статья 2-4 (4).

773 Закон РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД", Статья 7.

774 Уголовный Кодекс РК, Статья 141 "Нарушение равноправия граждан".

На лиц, потребляющих наркотики, и состоящих на учете в наркологических учреждениях, законом накладываются ограничения, формулировка которых, на сегодняшний день, является дискриминационной:

- запрет на получение водительских прав;⁷⁷⁵
- ограничения на занятие определенными видами трудовой деятельности (например, в фармацевтической сфере, работам, связанным с источниками повышенной опасности);⁷⁷⁶ и
- запрещение усыновления/удочерения.⁷⁷⁷

Кроме того, формулировки Закона “О браке и семье” могут трактоваться таким образом, что лицо может быть лишено родительских прав только на основании того, что оно “признано в установленном законодательством порядке больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».⁷⁷⁸

Вышеупомянутые документы Министерства здравоохранения Республики Казахстан, противоречат более общей политике государства в регулировании вопросов допуска к некоторым видам трудовой деятельности лиц, ранее употреблявших наркотики: согласно приказу МЗ ограничения не зависят от настоящего состояния здоровья лица, употреблявшего наркотики, а в Постановлении Правительства оговорено, что для лица, находящегося в состоянии ремиссии, ограничения по многим видам деятельности, и вождению транспорта, снимаются.⁷⁷⁹ В качестве рекомендации, предлагается произвести пересмотр действующих нормативно-правовых актов, с целью устранения неоправданных дискриминационных положений в области трудоустройства для лиц, в прошлом потреблявших наркотики.

Аналогичным образом, несмотря на то, что законодательство Казахстана по СПИДу запрещает дискриминацию в виде отказа в трудоустройстве на основании наличия у лица ВИЧ-инфекции, как уже было отмечено выше (в части 4), нет закрепленного в законе запрета на обязательное освидетельствование на ВИЧ на рабочем месте, хотя такое освидетельствование является дискриминацией по состоянию здоровья. Кроме того, по крайней мере, одна категория работников (а именно, сотрудники органов внутренних дел) обязаны проходить освидетельствование на ВИЧ в качестве условия найма. Существует необходимость реформирования законодательства с целью устранения данных дискриминационных положений.

В заключение следует отметить, что в то время как законодательство, несомненно, должно в полной мере защищать интересы детей, опасения вызывает положение, предусматривающее лишение лица родительских прав только на основании факта потребления наркотиков или наличия наркотической зависимости. Боязнь потерять детей в соответствии с данным положением может стать фактором, препятствующим обращению людей за медицинской помощью в связи с наркотической зависимостью. Кроме того, автоматическое приравнивание факта потребления наркотиков либо наличия наркотической зависимости к неспособности выполнять функции родителя или предположение, что лишение родителя и ребенка общения друг с другом необходимо или осуществляется непременно в интересах ребенка, было бы ошибочным и является необоснованной дискриминацией. Как всегда, в целях достижения добросовестного разрешения вопроса и соблюдения справедливости, необходимо индивидуально рассматривать отдельно каждый конкретный случай, принимая во внимание все обстоятельства дела.

775 “Инструкция по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, подвергающихся воздействию вредных, опасных и неблагоприятных производственных факторов и определению профессиональной пригодности”, утверждена Приказом МЗ РК № 243 (12 марта 2004), Пункт 13.2.

776 Там же, Пункт 12.4; Постановление Правительства РК “Об утверждении перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источниками повышенной опасности”, № 668 (18 июня 2002).

777 “Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), патронат”, утвержденный Постановлением Правительства № 842 (24 июня 1999), Пункт 3.

778 Закон РК “О браке и семье” № 321-І (17 декабря 1998), Статья 67, пункт 5.

779 Приказ МЗ РК № 243; Постановление Правительства РК № 668.

7. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕФОРМИРОВАНИЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И ПОЛИТИКИ

В процессе анализа законодательства и политики Казахстана по обеспечению профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для потребителей инъекционных наркотиков и в уголовно-исполнительной системе, экспертная группа пришла к некоторым общим выводам и выявила ряд проблем, вызывающих опасения и требующих особого рассмотрения.

Первое, на что обратили внимание эксперты, это возможность дальнейшего совершенствования действующего законодательства по ВИЧ/СПИДу. По утверждению экспертной группы, существующие законодательные ограничения прав людей, живущих с ВИЧ, не являются необходимыми с точки зрения профилактики ВИЧ-инфекции и необоснованны с позиций охраны здоровья граждан. Ограничение прав людей, живущих с ВИЧ, ведёт к их стигматизации и способствует распространению эпидемии ВИЧ.

Во-вторых, проводимая политика создает множество барьеров, препятствующих эффективному лечению наркотической зависимости, и, эффективной охране здоровья лиц, потребляющих наркотики, в том числе, профилактике распространения ВИЧ.

В частности, экспертная группа отметила следующее:

- Согласно действующему законодательству, лица, которые не могут избавиться от наркотической зависимости, не имея доступа к легальным агонистам опиоидов (медицинским препаратам, используемым для заместительной терапии) чаще всего вынуждены приобретать наркотики в незаконном обороте и, таким образом, совершать действия, за которые наступает уголовная ответственность. Результатом является нежелание потребителей наркотиков участвовать в программах по профилактике ВИЧ, и обращаться за иной медицинской помощью – обращение за помощью может означать идентификацию себя в качестве потребителя наркотиков, чем лицо ставит себя под угрозу ареста органами внутренних дел, уголовного преследования и наказания.
- Кроме того, лечение, предоставляемое в наркологических диспансерах, не обязательно подходит лицам, потребляющим наркотики (как с ВИЧ-отрицательным, так и ВИЧ-положительным статусом). Наиболее распространенным предлагаемым видом лечения является лечение, направленное на избавление от абстиненции, хотя эффективность данного подхода, используемого обособленно, невелика. В результате, потребители инъекционных наркотиков не имеют мотивации контактировать с медицинскими и иными структурами и отказываются от участия в превентивных программах. Более того, как конфиденциальное, так и анонимное лечение зачастую доступно только на платной основе, в то время, как большинство нуждающихся в нём, практически неплатежеспособны. Наличие нескольких хорошо обустроенных медицинских учреждений (таких как Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании в г. Павлодаре) не решает задачи обеспечения лечения и реабилитации нуждающихся в масштабах страны.

В-третьих, несмотря на очевидную роль НПО в противодействии распространению ВИЧ, в том числе среди представителей особо уязвимых групп населения, правовое регулирование деятельности НПО отсутствует, что затрудняет работу НПО с целевыми группами населения и их взаимодействие с государственным сектором. Необходимо обеспечить финансирование и урегулировать порядок привлечения НПО к выполнению социальных заказов на выполнение определенных услуг.

В-четвертых, в Казахстане все еще остается низким доступ целевых групп населения к лечению ИППП. Лечение, как правило, предоставляется в кожно-венерологических диспансерах на платной основе. В качестве условия оказания бесплатной медицинской помощи требуется постановка на учет в кожно-венерологическом диспансере и раскрытие контактов под угрозой санкций, предусмотренных Кодексом РК об административных правонарушениях. В случае диагностирования сифилиса, требуется прохождение стационарного лечения. Такие барьеры, нередко, оказываются

непреодолимыми для представителей уязвимых групп населения и молодежи, не согласуются с правилами лечения ИППП, принятыми в мире и поддержанными ВОЗ. По мнению национальных экспертов, несоответствие модели предоставления медицинской помощи при ИППП потребностям общества, приводит к тому, что уровень ИППП среди населения достаточно высок, что создает благоприятную среду и для распространения ВИЧ. В стране отсутствует государственная политика по обеспечению доступа молодежи и представителей уязвимых групп населения к качественным презервативам, имеющиеся на рынке изделия дороги.

В-пятых, по мнению экспертной группы, эффективность мер по профилактике ВИЧ-инфекции в учреждениях исполнения наказаний может быть повышена несколькими способами:

- Больше внимания следует уделять подготовке осужденных для работы в качестве равных консультантов по вопросам профилактики ВИЧ.
- Принимая во внимание тот факт, что употребление опиоидов используя нестерильное инъекционное оборудование, является основным фактором распространения ВИЧ среди осужденных, национальная экспертная группа пришла к заключению, о необходимости серьезного рассмотрения вопроса о внедрении программ опиоидной заместительной терапии в тюрьмах. Вмешательство такого рода рекомендуется ВОЗ, Управлением ООН по наркотикам и преступности и ЮНЭЙДС.⁷⁸⁰
- Национальная экспертная группа также пришла к заключению о необходимости рассмотрения вопроса о внедрении в УИС Казахстана такого рекомендуемого ВОЗ и исходящего из позитивного мирового опыта вмешательства, как программы предоставления стерильных шприцев. Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 гг. предусматривает реализацию программ обмена игл и шприцев среди потребителей инъекционных наркотиков, находящихся на свободе. Казахстану рекомендуется соблюдать принцип равенства заключенных и общего населения, в обеспечения одинаковым уровнем медицинских услуг, включая меры по профилактике и лечению ВИЧ равного качества и в равном объеме. Реализация программ предоставления игл и шприцев в учреждениях УИС также вытекает из взятого Казахстаном обязательства принять меры по обеспечению и реализации права на наивысший достижимый уровень медицинского обслуживания для всех людей, включая тех, кто употребляет наркотики и заключенных, согласно требованиям Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (Статья 12), ратифицированного Казахстаном.

В-шестых, необходимо принять меры для облегчения доступа к антиретровирусной терапии. АРВ терапия улучшает здоровье людей, живущих с ВИЧ, продлевает их жизнь и трудоспособность – всё это стимулирует людей проходить тестирование, чтобы узнать свой ВИЧ статус. Предоставление АРВ терапии способствует профилактике ВИЧ-инфекции, снижая вирусную нагрузку, а, следовательно, и вероятность передачи ВИЧ окружающим (например, сексуальным партнерам).

Наряду с данными общими выводами, национальная экспертная группа выдвинула ряд частных рекомендаций. Они приведены ниже, и снабжены дополнительными рекомендациями технических консультантов проекта, включая, во многих случаях, конкретные предложения о внесении поправок в законодательство в целях реализации данных рекомендаций. Рекомендуемые формулировки поправок представлены в документе на затемненном фоне.⁷⁸¹ Дополнительно, в Приложении к данному отчету, представлен проект закона, также содержащий конкретные поправки к действующему законодательству и нормативно-правовым актам Республики Казахстан.

780 Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС: *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*, Женева 2004.

781 Во многих случаях формулировки рекомендуемых поправок взяты из документа *“Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе”* (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006), доступного на английском (www.aidslaw.ca/modellaw) и русском языках (www.aidslaw.ca/modellaw-ru). Данный документ, состоящий из 8 модулей, посвященных разным вопросам, использовался Управлением ООН по наркотикам и преступности (UNODC) в качестве основного источника, национальными экспертами и экспертами проекта при подготовке отчетов и заключений по законодательствам стран-участниц проекта. По мере необходимости далее даются ссылки на отдельные модули этого документа, текст и комментарии которых могут быть полезны законодателям и лицам, ответственным за разработку политики по реализации данных рекомендаций.

Национальные программы и стратегии

Рекомендация 1: Содействовать вовлечению представителей гражданского общества и уязвимых групп в процесс принятия решений

Национальная экспертная группа рекомендует создать правовую базу, регулирующую деятельность аутрич-работников и равных консультантов, в том числе и тех, кто занят в реализации программ предоставления игл и шприцев. Кроме того, необходимо законодательно урегулировать порядок вовлечения НПО, людей, живущих с ВИЧ и лиц, потребляющих наркотики, в дальнейшую разработку и реализацию национальных программ и стратегий в отношении ВИЧ и наркотических средств.⁷⁸²

Рекомендация 2: Стратегия снижения вреда

Рекомендуется предпринять ряд шагов для усиления мер снижения вреда, таких как:

- Правительство должно разработать и утвердить Стратегию снижения вреда, включающая меры снижения вреда в учреждениях УИС; целью Стратегии должна быть профилактика ВИЧ, и сохранение и улучшения состояния здоровья лиц, потребляющих наркотики.
- Министерством внутренних дел и Министерством здравоохранения Республики Казахстан должны быть разработаны руководящие принципы взаимодействия государственных органов (в особенности правоохранительных органов) и центров, осуществляющих программы снижения вреда, в рамках *Государственной Программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом*.

Вопросы административного и уголовного права

Рекомендация 3: Снизить наказание за преступления, связанные с наркотиками, без цели сбыта и отменить уголовное наказание за хранение наркотиков для личного потребления

Как было отмечено выше, даже в отношении преступлений без цели сбыта,

- *Кодекс об административных правонарушениях* (Статья 320) предусматривает административную ответственность за различные преступления, связанные с наркотиками, в том числе и за хранение “малых” размеров наркотического средства;
- *Уголовный Кодекс* (Статьи 259.1 и 259.1-1) предусматривает уголовную ответственность за различные преступления, связанные с наркотиками, в том числе и за хранение “крупных” (до трех лет лишения свободы) и “особо крупных” размеров наркотического вещества (до 7 лет лишения свободы).

Учитывая, что наркотическая зависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием, подобные положения в значительной степени способствуют наказанию людей за состояние их здоровья. Это особенно очевидно в Республике Казахстан, принимая во внимание тот факт, что в рамках Закона РК *“О наркотических средствах”* установлены очень низкие пределы “небольших” (например, <0,01гр героина), “крупных” (например, 0.01-1гр героина) и “особо крупных” размеров наркотических средств (например, >1гр героина) – фактически, установленные в Казахстане стандарты размеров, являются самыми строгими в Центральной Азии. Правительству РК рекомендуется рассмотреть возможность (1) ограничения применения административной и уголовной ответственности за деяния, связанные с наркотическими средствами для личного потребления, и (2) полного отказа от привлечения к административной либо уголовной ответственности за *хранение* наркоти-

782 Национальная экспертная группа однозначно рекомендует разрабатывать данные законы с опорой на модельные положения документа *“Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе”*, Модуль 6: Аутрич работа и предоставление информации. (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006).

ческих средств в количестве, необходимом для личного потребления.⁷⁸³ Это может быть осуществлено принятием в комплексе следующих мер:

- Внести изменения в Сводную таблицу Закона РК "О наркотических средствах", увеличив минимальные пределы "небольших" и "крупных" размеров наркотических средств. Данные размеры должны соответствовать реальным количествам наркотика, регулярно используемого лицами с наркотической зависимостью.⁷⁸⁴

- Добавить положение следующего образца в Уголовный Кодекс РК и Кодекс РК об административных правонарушениях для того, чтобы отменить наказание за хранение наркотических средств без цели сбыта (например, для личного потребления):

Независимо от положений Уголовного Кодекса РК и Кодекса РК об административных правонарушениях потребление и хранение запрещенного вещества в малом количестве не влечет ни административной, ни уголовной ответственности.

Рекомендация 4: Содействовать успешной реализации программ обеспечения иглами и шприцами

Национальная экспертная группа рекомендует пересмотреть график работы и порядок предоставления услуг существующими пунктами доверия (на базе центров по борьбе со СПИДом и других медицинских учреждений) с учетом удобства лиц, потребляющих наркотики.

Кроме того, в целях обеспечения эффективности профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и охраны здоровья граждан, в целом, национальная экспертная группа рекомендует создать четкую правовую базу, регуливающую реализацию программ обеспечения иглами и шприцами, в том числе и порядок сбора и утилизации использованных шприцев. Такая правовая база должна гарантировать эффективность реализации данных программ, обеспечивая четкую правовую поддержку деятельности аутрич-работников, в том числе и равных консультантов (например, лиц, потребляющих или потреблявших наркотики, или других представителей уязвимых групп, на которых данная деятельность нацелена). Положение в формулировке, подобной предложенной ниже, может быть добавлено к существующему Закону РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД" или другому соответствующему закону.⁷⁸⁵

Программы обеспечения стерильными шприцами

(1) "Программа обеспечения стерильными шприцами" означает программу, которая обеспечивает доступ к стерильным шприцам и другим материалам, предоставляет информацию о передаче и распространении ВИЧ и других, переносимых с кровью, патогенов или направляет в учреждения, оказывающие услуги по лечению наркотической зависимости. Данная программа включает программы обмена игл, программы раздачи шприцев и другие формы распространения стерильных шприцев.

(2) Штат программ обеспечения стерильными шприцами может предоставлять ряд материалов и оказывать ряд услуг, в том числе и:

а) стерильные шприцы и другие средства для безопасного внутривенного употребления наркотиков, включая ампулы со стерильной водой, тампоны, фильтры, безопасные препараты кислот, ложки, чашки и другие соответствующие материалы;

б) материалы для безопасного курения и ингаляции наркотиков, например, трубки, мундштуки, металлические сита, спиртовые салфетки и бальзам для губ;

⁷⁸³ См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 1: Вопросы уголовного права, стр. 18-21.

⁷⁸⁴ Действующие на сегодняшний день в Таджикистане стандарты являются примером реализации менее жесткого подхода к определению размеров наркотических веществ в рамках закона.

⁷⁸⁵ См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными шприцами, стр. 12-15.

в) презервативы и другие средства безопасного секса, например, смазочный материал на водной основе и зубные прокладки, а также информацию о снижении риска заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем; и

г) оказание первой помощи в экстренных ситуациях.

(3) Сотрудники программ обеспечения стерильными шприцами вправе предоставлять информацию, которая включает, но не ограничивается сведениями:

а) об услугах по лечению наркотической зависимости и другой медицинской помощи;

б) о средствах защиты от инфекционных болезней, в том числе и от болезней, передающихся через кровь, например ВИЧ-инфекции;

в) о рисках, связанных с употреблением запрещенных веществ;

г) о мерах снижения вреда, относящихся к потреблению конкретного наркотика, в том числе о безопасной практике инъекций и ингаляций;

д) о бесплатной юридической помощи;

е) об организациях и центрах, предоставляющих услуги по трудоустройству и профессиональному обучению;

ж) о службах оказания помощи лицам с наркотической зависимостью и их семьям.

(4) Государство должно обеспечить доступ к стерильным шприцам людям, которые в них нуждаются. Там, где стерильные шприцы недоступны, но имеется потребность в них, государство должно открыть такие программы, используя средства общественных фондов. Государство может предоставлять стерильные шприцы через учреждения здравоохранения или выделить средства местным общественным организациям для реализации программ предоставления стерильных шприцев.

Содействие эффективной аутрич-работе в рамках программ снижения вреда

(5) "Аутрич-работа" означает общественную деятельность, проводимую для установления контакта и предоставления информации отдельным людям или группам населения, подверженным риску заражения заболеваниями, передающимися через кровь, в частности тем людям, с которыми нет постоянного контакта, и которые выпадают из сферы услуг и предоставления информации обычным способом через учреждения здравоохранения.

(6) "Аутрич-работники" – это оплачиваемые работники социальной сферы или здравоохранения или неоплачиваемые волонтеры (в том числе и из потребителей наркотиков) из государственных и неправительственных учреждений.

(7) Штат аутрич-работников может включать людей, которые в настоящее время потребляют наркотики, людей, которые в прошлом потребляли наркотики, и людей, которые не потребляют наркотики, но пользуются доверием тех, кто потребляет наркотики.

Рекомендация 5: Оградить лиц, реализующих программы снижения вреда от привлечения к уголовной или административной ответственности

Представители неправительственных организаций, осуществляющие аутрич-работу и другие мероприятия, нацеленные на лиц, потребляющих наркотики, такие как программы обеспечения стерильными шприцами или другим оборудованием в целях снижения вреда, связанного с потреблением наркотиков (в том числе и распространения ВИЧ), должны быть в четкой форме освобождены законом от привлечения к ответственности. В частности, рекомендуется четко определить, что деятельность работников, осуществляющих программы обмена и распространения шприцев, не подходит ни под определение "пропаганды и незаконной рекламы наркотиков" Закона "О наркотических средствах" (Статья 24) и Кодекса об административных правонарушениях (Статья 321), ни под определение "склонения к употреблению наркотических средств" положения Уголовного Кодекса (Статья 261). Кроме того, в статье Уголовного Кодекса (Статья 259) и Кодекса об административных правонарушениях (Статья 320), регулирующие "хранение" наркотических средств, рекомен-

дуются внести поправки, чтобы четко определить, что работники программ обеспечения иглами и шприцами не должны привлекаться ни к административной, ни к уголовной ответственности за хранение остаточного количества наркотика в использованных шприцах или иных подобных средствах. Для этого специальные положения следующего образца должны быть внесены в *Уголовный Кодекс РК* и *Кодекс РК об административных правонарушениях*:⁷⁸⁶

Освобождение лиц, реализующих программы снижения вреда и обеспечения стерильными шприцами, от привлечения к уголовной ответственности

Никакое положение данного или любого другого закона не препятствует распространению шприцев и других подобных материалов и предоставлению рекомендаций или инструкций в отношении безопасного использования шприцев и других подобных материалов лицом, которое относится к штатному персоналу программ обеспечения стерильными шприцами или иной программы, направленной на снижение вреда, связанного с потреблением запрещенных наркотических средств и психотропных веществ.

Отмена наказания за хранение остаточного количества наркотического средства, в том числе и в использованных шприцах

Лицо, которое хранит любые остаточные количества запрещенного наркотического или психотропного вещества, которое содержится в шприце или другом средстве, используемом для введения наркотика, в силу только одного такого хранения не считается согласно данному или любому другому закону совершившим преступление.

Рекомендация 6: Отказаться от рассмотрения состояния опьянения в момент совершения преступления как отягчающего вину обстоятельства

Согласно *Уголовному Кодексу РК* (Статья 54), состояние опьянения (наркотического или алкогольного) в момент совершения преступления является отягчающим обстоятельством, которое влечет ужесточение наказания. Однако сам факт опьянения не увеличивает вреда, причиненного преступлением, вследствие чего данное состояние не должно рассматриваться в качестве обстоятельства, усиливающего тяжесть преступления. Данное положение, в сущности, дискриминирует обвиняемых на основании состояния здоровья (т.е. наркотической или алкогольной зависимости), так как ведет к назначению более сурового наказания лицам в данном состоянии здоровья. В связи с этим Статью 54 Уголовного Кодекса рекомендуется отменить.

Рекомендация 7: Отменить или ограничить применение принудительного освидетельствования на наркотики

Национальная экспертная группа рекомендует запретить применение принудительного освидетельствования на наркотики, за исключением редких случаев, причем список категорий лиц, в отношении которых данная мера может быть применена, должен быть четко определен в одном законе. В настоящее время принудительное тестирование на наркотики может быть применено в случае, когда лицо потребляет наркотики в общественных местах (*Кодекс об административных правонарушениях*, Статья 336-2), а также в случае, если лицо находится в состоянии наркотического опьянения в общественном месте, на рабочем месте, а также в ряде других мест, определенных Приказом Министерства здравоохранения.⁷⁸⁷ К тому же, как было отмечено выше, согласно *Кодексу об административных правонарушениях* (Статья 326) к административной ответственности в виде наложения штрафа могут быть привлечены за "уклонение от медицинского обследования и лечения лица, употребляющие наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача". Фактически, законодательство Казахстана дает сотрудникам органов внутренних дел

⁷⁸⁶ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными шприцами, стр. 19-21.

⁷⁸⁷ "Инструкция по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения", утверждена Приказом Минздрава РК № 446 (11 июня 2003).

широкие полномочия по применению принудительного освидетельствования на наркотики в отношении многих категорий граждан не только в случаях, когда такое вмешательство может быть оправдано в целях предотвращения причинения человеком серьезного вреда себе или окружающим. Потребление алкоголя или наркотиков как таковое не подходит под определение причинения серьезного вреда себе или окружающим. Для устранения положений, предписывающих принудительное тестирование на наркотики для неоправданно широкого круга лиц:

- Статьи 326 и 336-2 *Кодекса РК об административных правонарушениях* рекомендуется отменить;
- "Инструкцию по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения", утвержденную Приказом Минздрава № 446, рекомендуется пересмотреть в целях ограничения круга лиц, в отношении которых может применяться принудительное тестирование в строго определенных законом обстоятельствах. (См.: часть "Дискриминация" в отношении рекомендаций по ограничению круга лиц, к которым может быть применено принудительное тестирование в связи с трудоустройством и в сфере образования.)

Рекомендация 8: Отменить административную ответственность за уклонение от медицинского обследования и лечения

Рекомендуется внести поправки в статьи 326-328 *Кодекса об административных правонарушениях*, предусматривающие наложение административной ответственности в различных ситуациях за уклонение от медицинского обследования и лечения. Статья 326 налагает ответственность за уклонение от обследования и лечения на лиц, находящихся в контакте с ВИЧ-инфицированными, больными СПИДом, венерическими болезнями, туберкулезом (после письменного предупреждения, сделанного учреждением здравоохранения), лиц, признанных страдающими от алкогольной или наркотической зависимости, либо в отношении которых имеются "достаточные данные", что они без назначения врача употребляют наркотические средства или психотропные вещества. Статья 327 налагает ответственность за уклонение от обследования и лечения на лиц с заболеваниями, представляющими "опасность" для окружающих (к которым отнесена и ВИЧ-инфекция, несмотря на то, что она не передается бытовым путем), лиц, находившихся с ними в контакте, после письменного предупреждения, сделанного учреждением здравоохранения. Статья 328 налагает ответственность на лиц с заболеваниями, представляющими "опасность" для окружающих, за сокрытие источника заражения и имен лиц, находившихся с ними в контакте.

Данные положения распространяются на широкий круг лиц, по существу, предписывая принудительное медицинское обследование и лечение под страхом применения наказания, даже в случаях, когда нет непосредственной угрозы окружающим, когда лицо имеет полное право принимать решения относительно того, следует ли ему обращаться за обследованием или лечением. Нарушение прав человека на тайну частной жизни, личную неприкосновенность и, потенциально, свободу (если налагается наказание) несоразмерно обстоятельствам и не является необходимым. Назначение принудительного обследования и лечения может быть признано оправданным только в исключительных случаях, когда независимым уполномоченным органом на основании соответствующих достаточных доказательств такое вмешательство признано необходимым в целях предотвращения причинения человеком серьезного вреда себе или окружающим, либо в случаях, когда человек не имеет права или не способен принять информированное решение относительно того, следует ли ему обращаться за обследованием или лечением. Даже в ситуациях, когда вмешательство для назначения принудительного обследования и лечения может быть признано оправданным, целью должна являться защита лица и окружающих от возможного вреда, а не осуществление наказания, что прослеживается в действующих Статьях 326-328. Данные положения рекомендуется отменить - правовые меры, регулирующие применение принудительного вмешательства в исключительных обстоятельствах при наличии соответствующих гарантий, являются предпочтительными.

Рекомендация 9: Отменить специальные положения уголовного права по заражению ВИЧ и ИППП

Статьи 115 и 116 *Уголовного Кодекса* Казахстана, налагающие наказание непосредственно за заражение и постановку в опасность заражения ВИЧ и «венерическими болезнями» должны быть отменены. В случае умышленного заражения ИППП или ВИЧ, эти преступления могут регулироваться положениями, криминализирующими причинение вреда здоровью, предусмотренными другими статьями *Уголовного Кодекса*.

Лечение наркотической зависимости

Рекомендация 10: Принять закон о лечении наркотической зависимости

Как уже было отмечено выше, в Республике Казахстан не существует закона о лечении наркотической зависимости, данные вопросы регулируются несколькими законами и нормативно-правовыми актами. Национальная экспертная группа рекомендует разработать и принять единый Закон “О лечении наркотической зависимости и наркологической помощи”, который будет предусматривать все аспекты улучшения и расширения услуг по лечению наркотической зависимости (в том числе и рекомендации, представленные ниже).⁷⁸⁸

Рекомендация 11: Опиоидная заместительная терапия

Опиоидная заместительная терапия является важным компонентом лечения наркотической зависимости, основанном на позитивном мировом опыте; и признана ключевым методом профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. В Казахстане необходимо расширить круг методов лечения наркотической зависимости, и привести лечение наркотической зависимости в соответствие с международными стандартами и передовым опытом.

Министерству здравоохранения РК после реализации запланированных пилотных проектов рекомендуется рассмотреть возможность расширения охвата пациентов программами ОЗТ. Как было отмечено ранее, проведение опиоидной заместительной терапии регулируется многими нормативно-правовыми актами Республики Казахстан.

Для проведения и расширения этих программ, имеющих особую важность для лечения наркотической зависимости и профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, не требуется принятия новых законов. Но, хотя это не является необходимостью, было бы полезно создать четкую законодательную базу, регулиующую реализацию подобных программ, для чего рекомендуется внести дополнительные поправки в Закон РК “О наркотических средствах” (и принять Закон “О лечении наркотической зависимости и наркологической помощи”), где, в четкой форме, регулируется применение заместительной терапии в соответствии с принципами прав человека.⁷⁸⁹

Рекомендация 12: Обеспечить анонимность и конфиденциальность лечения наркотической зависимости

Национальная экспертная группа рекомендует внести изменения в законодательство, направленные на расширение предоставления услуг по лечению наркотической зависимости и реабилитации на условиях анонимности. Также отмечено, что в тех случаях, где требуется идентификация личности, необходимо строгое соблюдение конфиденциальности, с привлечением к ответственности за ее несоблюдение. Национальные эксперты рекомендуют внести поправки, в четкой форме га-

⁷⁸⁸ В разработку такого закона должны быть вовлечены неправительственных организаций и лица, потребляющие или потреблявшие наркотики, так как именно на них данный закон нацелен. Руководство и рекомендации по разработке отдельных положений подобного закона представлены в документе “Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе”, в частности Модуль 2 (Лечение наркотической зависимости).

⁷⁸⁹ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, стр. 25-33, где представлены модельные положения для добавления к закону, связанные с введением программ ОЗТ в соответствии с принципами соблюдения прав человека.

рантирующие соблюдение конфиденциальности личной и медицинской информации пациентов, получающих наркологическую помощь. Положения следующего образца могут быть добавлены в законодательство.⁷⁹⁰

Конфиденциальность личной и медицинской информации о пациентах, проходящих лечение наркотической зависимости

(1) Информация обо всех медицинских услугах должна быть конфиденциальной. Записи о личности пациента, диагнозе, прогнозе лечения или лечении, составленные в ходе лечения наркотической зависимости, являются:

- а) конфиденциальными;
- б) не подлежат общественной проверке или обнародованию;
- в) не должны передаваться другим лицам или ведомствам без согласия лица, которого они касаются; и
- г) не должны подвергаться раскрытию или быть допустимыми в качестве доказательства в ходе судебного разбирательства.

(2) Никакие сведения, упомянутые в пункте (1) настоящей статьи, не могут быть использованы:

- а) для предъявления обвинения в совершении уголовного преступления пациентом; или
- б) в качестве основания для проведения расследования в отношении пациента.

(3) Персонал программы не может быть принужден в соответствии с любым другим законом давать свидетельские показания, касающиеся информации, которая была им доверена или стала известна во время выполнения ими своих обязанностей в рамках программы.

(4) Любое использование личной информации о пациентах и персонале программы для исследований или проведения оценки должно осуществляться при обеспечении полной анонимности и любое такое использование должно регулироваться в соответствии с пунктом (2) данной Статьи.

Рекомендация 13: Отменить или ограничить применение принудительного лечения наркотической зависимости

Рекомендуется оценить эффективность принудительного лечения наркотической зависимости в Казахстане, с конечной целью проведения реформы существующего законодательства. Международные организации подчеркивают, что лечение наркотической зависимости должно быть в большинстве случаев добровольным.⁷⁹¹ Общеизвестно, что принудительное лечение нарушает права человека, включая его право на свободу, личную неприкосновенность и тайну личной жизни,⁷⁹² и может применяться только в исключительных, четко определенных случаях в целях предотвращения непосредственного причинения человеком вреда себе или окружающим.

В настоящее время, целый ряд правовых инструментов Казахстана регулирует принудительное лечение наркотической зависимости;⁷⁹³ многие из них нуждаются во внесении поправок в целях ограничения круга лиц, в отношении которых может применяться принудительное лечение. Согласно законодательству КР, принудительное лечение наркотической зависимости назначается в различных ситуациях. Существует возможность привлечения к административной ответственности и наказания лица за уклонение от лечения, если в отношении него имеются “достаточные данные”, что оно употребляет наркотические средства (*Кодекс об административных правонарушениях*, Статья

⁷⁹⁰ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, стр. 20-22.

⁷⁹¹ UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment, Discussion paper*. Март 2008, стр. 9.

⁷⁹² *Международный пакт о гражданских и политических правах*, Генеральная Ассамблея ООН, 999 UNTS 171, 1966. Статьи 7, 9, и 17; *Всеобщая Декларация прав человека*, Резолюция Генеральной ассамблеи ООН 217А (III), UN Doc. A/810 (1948). Статьи 3 и 12.

⁷⁹³ Закон РК “О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией” № 325-II (27 мая 2002); Указ Президента РК “О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией” № 2184 (7 апреля 1995); Закон РК “О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблениям ими”, № 279-1 (10 июля 1998), Глава 3 “Оказание медико-социальной помощи больным наркоманией и токсикоманией”, Статьи 32-37.

326). Принудительное лечение может быть также назначено наряду с административным взысканием или уголовным наказанием. Лицу, признанному виновным в совершении определенных административных правонарушений, суд, наряду с административным взысканием, может назначить принудительное лечение (сроком до двух лет).⁷⁹⁴ Кроме того, лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии наркотического опьянения, суд может назначить принудительное лечение от наркотической зависимости *наряду* с наказанием в виде лишения свободы. В настоящее время, законодательством Казахстана не предусмотрено лечение от наркотической зависимости в качестве *альтернативы* лишению свободы. В этом отношении, в законодательстве Казахстана в полной мере не реализуются возможности, предусматриваемые международными договорами по контролю наркотиков.⁷⁹⁵

Национальная экспертная группа и технические консультанты проекта предложили ряд рекомендаций, в целях ограничения применения принудительного лечения:

- Как было отмечено выше, рекомендуется отменить или, по крайней мере, ограничить сферу применения Статьи 326 *Кодекса об административных правонарушениях*, предусматривающую ответственность, кроме всего прочего, за уклонение от лечения наркотической зависимости.
- Кроме того, по мнению национальной экспертной группы, рекомендуется отменить Указ Президента РК № 2184 *“О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией”*.
- В соответствии с положениями международных договоров по контролю над наркотиками, в *Уголовный Кодекс РК* рекомендуется внести поправки, разрешающие (по крайней мере, в ряде случаев) применение лечения наркотической зависимости в качестве меры, альтернативной заключению, а не дополнительной к нему. В качестве альтернативы социальной изоляции потребителей наркотиков, совершивших административные правонарушения и нетяжкие уголовные преступления, эксперты считают возможным проведение лечения в добровольных отделениях медико-социальной реабилитации под контролем (например, Министерства внутренних дел) по аналогии с контролем за условно освобожденными лицами.⁷⁹⁶

Рекомендация 14: Реформировать систему учёта лиц, потребляющих наркотики, в целях обеспечения конфиденциальности личной и медицинской информации

В целях обеспечения защиты и уважения прав человека, а также чтобы ликвидировать фактор, препятствующий обращению лиц за лечением наркотической зависимости и наркологической помощью, Казахстану рекомендуется отменить централизованный учёт лиц, потребляющих наркотики или имеющих наркотическую зависимость, так как использование этой информации часто ведет к нарушению прав человека. Для этого, рекомендуется внести поправки в соответствующий Приказ Министерства здравоохранения, отменяющие постановку на учёт лиц с наркотической зависимостью.⁷⁹⁷ (По всей видимости, центры, предоставляющие лечение наркотической зависимости, могут собирать и сохранять определенную информацию о пациентах, в целях предоставления должного лечения, и они должны продолжать это, таким же образом, как и с пациентами, проходящими лече-

⁷⁹⁴ *Кодекс об административных правонарушениях*, Статья 59.

⁷⁹⁵ Непосредственно в отношении преступлений, связанных с наркотиками, международные договоры предусматривают для стран-участниц возможность включения в своё законодательство мер, альтернативных осуждению и заключению в тюрьму за преступления, связанные с наркотиками, в том числе и такую меру, как лечение: *Единая конвенция о наркотических средствах*, 1961, ООН, 520 UNTS 331, с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года, Статья 36(2); *Конвенция о психотропных веществах*, 1971, ООН, 1019 UNTS 175, Статья 22; *Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ*, 1988, Статья 3(4).

⁷⁹⁶ По всей видимости, “добровольный” характер лечения не является таковым в полной мере, так как альтернатива лечению – лишение свободы. Рекомендации по разработке положений, позволяющих реализовать данный подход с большей степенью добровольности прохождения лечения, при котором лечение наркотической зависимости не будет принудительным, в то время как контакт лица с системой уголовного права будет использован, чтобы поощрить его решение добровольно начать лечение.– См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 1: Вопросы уголовного права, стр. 23-28.

⁷⁹⁷ Приказ Министерства здравоохранения РК *“Об утверждении Правил направления лиц, больных наркоманией, условиях содержания и объеме помощи больным, страдающим наркоманией, в центрах (отделениях) медико-социальной реабилитации”*, № 638 (18 августа 2004).

ние от других заболеваний, обеспечивая при этом должные гарантии соблюдения конфиденциальности личной и медицинской информации пациента, в том числе и неразглашение информации по запросам правоохранительных органов и других ведомств).

Рекомендация 15: Ввести меры профилактики и лечения передозировок

В целях предотвращения смертности и другого вреда здоровью потребителей инъекционных наркотиков от передозировок, аутрич-работники (в том числе и работающие в неправительственных организациях, а также равные консультанты) должны иметь законное право, распространять и применять в случаях передозировок такие препараты, как налоксон. Это может быть осуществлено добавлением положения следующего образца в Закон РК *“О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими”*.⁷⁹⁸

Применение опиоидного антагониста

(1) Министерством здравоохранения должно быть утверждено положение, что аутрич-работники должны пройти соответствующее обучение методам применения опиоидного антагониста.

(2) Аутрич работник может применить опиоидный антагонист для оказания помощи другому человеку, когда:

- а) аутрич-работник добросовестно полагает, что другой человек испытывает передозировку; и
- б) применяя препарат для оказания помощи другому человеку, аутрич-работник действует с разумной осторожностью.

(3) Аутрич работник, применяющий опиоидный антагонист, помогая другому человеку, согласно пункту (1), не несет гражданской или уголовной ответственности за применение опиоидного антагониста.

Принимая во внимание то, что имеет место потребление наркотиков и в учреждениях уголовно-исполнительной системы, для исключения тяжелых последствий передозировок в тюрьмах, рекомендуется разрешить применение налоксона в случае передозировки равным консультантам и работникам тюрем, и проводить для них тренинги по тому, как использовать этот препарат.

Охрана здоровья граждан, выявление и лечение ВИЧ-инфекции

Рекомендация 16: Обеспечивать преемственность лечения

Национальная экспертная группа рекомендует развивать сотрудничество между учреждениями, предоставляющими лечение ВИЧ-инфекции, наркотической зависимости, туберкулеза, гепатита С, с тем, чтобы урегулировать перенаправление пациентов с ВИЧ и наркотической зависимостью из одних учреждений в другие (в том числе из закрытых учреждений в учреждения общего здравоохранения).

Рекомендация 17: Гарантировать, чтобы тестирование на ВИЧ проводилось с информированным согласием обследуемого лица

Как отмечалось выше, согласно Приказу Министерства здравоохранения Казахстана, обследование на ВИЧ должно осуществляться с информированного согласия лица, с предоставлением до- и после-тестового консультирования.⁷⁹⁹ Однако в Законе РК *“О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД”*, нет положения, требующего получения информированного согласия лица в качестве не-

⁷⁹⁸ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 6: Аутрич работа и предоставление информации, стр. 14-15.

⁷⁹⁹ Приказ МЗ РК *“Правила об обследовании граждан на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека”*, № 227 (9 марта 2004).

обходимого условия. В связи с этим, рекомендуется внести в этот закон поправку следующего содержания:

Тест на ВИЧ или другие вирусы, передающиеся через кровь, не должен проводиться без добровольного информированного согласия лица, данного в письменном виде.

Рекомендация 18: Принудительное медицинское обследование и лечение в связи с ВИЧ и ИППП

Действующим законодательством РК предусмотрена возможность принудительного тестирования и лечения в связи с ВИЧ и ИППП в отношении широкого круга лиц. Эти положения неоправданно нарушают права человека (например, право на личную безопасность и тайну личной жизни) и не согласуются с международными рекомендациями, основанными на положительном мировом опыте, что освидетельствование на ВИЧ (и ИППП) должно быть добровольным. Рекомендуется внести следующие изменения в законодательство РК:

- Отменить часть Статьи 5 Закона РК *“О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД”*, согласно которой, лица, содержащиеся в учреждениях УИС, должны проходить обязательное освидетельствование на ВИЧ.
- Отменить Статью 6 Закона РК *“О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД”*, обязывающую граждан Казахстана, иностранцев и лиц без гражданства проходить конфиденциальное медицинское освидетельствование по требованию органов здравоохранения, прокуратуры, следствия и суда при наличии достаточных оснований полагать, что эти лица могут быть заражены ВИЧ-инфекцией.
- Отменить Статью 7-1 Закона РК *“О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения”* и Приказ Министерства здравоохранения 2007 года *“О мерах по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан”*, предусматривающие обязательное обследование на ВИЧ иностранцев, прибывших в РК на срок более 6 месяцев либо на постоянное проживание, и ⁸⁰⁰ высылку из страны в случае обнаружения у них ВИЧ и их уклонения от профилактического наблюдения.
- Отменить положения Совместного Приказа Министерства здравоохранения и Министерства обороны РК 2005 года, согласно которым военнослужащие-контрактники должны проходить обследование на ВИЧ при устройстве на работу и 6 месяцев спустя.⁸⁰⁰
- Статья 17 Закона РК *“Об охране здоровья граждан”* предусматривает обследование, лечение и медицинское вмешательство без согласия граждан для лиц, страдающих заболеваниями, представляющими *“опасность”* для окружающих (к которым отнесена и ВИЧ-инфекция).⁸⁰¹ В данное положение рекомендуется внести изменения в целях четкого определения, что обследование на ВИЧ (и другие ИППП) и лечение от данных инфекций не может быть применено принудительно только на основании требования органов здравоохранения. Если тестирование и лечение применяются без согласия граждан, процедура их проведения должна быть четко определена законом, с требованием, что подобная мера является исключительной, и применяется только на основании судебного решения, при наличии достаточных оснований, и со сведением к минимуму нарушение прав человека.⁸⁰²
- Внести поправки в статьи 326-328 *Кодекса об административных правонарушениях (“Ответственность за уклонение от лечения”)* с целью устранения возможности привлечения к ответственности лиц, живущих с ВИЧ, за уклонение от медицинского обследования и лечения.

⁸⁰⁰ Совместный приказ Министерства здравоохранения № 562 (4 ноября 2005) и Министерства обороны № 342 (19 сентября 2005).

⁸⁰¹ Закон РК *“Об охране здоровья граждан”*, Статья 17.

⁸⁰² Руководящие принципы, такие, как *Принципы ООН, принятые в Сиракузах*, о допустимых ограничениях прав человека, должны быть соблюдены в любом положении закона, разрешающего принудительное обследование или лечение. Следует отметить, что Законом РК *“О системе здравоохранения”* (Статья 31) уже признается право пациента на адвоката или другого представителя, защищающего его его/ее права, и внесение поправок, нацеленных на усиление гарантий соблюдения права человека не подвергаться принудительному обследованию, должно опираться на это.

Рекомендация 19: Обеспечить доступ к бесплатному конфиденциальному лечению ИППП

Технические консультанты проекта и национальная экспертная группа рекомендует отменить учёт лиц с ИППП и ввести бесплатное добровольное и конфиденциальное освидетельствование и лечения ИППП.

Рекомендация 20: Усилить меры снижения вреда

Учитывая, что потребление инъекционных наркотиков играет существенную роль в распространении эпидемии в Республике Казахстан, чрезвычайно важно, чтобы Законом РК *“О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД”* были предусмотрены меры профилактики ВИЧ и другого вреда, среди лиц, потребляющих наркотики, в соответствии с международными нормами и лучшим мировым опытом. Для этого Закон РК *“О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД”* рекомендуется усилить, включив в него положения, предусматривающие реализацию мер снижения вреда, в том числе, профилактику ВИЧ, среди лиц, потребляющих наркотики, и заключенных. Рекомендуется разработать специальные руководства для ведомств, ответственных за реализацию решений в данной области (Министерство здравоохранения и Министерство юстиции), а также в четкой форме рекомендовать правоохранительным органам (например, Комитету по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков МВД Республики Казахстан) сотрудничать с государственными и неправительственными организациями в целях обеспечения успешного введения и реализации мер снижения вреда (например, программ обеспечения стерильными шприцами, программ ОЗТ).

Рекомендация 21: Соблюдение других прав пациентов

Наряду с тем, что Законами РК *“О системе здравоохранения”* и *“Об охране здоровья граждан”* официально признаются некоторые основные права пациентов, рекомендуется усилить законодательство РК в этой области посредством добавления положения следующего образца:⁸⁰³

Каждый пациент имеет право:

- а) на курс лечения в соответствии с принятой клинической практикой;
- б) на лечение без дискриминации;
- в) на активное участие в определении целей своего лечения;
- г) на активное участие в процессе принятия всех решений, связанных с лечением, включая время и способ начала лечения, а также прекращение лечения;
- д) осуществлять свои права в качестве пациента;
- е) на конфиденциальность медицинских сведений и результатов клинических обследований.

Тюрьмы

Рекомендация 22: Осуществлять программы снижения вреда в тюрьмах, включая программы обмена игл и шприцев

Рекомендуется внести поправки и дополнения в *Правила внутреннего распорядка исправительных учреждений и следственных изоляторов* и ведомственный Приказ, регламентирующий порядок оказания медико-санитарной помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным, с целью введения программ опиоидной заместительной терапии, программ обеспечения шприцами и распространения презервативов и дезинфицирующих средств. Эти интервенции необходимы для сохранения здоровья заключенных и профилактики ВИЧ и других болезней, передаваемых с кровью в местах лишения свободы. Положения *Правил внутреннего распорядка*, запрещающие заключенным хранение игл и шприцев рекомендуется отменить, так как они препятствуют осуществлению программ обмена игл и шприцев в учреждениях УИС. Положения, подобные представленным

⁸⁰³ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, стр. 18-19.

ниже, рекомендуется добавить в Закон РК "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД" и/или Уголовный Кодекс РК, они также могут быть утверждены в качестве "Правил обмена шприцев в местах лишения свободы и содержания под стражей".⁸⁰⁴

Распространение и хранение презервативов и других средств безопасного секса в тюрьмах

(1) Министерство здравоохранения РК и Министерство юстиции РК должны обеспечить анонимный доступ заключенных к презервативам и другим средствам безопасного секса, таким, как смазочные материалы на водной основе, оральные прокладки, а также к соответствующей информации о надлежащем применении этих средств и их значимости для профилактики распространения ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передающихся половым путем.

(2) Министерство здравоохранения РК должно разработать план утилизации использованных презервативов с соблюдением анонимности заключенных, не причиняя вреда здоровью тюремных служащих.

(3) Распространение и хранение презервативов и других средств безопасного секса в тюрьмах согласно данному закону, не должно рассматриваться как преступление или административное правонарушение. Презервативы и другие средства безопасного секса не должны использоваться в качестве доказательства сексуальных отношений в целях наложения административных санкций или осуществления уголовного преследования.

Разрешение программ снижения вреда

(1) Программы снижения вреда должны осуществляться во всех тюрьмах согласно положениям, изложенным в данной статье, с целью снижения вреда, связанного с применением опасных практик потребления наркотиков, в том числе и риска распространения ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь.

(2) В целях предотвращения распространения болезней, передающихся через кровь, и снижения рисков для здоровья, связанных с потреблением наркотиков среди заключенных, Министерство здравоохранения либо местная тюремная администрация может уполномочить конкретное лицо или организацию (в том числе и неправительственную организацию) осуществлять программы снижения вреда, включая предоставление стерильных шприцев и других сопутствующих материалов заключенным, а также презервативов и других средств снижения риска распространения ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь.

Информация

(1) Персонал программ снижения вреда может предоставлять информацию, включающую, но не ограничивающуюся, следующими сведениями:

- (а) об услугах по лечению наркотической зависимости и другой медицинской помощи;
- (б) о средствах защиты от инфекционных болезней, в том числе и от болезней, передающихся через кровь, например ВИЧ-инфекции;
- (в) о рисках, связанных с употреблением запрещенных веществ;
- (г) о мерах снижения вреда, относящихся к потреблению конкретного наркотика, в том числе о безопасной практике инъекций и ингаляций;
- (д) о бесплатной юридической помощи;
- (е) об организациях и центрах, предоставляющих услуги по трудоустройству и профессиональному обучению;
- (ж) о службах оказания помощи лицам с наркотической зависимостью и их семьям.

Распространение стерильных шприцев и сопутствующих материалов

(2) Наделенное полномочиями лицо или организация, могут распространять шприцы и другие материалы, применяя один или несколько из перечисленных ниже способов:

- (а) через медсестер или врачей, работающих в тюремном медпункте или в другой секции(-ях) тюрьмы;
- (б) через заключенных, прошедших обучение для работы в качестве аутрич-консультантов по принципу "равный-равному";
- (с) через представителей неправительственных организаций или медицинских специалистов, посещающих тюрьму с этой целью;
- (д) через автоматы, обменивающие использованные шприцы один к одному на стерильные.

(3) По возможности, заключенные должны иметь доступ к стерильным шприцам и сопутствующим материалам без необходимости идентифицировать себя тюремной администрации.

(4) Министерство юстиции по согласованию с Министерством здравоохранения должно установить меры по безопасному хранению шприцев заключенными, согласно положениям настоящего закона.

(5) Программа обеспечения стерильными шприцами должна включать меры для поощрения безопасной утилизации шприцев и мониторинга количества выданных и хранящихся на складе шприцев.

(6) Стерильные шприцы и сопутствующие материалы, распространенные в рамках программ снижения вреда, должны использоваться в соответствии с данным законом или любыми другими соответствующими правилами или политикой учреждения, установленной соответствующим органом.

(7) Распространение или хранение шприцев и сопутствующих материалов в тюрьмах в соответствии с настоящим законом не должны составлять уголовного преступления или административного правонарушения; эти материалы также не должны служить допустимыми доказательствами незаконного потребления наркотиков в уголовном или административном процессах.

Доступность хлорамина, как средства дезинфекции

(1) Хлорамин и инструкции по его применению в качестве дезинфицирующего средства должны быть доступны в соответствии с настоящим законом и любыми другими соответствующими положениями или политикой учреждения, согласующимися с настоящим Законом.

(2) Любое такое положение или политика, согласующиеся с подпунктом (1), призваны:

- (а) способствовать расширению участия заключенных в распространении хлорамина;
- (б) обеспечить, чтобы хлорамин был доступен заключенным при сохранении их анонимности; и
- (в) создать такие условия, чтобы заключенный никогда не сталкивался с необходимостью обращаться к тюремному персоналу для получения хлорамина.

(3) Хлорамин, предоставляемый согласно настоящему закону, должен использоваться только в соответствии с настоящим законом и другими соответствующими положениями или политикой учреждения, согласующимися с настоящим законом.

(4) Предоставление и хранение хлорамина в тюрьмах в соответствии с настоящим законом не должно составлять уголовного преступления или административного правонарушения и

⁸⁰⁴ См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе", Модуль 5: Тюрьмы, стр. 25-30.

не должно служить допустимым доказательством незаконного потребления наркотиков в уголовном или административном процессах.

Информационно-просветительские программы в отношении ВИЧ/СПИДа, других болезней, передающихся через кровь, и лечения наркотической зависимости в тюрьмах

(1) В целях предотвращения распространения ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь, Министерство здравоохранения должно разработать и реализовать программы предоставления информации и проведения просветительской работы в каждой тюрьме.

(2) В ходе разработки данных программ Министерство должно использовать материалы, которые с наибольшей вероятностью окажутся эффективными в снижении темпов распространения болезней, передающихся через кровь, на территории тюрем и за их пределами, и в обеспечении информации о лечении, уходе и поддержке.

(3) Программы, предусмотренные пунктом (1), могут включать просвещение по принципу «равный-равному» с привлечением лиц, не связанных с Министерством юстиции, включая возможность реализации таких программ местными общественными организациями.

(4) Материалы, по мере возможности, должны быть предоставлены заключенным на их родном языке и должны учитывать образовательный уровень целевой аудитории, а также ее социальные и культурные особенности

Ответственность Министерства здравоохранения за организацию обучения и просвещения

(1) Министерство здравоохранения несёт ответственность за:

- (а) обучение персонала и заключенных на регулярной основе и за содержание подобного обучения и тренингов, которые должны обязательно включать информацию о стандартных мерах предосторожности в целях предотвращения и контроля заболеваний, вопросы личной ответственности за обеспечение собственной защиты и защиты других людей, а также информацию о мерах пост-контактной профилактики;
- (б) то, чтобы обучение и просвещение включали также доступные услуги и лечение, и чтобы программы консультаций и просвещения по принципу «равный-равному», включали участие заключенных в качестве консультантов;
- (в) обучение заключенных и тюремного персонала, которые могут иметь контакт с кровью, универсальным мерам предосторожности.

Рекомендация 23: Программы опиоидной заместительной терапии в тюрьмах

Учитывая высокий уровень распространенности наркотической зависимости среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, значительную роль рискованных практик потребления наркотиков в распространении эпидемии ВИЧ, и важность обеспечения доступа к медицинским услугам, оказываемым в соответствии с принципом соблюдения прав человека, и способствующим реализации права на наивысший достижимый уровень здоровья для всех, РК рекомендуется начать осуществлять программы ОЗТ. Эти программы являются важной составляющей решения проблемы наркотической зависимости в тюрьмах. Рекомендуется ввести ОЗТ в тюрьмах сразу же, как данный вид лечения будет предоставляться вне тюрем.

Положение, в четкой форме предусматривающее доступ заключенных с наркотической зависимостью к ОЗТ, может быть сформулировано следующим образом (и внесено, например, в *Уголовно-исполнительный Кодекс РК*):⁸⁰⁵

805 См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 5: Тюрьмы,

Программы опиоидной заместительной терапии в тюрьмах

(1) Министерство здравоохранения при содействии Министерства внутренних дел должно ввести программы опиоидной заместительной терапии во всех тюрьмах.

(2) Заключенные с опиоидной зависимостью должны иметь право на заместительную терапию опиатами в соответствии с руководящими указаниями по опиоидной заместительной терапии, применяемыми в данном обществе.

(3) Опиоидная заместительная терапия должна быть доступна на бесплатной основе при заключении в тюрьму и в течение всего срока отбывания наказания.

(4) Действие программ заместительной терапии опиатами не должно ограничиваться только теми заключенными, которые участвовали в подобной программе до лишения свободы. Все заключенные, для которых данный вид лечения является приемлемым, должны иметь право на получение опиоидной заместительной терапии в течение всего срока отбывания наказания.

(5) Участие в программах опиоидной заместительной терапии должно предлагаться на добровольной основе всем заключенным с зависимостью от опиоидов.

(6) Опиоидная заместительная терапия может включать ряд подходов, включая поддерживающее лечение.

(7) Программа должна обеспечить персонал, тюремных служащих, высшие должностные лица, а также заключенных фактической информацией в отношении опиоидной заместительной терапии.

(8) В рамках программы должна быть разработана комплексная система планирования выписки заключенных, чей срок отбывания наказания подходит к концу, включая систему направления их на программы опиоидной заместительной терапии за пределами тюрьмы.

Рекомендация 24: Обеспечить доступ заключенных с наркотической зависимостью к реабилитации

Национальная экспертная группа рекомендует Правительству РК принять законодательные нормы, гарантирующие медицинскую и социальную реабилитацию заключенных с наркотической зависимостью, и обеспечить их выполнение на практике.

Рекомендация 25: Отменить принудительное освидетельствование заключенных на ВИЧ и обеспечить равный для всех доступ к добровольному тестированию и лечению в связи с ВИЧ в тюрьмах

Рекомендуется отменить принудительное освидетельствование заключенных на ВИЧ, так как это противоречит правам человека и лучшим мировым практикам.⁸⁰⁶ Более того, в целях обеспечения равного доступа к медицинской помощи, органы власти, несущие ответственность за исправительные учреждения, должны обеспечить повсеместный доступ к получению антиретровирусной терапии и других видов лечения и препаратов для заключенных с ВИЧ. Для законодательного обеспечения этого, рекомендуется добавить в Закон РК *“О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД”* и/или *Уголовно-исполнительный Кодекс РК* положение следующего образца:⁸⁰⁷

стр. 30-32.

806 *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Руководящий принцип 3 “Законодательство в области общественного здравоохранения”, Пункт 20 (b) и Руководящий принцип 4 “Уголовное законодательство и исправительные системы”, Пункт 21 (e).

807 См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 5: Тюрьмы, стр. 16-17.

Право на равные и соответствующие медицинские услуги для заключенных

- (1) Освидетельствование заключенных на ВИЧ проводится только на добровольной основе.
- (2) Заключенный, у которого тест на ВИЧ-инфекцию оказался положительным, имеет право на соответствующие медицинские услуги, консультирование и направление в другие службы поддержки в период нахождения в тюрьме.
- (3) Работники здравоохранения обязаны охранять физическое и психическое здоровье заключенных или задержанных лиц и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, какое обеспечивается лицам, не являющимся заключенными или задержанными.

Рекомендуется в этом положении четко указать на ВИЧ-инфекцию, но, в идеале, она должна быть сформулирована шире, регламентируя предоставление равного доступа к медицинским услугам и препаратам для лечения, не только в случае ВИЧ-инфекции.

Национальная экспертная группа также рекомендует исправительным учреждениям, в сотрудничестве с другими заинтересованными государственными органами и НПО, разработать Программу социального сопровождения лиц с ВИЧ, освобождающихся из учреждений УИС.

Рекомендация 26: Сохранять конфиденциальность медицинской информации лиц, содержащихся в учреждениях УИС

Рекомендует внести поправки в *Уголовно-исполнительный Кодекс РК*, обязывающие персонал учреждений УИС сохранять конфиденциальность медицинской информации, касающейся осужденных, в том числе, и сведений об их ВИЧ-статусе. Положение, подобное следующему, рекомендуется добавить в *Уголовно-исполнительный Кодекс РК*:

Конфиденциальность

- (1) Вся информация относительно состояния здоровья и лечения заключенного является конфиденциальной, и все медицинские процедуры должны проводиться таким образом, чтобы конфиденциальность была сохранена.
- (2) Информация, упоминаемая в пункте (1), должна содержаться в документах, доступных только медицинским работникам, но не остальному тюремному персоналу. На камере, досье или иных документах заключенного не должно быть никаких пометок, ярлыков, штампов или иных знаков, указывающих на наличие у него ВИЧ-инфекции; допустимы только записи в медицинской карте пациента согласно стандартной профессиональной практике оформления истории болезни.
- (3) Информация, упоминаемая в пункте (1), подлежит раскрытию только:
 - (а) с согласия заключенного; или
 - (б) в целях обеспечения безопасности других заключенных и тюремного персонала,
 - (в) при соблюдении общепринятых принципов в отношении раскрытия информации.

Рекомендация 27: Устранить дискриминацию заключенных с ВИЧ или наркотической зависимостью

Чтобы устранить дискриминацию, на сегодняшний день заложенную в законодательстве, рекомендуется внести в *Уголовно-исполнительный Кодекс РК* ряд изменений:

- Отменить запрет на перевод осужденных, не прошедших лечение от наркотической зависимости, в лучшие условия (учреждения менее строго режима).
- Исключить ВИЧ-позитивный статус и факт незавершенности курса лечения наркотической

зависимости или ИППП из числа обстоятельств, рассматриваемых в Статье 73 (и других подобных статьях) в качестве факторов, ограничивающих реализацию прав заключенных на перевод и перемещение.

Рекомендация 28: Предусмотреть возможность досрочного освобождения для заключенных, принимающих участие в мероприятиях по профилактике ВИЧ

Национальная экспертная группа рекомендует создать условия для представления лиц, активно участвующих в мероприятиях по профилактике ВИЧ, обучению, образованию и информированию в связи с ВИЧ, к условно-досрочному освобождению, согласно Статье 109(4) *Уголовно-исполнительного Кодекса РК*.

Дискриминация

Как было отмечено выше, законодательство Республики Казахстан содержит положения, в целом, запрещающие дискриминацию на основе ВИЧ-положительного статуса. В то же время, дискриминация существует; само законодательство РК содержит некоторые дискриминационные положения. Правовая защита от дискриминации является важным элементом решения проблемы маргинализации, которая всячески усиливает как уязвимость людей к ВИЧ, так и отрицательное воздействие ВИЧ-инфекции. Законодательство в этой сфере может быть усилено различными способами, в целях приведения его в соответствие с принципами прав человека.

Рекомендация 29: Запретить освидетельствование на ВИЧ в связи с трудоустройством и в сфере образования

Действующее законодательство РК запрещает прекращение трудового договора или отказ в его заключении на основании ВИЧ статуса лица. Однако было бы полезно в четкой форме закрепить, что требование прохождения медицинского освидетельствования на ВИЧ до найма, на рабочем месте, или в процессе обучения в образовательном учреждении является незаконной дискриминацией.⁸⁰⁸ Рекомендуется включить в *Трудовой Кодекс РК* положение, запрещающее работодателям требовать прохождения освидетельствования на ВИЧ в качестве условия трудоустройства. Дополнительно, поправкой к Закону РК *“О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД”* рекомендуется запретить подобную практику. Положение может быть сформулировано следующим образом:

Дискриминация лица, членов семьи или партнеров этого лица, на основании того, что данное лицо заражено ВИЧ-инфекцией или больно СПИДом, или предположительно заражено ВИЧ-инфекцией или больно СПИДом, запрещена в областях, включающих трудоустройство и образование, но не ограничивающихся ими. Принуждение лица пройти тестирование на ВИЧ в качестве условия трудоустройства или зачисления в образовательное учреждение, до или во время работы или учёбы является дискриминационным и незаконным.

Рекомендация 30: Запретить дискриминацию лиц с наркотической зависимостью в связи с трудоустройством и в сфере образования

Законодательство РК ограничивает права лиц, потребляющих наркотики и состоящих на учёте в наркологических диспансерах, на управление транспортом⁸⁰⁹ и занятие определенными видами трудовой деятельности, связанных с источниками повышенной опасности, либо фармацевтическим

⁸⁰⁸ См., например, ЮНЕЙДС и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, параграф 149. Подобное заключение можно сделать и в отношении дискриминации лица на основании заражения гепатитом В или С или ИППП. Из-за пути передачи данных заболеваний многие потребители наркотиков являются уязвимыми и для других инфекций, передаваемых через кровь, для гепатита В или С наряду с ВИЧ/СПИДом, и могут столкнуться с дискриминацией на этом основании, что уже имело место в некоторых странах. Принимая поправку к закону с целью оградить людей от дискриминации на основании их ВИЧ/СПИД статуса в таких областях, как трудоустройство и образование, целесообразно в четком виде предусмотреть законодательную защиту от дискриминации и на основании заражения такими заболеваниями.

⁸⁰⁹ *“Инструкция по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, подвергающихся воздействию вредных, опасных и неблагоприятных производственных факторов и определению профессиональной пригодности”*, утвержденная Приказом МЗ РК № 243 (12 марта 2004), Пункт 13.2.

производством.⁸¹⁰ Как отметила национальная экспертная группа, эта практика Министерства здравоохранения противоречит государственной политике по допуску к некоторым видам трудовой деятельности лиц, ранее употреблявших наркотики: согласно приказу МЗ, ограничения не зависят от состояния здоровья лица на текущий момент, а, согласно Постановлению Правительства, в отношении лица, находящегося в состоянии ремиссии, ограничения по многим видам деятельности и вождению транспорта снимаются.⁸¹¹ В качестве рекомендации, предлагается произвести пересмотр действующих нормативно-правовых актов с целью устранения неоправданных дискриминационных положений в области трудоустройства на основании факта потребления наркотиков.

Очевидно, что законодатели должны запретить дискриминацию по признаку наркотической зависимости в связи трудоустройством, то же самое касается и сферы образования. Принуждение к прохождению теста на наркотики *перед* принятием на работу или учёбу в образовательное заведение является ничем не оправданной дискриминацией на основании состояния здоровья. Требование пройти освидетельствование на наркотики *на рабочем месте* может быть оправдано в ограниченном числе случаев, например, в отношении профессий, связанных с управлением источниками повышенной опасности, и только в случаях обоснованного предположения о возможном нанесении ущерба, либо в случае, когда тестирование время от времени проводится в отношении работников после курса лечения от наркотической зависимости. Рекомендуется внести в закон (возможно Закон “О наркотических средствах”) поправку следующего содержания:⁸¹²

Дискриминация на основании наркотической зависимости

(1) При отсутствии справедливого обоснования, относящегося к данному конкретному случаю, дискриминация лица, родственников или партнеров этого лица на основании того, что это лицо потребляет или потребляло наркотики, или предполагается, что потребляет или потребляло наркотики, запрещается.

(2) Принуждение лица пройти освидетельствование на наркотики в качестве условия зачисления в образовательное учреждение, до или во время учёбы является дискриминационным и незаконным.

(3) Принуждение лица пройти освидетельствование на наркотики в качестве условия трудоустройства является дискриминационным и незаконным. Применение тестирования на наркотики в качестве условия продолжения работы разрешено только в отношении профессий, определенных [соответствующим правительственным органом], в связи с которыми ухудшение здоровья на рабочем месте может представлять серьёзную угрозу для работника или окружающих, и при условии обоснованного подозрения, что работник может находиться в состоянии наркотического опьянения.

Рекомендация 31: Уважать и охранять семейные права

Закон РК “О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД” запрещает нарушение “прав и законных интересов” людей, живущих с ВИЧ, на основании их ВИЧ-позитивного статуса, “равно как ущемление жилищных и иных прав их родных и близких”.⁸¹³ Тем не менее, люди, живущие с ВИЧ, лишены права на усыновление/удочерение, что является неоправданным ограничением прав, без какого бы то было обоснования.⁸¹⁴

810 Там же, Пункт 12.4, и Постановление Правительства РК № 668 (18 июня 2002) “Об утверждении перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источниками повышенной опасности”.

811 Приказ МЗ РК № 243; Постановление Правительства РК № 668.

812 См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе”, Модуль 7: Стигма и дискриминация, стр. 13-15.

813 Закон РК “О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД”, Статья 7(4).

814 “Перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), патронат”, утвержденный Постановлением Правительства № 842 (24 июня 1999), Пункт 3.

Лица, потребляющие наркотики, также лишены права на усыновление/удочерение.⁸¹⁵ Кроме того, сам факт наличия у лица наркотической зависимости может служить основанием для лишения лица родительских прав: согласно Закону “О браке и семье” предусматривается лишение лица родительских прав в случаях, если оно “признано в установленном законодательством порядке больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией”.⁸¹⁶ Такое ограничение, только на основании состояния здоровья и без учёта обстоятельств дела, не является оправданным и может рассматриваться как дискриминация по состоянию здоровья. Для того, чтобы этого избежать следует тщательно рассматривать обстоятельства каждого индивидуального случая, а не строить решения на предположениях или предубеждениях о людях, потребляющих наркотики или зависимых от них.

Рекомендуется внести следующие изменения:

- В Статью 67(5) Закона РК “О браке и семье” рекомендуется внести поправки, проясняющие, что наличие у родителя наркотической зависимости как таковое не может быть достаточным основанием для лишения лица родительских прав в случаях, касающихся жестокого отношения к детям или пренебрежения их воспитанием; и что для принятия решения необходимо детальный анализ всех обстоятельств дела
- В Постановление Правительства, относящее ВИЧ-инфекцию и наркотическую зависимость к факторам, препятствующим усыновлению (удочерению) ребенка либо принятию его под опеку (попечительство), рекомендуется внести изменения в целях исключения данных заболеваний из перечня.

815 Там же.

816 Закон РК “О браке и семье”, № 321-І (17 декабря 1998), Статья 67, пункт 5.

Приложение:

Законопроект, подготовленный национальной экспертной группой Республики Казахстан

Закон «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты по вопросам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИД, наркомании и токсикомании»

Статья 1. Следующие изменения вносятся настоящим законом в следующие законодательные акты:

1. В Кодекс Республики Казахстан об административных правонарушениях от 30 января 2001 г. (Ведомости Парламента Республики Казахстан, 2001 г., № 5-6, ст. 24; № 17-18, ст. 241; № 21-22, ст. 281; 2002 г., № 4, ст. 33; № 17, ст. 155; 2003 г., № 1-2, ст. 3; № 4, ст. 25; № 5, ст. 30; № 11, ст. 56, 64, 68; № 14, ст. 109; № 15, ст. 122, 139; № 18, ст. 142; № 21-22, ст. 160; № 23, ст. 171; 2004 г., № 6, ст. 42; № 10, ст. 55; № 15, ст. 86; № 17, ст. 97; № 23, ст. 139, 140; № 24, ст. 153; 2005 г., № 5, ст. 5; № 7-8, ст. 19; № 9, ст. 26; № 13, ст. 53; № 14, ст. 58; № 17-18, ст. 72; № 21-22, ст. 86, 87; № 23, ст. 104; 2006 г., № 1, ст. 5; № 2, ст. 19, 20; № 3, ст. 22; № 5-6, ст. 31; № 8, ст. 45; № 10, ст. 52; № 11, ст. 55; № 12, ст. 72, 77; № 13, ст. 85, 86; № 15, ст. 92, 95; № 16, ст. 98, 102; № 23, ст. 141; 2007 г., № 1, ст. 4; № 2, ст. 16, 18; № 3, ст. 20, 23; № 4, ст. 28, 33; № 5-6, ст. 40; № 9, ст. 67; № 10, ст. 69):

- в пункте 10 Статьи 62 слова «наркотического или токсикоманического» исключить;
- в Статье 320 слова «без цели их сбыта» исключить.

2. В Трудовой кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года (Ведомости Парламента Республики Казахстан, 2007 г., № 9, ст. 65; № 19, ст. 147; № 20, ст. 152):

- в Статье 7:
 - о пункт 2, после слова «недостатков» дополнить словами «наличия вируса иммунодефицита человека»;
 - о дополнить пунктом 2-1 следующего содержания: «2-1. Работодателям запрещается проводить тестирование на наличие вируса иммунодефицита человека, в качестве условия принятия на работу».

3. В Закон Республики Казахстан от 5 октября 1994 года «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД» (Ведомости Верховного Совета Республики Казахстан, 1994 г., № 16-17, ст. 212; Ведомости Парламента Республики Казахстан, 1999 г., № 23, ст. 921; 2004 г., № 23, ст. 142; 2006 г., № 15, ст. 93):

- в пункте 1 Статьи 5 слова «Обязательному конфиденциальному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию подлежат граждане, содержащиеся в учреждениях уголовно-исполнительной системы органов юстиции Республики Казахстан» исключить.

4. В отношении Указа Президента РК от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» (Ведомости Парламента Республики Казахстан, 1995, № 3-4, ст. 32):

- Указ Президента РК от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» отменен.

5. В Закон Республики Казахстан от 10 июля 1998 года «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими» (Ведомости Парламента Республики Казахстан, 1998 г., № 17-18, ст. 221; 2000 г., № 6, ст. 141; 2002 г., № 10, ст. 106; 2004 г., № 23, ст. 142):

- в заголовке слова «и злоупотреблению ими» исключить;
- в Статье 1:

- о в пункте (17) слово «злоупотребление» заменить словом «употребление»;
- о в пункте (26) слова «злоупотребляющим наркотическими средствами или психотропными веществами» заменить словами «зависимым от наркотического средства или психотропного вещества либо их аналогов»;
- о в пункте (30) слова «или злоупотребления наркотиками» исключить;
- о в пункте (35), слова «злоупотребление лекарственными препаратами и нелекарственными веществами» заменить словами «употребление веществ»;

- в Статьях 3 и 4 слова «и злоупотреблению ими» исключить;

- в Статье 33:

- о слова «злоупотребляющих наркотическими средствами, психотропными веществами или их аналогами» заменить словами «больных наркоманией и токсикоманией»;
- о дополнить подпунктом следующего содержания: «(36) личное потребление – количество определенного наркотического средства, психотропного вещества и прекурсора, необходимого для суточного потребления лица, употребляющего наркотические и психотропные вещества»;

- в Таблице II:

- о в разделе А пункт 21 исключить;
- о в разделе В пункт 2 исключить;

- в Таблице III:

- о раздел А дополнить пунктом следующего содержания: «8. МЕТАДОН»
- о раздел В дополнить пунктом следующего содержания: «66. БУПРЕНОРФИН (НОРФИН)»;

6. В Закон Республики Казахстан от 27 мая 2002 года «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией» (Ведомости Парламента Республики Казахстан, 2002 г., № 10, ст.104):

- Статью 1 дополнить подпунктами следующего содержания:

- о «(6) аутрич-работа – общественная деятельность, проводимая для установления контакта и предоставления информации отдельным людям или группам населения, подверженным риску заболеваний, передающихся через кровь»;
- о «(7) опиоидная заместительная терапия – назначение опиоидного заместителя, фармакологически родственного опиату, вызвавшему первоначальную зависимость, человеку, страдающему от наркотической зависимости, для достижения определенной цели лечения включая поддерживающее лечение»;

- Статью 7 дополнить пунктами следующего содержания:

- о «(5) Информирование пациента о добровольном согласии является необходимым предварительным условием лечения и профилактического или диагностического вмешательства. Указанное согласие оформляется в письменной форме.»
- о «(6) Информация обо всех медицинских услугах по реабилитации является конфиденциальной.»

- дополнить Статьей 7-1 следующего содержания:

«Статья 7-1. Порядок предоставления опиоидной заместительной терапии.

(1) Право на получение опиоидной заместительной терапии определяется назначающим врачом.

(2) Назначающий врач обязан предоставлять в органы здравоохранения информацию о произведенных выдачах разрешенного опиата в порядке, установленном уполномоченным органом в сфере здравоохранения.»

Статья 2: Настоящий Закон вводится в действие со дня его официального опубликования.



КЫРГЫЗСТАН
ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И
РЕКОМЕНДАЦИИ

КЫРГЫЗСТАН: ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

В Кыргызской Республике раннее введение мер по профилактике ВИЧ для лиц, потребляющих наркотики и заключенных, таких как опиоидная заместительная терапия и программы обмена игл и шприцев (в том числе в тюрьмах), свидетельствует о том, что в стране применяется прогрессивный подход к вопросу о предупреждении распространения ВИЧ/СПИДа.⁸¹⁷ Однако нельзя не отметить существование законодательно закрепленных барьеров, препятствующих эффективной профилактике ВИЧ среди особо уязвимых групп населения. Согласно анализу, проведенному национальной экспертной группой, пока еще не в полной мере соблюдаются различные права человека, наблюдается широко распространенная дискриминация людей, живущих с ВИЧ, и других уязвимых групп населения. Ниже подробно обсуждаются как позитивные, так и проблематичные аспекты законодательства и политики Кыргызстана, а затем приводятся многочисленные рекомендации относительно наращивания усилий по предупреждению распространения ВИЧ среди различных групп населения.

Согласно данным Министерства здравоохранения, по состоянию на конец 2008 года общее число случаев ВИЧ составляло 1479; в 2008 году было зарегистрировано 409 новых случаев ВИЧ-инфицирования. Уровень распространенности ВИЧ составляет менее 1 процента (по приблизительным оценкам 26 случаев на 100 000 жителей). По состоянию на 1 августа 2007 года в Кыргызстане 66 человек (в том числе 6 женщин) получали антиретровирусную (АРВ) терапию.⁸¹⁸

По оценкам Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) за 2002 год, 2,3 % взрослого населения (в возрасте от 15 до 64 лет) были проблемными потребителями опиоидов, и из них 80% употребляли героин.⁸¹⁹ Согласно данным, предоставленным Национальным наркологическим центром Министерства здравоохранения в УНП ООН, к 2006 году 7842 человека были зарегистрированы как потребители наркотиков; по оценкам, распространенность инъекционного потребления наркотиков в то время составляла 0,76 %, при этом наибольшая концентрация наблюдалась в Бишкеке, столице страны, а также в Ошской и Чуйской областях. По данным того же источника, 68% лиц, зарегистрированных как потребители наркотиков, были потребителями инъекционных наркотиков (5387 человек). По оценкам за 2005 год, женщины составляли 6,7% от общего числа лиц, имеющих различные виды зависимостей, связанных с потреблением наркотических средств или психоактивных веществ.⁸²⁰

Согласно информации, предоставленной УНП ООН, до 72% впервые диагностированных случаев ВИЧ приходится на лиц, употребляющих инъекционные наркотики. В 2007 году распространенность ВИЧ среди потребителей наркотиков составляла 7,4%. Однако профилактические услуги для потребителей наркотиков остаются на низком уровне – в конце 2007 года программы снижения вреда охватывали приблизительно 50,4% от общего оценочного числа лиц, нуждающихся в таких услугах. По состоянию на конец 2007 года, заместительную терапию метадонном получали 444 человека.⁸²¹

В тюрьмах Кыргызстана ВИЧ и употребление наркотиков также являются проблемой. По состоянию на январь 2008 года, в качестве лиц, страдающих наркотической зависимостью, был зарегистриро-

817 Более раннее обсуждение того, каким образом Кыргызстан стал региональным лидером в реагировании на употребление инъекционных наркотиков и связанные с этим медицинские проблемы см. в: Д. Вульф, *Снижение вреда в Кыргызстане: спасая жизни* (Ассоциация снижения вреда в Кыргызстане, 2005), см. на сайте: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/poointing_20050523 (на английском и русском языках).

818 Данные предоставлены национальной экспертной группой и Центральноазиатским региональным офисом Управления ООН по наркотикам и преступности [неопубликованные данные].

819 УНП ООН «Кыргызстан: общая информация» [UNODC, "Kyrgyzstan: General Information"], 2008, [неопубликованные данные].

820 Статистическая информация предоставлена национальной экспертной группой [неопубликованные данные].

821 Там же.

ван 401 заключенный. УНП ООН цитирует результаты нескольких исследований, согласно которым около 35% от общего числа заключенных употребляют наркотики, и 50% от этого числа являются потребителями инъекционных наркотиков.⁸²² По состоянию на 1 января 2007 года, общее число лиц, страдающих наркотической зависимостью, состоящих на диспансерном учете, в отношении которых по приговору суда применялись принудительные меры медицинского характера, составило 739 человек.

В 2006 году в учреждениях Главного управления исполнения наказаний (ГУИН) был зарегистрирован 21 случай заболевания вирусным гепатитом, 237 – сифилисом, 21 – гонореей и 41 впервые выявленный случай ВИЧ-инфекции. По состоянию на 31 декабря 2007 года, в стране было известно о 137 ВИЧ-положительных заключенных, из них 6 человек получали АРВ-терапию. В 2008 году Министерство здравоохранения сообщило, что общее число ВИЧ-положительных заключенных составляет 178 человек, в том числе 12 заключенных, коинфицированных ВИЧ и туберкулезом.⁸²³

822 УНП ООН «Кыргызстан: общая информация», 2008, [неопубликованные данные].

823 Данные предоставлены национальной экспертной группой [неопубликованные данные].

2. НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ И СТРАТЕГИИ

Программы по ВИЧ/СПИДУ

В Кыргызстане действует «Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 годы», основной целью которой является повышение эффективности принимаемых мер по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа путем проведения мероприятий среди уязвимых групп населения и оказания помощи лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом.⁸²⁴ В Государственной программе непосредственно декларируются меры по снижению вреда, кроме того, четко определены инициативы в отношении лиц, употребляющих наркотики, а также в отношении заключенных. К тому же в Национальной программе прямо говорится о необходимости расширять права людей, живущих с ВИЧ, или уязвимых для этой инфекции.

В Стратегии 2.2 («Снижение уязвимости к ВИЧ/СПИДУ инъекционных потребителей наркотиков и созависимых лиц») предусмотрено *увеличение охвата ПИН программами снижения вреда* путем:

- проведения анализа ситуации и оценки потребностей ПИН и созависимых лиц в области ВИЧ/СПИДа;
- создания новых программ и развития действующих программ обмена шприцев во всех областях республики на базе государственных и некоммерческих организаций, а также расширения возможностей участия в этих программах для лиц, употребляющих наркотики;
- мотивирования гражданского общества, организаций общинного типа, инициативных групп ПИН и созависимых лиц для организации работы по зонтичной модели партнерства с целью охвата услугами до 60% и более ПИН;
- внедрения и поддержки программ заместительной терапии;
- содействия развитию и расширению сети программ снижения вреда с участием государственных, международных и некоммерческих организаций.

В Государственной программе по СПИДУ также предусматривается расширение программ снижения вреда в пенитенциарных учреждениях. В Стратегии 2.3 («Снижение уязвимости к ВИЧ/СПИДУ заключенных и персонала пенитенциарных учреждений») прямо говорится о *расширении программ снижения вреда в пенитенциарных учреждениях*. Эта стратегия включает следующие виды деятельности:

- совершенствование инфраструктуры и деятельности пунктов обмена шприцев в пенитенциарных учреждениях;
- внедрение программы заместительной терапии для заключенных, страдающих наркотической зависимостью;
- обучение персонала пенитенциарных учреждений навыкам оказания услуг по снижению вреда;
- организация мотивационных тренингов для заключенных по вопросам формирования навыков безопасного поведения и отказа от потребления наркотиков на регулярной основе во всех пенитенциарных учреждениях страны;
- расширение действующих и внедрение новых эффективных программ реабилитации для ПИН; и
- принятие мер по формированию навыков безопасного сексуального поведения и обеспечение средствами защиты.

По мнению национальной экспертной группы Кыргызстана, на сегодняшний день участие людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) в профилактических программах по ВИЧ/СПИДУ остается незначительным. Национальная экспертная группа также отмечает, что часто нарушаются основные права человека представителей уязвимых групп населения. Именно поэтому в Национальной программе по ВИЧ/СПИДУ предусматривается, в качестве основной цели Стратегии 2.7, развитие сообщества ЛЖВ и

824 Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 годы, утверждена Правительством Кыргызской Республики, Постановление № 498 (6 июля 2006 г.).

лиц, пострадавших от ВИЧ/СПИДа (ЛПВС) для повышения активности и улучшения качества их жизни; формирования толерантности к ЛЖВ и ЛПВС среди населения; установления взаимодействия с руководителями государственных и общественных организаций для преодоления стигмы и дискриминации, а также для расширения участия ЛЖВ на всех этапах разработки, реализации и мониторинга Государственной программы по ВИЧ/СПИДу.⁸²⁵ Для осуществления этих задач планируются следующие виды деятельности:

- оказание поддержки группам ЛЖВ посредством обучения и повышения потенциала существующих инициативных групп и отдельных представителей сообщества ЛЖВ по вопросам лидерства и построения сообщества ЛЖВ;
- мобилизация финансовых ресурсов сообщества ЛЖВ; и
- наращивание потенциала по защите прав и интересов членов групп и сообществ ЛЖВ.

Наконец, следует отметить Стратегию 3.3 Национальной программы по ВИЧ/СПИДу («Юридическая поддержка лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом и представителей уязвимых групп населения»). Цель этой стратегии состоит в повышении правовой защищенности ЛЖВ и представителей уязвимых групп. В этой области предусматриваются следующие виды деятельности:

- оказание бесплатных и доступных юридических услуг для ЛЖВ и представителей уязвимых групп населения;
- мониторинг и оценка нужд ЛЖВ и представителей уязвимых групп населения в области прав человека; и
- формирование толерантного отношения к ЛЖВ и представителям уязвимых групп со стороны общественности через образовательные институты, СМИ, культурные учреждения, религиозные институты, правовую систему и реализацию стратегий государственной политики.

Финансирование целевых программ по ВИЧ/СПИДу, как гласит соответствующая статья Закона «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» [далее: «Закон о ВИЧ»], осуществляется за счет (а) средств республиканского и местных бюджетов Кыргызской Республики; (б) средств кредитов, грантов и целевых фондов; (в) средств, направляемых на медицинское страхование в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики; (г) иных источников финансирования, не запрещенных законодательством Кыргызской Республики.⁸²⁶ По мнению национальной экспертной группы, выделение денежных средств для выполнения национальной программы по СПИДу осуществляется в недостаточном объеме. Например, в Закон «О республиканском бюджете Кыргызской Республики на 2007 год» не было включено финансирование мер профилактики ВИЧ.⁸²⁷ При этом, социально-экономическое положение в КР не позволяет в полной мере финансировать мероприятия по предупреждению ВИЧ из средств государственного бюджета. Основная доля средств, направляемых на мероприятия по предупреждению распространения ВИЧ, поступает из внешних источников. По оценке национальной экспертной группы, для эффективной реализации Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа необходимо увеличить и рационально использовать объем финансирования программ из средств республиканского бюджета. Кроме того, следует более четко распределить ответственность уполномоченных органов и повысить исполнительную дисциплину ответственных лиц.

Правительство принимает меры по противодействию другим заболеваниям, затрагивающим ЛЖВ и уязвимые группы населения, такие как потребители наркотиков и заключенные. В Национальной программе «Туберкулез-III» на 2006-2010 гг. предусмотрены различные инициативы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение туберкулеза среди заключенных, находящихся в исправительных учреждениях, включая обеспечение 100-процентного охвата учреждений пенитенциарной системы принципами стратегии "DOTS". Кроме того, в программе предусмотрены меры по улучшению санитарно-гигиенических условий содержания заключенных в местах лише-

⁸²⁵ Активное участие населения и общественных организаций в решении вопросов охраны здоровья провозглашается в качестве одного из основных принципов государственной политики в области охраны здоровья граждан в КР. Статья 4 Закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» № 6 (9 января 2005) [далее: «Закон об охране здоровья»].

⁸²⁶ Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике», № 149 (13 августа 2005) [далее: «Закон о ВИЧ/СПИДе»].

⁸²⁷ Закон «О республиканском бюджете Кыргызской Республики на 2007 год» (5 апреля 2007).

ния свободы, условий содержания и питания осужденных, больных туберкулезом.⁸²⁸ Министерство здравоохранения также издало важный приказ о профилактике вирусных гепатитов, однако в этом приказе нет положений о профилактике вирусных гепатитов среди потребителей инъекционных наркотиков, несмотря на то, что они являются главной группой риска и заражаются вирусными гепатитами в первую очередь.⁸²⁹

Программа по наркотикам

На момент составления настоящего отчета в Кыргызстане действуют *Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков* и *Национальная программа Кыргызской Республики по противодействию наркомании и незаконному обороту наркотиков на период до 2010 года*.⁸³⁰ Концепция и Национальная программа содержат элементы профилактики, лечения, правоохранительных мер и отдельные элементы снижения вреда. В соответствии с Концепцией, на Агентство Кыргызской Республики по контролю наркотиков возложена ответственность за координацию и контроль в сфере противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков. В Концепции также упоминается, что неправительственные организации должны иметь возможность контролировать реализацию программы, что обеспечит хотя бы минимальный общественный контроль действий правоохранительных органов.

⁸²⁸ Национальная программа «Туберкулез-III» на 2006-2010 годы, утвержденная Постановлением Правительства Кыргызской Республики, № 331 (6 мая 2006).

⁸²⁹ Приказ Министерства здравоохранения КР «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в республике», № 222 (15 июля 1999).

⁸³⁰ *Концепция противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков* и *Национальная программа Кыргызской Республики по противодействию наркомании и незаконному обороту наркотиков на период до 2010 года*, Указ Президента Кыргызской Республики № 445 (22 декабря 2004).

3. ПОЛОЖЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНОГО И УГОЛОВНОГО ПРАВА, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

В Законе «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» «незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ» определяется как «потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача».⁸³¹ Наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры могут быть использованы для проведения медицинских и научных исследований.⁸³² Закон запрещает любое рекламирование в средствах массовой информации наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров⁸³³, запрещено также культивирование наркосодержащих растений.⁸³⁴ Однако, как и в других правовых системах региона, в Законе не определяется ответственность за запрещенные деяния (она устанавливается в административном и уголовном кодексах). В Закон включены подробные положения об обследовании на предмет употребления наркотиков и о принудительном лечении зависимости от наркотических средств и психотропных веществ, которые обсуждаются ниже (в разделе 4).

На основании рекомендаций Агентства КР по контролю наркотиков Правительство Кыргызстана принимает списки запрещенных или контролируемых наркотических средств и психотропных веществ. В этом документе также устанавливаются количества наркотических средств и психотропных веществ, для квалификации правонарушений в качестве административно или уголовно наказуемых деяний. Действующие в настоящее время количества наркотических средств и психотропных веществ были утверждены Правительством в ноябре 2007 года.⁸³⁵ Согласно анализу, предоставленному национальной экспертной группой Кыргызстана, документ определяет количества запрещенных наркотических средств с добавками (например, мукой), в отличие от чистых количеств запрещенных наркотических средств. По мнению национальной экспертной группы в это положение необходимо внести изменение, чтобы привлечение к административной или уголовной ответственности основывалось исключительно на чистых количествах запрещенных наркотических средств, а не с примесями.

Административные правонарушения

В Кодексе Кыргызской Республики об административной ответственности административное правонарушение определяется следующим образом⁸³⁶:

- «Употребление наркотических средств либо психотропных веществ, а равно распитие спиртных напитков на улицах, стадионах, в скверах, во всех видах общественного транспорта и в других общественных местах или появление в общественных местах в состоянии опьянения, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность» влекут наложение административного штрафа до одного расчетного показателя.⁸³⁷ Те же действия, совершенные повторно в течение года после применения мер административного взыскания, влекут наложение административного штрафа от одного до двух расчетных показателей». Хотя формулировка является неопределенной, представляется, что в данной статье устанавливаются три отдельных административных правонарушения: а) употребление наркотических средств либо психотропных веществ; б) распитие спиртных напитков в общественных местах; и в) появление в общественных местах в состоянии опьянения, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность. [Незаконное хранение, перевозка или пересылка наркотических средств либо психотропных веществ без цели сбыта и в не-

больших размерах влекут наложение административного штрафа либо административный арест на срок до пяти суток.⁸³⁸ Те же действия, совершенные повторно в течение года после применения мер административного взыскания за те же действия, влекут административный арест на срок от пяти до пятнадцати суток.

- Нарушение установленных правил производства и законного оборота наркотических средств, психотропных веществ или прекурсоров влечет наложение административного штрафа.⁸³⁹
- Непринятие мер по уничтожению дикорастущих наркотикосодержащих растений лицами, в ведении которых находятся земельные участки, либо посев или выращивание запрещенных к возделыванию наркотикосодержащих культур в небольших размерах влекут наложение административного штрафа.⁸⁴⁰

Совершение административного правонарушения в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств, психотропных или других одурманивающих веществ является обстоятельством, отягчающим административную ответственность, и может привести к более суровому наказанию.⁸⁴¹

В анализе национальной экспертной группы указывается еще одна проблема, вызывающая озабоченность. Статья 366 Административного кодекса запрещает «употребление наркотических средств либо психотропных веществ, а равно распитие спиртных напитков в общественных местах или появление в общественных местах в состоянии опьянения, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность». В свете установленных проблем, связанных с коррупцией в системе правоохранительных органов, озабоченность вызывает тот факт, что такое положение создает дополнительные возможности для недобросовестных полицейских. Они могут проводить произвольные задержания и угрожать задержанным обвинениями только за употребление наркотиков или за появление в общественном месте в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Национальная экспертная группа также высказала озабоченность в связи с тем, что широко распространенная пенализация потребителей наркотиков подрывает эффективную реализацию программ снижения вреда и профилактики ВИЧ в стране, создавая дополнительные барьеры для этих мер посредством применения карательных санкций только за потребление наркотиков, т.е. за поведение, которое следует корректировать путем оказания медицинских услуг, а не путем уголовного преследования и наказания.

Уголовные преступления

В отношении запрещенных наркотических средств Уголовный кодекс Кыргызской Республики⁸⁴² различает деяния, совершенные «с целью сбыта» и «без цели сбыта». (В законе нет понятия хранения наркотиков «для личного потребления»). По действующему законодательству уголовная ответственность предусматривается за следующие виды преступлений, связанных с наркотическими средствами⁸⁴³:

- Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств либо психотропных веществ в небольших размерах без цели сбыта, (и совершенные после применения мер административного взыскания за те же действия) наказывается привлечением к общественным работам⁸⁴⁴, штрафом, ограничением свободы на

831 Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», № 66 (22 мая 1998).

832 Там же, статья 24.

833 Там же, статья 9.

834 Там же, статья 25.

835 Постановление Правительства Кыргызстана «О количествах наркотических средств, психотропных веществ и наркосодержащих растений, незаконный оборот которых влечет административную или уголовную ответственность», № 543 (9 ноября 2007 г.).

836 Административной ответственности подлежат лица, достигшие к моменту совершения административного правонарушения шестнадцатилетнего возраста: Административный кодекс, статья 15.

837 Кодекс Кыргызской Республики об административной ответственности, № 114 (4 августа 1998 г.), статья 366 [далее: «Административный кодекс»].

838 Там же, статья 91-2.

839 Административный кодекс, статья 91-3.

840 Административный кодекс, статья 191.

841 Административный кодекс, статья 43.

842 Уголовный кодекс Кыргызской Республики, № 68 (1 октября 1997 г.) [далее: «Уголовный кодекс»].

843 Уголовной ответственности подлежит лицо, которому до совершения преступления исполнилось шестнадцать лет. Однако за определенные «тяжкие» преступления – к которым относятся убийство, а также незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка с целью сбыта или сбыт наркотических средств либо психотропных веществ (статья 247), хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ (статья 248) – уголовной ответственности подлежат лица, которым до совершения преступления исполнилось 14 лет (статья 18 Уголовного кодекса).

844 Общественные работы состоят в выполнении осужденным в свободное от основной работы или учебы время бесплатного труда в

срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет.⁸⁴⁵

- Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка с целью сбыта любого количества наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов либо прекурсоров, а равно незаконное производство или сбыт наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов либо прекурсоров, наказывается лишением свободы на срок от четырех до восьми лет. Те же деяния, если их предметом явились наркотические средства в крупных размерах, влекут более суровое наказание, а именно лишение свободы на срок от восьми до двадцати лет с конфискацией имущества или без таковой.⁸⁴⁶
- Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ наказывается исправительными работами⁸⁴⁷ на срок до двух лет, ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до двух лет. То же деяние, если оно совершено группой лиц по предварительному сговору, в отношении несовершеннолетнего, либо двух и более лиц, наказывается исправительными работами на срок до трех лет или ограничением свободы на срок до пяти лет, либо лишением свободы на срок до пяти лет.⁸⁴⁸
- *Посев и выращивание* наркотикосодержащих культур в небольших размерах, совершенные повторно в течение года после применения мер административного характера наказываются штрафом, исправительными работами до 3 лет, либо лишением свободы от 2 до 5 лет с конфискацией имущества или без таковой.⁸⁴⁹
- *Организация или содержание притонов* для потребления наркотических средств или предоставление помещения для тех же целей наказываются исправительными работами на срок до двух лет, ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на срок до трех лет с конфискацией имущества или без таковой. Те же деяния, совершенные группой лиц по предварительному сговору, наказываются ограничением свободы на срок от трех до пяти лет либо лишением свободы на срок до пяти лет.⁸⁵⁰

Совершение преступления в состоянии алкогольного или наркотического опьянения является отягчающим вину обстоятельством и может повлечь более суровое наказание.⁸⁵¹

В соответствии со статьей 42 *Уголовного кодекса*, к наказаниям, не связанным с лишением свободы, относятся следующие: 1) общественные работы; 2) штраф; 3) тройной *айып* (компенсация ущерба)⁸⁵²; 4) лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью; 5) публичное извинение с компенсацией ущерба; 6) исправительные работы; и 7) ограничение свободы. Штрафы, публичные извинения с компенсацией ущерба и лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью могут применяться в дополнение к любому другому виду наказания. Вместо наказания в виде лишения свободы суд может принять решение об условном неприменении наказания к виновному, учитывая личность виновного, а также характер и степень общественной опасности совершенного им преступления.⁸⁵³

пользу общества, вид которого определяется органами, ведающими исполнением приговора. Общественные работы назначаются продолжительностью от 40 до 100 часов. (*Уголовный кодекс*, статья 43).

845 *Уголовный кодекс*, статья 246.

846 *Уголовный кодекс*, статья 247.

847 Исправительные работы – более суровое наказание, чем общественные работы, также назначаемое в качестве альтернативы тюремному заключению, когда лицо не представляет опасности для общества, за преступления небольшой тяжести и менее тяжкие преступления. Исправительные работы выполняются по месту проживания осужденного лица и могут проводиться по месту его работы. В течение срока исправительных работ часть (обычно от 5 до 20%) заработной платы осужденного отчисляется в бюджет государства. Исправительные работы назначаются продолжительностью от 3 месяцев до 3 лет. (*Уголовный кодекс*, статья 46-2).

848 *Уголовный кодекс*, статья 249.

849 *Уголовный кодекс*, статья 250.

850 *Уголовный кодекс*, статья 252.

851 *Уголовный кодекс*, статья 55(16).

852 *Уголовный кодекс*, статья 45: «Тройной *айып* есть взыскание, налагаемое судом в трехкратном размере причиненного ущерба в денежном или натуральном выражении. Две части тройного *айыпа* взыскиваются в пользу потерпевшего в возмещение материального и морального ущерба, третья часть – в пользу государства. Это наказание применяется к лицам, впервые осуждаемым за совершение умышленного преступления».

853 *Уголовный кодекс*, статья 63.

В 2007 году в Кыргызстане были осуществлены реформы, направленные на гуманизацию уголовной наркополитики. В частности, были сделаны шаги по «частичной декриминализации» определенных действий с наркотическими средствами без цели сбыта.⁸⁵⁴ Однако, как отмечает национальная экспертная группа, еще не достигнута полная декриминализация *потребления* наркотических средств и их хранения без цели сбыта. После внесения в 2007 году изменений и дополнений в Уголовный кодекс, изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств либо психотропных веществ в *небольших размерах*, и без цели сбыта, если такое действие совершается повторно в течение года после наложения административного штрафа лицом, ранее совершившим *любое* правонарушение, связанное с наркотическими средствами уголовно наказуемо. Другими словами, первое правонарушение по своей природе является административным; повторное правонарушение считается преступлением – такая декриминализация носит очень ограниченный характер, и, учитывая природу наркотической зависимости как хронического повторяющегося состояния, связанного с употреблением наркотических средств (и, следовательно, с их хранением), законодательство Кыргызстана до сих пор фактически криминализует многих людей, страдающих наркотической зависимостью. Более того, сохраняется озабоченность в связи с крайне ограничительным подходом к определению «небольшого количества» наркотических средств; этот вопрос также требует внимания, чтобы эффективно декриминализовать лиц, потребляющих наркотики (включая тех, кто страдает наркотической зависимостью). Национальная экспертная группа пришла к выводу, что действующие в настоящее время в Кыргызстане определения количеств наркотических средств и психотропных веществ не отвечают современным реалиям. Национальная экспертная группа рекомендует пересмотреть эти определения с целью декриминализации приобретения и хранения наркотических средств и психотропных веществ без цели сбыта в размерах, реально отражающих потребности лиц, употребляющих наркотики, в частности лиц, страдающих наркотической зависимостью.

Программы обмена игл и шприцев: правовые аспекты

Ни *Административный*, ни *Уголовный кодекс* Кыргызстана не предусматривают ответственности за хранение принадлежностей и вещей, которые могут рассматриваться как склоняющие к употреблению наркотиков, в том числе шприцев и игл. Государственной Комиссией по контролю наркотиков при Правительстве Кыргызстана контролируются инструменты и оборудование, которые могут быть использованы при незаконном изготовлении наркотических средств, но, к счастью, иглы и шприцы не включены в определение «инструментов и оборудования».⁸⁵⁵

Национальная экспертная группа указывает, что в Кыргызстане отсутствуют законодательные положения, исключающие меры снижения вреда из сферы действия уголовного и административного права. Эксперты, в частности, отмечают два вопроса, требующие внимательного рассмотрения.

Во-первых, возможно наступление уголовной или административной ответственности на основании наличия остаточных наркотических средств в шприце, включая наполнители. Как отмечает национальная экспертная группа, в Постановлении Правительства, определяющем различные размеры наркотических средств и психотропных веществ, имеющие значение для квалификации деяний по уголовным и административным делам, устанавливается лишь *верхний* предел «небольшого размера» различных наркотических средств и психотропных веществ, без определения нижнего предела этой категории, который бы отражал минимальные количества. Другими словами, правовая категория «небольшого размера» включает *любое* количество, даже минимальное. Например, остаточное количество наркотика в шприце в принципе может служить основанием для привлечения лица к ответственности. Экспертная группа отмечает, что это потенциально подрывает реализацию программ снижения вреда, таких как программы обмена игл и шприцев и безопасной утилизации использованного инструментария для инъекций, в котором содержатся остаточные загрязненные наркотические средства, так как хранение такого инструментария может послужить основанием для преследования в уголовном или административном порядке.

Во-вторых, национальная экспертная группа высказала озабоченность в связи с положением *Уго-*

854 Закон КР «О внесении изменений и дополнений в УК КР», № 91 (25 июня 2007 г.).

855 «Список инструментов и оборудования, находящихся под специальным контролем и используемых при незаконном изготовлении наркотических средств, психотропных или сильнодействующих веществ» утвержден приказом Государственной комиссии по контролю наркотиков при Правительстве КР № 3 (4 мая 2000).

ловного кодекса о «склонении» к употреблению наркотиков. Теоретически работники аутрич программ, равные консультанты, сотрудники программ обмена игл и шприцев, могут подпасть под действие этого положения, если рассматривать предоставление стерильного инструментария для употребления наркотиков или обучение менее опасному употреблению наркотиков, чтобы свести к минимуму риск заражения ВИЧ или другие вредные последствия, как «склонение».

В качестве положительного примера следует отметить, что в Министерстве внутренних дел для сотрудников правоохранительных органов были разработаны инструкции, в которых, в частности, говорится следующее:

С целью профилактики распространения ВИЧ сотрудники регионального отделения внутренних дел Министерства внутренних дел должны сотрудничать с государственными органами и неправительственными организациями, осуществляющими программы снижения вреда (например, программы обмена игл и шприцев, программы метадоновой терапии), а также должны информировать лиц, употребляющих наркотики и их родственников о программах снижения вреда, горячих телефонных линиях, группах самопомощи и анонимных группах лиц, страдающих наркотической зависимостью.⁸⁵⁶

Принудительное обследование на предмет употребления наркотиков по направлению правоохранительных органов

Закон предоставляет несколько оснований, по которым полиция, следственные органы и суды могут подвергнуть лицо принудительному обследованию на предмет употребления наркотиков без его согласия. Согласно информации, предоставленной национальной экспертной группой, принудительное обследование может проводиться в следующих случаях:

- на основаниях, предусмотренных *Административным кодексом* (т.е., распитие алкоголя или употребление наркотиков в общественных местах, управление транспортным средством в состоянии опьянения);
- при дорожно-транспортных происшествиях (обследование участников ДТП);
- в связи с совершением или подозрением на совершение лицом противоправных действий, влекущих уголовную ответственность.

Обследование на предмет употребления наркотиков проводится по направлению работников органов внутренних дел; полное медицинское освидетельствование (для установления наличия зависимости от наркотических средств или психотропных веществ) проводится под руководством нарколога в государственных учреждениях здравоохранения, имеющих разрешение Министерства здравоохранения КР.⁸⁵⁷ Отказ лица от медицинского освидетельствования или медицинского обследования ведет к его приводу в наркологическое учреждение органом внутренних дел, где освидетельствование проводится без согласия лица.

Другие уязвимые группы: вопросы уголовного и административного права

Нарушения прав человека в отношении секс работников

Проституция не является запрещенной в Кыргызстане, что, несомненно, следует рассматривать как положительное явление. В *Уголовном кодексе* запрещается «вовлечение в занятие проституцией путем применения физического насилия или угрозы его применения, шантажа, уничтожения имущества или обмана»⁸⁵⁸ и «организация или содержание притонов для занятий проституцией»⁸⁵⁹ – первое положение важно для защиты прав человека, но второе положение, в зависимости от

856 Приказ Министерства внутренних дел «Инструкция для сотрудников правоохранительных органов о профилактике ВИЧ среди уязвимых групп населения», № 389 (20 августа 2003 г.).

857 Порядок направления на освидетельствование на наличие наркотиков в организме регулируется *Законом КР «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»*, № 66 (22 мая 1998), Положением «О порядке проведения медицинского освидетельствования на предмет установления состояния опьянения или факта употребления психоактивных веществ в Кыргызской Республике», № 137 (2 мая 2001), Положением «О производстве судебно-нарколоической экспертизы в Кыргызской Республике», № 137 (2 мая 2001).

858 *Уголовный кодекс*, статья 260.

859 *Уголовный кодекс*, статья 261.

того, как оно интерпретируется и применяется, может препятствовать способности секс работников контролировать условия их работы и обеспечивать собственную безопасность, в том числе и в отношении профилактики ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Национальная экспертная группа отмечает, что злоупотребления и запугивания секс работников со стороны полиции по-прежнему вызывают озабоченность. По данным, предоставленным национальными экспертами, полиция нередко проводит аресты и обвиняет секс работников в «развратных действиях», нарушении общественного порядка, неповиновении представителям правоохранительных органов или в отсутствии документов. Национальная экспертная группа также отмечает, что имеются свидетельства принудительных обследований на наличие ИППП, которые затем могут привести к административным мерам за уклонение от лечения ИППП. (Вопросы прав человека в связи с принудительным обследованием и лечением более широко обсуждаются ниже в разделе 4). Запугивание секс работников способствует их дальнейшей стигматизации и маргинализации, что повышает вероятность нарушений прав человека и усиливает их уязвимость к ВИЧ-инфекции. Для прекращения этой практики рекомендуется проводить специальные тренинги и семинары для сотрудников правоохранительных органов.

Поставление в опасность заражения и заражение ИППП и ВИЧ

Уголовный кодекс Кыргызстана криминализует следующие деяния:

- Заведомое *поставление* другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией наказывается исправительными работами, ограничением свободы либо лишением свободы на срок до одного года.⁸⁶⁰ *Заражение* другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на срок до пяти лет, а заражение двух или более лиц либо несовершеннолетнего, наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.⁸⁶¹ (Следует отметить, что лицо освобождается от уголовной ответственности в случае, если другое лицо было своевременно предупреждено о наличии у первого ВИЧ инфекции и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения).
- Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, наказывается штрафом, либо ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на срок до пяти лет. То же деяние, совершенное лицом, ранее судимым за заражение венерической болезнью, а равно заражение двух или более лиц либо несовершеннолетнего, наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.⁸⁶²
- Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего выполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности на срок до трех лет.⁸⁶³

Отнесение *поставления в опасность заражения ВИЧ* и непреднамеренного заражения ВИЧ и ИППП к специальным составам преступлений противоречит политике, рекомендованной международными организациями, в частности в связи с тем, что такая практика стигматизирует людей, живущих с ВИЧ и людей, уязвимых перед этой инфекцией, и может стать еще одним сдерживающим фактором, препятствующим тестированию на ВИЧ и доступу к медицинским услугам. В *Международных руководящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека* рекомендуется воздержаться от такого подхода: уголовное законодательство не должно предусматривать специальные составы преступлений за поставление в опасность и заражение ВИЧ; применение уголовного права должно быть ограничено случаями, когда лицо действует с умыслом и на деле заражает другое лицо ВИЧ.⁸⁶⁴

860 Там же, статья 117(1).

861 Там же, статья 117(2) и (3).

862 Там же, статья 118.

863 Там же, статья 117(4).

864 Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу и Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Принцип 4, параграф 21(а); ЮНЭЙДС, *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission* (2008).

4. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Конституция Кыргызской Республики гарантирует право на здоровье: «Граждане Кыргызской Республики имеют право на охрану здоровья».⁸⁶⁵ *Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»*⁸⁶⁶ также закрепляет право граждан на охрану здоровья и устанавливает, что здоровье граждан обеспечивается, в том числе, путем (а) предоставления всем гражданам равных возможностей в реализации права на получение медико-санитарной и медико-социальной помощи; и (б) предоставления гражданам медико-санитарной помощи на всей территории республики.⁸⁶⁷

В Кыргызстане не существует общего бесплатного доступа к медицинским услугам для населения. Бесплатно медицинская помощь, а также лекарственные средства и изделия медицинского назначения предоставляются только при оказании неотложной медицинской помощи.⁸⁶⁸ В остальных случаях медицинская помощь оказывается на основе обязательного медицинского страхования.⁸⁶⁹ Согласно Закону «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике», лица, не охваченные системой обязательного медицинского страхования, самостоятельно оплачивают медицинские, профилактические, реабилитационные и оздоровительные услуги. Безработные, если они являются официально застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, имеют право претендовать на получение части медицинских услуг бесплатно.⁸⁷⁰

На территории КР действуют нормативные акты, определяющие порядок приписки граждан к организациям здравоохранения.⁸⁷¹ Национальная экспертная группа отмечает, что данные правила подготовлены с целью реализации прав населения на свободный выбор семейных врачей, а также обеспечения доступности и гарантированности качественной первичной медико-санитарной помощи. Лица без определенного места жительства могут рассчитывать на бесплатное получение только экстренной и неотложной медицинской помощи.

Лекарственное обеспечение граждан осуществляется в соответствии с Программой государственных гарантий, на основе «Перечня жизненно важных лекарственных средств и изделий медицинского назначения», утверждаемого Правительством КР в пределах поступивших ассигнований из средств государственного бюджета и обязательного медицинского страхования.⁸⁷² Объемы и виды лекарственного обеспечения могут быть расширены за счет дополнительного выделения средств местными государственными администрациями и гуманитарной помощи.

4А. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Согласно анализу национальной экспертной группы, действующая в Кыргызстане правовая система не отвечает требованиям профилактики и лечения наркотической зависимости. В Законе «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» внимание уделяется почти исключительно наркоконтролю, а проблемы профилактики и лечения наркотической зависимости

⁸⁶⁵ Конституция Кыргызской Республики (5 мая 1993 г.), с изменениями и дополнениями в соответствии с Законом «О новой редакции Конституции Кыргызской Республики», № 2 (15 января 2007), статья 34(1).

⁸⁶⁶ Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», № 6 (9 января 2005).

⁸⁶⁷ Там же, статья 61.

⁸⁶⁸ Согласно Программе государственных гарантий всем больным, поступившим в стационары по экстренным показаниям, экстренная стационарная помощь до выведения из состояния, угрожающего жизни, предоставляется бесплатно.

⁸⁶⁹ Закон «О медицинском страховании граждан», № 112 (18 октября 1999). Вопрос о выдаче/приобретении полиса обязательного медицинского страхования регулируется Положением о полисе обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения КР № 196 (15 июня 2000); Положением о полисе обязательного медицинского страхования для граждан КР, самостоятельно уплачивающих взносы на обязательное медицинское страхование, утвержденным постановлением Правительства КР № 675 (31 октября 2001).

⁸⁷⁰ Закон «О медицинском страховании граждан», статьи 8 и 9.

⁸⁷¹ «Временные правила приписки населения к группам семейных врачей в Чуйской, Иссык-Кульской, Джалал-Абадской областях и г. Бишкек», утвержденные приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 312 (21 июля 2003).

⁸⁷² Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств и изделий медицинского назначения», № 759 (31 октября 2006).

почти не освещаются. Только в статье 38 этого Закона в общих словах упоминается добровольное лечение.

Лечение зависимости от наркотических средств или психотропных веществ может осуществляться как в государственных, так и в частных лечебных учреждениях.⁸⁷³ Лечение наркозависимости производится в медицинских учреждениях пенитенциарной системы, частных наркологических клиниках и в ряде неправительственных организаций. Лечение в наркологическом стационаре производится на условиях сооплаты пациентом: часть расходов на лечение покрывается из фондов Программы государственных гарантий, а пациенты должны оплачивать разницу в стоимости медицинских услуг сверх объема государственного финансирования.⁸⁷⁴ К методам лечения относятся программы детоксикации и медико-психологической реабилитации, а также опиоидная заместительная терапия. Специфической особенностью оказания медицинской помощи в наркологическом стационаре, осуществляющем детоксикацию, является создание лечебно-охранительного режима, исключающего в период пребывания лица на лечении контакт с алкоголем, наркотиками или иными психоактивными веществами, вызвавшими зависимость.⁸⁷⁵ Для этого наркологические отделения, в которых проводится детоксикация, функционируют в режиме «закрытых дверей» с ограничением доступа посторонних лиц в стационар и выхода пациентов за его пределы без сопровождения персонала или родственников.

С 2004 года в Республиканском центре наркологии применяются психотерапевтические и реабилитационные технологии, такие как мотивационные консультирование и тренинги, групповая психотерапия, социально-психологические тренинги, балинтовские группы и группы личностного роста.⁸⁷⁶ Открыто реабилитационное отделение, куда входят психотерапевтический и психологический блоки, терапия средой (реабилитационная среда), терапия занятостью, работа с семьей. Наркологическая помощь включает последующий уход и реабилитацию наркозависимых лиц после получения лечения.

Учет

В Республиканском центре наркологии ведется учет лиц с наркологическими расстройствами. Диагноз наркологического расстройства может устанавливаться врачами психиатрами или наркологами.

Снятие пациентов с наркологического учета осуществляется по решению врачебно-консультативной комиссии лечебно-профилактического учреждения по следующим основаниям: в случае смерти пациента; в случае выезда пациента за пределы республики на постоянное жительство; в случае выздоровления пациента. При синдроме зависимости «выздоровление» определяется как доказательно установленная ремиссия не менее 3 лет; при психотических расстройствах без признаков зависимости «выздоровление» наступает при отсутствии рецидива в течение 1 года.⁸⁷⁷

Согласно информации, предоставленной национальной экспертной группой, в медицинских картах лиц, снятых с наркологического учета, указываются дата, основания и причины снятия с учета. Карты на них хранятся отдельно и используются при составлении статистических отчетов. По истечении календарного года карты передаются в архив медицинского учреждения, где хранятся в общем порядке, установленном для медицинской документации. Все сведения о пациентах, состоящих на наркологическом учете, являются врачебной тайной и охраняются законом.⁸⁷⁸ Запрещено выдавать сведения о пациентах и их диагнозах государственным и общественным организациям, не имеющим полномочий судебных или следственных органов.⁸⁷⁹ Согласно данным национальной эксперт-

⁸⁷³ Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», № 66 (22 мая 1998).

⁸⁷⁴ Порядок сооплаты определяется Положением «О сооплате за медицинские услуги, предоставляемые организациями здравоохранения, работающими в системе Единого плательщика», № 363 (24 августа 2007).

⁸⁷⁵ Министерство здравоохранения, Инструкция «О порядке и условиях оказания медицинской помощи в наркологическом отделении», № 65 (12 февраля 2004).

⁸⁷⁶ Министерство здравоохранения, Приказ «Об открытии отделения медико-психологической реабилитации на базе Республиканского центра наркологии», № 16 (16 января 2006) (в рамках проекта F75 УНП ООН).

⁸⁷⁷ Положение «О правилах и порядке регистрации и учета наркологических расстройств в государственных учреждениях здравоохранения Кыргызской Республики», № 16 (21 января 2002).

⁸⁷⁸ Там же.

⁸⁷⁹ Там же, см. также Закон «Об охране здоровья граждан», № 6 (9 января 2005).

ной группы, медицинские работники могут разглашать конфиденциальную информацию о пациентах, проходящих лечение наркотической зависимости, только по официальным запросам полиции, следственных органов, прокураторы или суда. Однако медицинские работники в Кыргызстане не обязаны сообщать в правоохранительные органы при обращении к ним пациентов с передозировкой или за лечением наркотической зависимости. В этом аспекте законодательство страны более прогрессивно, чем законодательства других стран региона. Тем не менее, законодателю следует и далее совершенствовать правовую систему, так как неспособность в полной мере защитить конфиденциальность пациентов, проходящих лечение наркотической зависимости, может сдерживать потенциальных пациентов от обращения в медицинские учреждения, если это может привести к расследованию и возможному преследованию со стороны правоохранительных органов.

Опиоидная заместительная терапия

Кыргызстан утвердил применение опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в 2001 году, раньше, чем многие другие страны СНГ.⁸⁸⁰ В 2002 году на базе Республиканского центра наркологии (в г. Бишкек) и Ошского областного наркологического диспансера были внедрены пилотные программы заместительной поддерживающей терапии метадонем. В Бишкеке программа финансировалась Фондом «Сорос-Кыргызстан» и Институтом Открытое общество, в Ош – Программой развития ООН.⁸⁸¹

Первоначально программы реализовывались как пилотные и только в специализированных наркологических учреждениях. В настоящее время деятельность программ расширилась и начала реализовываться в филиалах, создаваемых при лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения вторичного уровня, предоставляющих специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных и стационарных условиях (например, открыты дополнительно 2 филиала в центрах семейной медицины Бишкека, финансируемых из средств Глобального фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией).⁸⁸² К концу 2007 года опиоидная заместительная терапия предоставлялась в 8 филиалах. В пеницициарной системе программы ОЗТ были внедрены в 2008 году, хотя соответствующее решение было принято еще в 2005 году.⁸⁸³

Опиоидная заместительная терапия метадонем проводится в специализированных наркологических лечебных учреждениях по методике долгосрочной терапии. В отдельных обоснованных случаях не исключено использование метадона для краткосрочной детоксикации. В Кыргызской Республике метадон входит в перечень жизненно важных лекарственных средств.⁸⁸⁴ В соответствии с инструкциями, ОЗТ назначается с целью:

- улучшения соматического и психического состояния пациента с опиоидной/опиоидной зависимостью, своевременного выявления и лечения сопутствующих заболеваний;
- профилактики распространения ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С среди лиц, употребляющих наркотики, и осложнений, вызванных внутривенным потреблением наркотиков;
- повышения уровня социальной адаптации наркозависимых лиц и реинтеграции их в общество;
- обеспечения медицинским обслуживанием беременных женщин, употребляющих наркотики, в до- и послеродовом периоде;
- создания для наркозависимых и ВИЧ-инфицированных лиц условий и возможности прекращения внутривенного потребления наркотиков.⁸⁸⁵

Отбор пациентов в программы заместительной терапии производится специальной консультатив-

880 Положение «Об условиях и порядке проведения заместительной терапии лицам с наркотической зависимостью в Кыргызской Республике», № 41 (15 февраля 2001).

881 Более подробно см. в: Д. Вульф, *Снижение вреда в Кыргызстане: спасая жизни*.

882 Совместный Приказ Министерства здравоохранения и Агентства КР по контролю наркотиков «О дальнейшем развитии программ заместительной терапии при опиоидной зависимости в Кыргызской Республике», № 227/60 (3 мая 2006 и 13 мая 2006); и Совместный Приказ Министерства здравоохранения и Агентства КР по контролю наркотиков «О расширении программы заместительной поддерживающей терапии метадонем при опиоидной зависимости на территории г. Бишкек и Чуйской области» № 56/15 (8 февраля 2007 и 14 февраля 2007).

883 Совместный Приказ Министерства здравоохранения и Министерства юстиции КР «О пилотной программе «Заместительная терапия метадонем лицам с наркотической зависимостью в учреждениях ГУИН Министерства юстиции Кыргызской Республики», № 13/7 (17 января 2005 и 17 января 2005).

884 Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств и изделий медицинского назначения», № 759 (31 октября 2006).

885 Приказ Министерства здравоохранения «Об условиях и порядке проведения заместительной терапии метадонем в Кыргызской Республике», № 71 (13 марта 2001).

ной комиссией, которая создается в лечебном учреждении приказом главного врача учреждения. При проведении отбора пациентов для участия в программе заместительной терапии комиссия учитывает следующие факторы:

- наличие наркотической зависимости от опия и опиоидов;
- возраст (не менее 18 лет);
- неоднократность госпитализации в наркологические стационары в анамнезе (не менее двух);
- дееспособность (способность понимать и нести ответственность за собственные действия);
- наличие ВИЧ-инфекции;
- беременность; и
- принадлежность к группе риска (например, секс работники).⁸⁸⁶

Консультативная комиссия по отбору пациентов также должна учитывать соответствие пациентов следующим требованиям: наркотическая зависимость пациента должна носить исключительно опиоидный характер (ни в коем случае пациент не должен страдать полинаркоманией); изъявление пациентом добровольного желания принять участие в программе; согласие пациента на выезд из соответствующего населенного пункта в течение года; согласие пациента на не анонимный, но конфиденциальный характер участия в программе.

Пациент может быть исключен из программы в следующих случаях:

- продолжения употребления запрещенных наркотиков, несмотря на предупреждение об отчислении из программы (по результатам тестов на содержание наркотиков в крови или моче)⁸⁸⁷;
- систематического злоупотребления алкоголем с клиническими признаками алкогольной зависимости;
- нерегулярного посещения программы, отказа от проведения медосмотров и работы с врачом-наркологом и психологом программы;
- совершения уголовно наказуемых деяний в период пребывания в программе с возбуждением уголовного дела и избранием меры пресечения в виде содержания под стражей. (Данные лица могут быть включены в программы заместительной терапии в учреждениях пеницициарной системы);
- торговли участником программы метадонем или запрещенными наркотиками; и
- любого проявления агрессии по отношению к сотрудникам программы.

При проведении заместительной терапии метадонем для каждого пациента разрабатывается индивидуальный план обследования и лечения, предусматривающий обследование на наличие гепатита, ВИЧ-инфекции, венерических и других заболеваний, а также лечение медицинских осложнений и сопутствующих заболеваний. Консультативная комиссия каждые три месяца проводит оценку эффективности проводимой терапии и уточняет план лечения. Заместительная терапия может осуществляться в стационарных и амбулаторных условиях. Во время проведения заместительной терапии в амбулаторных условиях в обязанности пациента входит ежедневное посещение лечебного учреждения и прием заместительного опиоидного препарата (метадона) под контролем медицинского персонала. В особых случаях (например, в случае болезни пациента, требующей амбулаторного лечения на дому, подтвержденной соответствующим документом из лечебного учреждения) по решению консультативной комиссии разрешается выдавать метадон членам семьи в дозированных, не превышающих две ежедневные дозы.⁸⁸⁸

В случаях, когда пациенты, получающие ОЗТ, госпитализируются в другие лечебные и реабилита-

886 Проведение ОЗТ регулируется следующими документами: Приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «Об условиях и порядке проведения заместительной терапии лицам с наркотической зависимостью в КР», № 41 (15 февраля 2001); Программой «Заместительная терапия метадонем в г. Бишкек» (утверждена приказом МЗ КР № 41 (15 февраля 2001)); Положением о правилах и порядке регистрации и учета наркологических расстройств в государственных учреждениях здравоохранения КР (утверждено приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 16 (21 января 2002)); Концепцией противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков в КР (утверждена Указом Президента КР № 445 (22 декабря 2004)).

887 Во время проведения амбулаторной заместительной терапии пациенты обязаны проходить проверку (тестирование) на употребление психоактивных (наркотических и психотропных) веществ с целью установления/исключения фактов употребления пациентом других наркотиков и объективной оценки эффективности лечения, Приказ Министерства здравоохранения № 41.

888 Там же.

ционные учреждения, администрация учреждения, реализующего метадоновую программу, для эффективного лечения сопутствующего заболевания обязана согласовать порядок передачи и обеспечения пациента метадоном с администрацией лечебного учреждения, в которое госпитализирован пациент. В этом случае выдача метадона пациенту должна осуществляться медицинским персоналом лечебного учреждения, в которое госпитализирован пациент.

Принудительное лечение наркотической зависимости

Законодательством Кыргызстана предусмотрено принудительное обследование на предмет употребления наркотиков в различных случаях.

При поступлении в высшие учебные заведения абитуриенты обязаны пройти общее медицинское обследование, которое обычно включает и обследование на предмет употребления наркотиков. Например, лица, подающие заявления о зачислении в военные училища, должны пройти медицинское обследование и доказать отсутствие наркологических заболеваний.⁸⁸⁹ В учебных заведениях принудительное обследование на предмет употребления наркотиков проводится в соответствии с официальными инструкциями Правительства относительно выявления несовершеннолетних лиц, употребляющих наркотические и психотропные вещества.⁸⁹⁰

Кроме того, для получения водительского удостоверения необходимо пройти медицинское обследование, в том числе и на предмет употребления наркотиков.⁸⁹¹ Водители коммерческих транспортных средств допускаются к управлению автомобилями после прохождения регулярных медицинских осмотров в порядке, установленном Министерством здравоохранения.

В законодательстве Кыргызстана также предусмотрено, что принудительное лечение наркотической зависимости может проводиться по решению суда в двух случаях.

Во-первых, по решению суда к принудительному лечению привлекаются лица, признанные больными наркоманией, но уклоняющиеся от добровольного лечения или продолжающие после лечения потреблять наркотические средства без назначения врача, и в отношении которых в связи с их опасным поведением в органы внутренних дел или прокуратуру обратились их близкие родственники.⁸⁹² Эти лица направляются на лечение в специализированные лечебные учреждения органов здравоохранения, а несовершеннолетние, достигшие шестнадцатилетнего возраста – в специализированные лечебно-воспитательные учреждения. Не подлежат направлению на принудительное лечение лица, страдающие тяжелыми психическими расстройствами или иной тяжелой болезнью, препятствующей пребыванию в таких учреждениях, инвалиды I и II групп, беременные женщины и матери, имеющие грудных детей. Общий срок принудительного лечения не может превышать двенадцати месяцев.⁸⁹³

Во-вторых, суд, в дополнение к уголовному наказанию, может принять решение о том, чтобы осужденный в обязательном порядке прошел принудительное лечение наркотической зависимости.⁸⁹⁴ Если наказание не связано с лишением свободы, лечение наркотической зависимости проводится в медицинских учреждениях. Если наказание включает лишение свободы, лечение наркотической зависимости проводится по месту отбывания наказания. Если после освобождения необходимо продолжать принудительное лечение, оно проводится в обычных медицинских учреждениях. Лечение наркотической зависимости не предусмотрено в качестве *альтернативы* тюремному заключению, хотя согласно международным стандартам это допускается. Международные конвенции по контролю над наркотиками разрешают государствам-участникам включать в национальное зако-

889 Министерство обороны КР, Инструкция «О медицинском освидетельствовании воспитанников военного лица и кандидатов, поступающих в лицей», № 199 (9 сентября 2000 г.).

890 Министерство здравоохранения КР, Инструкция «О порядке проведения профилактического медицинского обследования в образовательных учреждениях Кыргызской Республики на предмет выявления несовершеннолетних лиц, допускающих потребление наркотических и психотропных веществ», № 468/662/1 (15 ноября 2002 г.).

891 Постановление Правительства «О введении Положения о порядке допуска водителей к управлению транспортными средствами, приема экзаменов и выдачи гражданам водительских удостоверений» № 420 (4 августа 1999).

892 Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», статья 1.

893 Эта информация была предоставлена национальной экспертной группой.

894 Уголовный кодекс, статья 90(2). Принудительные меры медицинского характера назначаются также лицам, страдающим туберкулезом, венерическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией (см. более подробное обсуждение ниже).

нодательство *альтернативы* осуждению и тюремному заключению за преступления, связанные с наркотиками, такие как направление на лечение и реабилитацию, вместо того, чтобы добавлять эти меры к уголовному наказанию как дополнительные.⁸⁹⁵ Поэтому представляется, что Кыргызстан может изменить действующий в настоящее время законодательный подход к назначению принудительного лечения в *дополнение* к уголовному наказанию и вместо этого назначать лечение в качестве альтернативной меры. (Конечно, лечение должно соответствовать стандартам доказательно обоснованной клинической практики и нормам прав человека).

Международные организации подчеркивают принцип добровольности лечения наркотической зависимости.⁸⁹⁶ В качестве общей нормы, принудительное лечение нарушает права человека, включая право на свободу, личную безопасность и неприкосновенность частной жизни⁸⁹⁷, и должно применяться только в исключительных, четко определенных случаях, для предотвращения причинения лицом неизбежного тяжкого вреда себе или третьим лицам. Представляется необходимым изменить действующее законодательство Кыргызстана, чтобы существенно ограничить основания для назначения принудительного лечения.

В более широком смысле, как рекомендует национальная экспертная группа, руководству Кыргызстана необходимо изменить устаревшие законодательные положения, продолжающие действовать со времен СССР, касающиеся порядка медицинского освидетельствования, принудительного лечения и постановки на учет лиц, потребляющих наркотики или страдающих наркотической зависимостью. Национальная экспертная группа пришла к выводу, что назрела необходимость разработки и принятия специального законодательного акта, посвященного правовому, медицинскому и социальному обеспечению всего комплекса мероприятий по снижению вреда от употребления наркотиков и минимизации негативных последствий. В таком законодательном акте следует четко определить меры по обеспечению доступа к заместительной терапии, кроме того, необходимо законодательно закрепить гарантии прав пациентов на добровольное лечение, информированное согласие, конфиденциальность и защиту от дискриминации.

Профилактика передозировок

В соответствии с Постановлением Правительства КР, медицинский препарат налоксон, применяемый против передозировок опиоидов, включен в национальный перечень жизненно важных лекарственных средств Кыргызстана.⁸⁹⁸ Кыргызстан является одной из немногих стран региона, внесшей этот препарат в подобный перечень. Это важная инициатива. Однако австрийские работники программ снижения вреда не уполномочены его применять или распространять среди лиц, употребляющих наркотики, которые чаще всего присутствуют, когда этот препарат необходимо быстро ввести человеку, страдающему от передозировки. Национальная экспертная группа считает, что этот вопрос заслуживает внимания.

4В. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ

Согласно статьям 5 и 6 Закона «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике»⁸⁹⁹, гражданам КР, иностранным гражданам и лицам без гражданства, проживающим или находящимся на территории Кыргызской Республики, предоставляется право:

- на добровольное, конфиденциальное медицинское освидетельствование на ВИЧ и медицинское наблюдение в организациях здравоохранения независимо от их ведомственной подчиненности и форм собственности;

895 *Единая конвенция о наркотических средствах*, 1961, UN, 520 UNTS 331, с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года, статья 36(2); *Конвенция о психотропных веществах*, 1971, UN, 1019 UNTS 175, статья 22; *Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ*, 1988, статья 3(4).

896 ЮНЭЙДС и ВОЗ, *Принципы лечения наркотической зависимости: материалы для обсуждения [Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper]* (март 2008).

897 *Международный пакт о гражданских и политических правах*, 999 U.N.T.S. 171 (1966), статьи 7, 9 и 17; *Всеобщая декларация прав человека*, Резолюция 217А (III) Генеральной Ассамблеи ООН, UN Doc. A/810 (1948), статьи 3 и 12.

898 Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств и изделий медицинского назначения», № 759 (31 октября 2006).

899 Закон «О ВИЧ/СПИДе», № 149 (13 августа 2005).

- на получение гарантированного минимума достоверной информации о ВИЧ/СПИДе и мерах профилактики;
- на участие в профилактических программах и доступ к профилактическим средствам (дезинфицирующие средства, чистые шприцы, иглы и презервативы);
- на получение специализированной, квалифицированной медицинской помощи в области ВИЧ/СПИДа;
- на получение полной информации о своих правах, состоянии своего здоровья и методах лечения; на квалифицированную юридическую помощь и психологическую поддержку; а также на реализацию сексуальных и репродуктивных прав.

В соответствии с *Законом КР «О ВИЧ/СПИДе»*, специалисты Республиканского объединения «СПИД», Министерства образования и науки и Управления начального профессионального образования Министерства труда и социального развития вместе с неправительственными организациями проводят работу по внедрению учебного пособия по вопросам здорового образа жизни, включая меры по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа, для общеобразовательных школ и учреждений начального профессионального образования.

Профилактика ВИЧ среди лиц, употребляющих наркотики

Программы обмена игл и шприцев (ПОШ) реализуются в стране около 10 лет, как правило, неправительственными организациями. Более пяти лет программы обмена игл и шприцев действуют в учреждениях пенитенциарной системы Кыргызстана. Нормативно-правовая база разрешает свободное без ограничения по времени суток приобретение шприцев и игл через аптечную сеть.

Нормативно-правовая база не содержит положений, регламентирующих реализацию ПОШ. В настоящее время существуют лишь отдельные положения, регламентирующие порядок и условия реализации ПОШ, принимаемые каждой неправительственной организацией отдельно в рамках реализуемых проектов. По мнению национальной экспертной группы, разработку, принятие и выполнение инструкций о работе программ обмена игл и шприцев следует отнести к ведению Министерства здравоохранения.

В программах обмена игл и шприцев, помимо других сотрудников, участвуют также аутрич работники, имеющие опыт употребления наркотических средств. По данным национальной экспертной группы, при отборе аутрич работников для участия в ПОШ учитывается период ремиссии (около 3-х лет) и степень толерантности к употреблению психоактивных веществ. На практике имеют место случаи, когда аутрич работники могут являться действующими потребителями наркотических средств. Основные услуги, оказываемые аутрич работниками, включают предоставление стерильных шприцев/игл, презервативов, стерильных тампонов, дезинфицирующих средств; мотивационное интервьюирование для помощи в установлении контактов с медицинскими службами; информационно-просветительские мероприятия; обучение, в том числе по принципу «равный-равному»; профилактику передозировок.

Деятельность аутрич работников не регламентируется законодательством КР, не определены стандарты, правила и условия их деятельности, нет гарантий их правовой и социальной защиты (это означает, что деятельность аутрич работников может быть связана с риском привлечения к ответственности). В более широком смысле, как упоминалось выше, национальная экспертная группа отмечает, что программы снижения вреда в КР не подкреплены юридической базой, что ставит в уязвимое положение как бенефициариев услуг, так и самих медицинских, социальных и других работников, задействованных в данной сфере. По свидетельству национальной экспертной группы, в стране назрела необходимость разработки и принятия специального законодательного акта, посвященного правовому, медицинскому и социальному обеспечению всего комплекса мероприятий по снижению вреда.

Тестирование на ВИЧ

Добровольное тестирование

Законодательство страны гласит, что тестирование на ВИЧ является добровольным и проводится

только с письменного согласия обследуемого лица.⁹⁰⁰ Каждое медицинское освидетельствование на выявление вируса иммунодефицита человека обязательно должно сопровождаться дотестовым и послетестовым психосоциальным консультированием, которое могут проводить медицинские работники, например, врачи, медсестры, а также социальные работники.⁹⁰¹ В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, при получении информированного согласия необходимо предоставить пациенту время для обдумывания затронутых при консультировании вопросов, проверить, насколько хорошо пациент понял предоставленную информацию, устранить недопонимание; спросить пациента, согласен ли он пройти тестирование; заполнить бланк информированного согласия, на котором пациент должен поставить свою подпись.⁹⁰²

Принудительное тестирование по запросу правоохранительных органов

По действующему в Кыргызстане порядку⁹⁰³, принудительное тестирование на ВИЧ может проводиться по решению суда на основании постановления следователя или прокурора; никто кроме инициировавшего принудительное тестирование следователя или прокурора не имеет права получить результаты тестирования.⁹⁰⁴

Обязательное тестирование

В законодательстве Кыргызской Республики предусмотрено обязательное, конфиденциальное тестирование на ВИЧ в ряде случаев.

Во-первых, доноры крови и других биологических материалов подлежат обязательному тестированию на ВИЧ, что является условием донорства.⁹⁰⁵

Во-вторых, иностранные граждане и лица без гражданства обязательно должны пройти тестирование на ВИЧ после прибытия на территорию КР и при ежегодных профилактических медицинских осмотрах, если это предусмотрено международными договорами, имеющими обязательную силу для Кыргызской Республики.⁹⁰⁶ На практике, по свидетельству национальной экспертной группы, иностранные граждане подлежат освидетельствованию на ВИЧ только в случае, если Кыргызстан подписал соглашение о предоставлении сертификата на ВИЧ с государством, к которому принадлежит это иностранное лицо. Иностранцы подлежат административному выдворению за пределы страны только в случае умышленного уклонения от прохождения обязательного медицинского освидетельствования. В этом случае необходимо в судебном порядке доказать злостное неисполнение лицом предписаний органов паспортно-визового контроля о прохождении тестирования. Национальная экспертная группа отмечает, что если у подлежащего медицинскому освидетельствованию иностранного гражданина будет выявлен положительный диагноз на ВИЧ, но он при этом не уклонялся от медицинского освидетельствования и выполнял требования законодательства, административное выдворение к нему не применяется. Административное выдворение осуществляется органами внутренних дел на основании решения суда.

В-третьих, тестирование на ВИЧ проводится при трудоустройстве для работников определенных производств, профессий и должностей, предусмотренных в утвержденном Правительством перечне.⁹⁰⁷ В этот перечень, например, включены медицинские работники, чья профессиональная деятельность связана с нарушением целостности кожных покровов.⁹⁰⁸

Ряд перечисленных статей и практик противоречит праву на добровольное медицинское осви-

900 Закон «О ВИЧ/СПИДе», статья 8.

901 Постановление Правительства № 296.

902 Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «Об утверждении новых клинических протоколов», № 218 (1 июня 2005).

903 Закон «О ВИЧ/СПИДе», статья 7.

904 Принудительное освидетельствование не освобождает медицинских работников от обязанности проведения дотестового и послетестового психосоциального консультирования, хотя понятно, что в таких обстоятельствах не ставится задача получить информированное согласие на проведение тестирования.

905 Закон «О ВИЧ/СПИДе», статья 8.

906 Там же.

907 Закон «О ВИЧ/СПИДе», статья 8; Постановление Правительства КР «Правила медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека, медицинского учета и наблюдения за лицами с положительными и сомнительными результатами анализа на ВИЧ в Кыргызской Республике», № 296 (25 апреля 2006).

908 «Перечень работников производств, работ, профессий и должностей, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию», утвержден постановлением Правительства Кыргызской Республики № 296 (25 апреля 2006).

детельствование на ВИЧ, гарантированному законодательством Кыргызстана, и, другим правам, защищенным Конституцией, например, праву на свободу от дискриминации (см. ниже раздел 5). Кроме того, в соответствии с международными нормами, тестирование на ВИЧ должно проводиться только на добровольной основе, за исключением обязательного тестирования доноров крови и органов.⁹⁰⁹ Если предусматривается проведение тестирования на ВИЧ без предварительного согласия пациента, необходимо четкое описание этого процесса в законе с обязательным условием, что такие меры могут приниматься только в исключительных обстоятельствах и при наличии соответствующего обоснования, которое должно рассматриваться независимым судебным органом и с наименьшими возможными нарушениями прав человека.⁹¹⁰ Кроме того, национальная экспертная группа высказала озабоченность в связи с тем, что принудительное тестирование на ВИЧ повышает риск ухода уязвимых групп населения в «подполье», и создает дополнительные препятствия для эффективной профилактики и лечения ВИЧ.

Лечение ВИЧ

Как отмечалось выше, в *Законе «О ВИЧ/СПИДе»* предусматривается доступ к медицинским услугам для людей, живущих с ВИЧ. В государственных медицинских учреждениях гражданам Кыргызстана, живущим с ВИЧ, все виды медицинских услуг и медикаменты предоставляются бесплатно. Граждане, живущие с ВИЧ и СПИДом, включены в список лиц, имеющих право на бесплатное медицинское обслуживание на основании их социального статуса.⁹¹¹ Лица, не являющиеся гражданами страны, не имеют права на бесплатное лечение.

По данным национальной экспертной группы, СПИД-центры имеются только на уровне областей, вся профилактическая и лечебная работа по ВИЧ/СПИДу в сельской местности проводится центрами семейной медицины, группами семейных врачей под руководством и контролем центров СПИДа. Налажено партнерство между учреждениями, предоставляющими лечение ВИЧ, наркотической зависимости, туберкулеза, гепатита; существует перенаправление из одной структуры в другую, организовывается проведение совместных консилиумов с участием специалистов из каждого заинтересованного учреждения.

По информации национальной экспертной группы, потребление наркотиков не может быть причиной отказа пациенту в лечении ВИЧ, гепатита или туберкулеза. Законодательством предусмотрен порядок проведения АРВ-терапии употребляющим наркотики ВИЧ-положительным пациентам.⁹¹²

Права пациентов, включая право на конфиденциальность

Права пациентов отражены в главе IX *Закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»*, которая предусматривает следующие права пациентов:

- право на получение доступной качественной медико-санитарной помощи;
- право на уважительное и гуманное отношение;
- право на обследование, профилактику, лечение, медицинскую реабилитацию; и
- право на допуск адвоката или иного законного представителя для защиты прав пациента.

В случае нарушения прав, пациент может обратиться с жалобой к руководителю или иному должностному лицу организации здравоохранения, в которой ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские общественные организации, либо в суд.⁹¹³

909 ЮНЭЙДС/ВОЗ *Политическое заявление о тестировании на ВИЧ [UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing]* (июнь 2004).

910 В любом законодательном положении, разрешающем принудительное тестирование или лечение, должны соблюдаться определенные принципы, такие как *Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах*, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985).

911 Программа государственных гарантий определяет право на бесплатное медицинское обслуживание для двух категорий пациентов: Перечень I («Категории граждан, имеющих льготы бесплатного получения медицинских услуг по социальному статусу»), куда входят лица, живущие с ВИЧ/СПИДом, для них медицинские услуги предоставляются бесплатно в рамках финансирования, получаемого из Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией; и Перечень II («Категории населения, имеющие право бесплатного получения медицинских услуг по клиническим показаниям по основному заболеванию»), который включает больных тяжелыми формами острого вирусного гепатита.

912 Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «Об утверждении новых клинических протоколов», № 218 (1 июня 2005), раздел III.

913 *Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»*, статья 72.

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, согласно законодательству составляют врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей.⁹¹⁴ За разглашение врачебной тайны предусмотрена уголовная ответственность.

Однако предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в следующих случаях, которые представляют собой чрезмерно широкие исключения из права на конфиденциальность и вызывают некоторые опасения:

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет для информирования его родителей или законных представителей; и
- при наличии оснований, полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.⁹¹⁵

914 Там же, статья 91.

915 Там же.

5. ТЮРЬМЫ

Согласно *Уголовно-исполнительному кодексу Кыргызской Республики*, к исправительным учреждениям относятся колонии-поселения, исправительные колонии, воспитательные колонии и тюрьмы.⁹¹⁶ Исправительные колонии делятся на колонии общего, усиленного, строгого и особого режимов. Отличительной особенностью уголовно-исполнительной системы Кыргызстана является возможность существования частных исправительных учреждений, наряду с государственными.

В ходе реализации *Комплексной программы развития Кыргызской республики на период до 2010 года* в стране проводится реформа судебной системы и правоохранительных органов. В рамках этой реформы на основе указов Президента⁹¹⁷ и постановлений Правительства⁹¹⁸ уголовно-исполнительная система была передана из ведения Министерства внутренних дел в ведение Министерства юстиции КР. В 2006 году при Министерстве юстиции был создан Общественный наблюдательный совет по вопросам уголовно-исполнительной системы. На Совет возложены следующие основные функции: совершенствование взаимодействия органов и учреждений уголовно-исполнительной системы с НПО; разработка предложений для приведения законодательства в соответствие с международными стандартами в области прав человека и дальнейшей гуманизации условий отбывания наказания; и создание условий для соблюдения прав и законных интересов сотрудников уголовно-исполнительной системы, осужденных и лиц, содержащихся под стражей.⁹¹⁹ В июне 2007 года Президент Кыргызской Республики подписал закон, направленный на гуманизацию уголовного законодательства, отмену смертной казни, расширение применения наказаний, не связанных с изоляцией от общества, в том числе, за совершение преступлений, связанных с наркотиками.⁹²⁰

Лишение свободы лиц, употребляющих наркотики

По данным Судебного департамента при Министерстве юстиции Кыргызстана, в 2006 году за преступления, связанные с наркотиками, осуждено 1679 человек (12,4% от общего числа осужденных). Из них к лишению свободы приговорены 986 человека (58,7%); к штрафу – 398 человек (23,7%); к тройному *айыту* (возмещению ущерба в тройном размере) – 8 человек (0,5%), к общественным работам и аресту – 11 человек (0,7%), условное осуждение получили 276 человек (16,4%).

По состоянию на 1 октября 2007 года общее число заключенных в исправительных учреждениях Кыргызстана составляло около 13 000 человек. Из них 1901 человек (около 15% от общего числа осужденных) отбывал наказание за совершение преступлений, связанных с наркотиками.⁹²¹ На 1 января 2007 года в отношении 940 заключенных были изданы приказы о прохождении принудительного лечения наркотической зависимости; из них 191 человек имели алкогольную зависимость, а остальные 739 - зависимость от наркотических средств и психотропных веществ. Согласно результатам исследований о распространенности потребления наркотиков в местах лишения свободы, которые проводились как неправительственными и международными организациями, так и независимыми экспертами, в учреждениях пенитенциарной системы КР фактически употребляют наркотические средства около 35% от общего количества осужденных (из них более 50% являются потребителями инъекционных наркотиков).⁹²²

916 *Уголовно-исполнительный кодекс Кыргызской Республики* (11 ноября 1999 г., последняя редакция принята Законом № 91 25 июня 2007) [далее – «Уголовно-исполнительный кодекс»], статья 46.

917 Указ Президента КР «О мерах по дальнейшему совершенствованию уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики», № 305 (24 октября 2001).

918 Постановление Правительства КР «О порядке и условиях выполнения охраны исправительных учреждений и конвоирования осужденных и лиц, заключенных под стражу», № 310 (17 мая 2002); Постановление Правительства КР «О передаче уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел КР в ведение Министерства юстиции КР», № 391 (20 июня 2002).

919 Приказ Министерства юстиции № 166 (16 ноября 2006).

920 Закон «О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс КР, Уголовно-процессуальный кодекс КР, Уголовно-исполнительный кодекс КР, Кодекс КР об административной ответственности, в Законы КР «О Верховном суде КР и местных судах», «О Прокуратуре Кыргызской Республики», «О порядке и условиях содержания под стражей лиц, задержанных по подозрению и обвинению в совершении преступлений», «Об общих принципах амнистии и помилования», «О введении в действие Уголовно-процессуального кодекса КР» и Закон «О введении в действие Уголовного кодекса КР», № 91 (25 июня 2007).

921 Данные предоставлены национальной экспертной группой [неопубликованные данные].

922 Данные предоставлены национальной экспертной группой [неопубликованные данные].

ВИЧ, наркотическая зависимость и другие заболевания в местах лишения свободы

Как отмечалось выше, в 2006 году в учреждениях пенитенциарной системы Кыргызстана был зарегистрирован 21 случай вирусного гепатита, 237 случаев сифилиса, 21 случай гонореи и 41 случай впервые выявленной ВИЧ-инфекции. На 1 января 2007 года в стране было известно о 102 ВИЧ-положительных заключенных (из них 6 человек получали АРВ терапию).⁹²³ По данным Министерства здравоохранения за 2008 год общее число ВИЧ-положительных заключенных составляло 178 человек, в том числе 12 заключенных, коинфицированных ВИЧ/туберкулезом. Туберкулез является еще одной серьезной медицинской проблемой в тюрьмах Кыргызстана. В 2006 году в пенитенциарных учреждениях КР было зафиксировано 532 случая впервые выявленных больных туберкулезом. На 1 января 2007 года в учреждениях ГУИН состояло на диспансерном учете 2483 осужденных с различными формами туберкулеза, из них 1242 человек с активными формами туберкулеза.

Организация медицинской помощи

Соответствующая статья *Уголовно-исполнительного кодекса* предусматривает организацию лечебных исправительных учреждений для содержания и амбулаторного лечения больных с активной формой туберкулеза, хроническим алкоголизмом и наркоманией, и ВИЧ-инфекцией.⁹²⁴ Законодательством предусмотрен контроль за деятельностью уголовно-исполнительной системы со стороны общественных и благотворительных организаций.⁹²⁵

Для координации предоставления медицинской помощи в системе исполнения наказаний, в 2006 году в уголовно-исполнительной системе Министерства юстиции КР был создан Информационный и аналитический центр по охране здоровья в исправительной системе. Задачи этого Центра состоят в сборе статистической информации, создании базы данных и мониторинге всех программ и проектов в сфере профилактики и лечения социально значимых заболеваний в уголовно-исполнительной системе. Основное внимание в работе Центра уделяется профилактике ВИЧ и сопутствующих заболеваний. НПО участвуют в мерах по предупреждению распространения ВИЧ в исправительных учреждениях; работа с НПО по профилактике ВИЧ в местах лишения свободы осуществляется Министерством юстиции и ГУИН на основе двухсторонних соглашений, меморандумов, а также в рамках различных проектов.⁹²⁶

В 2006 году Правительством была создана рабочая группа по вопросам социальной реабилитации осужденных.⁹²⁷ Кроме того, в 2007 году три министерства совместно создали Межведомственный координационный совет в целях межведомственной координации планирования, разработки, внедрения и мониторинга *Программы по охране здоровья и социальному сопровождению осужденных*.⁹²⁸ Совет является коллективным совещательным органом представителей государственных органов, международных и неправительственных организаций; он определяет стратегии реформирования тюремного здравоохранения, координирует работу организаций в рамках охраны здоровья в уголовно-исполнительной системе, содействует проведению мероприятий по созданию системы социального сопровождения в пенитенциарных учреждениях.

Интервью с заключенными о предоставлении медицинских услуг

В целях выяснения качества медицинских услуг в пенитенциарных учреждениях, в августе 2007 года национальная экспертная группа провела несколько интервью на анонимной основе в колонии-поселении № 36 г. Бишкек. Выборка была небольшой, но она позволила определить некоторые проблемные области, требующие дальнейшего внимания и изучения.

В ходе интервью выяснилось, что из четырех опрошенных осужденных, осужденный А обра-

923 Данные предоставлены национальной экспертной группой [неопубликованные данные].

924 *Уголовно-исполнительный кодекс*, статья 73.

925 Закон «Об органах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы», № 197 (12 августа 2003).

926 *Уголовно-исполнительный кодекс*, статья 23(2); Приказ Министерства юстиции «Об утверждении Положения «О порядке взаимодействия учреждений Министерства юстиции КР с общественными, международными, религиозными и другими организациями», № 150 (23 декабря 2005).

927 Совместный приказ Министерства юстиции КР, Министерства здравоохранения КР и Государственного комитета по миграции и занятости № 131/183-шс/204а (15 сентября 2006).

928 Приказ «О Межведомственном координационном совете по охране здоровья и социальному сопровождению в уголовно-исполнительной системе», совместный приказ Министерства юстиции № 49 (25 апреля 2007), Министерства здравоохранения № 179 (23 апреля 2007) и Министерства труда и социального развития № 32 (25 апреля 2007).

щался к медицинским работникам по поводу лечения инфекционного заболевания, он находился на стационарном лечении в больнице ГУИН. Он заявил, что врачи только поставили диагноз и предоставляли консультации, все лекарства приобретали и передавали родственники.

Респондент Б во время отбывания срока заключения постоянно обращался к медицинским работникам, находился на стационарном лечении в Центральной больнице ГУИН около одного месяца после передозировки. Он проходил лечение в Реабилитационном центре «Атлантис», и на момент проведения интервью наркотиков не употреблял. По свидетельству заключенного, при жалобах на головные боли в СИЗО выдавали только аспирин, анальгин, иногда аскорбиновую кислоту. Необходимые лекарства от простуды и головной боли приобретала и передавала мать или, если были деньги, он приобретал эти лекарства в колонии сам.

Все респонденты отметили, что единственное различие в медицинском обслуживании в исправительной колонии и следственном изоляторе (СИЗО) состоит только в том, что в колонии можно самостоятельно обратиться с жалобой к врачу. Как в исправительной колонии, так и в СИЗО, лекарств часто нет или они закончились, поэтому заключенным остается надеяться на родственников. Все респонденты отметили отсутствие таких специалистов как стоматолог, венеролог, дерматолог и др.

Обследование на предмет употребления наркотиков и лечение наркотической зависимости

На момент составления отчета, в рамках исправительной системы Кыргызстана не было специальных медицинских учреждений для лечения заключенных с наркотической зависимостью. Наркологический центр, отделение Центральной больницы ГУИН Министерства юстиции, рассчитан на 150 коек. Задачей Центра является координация профилактической помощи и лечения заключенных с наркотической зависимостью, а также повышение эффективности и качества услуг по диагностике, лечению и реабилитации пациентов.

Добровольное лечение наркотической зависимости проводится в реабилитационных центрах «Атлантис», где предоставляется психологическая поддержка, оказывается помощь в восстановлении нарушенных социальных связей и осуществляется 12-шаговая программа для пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями. При поддержке фонда «Сорос-Кыргызстан» и Центральноазиатской программы по ВИЧ/СПИДу (CARHAP), реабилитационные центры «Атлантис» были открыты в семи исправительных учреждениях страны. Министерство юстиции приняло меры по проведению структурных изменений для внедрения новых методов работы с лицами, страдающими наркотической зависимостью, и для институционализации реабилитационных центров «Атлантис».⁹²⁹

Заключенные подвергаются принудительному обследованию на предмет употребления наркотиков только в том случае, если наряду с уголовным наказанием имеется решение суда о принудительном лечении. Обследование осуществляется во время прибытия осужденного в наркологический центр исправительного учреждения.⁹³⁰ Принудительное лечение наркотической зависимости осуществляется путем детоксикационной терапии, общеукрепляющей терапии и индивидуальной психотерапии. Конкретный выбор методов лечения осуществляют врачи-наркологи с учетом индивидуальных особенностей больного, диагноза, наличия сопутствующих заболеваний.⁹³¹ По информации национальной экспертной группы лица, освобождающиеся из мест лишения свободы лица, получают консультацию о возможности продолжения лечения в медицинских учреждениях гражданского сектора здравоохранения и о месте их нахождения. Таким образом, после освобождения они могут лечиться добровольно.⁹³²

По информации, предоставленной национальной экспертной группой, в рамках проекта по пре-

929 Приказ Министерства юстиции «Об организационных мерах и кадровом обеспечении», № 216 (29 декабря 2006).

930 Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», статья 37.

931 «Инструкция о порядке и условиях оказания наркологической помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ в учреждениях ГУИН» (Инструкция согласована с Министерством здравоохранения) (24 апреля 2007), утверждена приказом Министерства юстиции Кыргызской Республики № 48 (25 апреля 2007) пп. 2 и 4.

932 Там же, пп. 16 и 19.

дотвращению употребления наркотиков в тюрьмах, были реализованы мероприятия по реформированию наркологической службы уголовно-исполнительной системы, подготовлена материально-техническая база для внедрения ОЗТ.⁹³³ Среди этих мероприятий – открытие отделения детоксикационной и заместительной терапии в Наркологическом центре Центральной больницы при учреждении № 47 ГУИН и одного реабилитационного центра «Атлантис» в Джалал-Абаде. В 2006 году при поддержке СПИД-фонда «Восток-Запад» началась реализация проекта по социальному сопровождению лиц, освобождающихся из исправительного учреждения № 47 ГУИН. Было принято решение о развитии сети социального сопровождения путем открытия социальных бюро еще в 9 исправительных учреждениях (финансирование таких бюро предполагается осуществлять из средств Центральноазиатской программы по ВИЧ/СПИДу [CARHAP]). По состоянию на август 2008 года пилотный проект по ОЗТ осуществлялся в исправительной системе и в двух СИЗО.

Программы профилактики ВИЧ в тюрьмах, в том числе меры по снижению вреда

Меры по профилактике ВИЧ в системе исполнения наказаний Кыргызстана включают:

- информационно-образовательные программы;
- доступ к консультациям и тестированию на ВИЧ;
- программы обмена игл и шприцев для потребителей инъекционных наркотиков;
- распространение презервативов в комнатах свиданий и через программы обмена шприцев.

На момент составления настоящего отчета, по информации, предоставленной национальными экспертами, при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, в пяти пенитенциарных учреждениях были открыты пункты консультирования и тестирования на ВИЧ.

Кыргызстан является лидером в регионе и одним из глобальных лидеров в реализации программ обмена игл и шприцев в тюрьмах. Министерством юстиции изданы приказы, разрешающие распространение в учреждениях пенитенциарной системы информации о ВИЧ, игл и шприцев, организацию на добровольной основе групп взаимопомощи среди осужденных по принципу «равный-равному».⁹³⁴ Постановлениями Правительства также регулируются такие меры как профилактика ВИЧ, распространение информации, организация программ снижения вреда. Согласно недавним изменениям в действующих правилах, в исправительной системе Кыргызстана более не действует запрет на хранение шприцев для заключенных.⁹³⁵ Программы обмена игл и шприцев реализуются в 10 исправительных учреждениях; в 2008 году в исправительной системе работало 14 пунктов, где заключенные могли получить стерильный инструментарий для инъекций. Эти программы включают предоставление не только стерильного инструментария, но и дезинфицирующих средств, кроме того, в рамках программ проводится обучение методам снижения риска, связанного с инъекциями (включая риск ВИЧ-инфицирования), индивидуальные консультации, предоставляется информация и психологическая поддержка, а также проводятся консультации с медицинскими работниками и предоставляются направления на обследование на ВИЧ, ИППП и гепатит.

Лечение заключенных, живущих с ВИЧ

На 1 января 2007 года в Кыргызстане было 102 ВИЧ-инфицированных заключенных, из них 6 человек получали АРВ терапию, два человека отказались от терапии или прекратили лечение.⁹³⁶ Согласно материалам УНП ООН, по данным Министерства здравоохранения КР за 2008 год, в тюрьмах Кыргызстана отбывали наказания 178 человек, живущих с ВИЧ, 12 из них были коинфицированы ВИЧ и туберкулезом.⁹³⁷

Согласно *Уголовно-исполнительному кодексу Кыргызской Республики*, принудительному ле-

933 Проект «Предотвращение употребления наркотиков в тюрьмах», часть программы «Предотвращение распространения наркотиков в Центральной Азии» (CADAP) при поддержке Европейского Союза и ПРООН.

934 Приказ «Об условиях и порядке проведения пилотного проекта по обмену шприцев и игл среди шприцевых наркоманов в исправительных учреждениях ГУИН МЮ КР», № 148 (7 октября 2002), Приказ «О реализации проекта по обмену шприцев и игл среди инъекционных потребителей наркотиков в исправительных учреждениях ГУИН Министерство юстиции», № 50 (17 марта 2004).

935 Постановление Правительства КР «О правилах работы следственных изоляторов (СИЗО)», № 229 (16 мая 2008).

936 Информация предоставлена национальной экспертной группой [неопубликованные данные].

937 УНП ООН, «Кыргызстан: общая информация», 2008 [неопубликованные данные].

чению подлежат не только лица, страдающие наркотической зависимостью. В отношении ВИЧ-инфицированных, а также больных туберкулезом в открытой форме или не прошедших полного курса лечения венерического заболевания, учреждениями, исполняющими наказания, по решению медицинской комиссии, применяется обязательное лечение.⁹³⁸

Дискриминация в тюрьмах на основании ВИЧ-статуса или наркотической зависимости

По данным национальной экспертной группы, во многих отношениях, условия содержания ВИЧ-положительных заключенных не отличаются от условий содержания других заключенных. Однако особенностью содержания лиц, живущих с ВИЧ, в пенитенциарной системе Кыргызской Республики является раздельное (изолированное) содержание ВИЧ-инфицированных осужденных от остальной массы заключенных.⁹³⁹ Это противоречит международной политике: В *Международных руководящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека* государствам рекомендуется запрещать изоляцию ВИЧ-положительных заключенных.⁹⁴⁰

Другими дискриминационными положениями уголовно-исполнительного законодательства Кыргызстана являются следующие положения:

- Определенным категориям заключенных запрещено передвижение без конвоя или сопровождения за пределами охраняемой территории, в том числе осужденным, не прошедшим полного курса лечения от алкоголизма, токсикомании, наркомании, туберкулеза в открытой форме, венерического заболевания и ВИЧ-инфицированным осужденным.⁹⁴¹
- Кроме того, этой же категории осужденных не предоставляются краткосрочные выезды за пределы исправительных учреждений в связи с личными исключительными обстоятельствами.⁹⁴²

Такие ограничения также противоречат международным рекомендациям: в *Международных руководящих принципах* рекомендуется не отказывать заключенным в каких-либо льготах и программах досрочного освобождения на основе их ВИЧ-статуса.⁹⁴³

938 Уголовно-исполнительный кодекс, статья 17(3).

939 Приказом Министерства юстиции КР (28 октября 2003) по согласованию с Генеральной прокуратурой утверждены «Правила внутреннего распорядка исправительных учреждений Министерства юстиции Кыргызской Республики», № 164.

940 Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Объединенный вариант 2006, Принцип 4: Уголовное законодательство и исправительные системы, параграф 21(е).

941 Уголовно-исполнительный кодекс, статья 68(2).

942 Уголовно-исполнительный кодекс, статья 69(3).

943 *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, параграф 21(е).

6. ДИСКРИМИНАЦИЯ И ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВ

Статья 13 *Конституция КР* гласит, что в Кыргызской Республике «все люди равны перед законом и судом и никто не может подвергаться какой-либо дискриминации, ущемлению свобод и прав по мотивам происхождения, пола, расы [...] или по каким-либо иным обстоятельствам личного или общественного характера». Санкции за нарушение данного положения Конституции установлены *Уголовным кодексом*, который предусматривает уголовную ответственность за нарушение равноправия граждан.⁹⁴⁴

В *Законе «О ВИЧ/СПИДе»* также говорится о равных правах для людей, живущих с ВИЧ. В частности, Закон запрещает:

- дискриминацию и *стигматизацию* ЛЖВ и ЛПВС, а также ущемление их законных интересов, прав и свобод на основании наличия у них ВИЧ-инфекции;
- отказ в заключении либо прекращение трудового договора, кроме отдельных видов профессиональной деятельности, установленных специальным перечнем;
- отказ в приеме в образовательные организации и организации здравоохранения в качестве пациента.⁹⁴⁵

Эти положения заслуживают одобрения. Однако в законодательстве Кыргызстана остаются некоторые положения, вызывающие озабоченность, так как они дают возможность безосновательной дискриминации на основании ВИЧ-статуса или наркозависимости.

Дискриминация на основании ВИЧ-статуса или наркозависимости

Ограничение семейных прав людей, живущих с ВИЧ, остается проблемой, вызывающей озабоченность. В настоящее время законодательство Кыргызстана не разрешает лицам, страдающим «тяжелыми хроническими инфекционными заболеваниями», быть усыновителями.⁹⁴⁶ Однако сам по себе ВИЧ-статус не является достаточным основанием для отказа в усыновлении; скорее, как во всех подобных случаях, следует оценивать личные обстоятельства и способности потенциальных родителей, учитывая, в первую очередь, интересы ребенка. Нельзя допускать, чтобы недостоверная информация и предубеждения о ВИЧ и ЛЖВ лишали человека права быть усыновителем.

В анализе национальной экспертной группы дискриминация в отношении потребителей наркотиков также определена как проблемная область, с учетом задачи по усилению профилактики и лечения ВИЧ среди этой уязвимой группы населения. Национальная экспертная группа считает, что в кыргызском законодательстве имеются положения, требующие пересмотра, в первую очередь, в связи с тем, что они стигматизируют и дискриминируют людей, употребляющих наркотики. К таким положениям относятся следующие:

- *Дискриминация в сфере занятости*: Лицам, употребляющим наркотики, запрещено занимать определенные должности, причем в процессе приема на работу на такие должности предусмотрено прохождение медицинского освидетельствования с обязательным обследованием на предмет употребления наркотиков (например, при приеме в органы внутренних дел, в органы по контролю наркотиков, в органы прокуратуры). В случае если врачебная комиссия признает претендента негодным по состоянию здоровья (включая употребление наркотиков), прием на работу не допускается.
- *Дискриминация в семейных отношениях*: Лица, зависимые от алкоголя или наркотических средств, не могут быть усыновителями. При этом, период ограничения права на усыновление законом не установлен.⁹⁴⁷ Усыновление ребенка может быть отменено в случаях, если

944 Уголовный кодекс, статья 134: «Прямое или косвенное нарушение или ограничение прав и свобод человека и гражданина ...наказывается штрафом либо исправительными работами на срок до двух лет. То же деяние, совершенное с использованием служебного положения, наказывается более высоким штрафом либо лишением свободы на срок до двух лет».

945 Закон «О ВИЧ/СПИДе», статья 13 (Запрет на ограничение прав и стигматизацию лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом).

946 Положение «О правилах передачи детей, оставшихся без попечения родителей, на усыновление (удочерение) гражданам КР, а также иностранным гражданам», № 121 (22 февраля 2006).

947 Там же.

усыновители уклоняются от выполнения возложенных на них обязанностей родителей, злоупотребляют родительскими правами, жестоко обращаются с усыновленным ребенком, или являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией.⁹⁴⁸ Более того, хроническая наркомания является отягчающим фактором и может сама по себе стать основанием для лишения родительских прав, наряду со злоупотреблением родительскими правами, жестоким обращением с детьми, совершением умышленного преступления против жизни или здоровья детей. Такие положения автоматически приравнивают состояние зависимости от наркотических средств или алкоголя к плохому обращению с детьми или пренебрежению родительскими обязанностями. Это означает, что родителей могут лишить родительских прав только на основании такого диагноза, без каких-либо доказательств плохого обращения или реальной угрозы плохого обращения с детьми. Однако, как отмечает национальная экспертная группа, нельзя автоматически приравнивать зависимость от наркотических средств или алкоголя к плохому обращению с детьми. Лишение родительских прав (или ограничение права на усыновление) должно осуществляться не автоматически, а на индивидуальной основе, когда имеются веские основания считать, что родители пренебрегают своими родительскими обязанностями, плохо обращаются с детьми, или что имеется угроза плохого обращения.

В настоящее время в законодательстве Кыргызстана отсутствуют какие-либо положения, предусматривающие защиту от дискриминации людей, употребляющих наркотики или страдающих наркозависимостью; в законодательстве имеются только общие положения о защите от дискриминации, чего недостаточно в свете установленных схем дискриминации, особенно в отношении уязвимых групп, таких как люди, употребляющие наркотики, стигматизация и маргинализация которых препятствует эффективному реагированию на распространение ВИЧ-инфекции. По данным национальной экспертной группы права, лиц, употребляющих наркотики, постоянно нарушаются. К таким нарушениям относятся: привлечение к принудительному медицинскому освидетельствованию и лечению; постановка на учет и связанное с таким учетом нарушение права на конфиденциальность; применение чрезмерных мер административного и уголовного наказания; лишение родительских прав; отказ в предоставлении медицинских и социальных услуг и правовой помощи и т.п.

По оценке национальной экспертной группы главной причиной дискриминации в отношении потребителей наркотиков является их продолжающаяся криминализация. Положения действующего Уголовного кодекса, представляющие всех людей, потребляющих наркотики, как преступников, или потенциальных преступников, способствуют стигматизации этих людей. Необходимо изменить подход, характеризующийся, в основном, криминализацией и наказанием людей, употребляющих наркотики.

Кроме того, национальная экспертная группа рекомендует разработать и принять закон о наркологической помощи, предусматривающий механизмы защиты пациентов от стигматизации и дискриминации, включая поддержку и защиту пострадавших от дискриминации и нарушений прав вследствие противоправных действий со стороны представителей государственных органов.

7. РЕКОМЕНДАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ И ПОЛИТИЧЕСКИХ РЕФОРМ

С целью более активного противодействия распространению ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики, и заключенных, национальная экспертная группа рекомендует следующие две меры: отменить дискриминационные положения национального законодательства и обеспечить надлежащее финансирование принятых программ.

Согласно анализу, предоставленному национальными экспертами, уязвимые к ВИЧ группы населения, представлены в Кыргызстане наиболее маргинализированными слоями общества. Большинство граждан, политиков и чиновников считают, что эти люди являются нарушителями общественной морали и не достойны какой-либо защиты и поддержки. По мнению национальной экспертной группы, такое отношение обусловлено доставшимися в наследство от Советского Союза идеологическими взглядами, правовыми подходами, жесткой репрессивной уголовно-административной политикой и государственным принуждением. Те, кто больше всего страдает от такого акцента на карательные методы, применяемые в отношении проблем, относящихся, в первую очередь, к сфере медицины, подвергаются дальнейшей маргинализации вследствие неэффективной и недейственной государственной политики и в результате становятся более уязвимыми к болезням и нарушениям прав человека. Показная борьба с наркотиками слишком легко превращается в программу преследования людей, употребляющих наркотики, с целью их наказания.

Как отмечает национальная экспертная группа, настало время оценить реализованные в 2007 году реформы уголовного законодательства Кыргызстана в отношении наркотиков. К чести правительства и законодателей, проводивших частичную либерализацию наркополитики, они стремились смягчить карательные меры в отношении людей, употребляющих наркотики, или зависимых от наркотиков. Однако этих реформ оказалось недостаточно, и они осуществлялись непоследовательно; необходима дальнейшая работа, включая законодательные реформы для дальнейшей гуманизации наркополитики Кыргызстана, с тем, чтобы прекратить нарушения прав человека и более эффективно противодействовать вредным последствиям употребления наркотиков, включая распространение ВИЧ-инфекции.

Согласно национальной экспертной группе, изменения и дополнения в *Уголовный кодекс* должны были привести к изменениям в правоприменении, но это не было реализовано в полной мере вследствие глубоко укоренившихся репрессивных тенденций, коррупции, отсутствия эффективного общественного контроля, и, что самое важное, унаследованного из советской эпохи подхода, в котором данные о числе возбужденных уголовных дел и осуждений рассматриваются как главный показатель «прогресса» в решении проблем, связанных с наркотиками. Это приводит к ситуациям, когда сотрудники правоохранительных органов фабрикуют доказательства, принуждают к даче признательных показаний или вовлекают потребителей наркотиков в торговлю наркотиками. Такие методы правоохранительных органов подрывают усилия по гуманизации системы через законодательную реформу.

По оценке национальной экспертной группы, главными ориентирами дальнейшего реформирования должны стать концепции, направленные на устранение избыточных уголовно-административных репрессий как главного подхода к решению проблемы наркотиков и лиц, которые их употребляют. Необходимо активно заняться разработкой доказательно обоснованных программ профилактики наркозависимости, лечения лиц, страдающих наркотической зависимостью, и программ по предотвращению или снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков, включая распространение ВИЧ-инфекции. Для поиска более эффективных и долгосрочных решений проблемного потребления наркотиков и сопутствующих вредных последствий, национальная экспертная группа предлагает разработать новую наркополитику, в которой основное внимание будет уделяться профилактике, лечению и снижению вреда, а репрессивные меры в отношении потребителей наркотиков или лиц с наркотической зависимостью будут занимать минимальное место. Необходимо

948 Семейный кодекс Кыргызской Республики, № 201 (30 августа 2003), статья 147.

дальнейшая гуманизация уголовно-административных положений о деяниях, связанных с наркотиками, с тем, чтобы в конечном счете, достичь полной депенализации изготовления, приобретения, хранения, транспортировки или пересылки наркотических средств *без цели сбыта*. Также рекомендуется провести в Кыргызстане реформу законодательства с целью предоставления более широких возможностей для применения мер, альтернативных тюремному заключению, и чтобы правительство предусмотрело добровольное, а не принудительное лечение наркотической зависимости, и усилило воспитательно-информационную работу, направленную на предотвращение проблемного употребления наркотиков, медицинскую и социальную реабилитацию и реинтеграцию в общество людей, употребляющих наркотики.

Среди других недостатков нынешней ситуации в Кыргызстане с правами человека лиц, потребляющих наркотики и заключенных, особого внимания заслуживает необходимость реализации и защиты права на конфиденциальность, а также обеспечения добровольного доступа к информации и медицинским обследованиям (включая обследование на предмет употребления наркотиков и тестирование на ВИЧ). Дискриминация лиц, живущих с ВИЧ, и представителей уязвимых групп (таких как потребители наркотиков) подрывает возможность получения медицинских услуг и эффективную реализацию профилактических мер. Национальная экспертная группа отмечает необходимость законодательного закрепления гарантий прав пациентов на лечение, информированного согласия и конфиденциальности тестирования на ВИЧ, доступа к заместительной терапии и защиты от стигматизации и дискриминации.

Более подробные рекомендации относительно реформ в этих и других областях перечислены ниже. Представленные рекомендации направлены на решение проблем, определенных национальной экспертной группой Кыргызстана и техническими консультантами проекта. Формулировки предлагаемых изменений и дополнений законодательства выделены серым цветом.⁹⁴⁹

Национальные программы и стратегии

Рекомендация 1: Повысить эффективность национальных мер по предупреждению распространения ВИЧ и наркомании

Для повышения эффективности действующих национальных программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и борьбы с распространением наркотических средств, национальная экспертная группа рекомендует следующие меры:

- увеличить финансирование программ;
- четко распределить ответственность уполномоченных органов;
- разработать национальные программы по профилактике ИППП и гепатита.

Рекомендация 2: Разработать национальную концепцию государственной наркополитики с особым вниманием к вопросам здравоохранения

Национальная экспертная группа рекомендует разработать новую национальную концепцию наркополитики, в которой основное внимание будет уделяться предотвращению злоупотреблений наркотическими средствами и профилактике и снижению вреда, связанного с потреблением наркотиков, и в которой будет устранен акцент на карательно-репрессивные меры в отношении лиц, употребляющих наркотики и лиц с наркотической зависимостью.

949 Во многих случаях формулировки предлагаемых поправок в законодательство адаптированы из модельных положений публикации: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006), см. на сайте на английском языке (www.aidslaw.ca/modellaw) и на русском языке (www.aidslaw.ca/modellaw-ru). Эта публикация, состоящая из 8 модулей по разным проблемам, использовалась как основной справочный материал УНП ООН, национальными экспертными группами и техническими консультантами проекта в ходе обзора и оценки национальных законодательств стран, участвующих в проекте. Ниже приводятся ссылки на конкретные модули из этой публикации; сопроводительный текст и комментарии, содержащиеся в модулях, могут быть полезными для законодателей и политических руководителей при реализации настоящих рекомендаций.

Вопросы административного и уголовного права

Рекомендация 3: Исключить состояние опьянения из числа отягчающих вину обстоятельств

В соответствии с *Административным кодексом* (статья 43) и *Уголовным кодексом* (статья 55(16)), состояние наркотического или алкогольного опьянения при совершении правонарушения или преступления является отягчающим вину обстоятельством. Однако с правовой точки зрения, наличие или отсутствие у лица состояния опьянения не должно влиять на тяжесть совершенного им преступления, поэтому нельзя считать, что состояние опьянения повышает тяжесть преступления. Такое положение фактически является дискриминационным по отношению к обвиняемым на основании состояния их здоровья (т.е. наркотическая или алкогольная зависимость), так как людям с этими болезнями назначаются более суровые наказания. Статью 43 *Административного кодекса* и статью 55(16) *Уголовного кодекса* рекомендуется отменить.

Рекомендация 4: Отменить уголовную и административную ответственность за хранение небольших количеств наркотиков для личного потребления

Национальная экспертная группа рекомендует, чтобы Правительство продолжило инициативу по «гуманизации» уголовной и административной наркополитики с целью достижения полной депенализации (т.е. отсутствия, как уголовного, так и административного наказания) изготовления, приобретения, хранения, перевозки или пересылки небольших количеств наркотических средств или психотропных веществ *без цели сбыта*. Для этого необходимо предпринять ряд шагов.

(1) В настоящее время в *Административном кодексе* (статья 366) предусмотрено наказание даже за простое *употребление* наркотических средств или психотропных веществ. Это положение следует отменить.

(2) Одной из рекомендаций национальной экспертной группы является законодательное определение понятия «личного потребления» и введение альтернативных мер наказания за приобретение и хранение контролируемых веществ в количестве, предназначенном для личного пользования, таких как воспитание и, в случаях наличия соответствующих медицинских показаний – лечение и медицинская и социальная реабилитация. При реализации реформ по отмене уголовной и административной ответственности за хранение контролируемых веществ в количествах, не превышающих дозу для личного потребления, Правительству рекомендуется включить в *Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»*, в *Административный кодекс* или в *Уголовный кодекс* (или во все три закона) следующее положение:⁹⁵⁰

Декриминализация [депенализация] хранения контролируемых веществ для личного потребления

Несмотря на любые положения настоящего или любого другого закона, потребление и хранение наркотических средств или психотропных веществ [в небольших размерах], перечисленных в [соответствующем перечне/списке], в количестве, не превышающем дозу для личного потребления, не влечет за собой ни уголовного, ни административного наказания.

(3) Для отмены наказаний за действия, связанные с количеством наркотических средств, не превышающим дозу для личного потребления, включая хранение, необходимо также обратить внимание на то, как определяются количества наркотических средств в целях административной или уголовной ответственности. В этом отношении законодательство Кыргызстана рекомендуется реформировать, с тем, чтобы оно отражало реальные обстоятельства употребления наркотических средств. Для этого в *Постановление Правительства Кыргызской Республики № 543 (от 9 ноября 2007 г.)* рекомендуется внести следующие изменения:

950 См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 1: Вопросы уголовного права, стр. 18-21.

- Количество «для личного потребления» следует определять со ссылкой на известную частоту ежедневного употребления и количество наркотического средства, употребляемого за один раз, хотя было бы ошибкой ограничивать такое количество слишком строго лишь определенным конкретным числом дневных доз, так как человек может хранить наркотическое средство в количестве, необходимом для личного потребления в течение нескольких дней.
- Национальная экспертная группа также рекомендует определить *нижний* предел «небольшого количества» наркотических средств, который в настоящее время равен нулю. Постановление Правительства, определяющее различные количества наркотических средств в целях назначения административных или уголовных наказаний, устанавливает только *верхний* предел «небольших размеров» различных наркотических средств и психотропных веществ, и не определяет нижний предел этой категории, который бы отражал минимальные количества. Другими словами, правовая категория «небольшого размера» включает *любое* количество вещества, даже самое минимальное. Помимо пенализации лиц, потребляющих наркотики, и поэтому хранящих даже их минимальные количества, эта мера также создает риск привлечения к ответственности за хранение остаточного количества наркотических средств, например, в использованном шприце. Это заставляет лиц, употребляющих наркотики, быстро избавляться от использованных шприцев, и употреблять наркотики более опасным способом, вместо того, чтобы возвращать их в программы обмена игл и шприцев. Это также означает, что аутрич работники и сотрудники программ обмена игл и шприцев потенциально могут быть привлечены к ответственности за хранение наркотических средств.
- И последнее, при определении пределов количеств различных наркотических средств в законе должно быть ясно указано, что эти количества определяются для чистого наркотического средства, а не для наркотического средства с наполнителями и добавками.

Рекомендация № 5: Обеспечить применение мер, альтернативных тюремному заключению, за некоторые преступления, связанные с наркотиками, и учредить внесудебную комиссию

Национальная экспертная группа признает, что важной мерой профилактики ВИЧ будет снижение частоты попадания в тюрьмы людей, употребляющих наркотики. Приведенная выше рекомендация № 4 является одним из важных способов достижения этого результата, если уголовная ответственность будет отменена за хранение небольшого количества наркотических средств для личного потребления.

В дополнение к такому шагу, в случаях, когда деяния связанные с наркотиками остаются уголовно наказуемыми преступлениями, можно изменить подход к наказаниям за такие преступления и реже применять тюремное заключение со всеми человеческими и финансовыми затратами и вредом для общественного здравоохранения, связанными с тюремным заключением. Национальная экспертная группа рекомендует внести изменения в *Уголовный кодекс*, которые позволят осуществлять меры наказания, альтернативные тюремному заключению, за ненасильственные преступления, связанные с наркотиками (без цели сбыта).

Национальная экспертная группа рекомендует законодательно **учредить Комиссию** для рассмотрения дел, связанных с незаконным изготовлением, приобретением, хранением, перевозкой или пересылкой наркотических средств или психотропных веществ *в небольших количествах без цели сбыта*. Правовое основание для учреждения такой Комиссии и ее мандат могут быть сформулированы следующим образом, и включены в *Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»* или в *Уголовный кодекс*:

Меры, альтернативные уголовному преследованию и наказанию за определенные преступления, связанные с наркотиками

Вариант 1: Передача дела на рассмотрение в квази-судебную комиссию

(1) Приведенные ниже разделы применяются к следующим преступлениям, связанным с наркотическими средствами или психотропными веществами, когда эти преступления совершаются в обстоятельствах, не связанных с насилием, и обвиняемому не предъявляется обвинение в намерении продать упомянутые вещества: например, Статьи 91-2 и 366 *Кодекса Кыргызской Республики об административной ответственности* и Статья 43 *Уголовного кодекса*:

Незаконное хранение, транспортировка или пересылка наркотиков или психотропных веществ *без намерения продать* - в небольших размерах

- Употребление наркотических и психотропных веществ, прием алкоголя на улицах, стадионах, парках, общественном транспорте и других местах общественного пользования, или появление в общественном месте в состоянии интоксикации, которое оскорбляет человеческое достоинство и общественную нравственность
- Состояние алкогольной или наркотической интоксикации в момент совершения административного правонарушения [

(2) Квази-судебная комиссия («Комиссия») должна рассматривать правонарушения, относящиеся к пункту (1), и, при необходимости, приводить в исполнение наказания.

(3) В состав Комиссии должен входить эксперт в области права, а также эксперты из других областей знаний, такие как врачи, психологи, социальные работники или другие специалисты, имеющие соответствующие знания и опыт в области наркотической зависимости.

(4) Процедура рассмотрения дел Комиссией, включая правила приемлемости медицинских доказательств, должна определяться Министерством юстиции и Министерством здравоохранения.

(5) При принятии решения о наложении соответствующего наказания на лицо, задержанное полицией за деяния, перечисленные в пункте (1), Комиссия должна учитывать:

- серьезность деяния;
- степень вины;
- вид наркотика;
- публичный или частный характер деяния и место его совершения, если это относится к делу;
- личные обстоятельства, в частности, экономическое и финансовое положение правонарушителя; и
- употребляет ли правонарушитель наркотики от случая к случаю, по привычке или является зависимым от наркотиков.

(6) Комиссия может назначить наказание, включающее, но не ограничивающееся одной или несколькими санкциями из следующего списка:

- предупреждение;
- штраф в размере, зависящем от количества хранимого запрещенного вещества, принимая во внимание экономическое положение предполагаемого нарушителя;
- ограничение возможности перемещения или посещения определенных мест;⁹⁵¹ и
- временное лишение права управлять транспортным средством или права заниматься профессиональной деятельностью.

(7) Наказания, назначаемые Комиссией, не должны включать лишение свободы.

⁹⁵¹ Следует отметить, что важно не налагать запрет на посещение тех мест, где располагаются важные медицинские учреждения или предоставляются определенные услуги (например, программы обмена игл и шприцев, поликлиники и т.п.).

(8) Если Комиссия признает, что лицо, задержанное в связи с деянием, указанным в пункте (1), страдает наркотической зависимостью, она может постановить, чтобы это лицо посетило определенное число сеансов программы лечения наркотической зависимости. Данное вмешательство проводится в целях ознакомления лица с услугами программ, которые могут помочь ему избавиться от наркотической зависимости и для определения, желает ли лицо воспользоваться услугами таких программ. Комиссия не должна принуждать лицо к прохождению лечения от наркотической зависимости.

Еще одним вариантом создания мер, альтернативных тюремному заключению, может стать введение в действие следующего положения:

Вариант 2: Меры наказания, не связанные с лишением свободы

(1) Независимо от положений настоящего или любого другого закона, когда

(a) лицо признается судом общей юрисдикции виновным в деянии, связанном с потреблением или хранением контролируемых веществ вопреки закону;

(b) по мнению суда, принимая во внимание количество вещества и все соответствующие обстоятельства дела, потребление или хранение контролируемого вещества было для личного потребления; и

(c) наказание за подобное деяние обычно заключается в лишении свободы;

Суд вместо назначения наказания в виде лишения свободы предписывает одну или несколько следующих мер:

(a) постановляет, чтобы данное лицо было освобождено от отбывания наказания полностью или на условиях, предписанных в постановлении об освобождении от отбывания наказания;

(b) выносит решение об отсрочке отбывания наказания на условиях, перечисленных в постановлении;

(c) налагает штраф, если считает, что данное лицо в состоянии заплатить штраф;

(d) постановляет, чтобы лицо понесло наказание в виде выполнении общественных работ при условии, что лицо выполняет условия, на которых было вынесено решения суда об условном наказании; или

(e) выносит решение о том, чтобы лицо (с его или ее согласия) посещало под наблюдением определенное место в течение определенного времени, и, в течение этого времени, выполняло инструкции уполномоченного должностного лица в законных рамках полномочий данного лица.

(2) В качестве условий, на которых суд выносит решение о замене лишения свободы условным наказанием или отсрочкой отбывания наказания, оговоренных в пункте (1) данной статьи, суд может постановить, чтобы лицо посетило определенное число сеансов программы лечения наркотической зависимости. Данное вмешательство проводится в целях ознакомления лица с услугами программ, которые могут помочь ему избавиться от наркотической зависимости и для определения, желает ли лицо воспользоваться услугами таких программ. Суд не должен принуждать лицо к прохождению лечения от наркотической зависимости.

(3) Суд может вынести решение в соответствии с пунктом (1), если сочтет, что такое решение соответствует интересам обвиняемого и не противоречит интересам общества, принимая во внимание возраст и особенности личности осужденного, характер преступления и об-

стоятельства его совершения. При вынесении такого решения суд должен учесть результаты всех клинических обследований, которые могут быть проведены в отношении обвиняемого.

Рекомендация 6: Освободить программы снижения вреда от уголовной и административной ответственности

Для обеспечения наиболее эффективного осуществления задач по защите и поддержке здоровья населения, программы снижения вреда и аутрич работа, направленные на потребителей наркотиков, должны быть освобождены от возможной ответственности перед законом. Для этого национальная экспертная группа рекомендует в законодательном порядке добавить следующий текст в статью 249 *Уголовного кодекса* (в частности, в отношении преступления «склонение к потреблению»):

Настоящая статья не применяется к случаям распространения информации о профилактике распространения ВИЧ-инфекции или других инфекционных заболеваний среди лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества или к случаям распространения соответствующего инструментария и оборудования для этой цели.

Предлагается распространить эту рекомендацию и на другие законодательные положения, создающие риск привлечения к ответственности. В частности, программы снижения вреда также должны быть освобождены от ответственности за «организацию и содержание притонов» для потребления наркотиков (*Уголовный кодекс*, статья 252). Формулировки, подобные приведенной выше, можно включить в существующие положения для достижения такого же эффекта.

Рекомендация 7: Законодательно ограничить принудительное обследование на предмет употребления наркотиков

Согласно приведенной выше информации, предоставленной национальной экспертной группой, в настоящее время принудительное обследование на наркотики проводится, в основном, по направлению правоохранительных органов, если имеется подозрение на противозаконную деятельность. В то время как это является очень широким применением принудительного обследования, в статье 36 *Закона «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»* имеются и другие расширительные формулировки. Принудительное обследование на предмет употребления наркотиков нарушает личную неприкосновенность и безопасность человека, в большинстве случаев без должных оснований. Само по себе, потребление наркотиков не доказывает наличия серьезного риска причинения вреда самому себе или третьим лицам, что должно быть единственным основанием для возможного вмешательства в (вышеперечисленные) права человека со стороны государства. Более того, национальная экспертная группа высказала озабоченность в связи с тем, что широкие полномочия правоохранительных органов по обследованию на предмет употребления наркотиков на основании подозрений в совершении преступления открывает возможность для злоупотреблений, включая вымогательство взяток. Для устранения неоправданно широких положений о принудительном обследовании на предмет употребления наркотиков рекомендуется, чтобы, по меньшей мере, в статье 36 данного Закона было указано, что «принудительное обследование на предмет употребления наркотиков возможно только по постановлению суда».

Рекомендация 8: Исключить специальные составы преступлений для случаев умышленной передачи ИППП и ВИЧ

Статьи 117 и 118 *Уголовного кодекса*, в которых предусмотрена ответственность за заражение и поставление в опасность заражения «венерическими болезнями» и ВИЧ-инфекцией, следует отметить, в соответствии с международными рекомендациями.⁹⁵² Случаи преднамеренного заражения венерической болезнью или ВИЧ-инфекцией можно рассматривать как причинение вреда здоровью, что отражено в других статьях *Уголовного кодекса*.

⁹⁵² *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Принцип 4, параграф 21(а); ЮНЭЙДС, *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission* (2008).

Система здравоохранения

Рекомендация 9: Пересмотреть систему учета потребителей наркотиков и лиц, зависимых от наркотиков

Действующая система учета потребителей наркотиков и лиц, зависимых от них, является фактором, сдерживающим людей от обращения за медицинской помощью, включая лечение наркотической зависимости, эта система также может способствовать различным нарушениям права на конфиденциальность. Поэтому рекомендуется, чтобы правительство провело оценку эффективности и экономичности действующего подхода, с целью отмены наркологического учета. Статью 36(3) *Закона о наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах* следует отменить.

Рекомендация 10: Ограничить применение принудительного лечения наркотической зависимости

В статье 40 *Закона «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»* указывается, кто может быть направлен на принудительное лечение по решению суда: а) лицо, признанное больным наркоманией, но уклоняющееся от добровольного лечения или продолжающее после лечения потреблять наркотические средства без назначения врача; и б) в отношении которого в связи с его опасным поведением в органы внутренних дел или прокуратуры обратились близкие родственники. Международные организации подчеркивают, что лечение наркотической зависимости должно быть добровольным.⁹⁵³ В качестве общей нормы принудительное лечение нарушает права человека, включая право на свободу, личную безопасность и неприкосновенность частной жизни⁹⁵⁴, и должно применяться только в исключительных, четко определенных случаях, чтобы предотвратить причинение лицом неизбежного тяжкого вреда себе или третьим лицам. Рекомендуется уточнить и сузить формулировки статьи 40, чтобы принудительное лечение наркотической зависимости было разрешено только в случаях, когда существует реальный риск причинения лицом тяжкого вреда себе или третьим лицам.

Рекомендация 11: Обеспечить защиту конфиденциальности, расширить доступ к добровольному лечению наркотической зависимости

Национальная экспертная группа признает, что, несмотря на имеющиеся в законе общие заявления о защите конфиденциальности информации о состоянии здоровья пациентов, имеют место нарушения конфиденциальности. Нарушение конфиденциальности, включая предоставление медицинскими работниками информации правоохранительным органам, может привести к административному или уголовному преследованию, и является одним из главных факторов, сдерживающим людей от обращения за медицинской помощью. Национальная экспертная группа рекомендует, чтобы правительство организовало и обеспечило поддержку сети медицинских учреждений для предоставления более широкого доступа к добровольному, бесплатному и анонимному лечению наркотической зависимости.

Кроме того, в отношении лиц, проходящих лечение наркотической зависимости, в действующем законодательстве Кыргызстана существуют неоправданно широкие исключения из общего требования соблюдения конфиденциальности медицинской информации – включая выдачу информации о пациенте по запросу правоохранительных органов. Эксперты отмечают, что в Кыргызстане слишком часто игнорируется конфиденциальность медицинской информации, в том числе информации о наркологическом диагнозе. Для обеспечения защиты права на конфиденциальность в *Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»* и/или в новый закон о профилактике и лечении наркотической зависимости, рекомендованный национальной экспертной группой (см. ниже рекомендацию № 12) рекомендуется внести законодательные положения, подобные следующим:

953 ЮНЭЙДС и ВОЗ, *Принципы лечения наркотической зависимости: материалы для обсуждения [Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper]* (март 2008 г.), стр.9.

954 *Международный пакт о гражданских и политических правах*, 999 U.N.T.S. 171 (1966), статьи 7, 9 и 17; *Всеобщая декларация прав человека*, Резолюция 217А (III) Генеральной Ассамблеи ООН, UN Doc. A/810 (1948), статьи 3 и 12.

Конфиденциальность информации о пациентах

(1) Информация обо всех медицинских услугах должна быть конфиденциальной. Записи о личности пациента, диагнозе, прогнозе лечения или лечении, составленные в ходе лечения наркотической зависимости, являются:

- e) конфиденциальными;
- f) не подлежат общественной проверке или обнародованию;
- g) не должны передаваться другим лицам или ведомствам без согласия лица, в отношении которого эти записи были сделаны; и
- h) не должны подвергаться раскрытию или быть допустимыми в качестве доказательства в ходе судебного разбирательства.

(2) Никакая запись, упомянутая в пункте (1) настоящей статьи, не может быть использована

- c) для предъявления обвинения в совершении пациентом уголовного преступления; или
- d) как основание для проведения расследования в отношении пациента.

(3) Персонал программы не может быть принужден в соответствии с положениями любого другого закона давать свидетельские показания, касающиеся информации, которая была им доверена или стала известна во время выполнения ими своих обязанностей в рамках программы.

(4) Любое использование личной информации о пациентах и персонале программы для исследований или проведения оценки должно осуществляться при обеспечении полной анонимности и любая такая информация должна регулироваться в соответствии с пунктом (2) данной статьи.

Рекомендация 12: Принять новый закон о профилактике и лечении наркотической зависимости

Национальная экспертная группа рекомендует, чтобы в Кыргызстане был разработан и принят *Закон «О профилактике и лечении наркотической зависимости»*, который должен обеспечить правовую основу и гарантии безопасности работы медицинского персонала, социальных и аутрич работников, определить их права и обязанности, а также механизмы защиты прав пациентов от стигматизации и дискриминации. После разработки этого закона рекомендуется изъять соответствующие статьи и главы о лечении наркотической зависимости из *Закона «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»* (глава VI), в которых регулируются вопросы профилактики и лечения наркотической зависимости. Все вопросы, связанные с профилактикой и лечением наркотической зависимости должны рассматриваться в одном отдельном законе, направленном на профилактику наркотической зависимости и снижение вреда, связанного с употреблением наркотиков (например, профилактику ВИЧ).⁹⁵⁵

В новый закон о лечении наркотической зависимости (или путем внесения изменений и дополнений в действующее законодательство) должны быть внесены положения, подобные приведенным ниже, для обеспечения того, чтобы лечение наркотической зависимости проводилось в соответствии с передовой медицинской практикой и принципами прав человека:

Основные права пациентов

Каждый пациент имеет право:

- i) на полный курс высококачественного лечения и последующий уход, предоставляемые в соответствии с принятой клинической практикой;

955 Более подробную информацию о типовых положениях для нового закона о лечении наркотической зависимости см.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости.

- ж) на лечение без дискриминации;
- к) на активное участие при определении целей своего лечения;
- л) на активное участие в процессе принятия всех решений, связанных с лечением, включая время и способ начала лечения, а также прекращение лечения;
- м) осуществлять свои права в качестве пациента, включая:
 - i. информировать, не боясь негативных последствий, о любых случаях подозрений о злоупотреблениях, пренебрежении обязанностями или эксплуатации пациентов в рамках программы;
 - ii. жаловаться и обжаловать решения, в соответствии с национальными законами и подзаконными актами;
 - iii. участвовать в разработке политики, практики предоставления услуг в рамках программ лечения наркотической зависимости;
 - iv. добровольный отказ от лечения в любое время;
- н) на конфиденциальность медицинских записей и результатов клинических анализов; и
- о) на полную информированность, включая, но не ограничиваясь, правом получать информацию о:
 - i) состоянии своего здоровья;
 - ii) своих правах и обязательствах в качестве пациента, перечисленных в соответствующем законодательстве;
 - iii) процедуре представления жалоб в отношении полученных медицинских услуг; и стоимости и условиях оплаты, а также возможности медицинского страхования и других доступных льгот и пособий.

Информированное согласие

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

Прекращение лечения

- (1) Пациент или его законный представитель должны иметь право в любой момент добровольно прекратить лечение.
- (2) Медицинский работник должен в полной мере проинформировать пациента или его за-

конного представителя о потенциальных рисках и пользе прекращения лечения, а также должен проработать с пациентом вопросы обеспечения безопасности и поддержки пациента в период прекращения лечения.

(3) Медицинский работник не должен прекращать предоставление необходимых услуг, если пациент не требует этого; пациенту предоставлены альтернативные услуги, или дана разумная возможность организовать альтернативное обслуживание.

(4) В случае прекращения лечения в медицинском журнале делается соответствующая запись с объяснением возможных последствий. Пациент или его законный представитель, а также медицинский работник должны подписать данное заявление.

(5) Следует избегать принудительной отмены лечения за исключением случаев, когда для этого имеются убедительные причины. Правила, определяющие основания для принудительной отмены, должны быть четко доведены до сведения пациента с самого начала лечения.

Рекомендация 13: Внедрить программы профилактики и лечения передозировок среди людей, употребляющих наркотики

В соответствии с информацией, предоставленной национальной экспертной группой, Кыргызстан является одной из немногих стран региона, где налоксон включен в национальный список основных лекарственных средств. Однако даже в Кыргызстане аутрич работникам не разрешено применять этот препарат. Национальная экспертная группа рекомендует организовать тренинги для медицинских и аутрич работников по диагностике и предоставлению неотложной помощи в случаях передозировок. Следует также рассмотреть вопрос о том, чтобы налоксон и информация о его употреблении при передозировках были доступны аутрич работникам программ снижения вреда и лицам, употребляющим опиоиды.

Рекомендация 14: Разработать правовое регулирование аутрич работы

По информации, предоставленной национальной экспертной группой, деятельность аутрич работников законодательно не регулируется, это значит, что не определены нормы, правила и условия их работы, а также гарантии их правовой и социальной защиты, что составляет угрозу привлечения их к ответственности. К законодательным положениям, которые могут должным образом регулировать аутрич работу, относятся следующие:

Аутрич работа с потребителями наркотиков

(1) «Аутрич работа» означает общественную деятельность, проводимую для установления контакта и предоставления информации отдельным людям или группам населения, подверженным риску заболеваний, передающихся через кровь, в частности тем людям, с которыми нет постоянного контакта и кто выпадает из сферы услуг и предоставления информации через традиционные каналы здравоохранения.

(2) «Аутрич работники» включают получающих зарплату социальных или медицинских работников или не получающих зарплату волонтеров (в том числе «равных») из государственных или негосударственных организаций или учреждений.

(3) Аутрич работниками могут быть лица, имеющие настоящий или прошлый опыт употребления наркотиков, или лица, не имеющие такого опыта, но пользующиеся доверием лиц, употребляющих наркотики.

Предоставление информации

(1) Аутрич работники могут предоставлять информацию, включающую, но не ограничиваю-

щуются следующим:

- (а) услуги по лечению наркотической зависимости и другие медицинские услуги;
- (б) средства защиты от инфекционных заболеваний, включая болезни, передающиеся через кровь, например ВИЧ-инфекция;
- (с) риски, связанные с применением контролируемых веществ;
- (д) снижение вреда в связи с потребляемыми наркотиками, включая информацию о методах безопасных инъекций и ингаляций;
- (е) услуги по оказанию бесплатной юридической помощи;
- (ф) услуги по трудоустройству и профессиональному обучению;
- (г) формы поддержки лиц, страдающих наркотической зависимостью, и членов их семей.

Предоставление материалов

Аутрич работники могут предоставлять следующие материалы:

- (а) стерильные шприцы наряду с другими сопутствующими средствами для потребления инъекционных наркотиков, включая стерильные ампулы с водой, тампоны, фильтры, безопасные препараты кислот, ложки и чашки и другие соответствующие материалы;
- (б) материалы для безопасного курения и ингаляции наркотиков, например, трубки, мундштуки, металлические сита, спиртовые салфетки и бальзам для губ;
- (с) презервативы и другие средства безопасного секса, например, смазки на водной основе и зубные прокладки, а также информацию о снижении риска ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем; и
- (д) первую помощь в чрезвычайных ситуациях.

Освобождение от уголовной и гражданской ответственности за аутрич работу

(1) *Законом «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»* аутрич работникам должно быть разрешено предоставлять советы, информацию или инструкции по безопасной практике потребления наркотиков, а также продавать и распространять шприцы и другие сопутствующие материалы.

(2) Никто (включая государственных служащих и аутрич работников) не должен нести гражданскую ответственность в связи с любым действием или бездействием, связанным с аутрич работой, если это действие или бездействие выполнялось в интересах лица в соответствии с настоящей Частью, и не являлись халатностью или небрежной ошибкой.

Рекомендация 15: Ограничить применение обязательного тестирования на ВИЧ

Если тестирование на ВИЧ в каких-либо случаях проводится без согласия пациента, необходимо, чтобы этот процесс был четко определен в законе, например, с помощью требования, чтобы тестирование проводилось только в исключительных обстоятельствах и с должным обоснованием, подлежащим рассмотрению независимым судебным органом и с наименьшими возможными нарушениями прав человека.⁹⁵⁶

В настоящее время *Законом «О ВИЧ/СПИДе»* предусмотрено обязательное тестирование на ВИЧ доноров крови, органов и других биологических материалов; иностранных граждан и лиц без гражданства, если это предусмотрено международными двусторонними соглашениями; и при трудоустройстве работников определенных производств, профессий и должностей, предусмотренных в специальном перечне (утвержденном Правительством Кыргызстана).⁹⁵⁷ В соответствии с международными нормами, обязательное тестирование на ВИЧ оправдано только в случае доноров крови,

956 В любом законодательном положении, разрешающем принудительное тестирование или лечение, должны соблюдаться определенные принципы, такие как *Сиракузские принципы ООН* о допустимых ограничениях прав человека: Экономический и социальный совет ООН, *Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах*, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985).

957 Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызстане», статья 8.

органов и других биологических материалов. Таким образом, в *Закон «О ВИЧ/СПИДе»* необходимо внести изменения, запрещающие обязательное тестирование на ВИЧ за исключением тестирования доноров, и четко запретить обязательное тестирование при трудоустройстве или въезде /праве на жительство для иностранных граждан и лиц без гражданства. Рекомендуется включить законодательное положение, подобное приведенному ниже:

Добровольное тестирование на ВИЧ

(1) Каждый человек имеет право на свободное конфиденциальное [или анонимное] тестирование на ВИЧ, инфекции, передающиеся через кровь, или инфекции, передающиеся половым путем, и на консультацию в связи с таким тестированием.

(2) Любой анализ на ВИЧ, инфекции, передающиеся через кровь, или инфекции, передающиеся половым путем, должен проводиться только при наличии письменного добровольного информированного согласия лица, у которого берется такой анализ.

(3) Всем лицам, проходящим тестирование, следует предлагать дотестовую и послетестовую консультацию медицинского работника, в соответствии с профессиональными нормами.

Тюрьмы

Рекомендация 16: Разработать и проводить мониторинг показателей распространенности потребления наркотиков в тюрьмах

Национальная экспертная группа рекомендует создать рабочую группу из числа сотрудников заинтересованных служб уголовно-исполнительной системы для разработки показателей для сбора информации о распространенности потребления наркотиков среди тюремного населения.

Рекомендация 17: Предоставлять информацию о профилактике ВИЧ в пенитенциарных учреждениях

Для укрепления работы по профилактике ВИЧ в тюрьмах в параграф 3 Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений Министерства юстиции КР⁹⁵⁸ рекомендуется внести дополнение, предусматривающее предоставление недавно поступившим осужденным информации о ВИЧ-инфекции и ее профилактике в течение первых дней пребывания в тюрьме.

Рекомендация 18: Обеспечить доступность добровольного лечения наркотической зависимости в тюрьмах

Как часть эффективных мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и обеспечению здоровья заключенных, Министерству юстиции, в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и неправительственными организациями, рекомендуется разработать и принять «Инструкцию о порядке и условиях бесплатной наркологической помощи в системе исполнения наказаний».

Рекомендация 19: Ограничить применение принудительного лечения в тюрьмах

Для более полной защиты прав человека рекомендуется пересмотреть положения о принудительном лечении в тюрьмах. В Уголовно-исполнительном кодексе предусматривается, что принудительное лечение проводится в отношении лиц, страдающих наркотической зависимостью, ВИЧ-положительных лиц, больных открытой формой туберкулеза и лиц, не завершивших полный курс лечения венерической болезни. Следует сократить сферу применения принудительного лечения.

958 ¹⁴⁶ Приказ Министерства юстиции КР № 164 «Правила внутреннего распорядка исправительных учреждений Министерства юстиции Кыргызской Республики» (28 октября 2003 г.).

Рекомендация 20: Отменить дискриминацию в отношении заключенных с ВИЧ, включая их изолированное содержание, и в отношении заключенных, страдающих наркотической зависимостью

В действующем законодательстве Кыргызстана имеется ряд положений, позволяющих необоснованно дискриминировать заключенных на основании их ВИЧ-положительного статуса и/или наркотической зависимости. Для ликвидации такой дискриминации необходимо внести следующие изменения в *Уголовно-исполнительный кодекс*:

- статью 68 Уголовно-исполнительного кодекса КР, запрещающую передвижение без конвоя или сопровождения за пределами охраняемой территории ряду категорий осужденных, в том числе осужденных, не прошедших полного курса лечения от алкоголизма, токсикомании, наркомании, туберкулеза в открытой форме или венерического заболевания, а также ВИЧ-инфицированных, следует отменить или ограничить;
- статью 69 Уголовно-исполнительного кодекса КР, не допускающую краткосрочные выезды за пределы исправительных учреждений в связи с личными исключительными обстоятельствами этой же категории осужденных также следует отменить или ограничить.

Кроме того, применяемое в настоящее время изолированное содержание заключенных на основании их ВИЧ-статуса является необоснованной дискриминацией и противоречит международным рекомендациями в области прав человека. Эту политику и практику следует отменить путем внесения изменений в следующие законы и нормативно-правовые акты:

- *Уголовно-исполнительный кодекс Кыргызской Республики* (статьи 17, 48, 68, 69, 73);
- *Закон «О порядке и условиях содержания под стражей лиц, задержанных по подозрению и обвинению в совершении преступлений»* (статья 31);
- «Правила внутреннего распорядка исправительных учреждений Министерства юстиции Кыргызской Республики» (параграф 3); и
- «Правила внутреннего распорядка следственных изоляторов уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Кыргызской Республики» (параграф 38).

Дискриминация и ограничения прав

Рекомендация 21: Устранить дискриминацию в сфере занятости по признаку ВИЧ-статуса

В настоящее время в Конституции КР содержится широкий запрет на дискриминацию, а в *Закон «О ВИЧ/СПИДе»* включен запрет на необоснованный отказ в трудоустройстве или необоснованное увольнение людей, живущих с ВИЧ или СПИДом. Это согласуется с международными нормами в области прав человека и является положительной чертой кыргызского законодательства. Однако Правительство Кыргызстана также утвердило перечень, ограничивающий трудоустройство на определенные профессии и должности для лиц с ВИЧ-инфекцией, что является неоправданной дискриминацией.⁹⁵⁹ Для устранения этого несоответствия и для лучшей защиты прав людей, живущих с ВИЧ, можно предпринять следующие два шага:

- Во-первых, правительство должно пересмотреть действующий перечень и другие нормативно-правовые акты, согласно которым ВИЧ внесен в перечень заболеваний, не позволяющих занимать определенные должности. Рекомендуется удалить любые ссылки на ВИЧ, если только не имеется ясных, научно обоснованных оснований считать, что выполнение конкретной работы

⁹⁵⁹ См., например, ЮНЭЙДС/УВКПЧ, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, параграф 149. Похожий анализ применим к дискриминации лиц на основе статуса их здоровья, таких как диагноз вируса гепатита В или С или инфекций, передающиеся половым путем. Учитывая пути передачи таких инфекций, многие лица, употребляющие инъекционные наркотики, в дополнение к ВИЧ уязвимы перед заболеваниями, передающимися через кровь, такими как гепатит В или С, и могут встретиться с дискриминацией на этом основании, как наблюдается в других юрисдикциях. При внесении поправок в законодательство с целью укрепления защиты от дискриминации по признаку ВИЧ в таких областях как занятость или образование, целесообразно включить также положения о защите от дискриминации по признаку других заболеваний, подобных перечисленным выше.

связано со значительным риском для здоровья человека и третьих лиц. Это очень редкие случаи – до такой степени, что вполне возможно полностью отменить перечень. Если Министерству здравоохранения необходимо разработать конкретные инструкции или правила поведения, в крайне исключительных случаях, для конкретного вида деятельности, это можно сделать, на индивидуальной основе, применяя узкий подход, чтобы избежать чрезмерно широкого и дискриминационного подхода, характерного для действующего в настоящее время перечня.

- Во-вторых, в *Закон «О ВИЧ/СПИДе»* следует внести дополнение, которое может быть сформулировано следующим образом:

Запрещается дискриминация лица на основании его или ее ВИЧ-положительного статуса или диагноза СПИД [или на основании наличия другой инфекции, передающейся через кровь], включая, но не ограничиваясь, такими сферами как занятость и образование. Незаконной дискриминацией является требование о прохождении тестирования на ВИЧ в качестве условия приема на работу [или зачисления в учебное заведение] как до начала, так и в процессе работы [или учебы].

Рекомендация 22: Ликвидировать дискриминацию в отношении лиц с наркотической зависимостью, в области занятости и образования

По информации, предоставленной национальной экспертной группой, при поступлении в высшие учебные заведения, абитуриенты обязаны пройти общее медицинское обследование, которое обычно включает и обследование на предмет употребления наркотиков. Например, лица, подающие заявления о зачислении в военные училища, должны пройти медицинское обследование и доказать отсутствие наркологических заболеваний.⁹⁶⁰ Согласно инструкциям Правительства, обследования на предмет употребления наркотиков проводятся также среди учащихся средних школ.⁹⁶¹ Однако требование о проведении таких обследований и отказ в зачислении в учебное заведение на основании положительного анализа на наркотики (и предполагаемой наркотической зависимости) является необоснованной дискриминацией, а также нарушением права на личную неприкосновенность и безопасность личности. Эти положения следует отменить.

Дискриминация по признаку реальной или предполагаемой наркотической зависимости вызывает озабоченность и в контексте занятости. Требование об обследовании на предмет употребления наркотиков до зачисления на работу является неоправданной дискриминацией на основании состояния здоровья. Требование об обследовании на предмет употребления наркотиков во время работы может быть потенциально оправданным в довольно ограниченном числе ситуаций, например, такое обследование должно ограничиваться только лицами, работа которых связана с повышенными требованиями безопасности труда, и только в случаях, когда имеются веские основания подозревать опьянение; или в случаях выборочного обследования на предмет наркотики в отношении лиц, вернувшихся на работу после прохождения курса лечения наркотической зависимости.

- Рекомендуется начать процесс консультаций с ответственными лицами, и изучить опыт других стран для поиска моделей законодательства, в которых ограничения на выполнение определенных видов работ на основании употребления наркотиков допускаются только в конкретных случаях, определенных в законе и основанных на индивидуальных оценках способности лица выполнять работу.
- Следует отменить положения *Закона «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»* и Национальной программы противодействия распространению наркотических средств и психотропных веществ, которые предусматривают или разрешают обследования на предмет употребления наркотиков на рабочем месте во многих обстоятельствах.

⁹⁶⁰ Инструкция № 199 «О медицинском освидетельствовании воспитанников военного лицея и кандидатов, поступающих в лицей» (9 сентября 2000 г.)

⁹⁶¹ Инструкция № 468/662/1 «О порядке проведения профилактического медицинского обследования в образовательных учреждениях Кыргызской Республики на предмет выявления несовершеннолетних лиц, допускающих потребление наркотических и психотропных веществ» (15 ноября 2002 г.).

- Вместо этого рекомендуется, чтобы в законодательство Кыргызстана (например, в Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах») были внесены изменения и включены положения, подобные приведенным ниже⁹⁶²:

Дискриминация, основанная на потреблении наркотиков

(1) При отсутствии справедливого обоснования, относящегося к данному конкретному случаю, дискриминация лица, родственников или партнеров этого лица, на основании того, что это лицо потребляет или потребляло наркотики, или предполагается, что потребляет или потребляло наркотики, запрещается.

(2) Требование о прохождении обследования на предмет употребления наркотиков как условие зачисления в учебное заведение до начала или в процессе учебы является незаконной дискриминацией.

(3) Требование о прохождении обследования на предмет употребления наркотиков как условие приема на работу является незаконной дискриминацией. Проведение обследования на предмет употребления наркотиков как условие продолжения работы разрешено только для должностей, перечисленных в перечне [соответствующего органа власти], когда ухудшение состояния здоровья во время работы может повлечь значительный риск нанесения вреда конкретному работнику или другим лицам, и когда имеются веские основания подозревать, что употребление наркотика может ухудшить состояние здоровья конкретного работника.

Рекомендация 23: Уважать и защищать право на семейные отношения

В соответствующее законодательство должны быть внесены поправки, проясняющие, что наличие у родителя наркотической зависимости как таковое не может быть достаточным основанием для лишения лица родительских прав, за исключением случаев жестокого отношения к детям или пренебрежения их воспитанием; и что для принятия решения необходим детальный анализ всех обстоятельств дела.



ТАДЖИКИСТАН

ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И РЕКОМЕНДАЦИИ

⁹⁶² См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 7: Вопросы стигматизации и дискриминации, стр. 13-15.

ТАДЖИКИСТАН: ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

В силу своего географического положения (общая граница с Афганистаном, Китаем и другими центрально-азиатскими республиками) и нестабильной социально-экономической ситуации, Таджикистан стал транзитным коридором для наркотиков, предназначенных для других стран, в результате чего, наркотические средства являются легкодоступными и дешевыми в самой стране. Это способствует росту потребления наркотиков в этой стране, включая способы, ведущие к распространению ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь. Дополнительными причинами эпидемии ВИЧ в Таджикистане являются высокий уровень трудовой миграции населения и низкий уровень осведомленности о ВИЧ-инфекции среди населения в целом, ведущий к рискованному поведению, например, началу потребления наркотиков или практика незащищенных половых контактов особенно среди молодежи.⁹⁶³

По данным ЮНЭЙДС, в 2007 г. число людей, живущих с ВИЧ, составляло 10,000 (в диапазоне от 5,000 до 23,000).⁹⁶⁴ На апрель 2008 органы здравоохранения Таджикистана официально зарегистрировали 1153 случаев заражения ВИЧ-инфекцией, из которых 17.5% случаев инфицирования было среди женщин. По официальным данным, из общего числа случаев ВИЧ инфекции 57.5% (663) случаев инфицирования произошли в результате инъекционного потребления наркотиков, и 23.7% (274) случаев в результате сексуального контакта.⁹⁶⁵

Один из источников приводит данные о том, что в Таджикистане 15,000 человек, употребляют инъекционные наркотики, из них 23.5% заражены ВИЧ, а 43.4% вирусом гепатита С (HCV).⁹⁶⁶ Согласно недавно опубликованным данным, 17,000 человек в Таджикистане употребляют наркотики инъекционным путем, что составляет 0.45% уровня распространения инъекционного потребления наркотиков (среди взрослых в возрасте от 15 до 64 лет).⁹⁶⁷ Число официально зарегистрированных потребителей наркотиков возросло с 4,200 человек в 2000 г. до 8,607 в 2007 г.⁹⁶⁸ Более ранние официальные данные показывали, что на январь 2005 г. в Таджикистане было официально зарегистрировано 9,134 наркозависимых: согласно государственным источникам, это число отражает только тех людей, которые добровольно обратились за наркологической помощью. Согласно официальным данным предполагается, что число людей, обратившихся за наркологической помощью, составляет лишь одну десятую реального количества наркозависимых людей.⁹⁶⁹ С 2001 г. произошел резкий рост количества лиц, вводящих наркотики внутривенно, и в настоящий момент это 49% от общего числа людей, потребляющих наркотики тем или иным способом (97% из них мужчины).⁹⁷⁰ Приблизительный уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем, составлял 14.7%.⁹⁷¹ В 2006 г. распространенность ВИЧ среди людей, потребляющих наркотики инъекционным путем, в столице Таджикистана городе Душанбе составляла 23.5%.⁹⁷²

963 См. преамбулу к "Программе по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2005-2010".

964 ЮНЭЙДС, *Отчет о глобальной эпидемии СПИДа, 2008* (Женева, 2008). Приложение 1.

965 Статистика, предоставленная национальными экспертами в подробном отчете о ситуации в стране (отчет доступен только на русском языке).

966 Международная ассоциация снижения вреда, *Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the Response to Drug-related HIV and Hepatitis C Epidemics* (London: IHRA, 2008), стр. 34.

967 В. Mathers et al., "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", *Lancet* 2008; 327 (24 сентября), doi:10.1016/S0140-6736(08)61311-2, доступ к полной версии через веб-страницу Референтной группы ООН по инъекционному потреблению наркотиков и ВИЧ, www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/page/publications.

968 Управление ООН по наркотикам и преступности, Офис регионального представительства в Центральной Азии, *Compendium of Drug-Related Statistics 1997-2008*, июнь 2008, стр. 29.

969 См. преамбулу к "Программе по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2005-2010".

970 Там же стр. 10.

971 Управление ООН по наркотикам и преступности, Региональный офис по Центральной Азии, *Compendium of Drug-Related Statistics 1997-2008*, июнь 2008, стр. 29.

972 ЮНЭЙДС, *Отчет о глобальной эпидемии СПИДа, 2008* (Женева, 2008). Приложение 1.

По информации, предоставленной национальными экспертами, на 2008 г. 118 человек получали в стране антиретровирусную терапию (АРВ). В Таджикистане существует один Республиканский центр по профилактике ВИЧ, а также четыре областных, семь районных и три городских центра.

В 2007 г. в исправительных учреждениях Таджикистана содержалось 139 ВИЧ-инфицированных заключенных и 752 заключенных больных туберкулезом. Распространенность ВИЧ в исправительных учреждениях составляла 6.2%, а гепатита С 24.3%.⁹⁷³ По другим данным распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных была 8.4%.⁹⁷⁴ По официальной информации, из общего числа людей, живущих с ВИЧ в Таджикистане, 70% составляют инъекционные потребители наркотиков: из них 21% находится в заключении.⁹⁷⁵

2. НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ И СТРАТЕГИИ

Программы по ВИЧ/СПИДУ

В 1997 г. в Республике Таджикистан был создан Национальный координационный комитет (НКК) по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией. Согласно имеющимся данным, в этот комитет, наряду с представителями государственных структур входят также и неправительственные организации (НПО), работающие с потребителями наркотиков и людьми, живущими с ВИЧ (ЛЖВ).⁹⁷⁶ В этом же году государство утвердило «Национальную программу профилактики и борьбы с вирусом иммунодефицита человека, синдромом приобретенного иммунодефицита и болезнями, передающимися половым путем, в Республике Таджикистан на период 1997–2007 гг.». В конце срока реализации этой 10-летней программы Правительством Республики была принята новая «Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2007-2010 гг.», уделяющая большое внимание вопросам профилактики ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики, секс работников, молодежи, мигрантов и заключенных, а также мерам по обеспечению безопасности донорской крови.⁹⁷⁷ Наряду с другими мерами, Программа включает: создание программ по предоставлению или обмену стерильных шприцев и игл (ПОШ), включая мобильные пункты, реализация которых будет осуществляться сотрудниками НПО, а также программы, предлагающие опиоидную заместительную терапию (ОЗТ) и обучение методам неотложной помощи в случаях передозировок. Эта Программа разрабатывалась с участием и помощью тематической группы ЮНЭЙДС и других международных организаций, и основывалась на анализе ситуации, проведенной Министерством здравоохранения в сотрудничестве с другими министерствами и ведомствами и неправительственными организациями Таджикистана.⁹⁷⁸ Описанные выше инициативы также содержатся в «Стратегической программе Министерства здравоохранения по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2004-2010 гг.», которая включает меры по профилактике ВИЧ среди людей, потребляющих наркотики, секс работников, молодежи, мигрантов и заключенных тюрем; в ней также однозначно упоминались программы ПОШ (включая мобильные программы, осуществляемые НПО), опиоидной заместительной терапии и профилактики передозировок.

Программы по наркотикам

В 1996 и 1999 гг. в Таджикистан принял две Программы по контролю над наркотическими средствами; однако некоторые мероприятия этих программ оставались большей частью декларативными, так как ни одна из них не включала положения о финансировании, и бюджет программ не был предусмотрен. Контроль и руководство над выполнением программ возлагались на Агентство по контролю над наркотиками.⁹⁷⁹ Помимо правоохранительных мер, предполагаемых в качестве профилактики потребления наркотиков, данные программы сводились к мероприятиям, направленным на повышение осведомленности общего населения и молодежи о вопросах злоупотребления наркотиками и организацией круглых столов с участием различных специалистов. Программы включали несколько пунктов, касающихся лечения наркотической зависимости: например, оснащение медицинских учреждений и обеспечение их специалистами, усиление системы учета лиц, с зависимостью от наркотических веществ в учреждениях наркологической службы, а также укрепление взаимодействия наркологической службы с правоохранительными органами. Однако ни одна из программ не упоминала мер, направленных на снижение вреда, связанного с употреблением запрещенных наркотиков.

По информации национальной экспертной группы, правительство Таджикистана признало недостатки подхода к профилактике и лечению наркотической зависимости, основанного лишь на пра-

976 См: http://www.ncc.tj/index.php?option=com_frontpage&Itemid=68.

977 Постановление Правительства Республики Таджикистан № 86 (3 марта 2007).

978 Кроме программ, описанных выше, Правительство Республики Таджикистан одобрило «Национальную программу по профилактике и борьбе с гепатитом С в Республике Таджикистан на период 2000-2007 гг.» (Приказ № 100, 11 марта 2000 г.) и «Национальную программу борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан на период 2003-2010 гг.» (Приказ № 524, 31 декабря 2002).

979 Согласно *Закону о наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах*, № 873/874 (10 декабря 1999), «Агентство является правоохранительным органом, который координирует и контролирует деятельность государственных органов по законному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, профилактике наркомании и токсикомании, а также социальной реабилитации больных наркоманией и токсикоманией.» (Статья 5). Закон обязывает Агентство по контролю за наркотиками (которое отчитывается непосредственно перед Президентом) осуществлять координацию работы всех министерств и ведомств в этой сфере.

973 Информация предоставлена национальной экспертной группой.

974 Международная ассоциация снижения вреда, *Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the Response to Drug-related HIV and Hepatitis C Epidemics* (London: IHRA, 2008), стр. 38.

975 «Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2007-2010 годы», Постановление Правительства №86 (3 марта 2007).

воохранительных мерах; также как и нецелесообразность вовлечения Агентства по контролю над наркотиками в медицинскую сферу, и, приняло решение скорректировать свою национальную стратегию. В апреле 2005 г. Республика Таджикистан одобрила «Программу по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2005-2010 гг.».⁹⁸⁰ Как видно из названия программы, она имеет медицинскую направленность и не смешивает задачи правоохранительных органов с вопросами лечения наркотической зависимости.

Эта программа включает мероприятия, относящиеся к категории «первичной профилактики» (предупреждение начала употребления наркотиков), «вторичной профилактики» (программы лечения наркотической зависимости и реабилитация) и «третичной профилактики» (предупреждение возврата к потреблению наркотиков после лечения). В преамбуле программы упоминаются элементы подхода снижения вреда (например, предоставление стерильного инструментария для внутривенного введения наркотиков) и однозначно говорится, что наряду с профилактикой наркозависимости основной целью программы является «профилактика распространения ВИЧ/СПИДа, передающегося через нестерильный инструментарий, используемый при внутривенном потреблении наркотиков». Программа также направлена на пересмотр и усовершенствование существующего законодательства в этой области, совершенствование структуры государственных наркологических учреждений и их взаимосвязи с медицинскими и социальными услугами, предоставляемыми Центрами СПИДа и организациями неправительственного сектора. Комплексные программы по снижению вреда имеют приоритетное значение.

По сообщению национальной экспертной группы Таджикистана, в настоящее время эта Программа не реализуется в полном объеме, согласно временным рамкам. Однако в 2006 г. Министерство здравоохранения одобрило Указ «Об усовершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан»⁹⁸¹, который наделяет наркологические службы новыми функциями, включающими оказание наркологической помощи, основанной на методах снижения вреда, включая предоставление опиодной заместительной терапии. По оценке национальных экспертов, внедрение утвержденных стандартов наркологической помощи потребует значительного увеличения ежегодного бюджета наркологической службы и существенных затрат на ее реорганизацию и оснащение материалами и кадрами. В Программе нет четкого определения источников и объема финансирования, в ней лишь упоминаются «государственное финансирование» и «гранты международных организаций».

Для обеспечения успеха этих инициатив, национальная экспертная группа рекомендует: создать и укрепить механизмы мониторинга результатов работы и эффективности проводимых мер; разработать детальный бюджет для поддержки этих программ, и четко распределить обязанности по реализации и приведению в действие мероприятий программы. Национальная экспертная группа также рекомендует активно вовлекать гражданское общество в реализацию и мониторинг данных инициатив.

980 Постановление Правительства № 113 (2 апреля 2005 г.).

981 Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, «Об усовершенствовании наркологической службы в Республике Таджикистан», Приказ № 485 (7 августа 2006 г.).

3. ПОЛОЖЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНОГО И УГОЛОВНОГО ПРАВА, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

Запрещение потребления наркотиков, но без наказания

Потребление наркотиков, не является ни преступлением, ни административным правонарушением в рамках законодательства Таджикистана. Статья 15 Закона о наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах (1999), гласит, что потребление наркотиков и психотропных веществ без назначения врача запрещается, однако ни Административный, ни Уголовный кодекс, не предусматривают наказания за потребление наркотиков.

В 2004 Уголовный кодекс Таджикистана был изменен в сторону значительного увеличения минимального размера наркотических веществ, деяния с которыми ведут к уголовному наказанию, помещая Таджикистан в ряд стран бывшего Советского Союза с наиболее прогрессивной уголовной наркополитикой.

Таблица: Реформа уголовного законодательства Таджикистана в отношении наркотиков⁹⁸²

Уголовный кодекс Таджикистана до реформы (1998)			Новый Уголовный кодекс (2004)	
Вещество	Количество	Мера наказания	Количество	Мера наказания
Героин	0.015-0.15 гр.	Лишение свободы на срок от 5 до 10 лет с конфискацией имущества	0.5-10 гр.	Лишение свободы на срок до пяти лет
Опий-сырец	0.15-1 гр.		5-10 гр.	
Hashish	0.1- 10 гр.		100-200 гр.	
Героин	0.15-1.5 гр.	Лишение свободы на срок от 12 до 15 лет с конфискацией имущества	10-100 гр.	Лишение свободы на срок от 5 до 8 лет с конфискацией имущества
Опий-сырец	1-10 гр.		100-1000 гр.	
Гашиш	10-100 гр.		200-1000 гр.	
Героин	> 1.5 гр.	Лишение свободы на срок от 15 до 20 лет с конфискацией имущества либо смертная казнь	100-1000 гр.	Лишение свободы на срок от 8 до 12 лет с конфискацией имущества либо без такового. Смертная казнь отменена.
Опий-сырец	> 10 гр.		1 кг – 10 кг.	
Гашиш	> 100 гр.		1 кг – 10 кг.	

Административные правонарушения

Кодекс Республики Таджикистан об административной ответственности («Административный кодекс») относит к административным нарушениям незаконное производство, изготовление, переработку, приобретение, хранение, транспортировку и пересылку наркотиков без цели сбыта. Наказание за такие административные нарушения предусматривает штраф в размере от 12-ти до 30-ти официальных минимальных зарплат.⁹⁸³ Административная ответственность наступает в случаях, когда размер наркотических или психотропных веществ ниже *мелкого размера*, который влечет уголовную ответственность (см. ниже.) Размер наркотических средств или психотропных веществ, влекущий уголовную ответственность в Таджикистане (0.5 г героина), выше, чем в соседних респу-

982 Муртазокул Хидиров, Майя Ан, «Права человека через призму зависимости от потребления наркотиков в Таджикистане» в Кася Малиновска-Семпрух, Сара Галлахер, *Наркополитика, ВИЧ/СПИД и права человека*, Международная Дебатная Образовательная Ассоциация, 2006. стр. 191.

983 Кодекс Республики Таджикистан об административной ответственности, Статья 42(1).

бликах, что делает законодательство Таджикистана в данной области самым либеральным среди законодательства других стран бывшего Советского Союза.⁹⁸⁴

Уголовные преступления

Уголовный кодекс Таджикистана предусматривает уголовную ответственность и санкции за следующие деяния (включая в некоторых случаях минимальные возможные санкции):⁹⁸⁵

- незаконное обращение с наркотическими средствами или психотропными веществами *без цели сбыта*
 - o в "мелком" размере (штраф или лишение свободы до двух лет);
 - o в "небольшом" размере (от двух до пяти лет лишения свободы);
 - o деяния совершенные повторно; группой лиц по предварительному сговору; в местах отбывания наказания в виде лишения свободы; с использованием служебного положения; при опасном рецидиве; в крупном размере (от пяти до восьми лет лишения свободы с конфискацией или без конфискации имущества); или
 - o при особо опасном рецидиве; в "особо крупных размерах" (от восьми до двенадцати лет лишения свободы с конфискацией или без конфискации имущества).⁹⁸⁶
- Незаконное изготовление, производство, переработка, приобретение, хранение, транспортировка или пересылка наркотических средств или психотропных веществ *с целью сбыта*
 - o в "мелком размере" (до пяти лет лишения свободы);
 - o в "небольшом размере" (от пяти до восьми лет лишения свободы);
 - o совершенные повторно; в общеобразовательных учреждениях или иных местах, предназначенных для проведения учебных, спортивных или иных общественных мероприятий; группой лиц по предварительному сговору; в крупном размере; при опасном рецидиве (от восьми до двенадцати лет лишения свободы с конфискацией или без конфискации имущества); или
 - o при деянии, совершенном в местах отбывания наказания в виде лишения свободы; с использованием служебного положения; в особо крупных размерах наркотических средств или психотропных веществ (от двенадцати до двадцати лет лишения свободы с конфискацией имущества);⁹⁸⁷
- хищение наркотических средств или психотропных веществ (от трех до пятнадцати лет лишения свободы);⁹⁸⁸
- незаконное производство, изготовление, переработка, приобретение, хранение, транспортировка или пересылка прекурсоров (штраф или от двух до восьми лет лишения свободы, в зависимости от количества);⁹⁸⁹
- "вовлечение" в потребление наркотических средств или психотропных веществ (лишение свободы до пяти лет); те же действия совершенные при отягчающих обстоятельствах (например, в отношении заведомо несовершеннолетних; в отношении двух или более лиц; путем обмана; с применением насилия; повторно; в местах отбывания наказания в виде лишения свободы или организованной группой) (от трех до пяти лет лишения свободы);⁹⁹⁰
- незаконное культивирование запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества (штраф или до 12 лет лишения свободы);⁹⁹¹ и
- организация или содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ (от трех до десяти лет лишения свободы).⁹⁹²

984 См. в приложении таблицу о количествах веществ.

985 К уголовной ответственности могут привлекаться лица, достигшие 14 лет: Уголовный кодекс Республики Таджикистан, Закон № 684 (13 ноября 1998), Статья 23 (последние поправки от 25 июля 2005, № 97). К административной ответственности могут привлекаться лица, достигшие 16 лет: Кодекс Республики Таджикистан об административной ответственности, Закон № 32 (10 мая 2002), Статья 12 (последние поправки на 8 июля 2008).

986 Уголовный кодекс, Статья 201.

987 Уголовный кодекс, Статья 200.

988 Уголовный кодекс, Статья 202.

989 Уголовный кодекс, Статья 202(1).

990 Уголовный кодекс, Статья 203. Отсутствует определение термина «вовлечение».

991 Уголовный кодекс, Статья, 204.

992 Уголовный кодекс, Статья 205.

Как указывалось выше, хранение небольших количеств запрещенных наркотических средств без цели сбыта – то есть *де факто* для личного потребления – относится к административным правонарушениям. Если количество наркотических веществ достигает определенного порога, деяние может повлечь за собой уголовную ответственность. Хотя Уголовный кодекс Таджикистана четко не определяет концепцию хранения наркотических средств и психотропных веществ «для личного потребления», он, тем не менее, предусматривает более легкое наказание за первое нарушение, включающее мелкие количества запрещенных веществ, если действия не включали «цели сбыта». Штраф является минимальным наказанием за первое правонарушение, состоящее в хранении или других действиях, включающих «мелкие» количества наркотиков (количество определяется по таблице, принятой правительственным постановлением) без цели сбыта.⁹⁹³ Однако повторные правонарушения такого рода наказываются довольно строго: минимальная мера наказания за повторные нарушения может включать обязательное тюремное заключение сроком от пяти до восьми лет (даже за мелкие количества наркотиков). Кроме того, суд может потребовать конфискации имущества в случае, если нарушение было совершено при отягчающих обстоятельствах – фактически это наказание применяется, как правило, при наличии отягчающих обстоятельств, например: если деяние совершено повторно; организованной группой или преступным сообществом, с использованием служебного положения, в местах отбывания наказания в виде лишения свободы, или в крупных размерах.⁹⁹⁴ Нахождение под влиянием наркотических веществ во время правонарушения не является отягчающим обстоятельством, что является положительной характеристикой законодательства, в отличие от законодательства других стран данного региона.

Программы распространения шприцев и игл: правовые аспекты

В Таджикистане функционируют программы обмена и распространения шприцев и игл (ПОШ), хотя страна еще не разработала и не утвердила официальные инструкции по реализации таких программ. Законодательство Таджикистана не ограничивает продажу игл и шприцев в аптеках; хранение инструментария для потребления наркотиков не является правонарушением. Однако национальная экспертная группа отмечает, что теоретически НПО, реализующие программы ПОШ, могут попадать под действие положения о «вовлечении» в потребление наркотиков (Уголовный кодекс, статья 203) или «организации притонов для потребления наркотиков» (Уголовный кодекс, статья 205). Национальная экспертная группа рекомендует принять поправки в законодательство и исключить из сферы действия уголовного и административного права, деятельность сотрудников ПОШ, которая осуществляется с целью профилактики распространения ВИЧ и других инфекций, передающихся через кровь среди людей потребляющих наркотики.

Принудительное освидетельствование на наличие в организме наркотиков

Закон Таджикистана *О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах* содержит чрезвычайно широкое положение, направленное на выявление лиц, потребляющих наркотические вещества: «при наличии достаточных оснований полагать, что лицо допустило незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ, оно подлежит медицинскому освидетельствованию в наркологических учреждениях Министерства здравоохранения».⁹⁹⁵

Закон *о наркологической помощи* далее расширяет вышеизложенное положение, еще больше ограничивая права людей: «Лицо, в отношении которого имеются основания полагать, что оно страдает наркоманией, токсикоманией или алкоголизмом, находится в состоянии алкогольного опьянения или наркотического одурманивания, либо употребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование».⁹⁹⁶

Правоохранительные органы, следуя процедуре, установленной законом, направляют лиц, подозреваемых в совершении преступлений, связанных с наркотическими средствами или психотропными веществами, на освидетельствование с целью установления потребления наркотических средств и психотропных веществ.

993 Уголовный кодекс, Статья 201.

994 Уголовный кодекс, Статьи 200-204.

995 Закон о наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, № 837 (10 декабря 1999), Статья 16.

996 Закон о наркологической помощи, № 67 (8 декабря 2003), Статья 18.

Однако такие широкие положения об обязательном освидетельствовании на наличие в организме наркотиков, наделяющие правоохранительные органы большими полномочиями, означают не только неэффективное использование ограниченных ресурсов, но и неоправданное вмешательство в права человека. Например, направление на принудительное медицинское освидетельствование граждан, не совершивших никакого преступления, является ущемлением права на свободу, личную неприкосновенность и частную жизнь, а также право человека быть свободным от принудительного медицинского вмешательства. Если при этом, результаты освидетельствования используются для привлечения лица к ответственности, это может явиться нарушением права не давать против себя показания.⁹⁹⁷ Единственной основой, которая может служить оправданием для подобного государственного вторжения в права человека, может быть вмешательство с целью предотвращения серьезного риска для здоровья данного лица или окружающих людей - само по себе потребление алкоголя или наркотиков не может быть фактором, определяющим этот риск.

Другие уязвимые группы: вопросы уголовного и административного права

Секс-работа:

Согласно *Административному кодексу Таджикистана*, занятие проституцией является административным правонарушением, и влечет предупреждение или наложение штрафа в размере до одной второй минимального размера заработной платы. Повторное правонарушение влечет наложение штрафа в размере двух минимальных размеров заработной платы.⁹⁹⁸

Статья 238 *Уголовного кодекса* предусматривает наказание за «вовлечение в занятие проституцией» путем применения насилия, шантажа, угроз. Статья 239 предусматривает наказание за организацию или содержание притонов, сводничество или сутенерство, что влечет к наказанию в виде штрафа либо лишения свободы на срок до пяти лет.⁹⁹⁹

Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека рекомендуют: “что касается работы взрослых в сфере сексуальных услуг, не влекущей за собой причинение вреда, то уголовное законодательство следует пересмотреть вначале с целью его декриминализации, а затем с целью введения мер правового регулирования соблюдения правил гигиены и безопасности в целях защиты лиц, работающих в сфере сексуальных услуг и их клиентов, включая поддержку безопасного сексуального поведения при оказании сексуальных услуг”.¹⁰⁰⁰ Криминализация секс-работы и секс-работников влечет к их дальнейшей стигматизации и маргинализации, повышая риск нарушений прав человека и увеличивая их уязвимость перед ВИЧ. Рекомендуется отменить Статью 174.1 *Административного кодекса* Таджикистана. Статьи 238-239 *Уголовного кодекса* являются достаточными для наказания преступного поведения в сфере секс-услуг.

Постановка в опасность заражения и заражение ИППП и ВИЧ

Статья 125 *Уголовного кодекса* Таджикистана предусматривает ответственность за:

- Заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией – наказывается ограничением свободы на срок до трех лет либо лишением свободы на срок до двух лет.
- Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, - наказывается лишением свободы на срок от двух до пяти лет.
- Заражение ВИЧ-инфекцией двух или более лиц, либо в отношении заведомо несовершеннолетнего, лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, – наказывается лишением свободы на срок от пяти до десяти лет.

Согласно Статье 126 *Уголовного кодекса* Таджикистана, “заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, - наказывается штрафом, исправительными работами на срок от одного года до двух лет, либо арестом до шести месяцев.

⁹⁹⁷ *Международный пакт о гражданских и политических правах*, 999 U.N.T.S. 171 (1966), Статьи 7, 9, 14, 17.

⁹⁹⁸ *Административный кодекс*, Статья 174.1.

⁹⁹⁹ *Уголовный кодекс*, Статьи 238-239.

¹⁰⁰⁰ *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Принцип 4, параграф 21(с).

Выделение постановки в опасность заражения и непреднамеренное заражение ИППП и ВИЧ, в отдельные уголовные преступления, противоречит международным рекомендациям, так как стигматизирует людей живущих с ВИЧ, и людей, уязвимых перед ВИЧ, и создает дополнительные причины избегать тестирования на ВИЧ и ИППП, и дополнительные барьеры к доступу к медицинским услугам. Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека рекомендуют отказаться от подобного подхода: уголовное право не должно содержать специфических положений о постановке в опасность заражения и заражении ВИЧ, уголовное право должно наказывать тех, кто действует с умыслом передачи ВИЧ, и в действительности подвергает заражению других людей.¹⁰⁰¹

¹⁰⁰¹ ЮНЭЙДС и Офис Верховного Комиссара по правам человека, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Принцип 4, параграф 21 (а); UNAIDS, *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission* (2008).

4. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

В Республике Таджикистан все медицинские услуги, предоставляемые государством, являются бесплатными.¹⁰⁰² Доступ к медицинским услугам людей с диагнозом ВИЧ или СПИД и лиц, с наркотической зависимостью гарантируется государством. Иностранцы, включая мигрантов и беженцев, получают доступ к медицинским услугам по лечению ВИЧ/СПИДа и наркотической зависимости наравне с гражданами Таджикистана.

4А. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Согласно информации Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, основным методом лечения наркотической зависимости в Таджикистане является краткосрочный курс детоксификации (в основном с помощью медикаментозной терапии). Фактическая эффективность этого медикаментозного лечения героиновой зависимости не превышает 6-8% в год (эффективность оценивается полным прекращением употребления наркотиков, подтвержденное периодическими тестами на наркотики и медицинским освидетельствованием в течении 12 месяцев после окончания лечения).¹⁰⁰³ Официальные документы, в частности «Программа по профилактике распространения наркозависимости и усовершенствования наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2005-2010» признала и определила существующие проблемы в системе оказания наркологической помощи.

Для решения этих проблем в 2006 г. Министерство здравоохранения Таджикистана издало приказ, который, кроме прочего, устанавливает стандарты мониторинга наркологической ситуации в Таджикистане, вводит положение о создании «пунктов доверия» (пункты наркологической помощи в системе профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков) и положение о центрах наркологической реабилитации.¹⁰⁰⁴ Целью национального мониторинга является оказание помощи в планировании профилактики наркотической зависимости и оценка качества и эффективности предпринимаемых мер.

«Пункты доверия» организуются с целью снижения распространения ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем и обеспечения для них свободного доступа ко всем видам лечения, а также с целью профилактики наркотической зависимости среди населения. Пункты доверия расположены в Центрах СПИДа, наркологических диспансерах и других медицинских учреждениях. Профилактика ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики, может осуществляться неправительственными организациями. Пункты доверия выполняют следующие функции:

- предоставление стерильных шприцов, дезинфицирующих средств, презервативов и информационных материалов, а также сбор и утилизация использованных шприцев;
- предоставление информации о ВИЧ и других инфекциях, передающихся половым путем (ИППП);
- предоставление социальной помощи, например: помощь в социальных, правовых и жилищных вопросах, материальная помощь, профессиональное обучение и предоставление рабочих мест;
- консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа и медико-социальной реабилитации после лечения наркотической зависимости, консультации с другими специалистами по вопросам предоставления специализированной медицинской помощи;
- предоставление тестирования на ВИЧ, гепатит, ИППП, а также психологическое тестирование;
- проведение заместительной терапии.

¹⁰⁰² Конституция Республики Таджикистан (6 ноября 1994), Статья 38.

¹⁰⁰³ «Программа профилактики наркомании и усовершенствования наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2005-2010 гг.», стр. 11.

¹⁰⁰⁴ Министерство здравоохранения, «Об усовершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан», Приказ № 485 (7 августа 2006), включая Приложение No. 3: «О пунктах первичной наркологической помощи (пункты доверия для профилактики ВИЧ/СПИДа среди инъекционных потребителей наркотиков)».

Закон о наркологической помощи является принципиальной частью законодательства, регулирующего лечение наркотической зависимости в Таджикистане. Само по себе существование такого закона является положительным фактором – в отличие от нескольких соседних стран региона, где лечение наркотической зависимости регулируется несколькими статьями законов о наркотиках. Закон Таджикистана *О наркологической помощи*, по крайней мере, теоретически, выделяет лечение наркотической зависимости из поля деятельности правоохранительных органов, перенося лечение в сферу деятельности органов здравоохранения. Регулирующая деятельность, связанная с законным распространением наркотиков и противодействием нелегальному обороту наркотиков, остается в сфере деятельности правоохранительных органов, а лечение наркотической зависимости относится к деятельности органов здравоохранения, что и соответствует их полномочиям и задачам. (Однако, как отмечено ниже, озабоченность вызывает объем информации о пациентах, который лечебные учреждения обязаны по закону предоставлять в правоохранительные органы).

В рамках *Закона о наркологической помощи*, люди, добровольно обращающиеся за лечением наркотической зависимости, предоставляемым учреждениями здравоохранения, имеют право на:

- «анонимность» лечения;¹⁰⁰⁵
- больничный лист (для предоставления на работу) на срок пребывания в наркологическом центре, что обеспечивает сохранение рабочего места во время лечения; и
- сохранение жилья и рабочего места в период госпитализации в наркологическом центре.¹⁰⁰⁶

Закон также обеспечивает психологическую, медицинскую и социальную реабилитацию в государственных и негосударственных реабилитационных центрах для людей больных наркотической зависимостью после прохождения курса лечения в наркологическом учреждении.¹⁰⁰⁷

Закон признает ряд прав людей, которые проходят медицинское обследование или лечение в наркологическом центре, включая:

- право вести переписку в условиях, исключающих цензуру;
- право получать передачи и посылки;
- право принимать посетителей в приемные дни и часы; и
- право иметь и приобретать предметы первой необходимости.¹⁰⁰⁸

Эти права могут ограничиваться лечащим врачом или заведующим отделением учреждения только в случаях крайней необходимости, в интересах здоровья или безопасности самого больного либо других лиц.¹⁰⁰⁹ Перечень прав, содержащихся в данной статье закона, не включает право участия пациента в принятии решений, касающихся собственного здоровья, включая такие основные права, как право обжалования решения, принятого администрацией отделения или право отказаться от лечения или прекратить лечение.

Учет людей, потребляющих наркотики

Учет людей, которые потребляют наркотики или являются наркозависимыми, проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения¹⁰¹⁰ и *Закона о наркологической помощи* Таджикистана, в котором говорится, что «решение об установлении диспансерного наблюдения или снятие с наркологического учета лиц, страдающих наркологическими заболеваниями и допускающих немедицинское потребление наркотических и других одурманивающих средств, принимается комиссией врачей наркологов, психиатров».¹⁰¹¹ Вызывает озабоченность положение законодатель-

¹⁰⁰⁵ Принимая во внимание другие положения того же закона описанные ниже, бесплатное лечение наркотической зависимости, очевидно, предоставляется не на анонимной основе; оно может быть доступно на конфиденциальной основе, однако в законе содержатся многочисленные положения, когда принцип конфиденциальности может быть нарушен.

¹⁰⁰⁶ *Закон о наркологической помощи*, Статья 7.

¹⁰⁰⁷ *Закон о наркологической помощи*, Статья 25.

¹⁰⁰⁸ *Закон о наркологической помощи*, Статья 23.

¹⁰⁰⁹ Там же.

¹⁰¹⁰ Министерство здравоохранения Таджикистана, «Об усовершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан, Приказ № 485 (7 августа 2006).

¹⁰¹¹ *Закон о наркологической помощи*, Статья 14.

ства Таджикистана о сотрудничестве наркологических учреждений с правоохранительными органами.¹⁰¹² Несмотря на то, что *Закон о наркологической помощи* конкретно гласит об обязательстве сохранения конфиденциальности медицинской информации, касающейся наркологического заболевания, существуют многочисленные и широкие исключения: сведения о наркологическом заболевании могут быть сообщены по письменным запросам наркологическим учреждениям, вышестоящим органам здравоохранения, прокурору, судебным и следственным органам.¹⁰¹³ Нарушение конфиденциальности, когда наркологические диспансеры обязаны предоставлять такую информацию в правоохранительные органы, создает огромное препятствие для обращения за медицинской помощью по поводу наркотической зависимости, что серьезно тормозит проведение эффективной профилактики и лечения ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики. Необходимо отменить или значительно ограничить положения закона, нарушающие конфиденциальность и неоправданно ограничивающие права лиц, стоящих на учете.

Принудительное лечение наркотической зависимости

Согласно *Закону о наркологической помощи*, люди могут быть неотложно госпитализированы в наркологический стационар (помимо добровольного обращения или направления официальных органов на экспертизу) являются тяжелые психические и соматические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ, обуславливающие: (i) непосредственную опасность лица для себя или окружающих; (ii) беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; (iii) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без наркологической помощи.¹⁰¹⁴

Кроме того, в соответствии с *Законом о принудительном лечении больных алкоголизмом и наркоманиями*,¹⁰¹⁵ люди, больные наркоманией, токсикоманией и алкоголизмом, обязаны проходить лечение в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения. Больные, уклоняющиеся от лечения, подлежат направлению по решению суда в специализированные учреждения для принудительного лечения. В соответствии с этим законом, люди с наркотической зависимостью направляются в специальные учреждения Министерства внутренних дел для принудительного лечения, для прохождения медицинского лечения вместе с трудовой деятельностью.¹⁰¹⁶ Однако по данным, предоставленным национальной экспертной группой, таких специализированных учреждений не существует из-за нехватки финансирования. Принудительное лечение наркотической зависимости вне пенитенциарной системы не применяется, из-за отсутствия материальной базы для проведения такого лечения.

Принудительное лечение наркотической зависимости, однако, существует в отношении лиц, осужденных в связи с совершением уголовного преступления. Как указано выше, при возбуждении уголовного дела, лицо, подозреваемое в потреблении наркотиков, должно быть направлено на наркологическое обследование. В случае, если установлена зависимость от наркотиков, суд выносит решение о проведении принудительного лечения наркотической зависимости во время отбывания наказания в виде лишения свободы.¹⁰¹⁷

Согласно *Уголовному кодексу* Таджикистана, принудительное лечение наркотической зависимости назначается одновременно с наказанием, и является дополнением к тюремному заключению, а не альтернативой тюремному заключению. Следует заметить, что в этом отношении закон Таджикистана не полностью использует преимущество, предоставленное конвенциями ООН по наркотикам, которые однозначно разрешают государствам, подписавшим эти договора, включить в свое внутреннее законодательство *альтернативы* уголовному приговору и лишению свободы за пре-

1012 *Закон о наркологической помощи*, Статья 22: «Наркологические учреждения органов здравоохранения и другие ведомства, имеющие аналогичные учреждения, обязаны совместно с органами внутренних дел сотрудничать при оказании наркологической помощи лицам, страдающим наркологическими заболеваниями, по предотвращению совершения со стороны их действий, угрожающих жизни и здоровью их и окружающих».

1013 *Закон о наркологической помощи*, Статья 21.

1014 *Закон о наркологической помощи*, Статья 9.

1015 *Закон о принудительном лечении больных алкоголизмом и наркоманиями* (12 апреля 1991).

1016 *Там же*.

1017 *Уголовный кодекс*, Статьи 96-101.

ступления, связанные с наркотиками, включая меры по предоставлению лечения.¹⁰¹⁸

Опиоидная заместительная терапия

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) является хорошо изученным и эффективным методом управления и лечения опиоидной зависимости. ОЗТ используется во многих правовых системах и признается ключевым элементом профилактики ВИЧ для лиц потребляющих инъекционные наркотики.¹⁰¹⁹ Международные договоры о наркотиках, ратифицированные Таджикистаном, не препятствуют применению таких медицинских препаратов, как метадон и бупренорфин, как и проведению ОЗТ.¹⁰²⁰ Эти препараты признаны Всемирной организацией здравоохранения, как «необходимые для жизнедеятельности лекарственные средства».¹⁰²¹ Законодательство Таджикистана не запрещает ОЗТ, а скорее однозначно разрешает ее.¹⁰²²

Однако осуществление программ ОЗТ в Таджикистане задерживается. Широкое распространение опиоидной наркомании и рост эпидемии ВИЧ, связанной с инъекционным употреблением наркотиков, требуют принятия неотложных мер в этой сфере, как для защиты здоровья общества, так и с целью реализации международных обязательств Таджикистана в области защиты прав человека, включая обязательство о принятии позитивных мер для обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья.¹⁰²³ Проведение заместительной терапии упоминается как в Приказе Министерства здравоохранения Таджикистана от 2006 г. «*Об усовершенствовании наркологической помощи*»¹⁰²⁴ и в «*Программе по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Таджикистане на период 2007-2010 гг.*»¹⁰²⁵ В 2008 были сделаны положительные шаги в отношении введения двух пилотных программ ОЗТ.¹⁰²⁶ Для максимального использования преимуществ таких программ для здоровья населения, включая профилактику ВИЧ среди людей, потребляющих инъекционные наркотики, необходимо как можно скорее внедрить программы ОЗТ, а после первичного периода оценки, расширить их осуществление, чтобы они не оставались навечно в стадии пилотных проектов.

Профилактика передозировок

Налоксон, опиоидный антагонист, используемый для помощи при передозировках опиоидными наркотиками (включая подавление центральной нервной и респираторной системы), включен Всемирной организацией здравоохранения в список основных лекарственных средств для лечения отравлений.¹⁰²⁷ Препарат налоксон зарегистрирован в Таджикистане и используется в медицинских учреждениях для оказания помощи в случаях передозировки.¹⁰²⁸ Однако он включен в список контролируемых медицинских препаратов и, не может быть выдан на руки людям, потребляющим наркотики, делая невозможным помощь равных консультантов в случаях передозировок (когда один потребитель наркотиков помогает другому в случае передозировки).

1018 *Единая Конвенция о наркотических средствах*, 1961, UN, 520 UNTS 331, поправки внесены 1972 Протоколом, Статья 36(2); *Конвенция о психотропных веществах*, 1971, UN, 1019 UNTS 175, Статья 22; *Конвенция о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ*, 1988, Статья 3(4).

1019 ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС, Совместная позиция: *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*, 2004.

1020 Международная программа ООН по контролю наркотиков (UN International Drug Control Programme - UNDCP), *Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches* [Гибкость положений международных договоров по отношению к программам снижения вреда], Решение 74/10, E/INCB/2002/W.13/SS.5 (30 сентября 2002).

1021 ВОЗ, *Примерный перечень основных лекарственных средств*, регулярно обновляется в сети: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines>.

1022 В статье 9 *Закона о наркологической помощи* упоминается проведение «альтернативной замещающей терапии больным наркоманией».

1023 *Международный пакт о гражданских и политических правах*, Генеральная Ассамблея ООН, 993 UNTS 3 (1966), Статьи 2 и 12.

1024 Министерство здравоохранения Таджикистана, Приказ № 485.

1025 «*Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2007-2010 гг.*», Приказ № 86 (3 марта 2007).

1026 Интервью с Сулхиддином Нидоевым, Директором Национального центра мониторинга и профилактики наркомании, Душанбе, 11 октября 2008 г.

1027 ВОЗ, ВОЗ *Примерный перечень основных лекарственных средств*, регулярно обновляется в сети: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines>.

1028 Применение налоксона регулируется приказом Министерства здравоохранения «Об усовершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан», Приказ № 485 (7 августа 2006).

4В. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ

Первый Закон о профилактике СПИДа в Таджикистане был принят в 1993 г. Он был пересмотрен в 2005 г., когда был принят новый Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу, дополнительно в конце 2008 года закон был изменен и дополнен.¹⁰²⁹ Новый закон содержит ряд важных положений. В частности, закон:

- гарантирует уязвимым группам населения предоставление специфической информации и услуг, направленных на изменение рискованного поведения;¹⁰³⁰
- оговаривает приоритетность профилактики ВИЧ, которая называется одним из приоритетов государственной власти. Действия государства по профилактике должны быть основаны на принципах прав человека;
- закрепляет доступ к анонимному и добровольному тестированию на ВИЧ (хотя законодательство Таджикистана имеет также многочисленные исключения из этого принципа, см. ниже);¹⁰³¹
- относит сведения о результатах тестирования на ВИЧ к разряду служебных тайн, охраняемых законом¹⁰³², и детализирует, что передача информации о состоянии здоровья, без согласия лица возможна только по постановлению суда или по запросу следственных органов;¹⁰³³
- устанавливает, что различные виды квалифицированной медицинской (включая психологическую) и социальной помощи должны быть бесплатными для людей, живущих с ВИЧ/СПИДом;¹⁰³⁴
- запрещает дискриминацию на основе ВИЧ-статуса во всех областях, включая доступ к лечению, в трудовой и образовательной сфере, а также запрещает ограничение прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных;¹⁰³⁵ и
- устанавливает контроль над безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых для медицинских и научных целей.¹⁰³⁶
- оговаривает предоставление информации и проведение просветительной работы в отношении ВИЧ в учреждениях системы исполнения уголовных наказаний;¹⁰³⁷
- закрепляет права заключенных с ВИЧ/СПИДом на соответствующую медицинскую помощь, консультирование и направление в другие службы поддержки в период нахождения в местах лишения свободы или предварительного заключения;
- и гарантирует заключенным и задержанным право на конфиденциальное тестирование на ВИЧ и консультацию на основе информированного согласия;¹⁰³⁸ и
- запрещает дискриминацию заключенных на основе их ВИЧ-положительного статуса.

Одним из положительных моментов изменений и дополнений 2008 года стала отмена депортации ВИЧ положительных иностранных граждан (см. ниже), хотя они все же подлежат обязательному тестированию на ВИЧ.

Ответные меры на распространение ВИЧ среди уязвимых групп населения

Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу непосредственно указывает на необходимость осуществления целенаправленных усилий по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп людей и вовлечение неправительственных организаций в эту работу. В разделе «межотраслевое сотрудничество в противодействии ВИЧ/СПИДу» закон гласит, что учреждения здравоохранения совместно с учреждениями, осуществляющими контроль над незаконным оборотом наркотиков и общественной без-

1029 Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу, № 150 (28 декабря 2005) с поправками внесенными Законом «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Таджикистан «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита», 31 декабря 2008 года, № 476.

1030 Там же, Статья 6.

1031 Там же, Статьи 7-8.

1032 Там же, Статья 11.

1033 Там же, Статья 12.

1034 Там же, Статья 14.

1035 Там же, Статьи 8, 11, 12 и 13.

1036 Там же, Статья 4.

1037 Там же.

1038 Там же, Статья 14-1.

опасностью, в сотрудничестве с общественными организациями должны разрабатывать и осуществлять программы профилактики ВИЧ инфекции для потребителей инъекционных наркотиков и других уязвимых групп.¹⁰³⁹ Центры социально-медицинской помощи и услуг для потребителей наркотиков в городах Душанбе, Ходжент и Хорог функционируют на базе неправительственных организаций. При поддержке Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, в стране было открыто 12 центров (включая, работающие на базе НПО), предлагающих до- тестовое консультирование, презервативы, информацию о ВИЧ и другие информационно-образовательные материалы для секс работников, включая центры.

Принудительное и обязательное тестирование на ВИЧ

Тестирование на ВИЧ может проводиться в государственных и частных медицинских учреждениях, имеющих соответствующие лицензии. В соответствии с действующим законом о ВИЧ, доноры крови, органов или тканей подлежат обязательному конфиденциальному тестированию. Некоторые другие категории людей в зависимости от «эпидемиологических показаний» также могут подлежать принудительному тестированию на ВИЧ.¹⁰⁴⁰ Однако потенциальный негативный эффект этого положения был смягчен поправками в Закон о ВИЧ. Согласно внесенным в 2008 году поправкам, эпидемиологический надзор должен осуществляться «с учетом соблюдения и приоритета прав человека, анонимности тестирования и соблюдения принципов конфиденциальности при его проведении».¹⁰⁴¹

В 2008 г. правительство Таджикистана издало постановление об утверждении Порядка тестирования на ВИЧ, разъясняющего протоколы проведения тестирования и определяющего группы людей, подлежащих обязательному тестированию на ВИЧ.¹⁰⁴² Данный документ утверждает порядок проведения процедуры по получению информированного согласия на тестирование на ВИЧ; право отказаться от тестирования на любой стадии; и списки людей и профессий, подлежащих обязательным регулярным медицинским осмотрам и обязательному тестированию. Протокол содержит такой прогрессивный элемент, как обеспечение бесплатного анонимного тестирования на ВИЧ и заявление о том, что беременные женщины должны дать добровольное согласие на тестирование.¹⁰⁴³ Кроме того, всем государственным и частным структурам запрещается требовать предъявление медицинской справки о ВИЧ статусе (кроме случаев, оговоренных в протоколе).¹⁰⁴⁴

Однако в пункте, касающемся обязательного тестирования на ВИЧ, действующего законодательства Таджикистана, остаются вопросы, вызывающие серьезную озабоченность. Согласно Порядку, принятому в 2008 г., люди с симптомами ВИЧ или СПИДа или симптомами заболеваний, связанных с ВИЧ/СПИДом, могут подлежать тестированию без их согласия.¹⁰⁴⁵ В приложении к протоколу говорится, что эти группы включают следующих пациентов:

- больные с клиническими показаниями, связанными с ВИЧ/СПИДом (температура, диарея, потеря веса и т.д.);
- больные с подозрением или подтвержденным диагнозом, связанным с определенными заболеваниями (например, саркома Капоши, туберкулез, гепатит В и С. и т.д.);
- больные, систематически получающие переливание крови и ее препаратов;
- реципиенты крови, плазмы, других биологических жидкостей и тканей;
- дети, рожденные от матерей, живущих с ВИЧ.¹⁰⁴⁶

Кроме того, обязательному конфиденциальному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-

1039 Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу, Статья 23.

1040 Там же, Статья 9.

1041 Там же, Статья 4.

1042 Правительство Таджикистана, "Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования с целью выявления заражения вирусом иммунодефицита человека, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними и Списка лиц, подлежащих обязательному конфиденциальному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию по эпидемиологическим показаниям], Резолюция № 171 (1 апреля 2008).

1043 Там же, параграф 7.

1044 Там же, параграф 30.

1045 Там же, параграф 8.

1046 Там же, Приложение 5, Список лиц, подлежащих обязательному медицинскому обследованию на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека.

инфекцию подлежат отдельные лица по «эпидемиологическим показаниям», при поступлении на работу, и при проведении медицинских осмотров.¹⁰⁴⁷ Приложение 3 Порядка приводит перечень специальностей и должностей, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ при приеме на работу и в рамках регулярных медицинских осмотров:

- врачи, средний и младший медицинский персонал центров СПИДа и других медицинских учреждений, работающие с людьми, живущими с ВИЧ, и сотрудники, проводящие судебно-медицинскую экспертизу;
- медицинский персонал медицинских лабораторий, в которых проводится тестирование на ВИЧ;
- медицинские работники, работающие с кровью, например хирурги, акушер-гинекологи, акушерки, персонал стоматологических, гематологических отделений; и
- специалисты по татуажу.¹⁰⁴⁸

В случае выявления ВИЧ у работников некоторых профессий и должностей, эти лица подлежат переводу на другую работу. Отказ данной категории лиц от прохождения тестирования на ВИЧ ведет к их увольнению с работы. В приложении 4 Порядка приводится перечень специальностей и должностей, на которых не допускается использование труда лиц, носителей ВИЧ и больных СПИДом:

- оперирующие хирурги всех специальностей, акушеры-гинекологи, специалисты службы переливания крови, и другие специалисты, непосредственно работающие с кровью; и
- специалисты инфекционных больниц и отделений, где имеется реальная угроза развития оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных работников (например, туберкулез).¹⁰⁴⁹

В 2008 году в Закон о ВИЧ было добавлено положение, непосредственно закрепляющее, что обязательное медицинское освидетельствование проводится конфиденциально.¹⁰⁵⁰ Люди, живущие с ВИЧ и СПИДом, подлежат медицинскому учету, наблюдению и регистрации.¹⁰⁵¹ Наблюдение осуществляется на базе центров СПИДа и местных медицинских учреждений, не реже 1 раза в 6 месяцев.¹⁰⁵² Эпидемиологический надзор осуществляется с «учетом соблюдения и приоритета прав человека, анонимности тестирования и соблюдения принципов конфиденциальности при его проведении».¹⁰⁵³

Иностранцы граждане, въезжающие в Таджикистан для работы, учебы, постоянного жительства или других целей на срок, превышающий три месяца, должны в соответствии с законом проходить тестирование на ВИЧ в течение 10 дней со дня въезда в страну (если у них нет справки об отсутствии ВИЧ инфекции). До 2008 года, если у иностранных граждан или лиц без гражданства, был обнаружен ВИЧ, они подлежали депортации. В 2008 г. это положение закона было отменено, при сохранении обязательного тестирования на ВИЧ.¹⁰⁵⁴

Принудительное лечение ВИЧ и других болезней и обязанность следовать медицинским инструкциям

Закон об охране здоровья населения Таджикистана устанавливает обязанность для всех без исключения, соблюдать медицинские предписания, назначенные врачом.¹⁰⁵⁵ Кроме того, для предупреждения инфекционных заболеваний граждане обязаны выполнять предписания о проведении флюорографии, иммунизации и медицинских осмотров в сроки, установленные органами здравоохранения. Невыполнение этих предписаний и назначений лечащего врача квалифицируется как уклонение от лечения и влечет ответственность пациента (в случае несовершеннолетних к ответственности привлекаются родители или законные представители).

1047 Там же, параграф 9.

1048 Там же, Приложение 3, Перечень специальностей и должностей, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию.

1049 Там же, Приложение 4, Перечень специальностей и должностей, на которых не допускается использование труда лиц, носителей ВИЧ и больных СПИДом.

1050 Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу, Статья 7.

1051 Правительство Таджикистана, Резолюция № 171, параграф 31.

1052 Там же, параграф 35.

1053 Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу, Статья 4.

1054 Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу, Статья 9.

1055 Закон об охране здоровья населения, Закон № 419 (15 мая 1997), Статья 40.

Закон об охране здоровья населения рассматривает также вопрос о ряде конкретных заболеваний, вызывающих у законодателя особую озабоченность. Люди с туберкулезом, лепрой, СПИДом, венерическими заболеваниями и другими опасными заболеваниями (которые далее не детализируются), обязаны проходить обследование и лечение по требованию медицинских учреждений. Лица, уклоняющиеся от обследования и лечения, подлежат принудительному приводу, освидетельствованию и лечению.¹⁰⁵⁶ В случае уклонения лица от добровольного лечения допускается применение принудительных мер.¹⁰⁵⁷ Однако эти положения противоречат другим положениям *Закона об охране здоровья населения*, согласно которым, за исключением беременных женщин и несовершеннолетних, люди имеют право отказаться от обследования и лечения (в письменном виде) на любом этапе.¹⁰⁵⁸ (Люди, не посещающие обследование или уклоняющиеся от лечения или лица, являющиеся источником распространения венерических болезней или ВИЧ, могут быть привлечены к уголовной ответственности¹⁰⁵⁹).

Несмотря на эти ограничительные положения, закон Таджикистана положительно отличается от соответствующих законов соседних стран, кроме одного пункта *Закона об охране здоровья населения*, о котором говорилось выше. В законодательстве Таджикистана нет отдельного определения и списка «социально опасных болезней», которые обычно включают ВИЧ и иногда наркотическую зависимость. Некоторые страны региона имеют такие списки в своих законодательствах и используют их, как основу для (дальнейших) неоправданных ограничений прав людей, имеющих указанные заболевания.

Права пациентов, включая право на конфиденциальность

Права пациентов в Таджикистане оговариваются в *Законе об охране здоровья населения*, который гласит: что пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских и других работников, оказывающих медицинские услуги; право выбирать лечащего врача; право на присутствие юриста или другого законного представителя для защиты его или ее прав.¹⁰⁶⁰ Однако этот список не затрагивает такие вопросы, как право участвовать в выборе лечения или право на защиту конфиденциальности личной информации о состоянии здоровья.

Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу также отдельно определяет права пациентов с ВИЧ/СПИДом. Кроме запрещения медицинским учреждениям и службам неотложной помощи отказывать пациентам, больным ВИЧ/СПИДом, в оказании услуг, закон также признает:

- право получать различные виды медицинской помощи (включая специальный уход) и лекарства;
- право на конфиденциальность медицинской информации, если состояние пациента и его/ее жизнь и работа не создают опасности передачи ВИЧ инфекции другим людям;
- право на компенсацию ущерба в результате разглашения конфиденциальной информации о ВИЧ-инфекции;
- на защиту от дискриминации, в том числе при доступе к лечению; и
- на активное участие при определении целей лечения, включая время и способ лечения, а также его прекращение.¹⁰⁶¹

1056 Закон об охране здоровья населения, Статья 42.

1057 Закон об охране здоровья населения, Статья 67.

1058 Закон об охране здоровья населения, Статья 30. Лишение права женщины отказаться от обследования или лечения во время беременности вызывает серьезную озабоченность с точки зрения прав человека (например, право женщины на неприкосновенность личной жизни, телесную неприкосновенность и равенство); и должно послужить основанием для внесения поправки в законодательство. В то же время, ограничения такого права для несовершеннолетних могут быть признаны оправданными, так как они могут не обладать необходимыми юридическими знаниями и способностью принимать решения (в отличие от взрослых беременных женщин). Следует упомянуть, что некоторые правовые системы учитывают, что некоторые «зрелые несовершеннолетние» могут принимать собственные решения относительно медицинских процедур и, что независимость таких несовершеннолетних в этом вопросе должна признаваться; необходимо рассмотреть вопрос о законодательной реформе с целью внесения изменений, отражающих эти положения.

1059 Статья 125 Уголовного кодекса гласит, что заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией, наказывается ограничением свободы на срок до трех лет либо лишением свободы на срок до двух лет. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о своем ВИЧ-статусе, наказывается лишением свободы сроком от двух до пяти лет. Статья 126 Уголовного кодекса предусматривает штраф или общественные работы на срок от одного до двух лет или содержание под арестом до двух месяцев за заражение другого лица венерической болезнью.

1060 Закон об охране здоровья населения, Статья 31.

1061 Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу, Статья 12, с поправками от 2008 года.

В Таджикистане разглашение «врачебной тайны» считается уголовным преступлением, которое наказывается штрафом в размере от двухсот до пятисот минимальных размеров заработной платы и/или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет.¹⁰⁶² Эта же статья *Уголовного кодекса* устанавливает еще более серьезное наказание за нарушение конфиденциальности информации о пациентах, живущих с ВИЧ, которое может наказываться лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на такой же срок. Если разглашение врачебной тайны повлекло тяжелые последствия, наказание может быть ужесточено до лишения свободы на срок от двух до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.¹⁰⁶³

Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу однозначно утверждает, что информация о ВИЧ статусе пациентов или диагнозе СПИД является врачебной тайной, охраняемой законом.¹⁰⁶⁴ Передача информации о состоянии здоровья лиц больных подобными заболеваниями, без их согласия возможна только по постановлению суда или по запросу следственных органов. Каждый центр СПИДа имеет свою базу данных о ВИЧ-инфицированных пациентах, с которыми эти центры поддерживают контакт. Общая база данных хранится в Республиканском центре СПИДа. Доступ к общей базе данных имеют только руководители центров. Никакие другие организации или отдельные лица не имеют законного доступа к этой базе данных.

1062 *Уголовный кодекс*, Статья 145.

1063 *Уголовный кодекс*, Статья 145(2), поправки внесены Законом № 35 (17 мая 2004).

1064 *Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу*, Статья 11.

5. ТЮРЬМЫ

Система исправительных учреждений Таджикистана

Система исправительных учреждений Таджикистана относится к сфере компетенции Министерства юстиции страны. В 2007 г. эта система включала 19 учреждений: одну тюрьму; пять следственных изоляторов; три колонии «строгого режима» (для мужчин); две колонии «усиленного режима» (для мужчин); одну колонию «общего режима» (для мужчин); одно учреждение для женщин (включающее все уровни режимов); три колонии поселения (с наименее строгим режимом, чем в других колониях); больницу и одно учреждение для бывших сотрудников правоохранительных органов (все режимы кроме тюремного).

Согласно данным экспертной группы, в 2007 г. в исправительных учреждениях Таджикистана содержалось 2,328 заключенных, отбывающих наказание за преступления, связанные с наркотиками. Это примерно одна треть всех заключенных, содержащихся в исправительных учреждениях. В зависимости от тяжести преступления, осужденные могут быть приговорены к отбыванию срока в учреждениях «строгого режима» или в учреждениях «усиленного режима»; наименьший процент лиц приговаривается к отбыванию срока в учреждениях «общего режима» или в специальных учреждениях для бывших сотрудников правоохранительных органов.¹⁰⁶⁵ В случае менее серьезных преступлений, отбывание наказания может быть назначено в колонии поселения или к отбыванию условно-досрочного наказания.¹⁰⁶⁶ Национальная экспертная группа Таджикистана отмечает, что исправительная система страны не ведет учета людей, освобожденных условно, или получивших наказание не связанное с лишением свободы за преступления, связанные с наркотиками.

В некоторых случаях *Уголовный кодекс* обеспечивает освобождение от наказания в связи с болезнью, или наказание может быть заменено более мягким.¹⁰⁶⁷ В соответствии с совместным указом Министерства юстиции и Министерства здравоохранения, ВИЧ-инфицированные люди в стадии вторичного заболевания и заключенные, имеющие злокачественные опухоли или заболевания центральной нервной системы, могут быть освобождены от дальнейшего отбывания наказания.¹⁰⁶⁸ По причине болезни человека, суд может отсрочить исполнение приговора.¹⁰⁶⁹ В определенных случаях, лицо может быть освобождено от отбывания части наказания условно-досрочно.¹⁰⁷⁰

ВИЧ-инфекция и рискованное поведение в тюрьмах Таджикистана

В Таджикистане, как и других странах мира, заключенные являются одной из наиболее уязвимых групп в отношении ВИЧ-инфекции. Имеются данные, свидетельствующие о том, что в тюрьмах Таджикистана, имеет место деятельность, связанная с риском распространения ВИЧ. Например, по данным ЮНОДС, более одной трети заключенных до заключения в тюрьму имели опыт употребления инъекционных наркотиков.¹⁰⁷¹ Таблица показывает количество заключенных в исправительных учреждениях Таджикистана, имеющих ВИЧ инфекцию или туберкулез.

	2003	2004	2005	2006	2007
ВИЧ	52	92	115	128	129
Туберкулез	1800	1760	919	929	752

1065 Согласно информации экспертной группы Республики Таджикистан, общее число лиц, отбывающих наказание за преступления, связанные с наркотиками в 2007 г. распределялось следующим образом: в учреждениях строгого режима содержалось 1,528 заключенных; в учреждениях усиленного режима – 778; в учреждениях общего режима – 22; и в специальных учреждениях для бывших сотрудников правоохранительных органов содержалось 103 заключенных.

1066 *Уголовно-процессуальный кодекс Республики Таджикистан* (17 августа 1961, последние поправки были внесены 20 марта 2008).

1067 *Уголовный кодекс*, Статья 79.

1068 Министерство юстиции и Министерство здравоохранения, "Об освобождении от отбывания наказания осужденных к лишению свободы по болезни", Совместный приказ № 122/148 и № 578, 20-21 ноября 2007.

1069 *Уголовно-процессуальный кодекс Республики Таджикистан* (17 августа 1961, последние поправки были внесены 20 марта 2008), Статья 365.

1070 *Уголовный кодекс*, Статья 79.

1071 ЮНОДС, *Региональное исследование о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе; Центральная Азия: Киргизская Республика, Республика Таджикистан и Узбекистан*. Региональный отчет, 2007, стр. 52.

Профилактика ВИЧ в тюрьмах

Стратегический план Таджикистана по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа на период 2004-2010 гг. в частности, признает необходимость «профилактики ВИЧ-инфекции среди заключенных».¹⁰⁷² Согласно Стратегическому плану Министерства здравоохранения и информации, предоставленной национальной экспертной группой, ни одно из исправительных учреждений страны не имеет комплексных программ по профилактике ВИЧ и ИППП. В настоящее время меры по профилактике ВИЧ в следственных изоляторах и исправительных учреждениях включают учебные семинары для заключенных и распространение презервативов и информационных материалов. Национальная экспертная группа сообщает, что в тюрьмах распределяются (хотя и в недостаточном количестве) средства личной гигиены, включая бритвенные принадлежности, дезинфицирующие растворы и стерильный медицинский инструментарий, который предоставляется в пунктах первой помощи.

Однако отчет национальной экспертной группы вызывает также и озабоченность. Заключенные тюрем не имеют адекватного доступа к информационным материалам и к обучению по принципу «равный-равному». В тюрьмах отсутствуют программы опиоидной заместительной терапии и реабилитационные программы, поддерживающие мотивацию для полного отказа от употребления наркотиков. Уровень интеграции служб общественного здравоохранения и медицинских служб системы исполнения наказаний на довольно низком уровне, а доступ к презервативам, средствам дезинфекции и лечению заключенных в связи с ИППП или ВИЧ остается неудовлетворительным.

В оставшийся период до 2010 г. Министерство здравоохранения Таджикистана планирует значительно усовершенствовать программы профилактики ВИЧ-инфекции во всех исправительных учреждениях страны. Как отмечается в Стратегическом плане Министерства, для этого потребуются: увеличить охват заключенных, вовлеченных в профилактические мероприятия; усилить работу по распространению презервативов, средств дезинфекции и информационных материалов; ввести программы обучения по принципу «равный-равному»; улучшить доступ к лечению ИППП; ввести заместительную терапию в некоторых учреждениях и открыть пилотные программы по обмену шприцев и игл.

Медицинские услуги в тюрьмах

Медицинский отдел системы исправительных учреждений Министерства юстиции Таджикистана отвечает за оказание медицинских услуг в исправительных учреждениях и в местах предварительного заключения. Медицинский отдел предоставляет лечение и уход за людьми, живущими с ВИЧ, гепатитом и туберкулезом, включая антиретровирусную терапию (АРВ), добровольное тестирование на ВИЧ и консультирование. Однако по сообщению национальной экспертной группы, медицинские учреждения в отделениях предварительного заключения и исправительных учреждениях недостаточно оснащены медицинскими принадлежностями и лекарствами. Согласно *Кодексу исполнения уголовных наказаний* Таджикистана¹⁰⁷³ осужденные имеют право обратиться за консультацией и лечением в систему платных медицинских услуг. Оплата таких услуг и приобретение необходимых лекарств оплачивается из средств самого осужденного или его родственников.

Как было отмечено выше, *Уголовный кодекс* Таджикистана предусматривает принудительное лечение людей с наркотической зависимостью в учреждениях исполнения наказаний одновременно с отбыванием наказания.¹⁰⁷⁴ Как и в других странах региона, законодательство Таджикистана не предусматривает направление на лечение наркотической зависимости наркозависимых осужденных *вместо* осуждения и лишения свободы (несмотря на то, что предоставление лечения в качестве альтернативы лишению свободы разрешено договорами ООН по контролю над наркотиками). Согласно информации национальной экспертной группы, лечение наркотической зависимости в

1072 "Стратегическая программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в учреждениях системы Министерства здравоохранения Республики Таджикистан на период 2004-2010 гг.", 2004, Пункт 3.5. Как было отмечено выше, национальная "Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2007-2010 гг." также включает профилактику ВИЧ инфекции среди заключенных.

1073 *Кодекс исполнения уголовных наказаний Республики Таджикистан*, (6 августа 2001, последние поправки внесены 20 марта 2008), Статья 105 (3).

1074 *Уголовный кодекс Республики Таджикистан*, Статьи 96-101.

пенитенциарной системе Таджикистана является ограниченным и заключается только в проведении детоксикации. Согласно *Кодексу исполнения уголовных наказаний Таджикистана*, содержание и лечение заключенных с хроническим алкоголизмом и зависимостью от наркотиков организовано в специальных медицинских исправительных учреждениях.¹⁰⁷⁵

Таджикистан является единственной страной из участвовавших в проекте, включившей упоминание о предоставлении медицинских услуг в связи с ВИЧ заключенным в национальный закон о ВИЧ/СПИДе.¹⁰⁷⁶ ВИЧ-положительные заключенные имеют право на получение соответствующей медицинской помощи, консультирование и направление в другие службы поддержки в период нахождения в местах лишения свободы или предварительного заключения. Закон провозглашает право заключенных на конфиденциальное тестирование и консультирование на основе информированного согласия. Информация о состоянии здоровья должна содержаться в документах, доступных только для медицинского персонала, и подлежит раскрытию только с согласия заключенного или при необходимости обеспечения безопасности других заключенных и тюремного персонала. Закон также запрещает дискриминацию заключенных на основе их ВИЧ-статуса.¹⁰⁷⁷

Однако, национальная экспертная группа все же с озабоченностью отмечает, что в уголовно-исполнительной системе Таджикистана существуют ограничения прав людей, живущих с ВИЧ, и наркозависимых заключенных.

- Например, согласно *Кодексу исполнения уголовных наказаний Таджикистана*, заключенные с ВИЧ должны содержаться отдельно от здоровых осужденных и от других осужденных, больных другими инфекционными заболеваниями,¹⁰⁷⁸ несмотря на то, что ВИЧ инфекция не передается бытовым путем. Согласно предоставленной информации, это положение не выполняется, однако само его существование является дискриминационным и рекомендуется к отмене. (По сообщению национальных экспертов, заключенные больные туберкулезом содержатся отдельно).
- При транспортировке и перемещении осужденных из одного места отбывания наказания в другое, больные туберкулезом, лица, не прошедшие полный курс лечения от венерической болезни, ВИЧ-инфицированные, а также страдающие психическим расстройством, не исключаяющим вменяемости, перемещаются отдельно и отдельно от здоровых осужденных.¹⁰⁷⁹
- Согласно *Кодексу исполнения уголовных наказаний*, после того как положительно характеризующиеся осужденные отбыли половину или одну треть срока (в зависимости от обстоятельств), они могут быть переведены в другое исправительное учреждение с менее строгим режимом содержания для отбывания оставшегося срока наказания.¹⁰⁸⁰ Однако некоторые заключенные не подлежат такому переводу, включая тех, кто не прошедшие курса обязательного лечения и осужденные, требующие специального лечения в медицинских учреждениях закрытого типа.¹⁰⁸¹
- Осужденным в исправительных колониях, «твердо вставших на путь исправления», и осужденных, оставленных для работы по хозяйственному обслуживанию, по отбытии части срока может быть разрешено передвижение за пределы исправительного учреждения без конвоя или сопровождения. Осужденные, которые продемонстрировали примерное поведение, и заключенные, работа которых связана с выходом за пределы исправительного учреждения, могут быть размещены в общежитии за пределами исправительного учреждения (в границах, установленных администраций исправительного учреждения по согласованию с

1075 *Кодекс исполнения уголовных наказаний Республики Таджикистан*, (6 августа 2001), Статья 105 и правила внутреннего распорядка исправительных учреждений.

1076 Закон Республики Таджикистан «О противодействии ВИЧ/СПИДу», Статья 14-1.

1077 Там же.

1078 *Кодекс исполнения уголовных наказаний Кодекс Республики Таджикистан*, Статья 78.

1079 Там же, Статья 74.

1080 Там же, Статья 80.

1081 Там же, Статья 80(3).

органом местного самоуправления). Это положение не распространяется на осужденных не прошедших полного курса лечения от алкоголизма, наркомании, токсикомании, туберкулеза или венерического заболевания, а также ВИЧ-инфицированных.¹⁰⁸²

Вместо того чтобы опираясь на оценку каждого конкретного случая определять обоснованность этих ограничений, вышеуказанные положения фактически регулярно и необоснованно дискриминируют все категории людей на основе состояния их здоровья. Эти ограничения необходимо отменить.

6. ДИСКРИМИНАЦИЯ И ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВ

Конституция Республики Таджикистан содержит общую норму, запрещающую дискриминацию и признающую, что государство гарантирует своим гражданам равные права независимо от национальности, пола, языка, вероисповедания, политических убеждений, образования, социального или имущественного положения.¹⁰⁸³ Законодательство фактически запрещает дискриминацию на основе ВИЧ статуса и наркотической зависимости. *Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу* запрещает «увольнение с работы, отказ в приеме на работу, в образовательные учреждения и учреждения, предоставляющие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ инфекции, равно, как и ограничение жилищных прав и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных». Запрещается дискриминация на основе ВИЧ статуса. Незаконным является совершение любого публичного акта с целью разжигания ненависти и распространение презрительного отношения к лицу или группе лиц на основании фактического или предполагаемого ВИЧ статуса. Любое ограничение прав и свобод людей, зараженных вирусом иммунодефицита человека и синдромом приобретенного иммунодефицита, должно быть оправдано только с целью обеспечения общественного здоровья, прав и свобод других.¹⁰⁸⁴ Это внесенное в 2008 году положение, несомненно, делает Таджикистан первой страной, среди участвующих в проекте, запретившей дискриминацию как на основе действительного, так и предполагаемого, ВИЧ-положительного статуса.

Закон о наркологической помощи провозглашает, что ограничение прав лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, не допускается, за исключением случаев, предусмотренных национальным законодательством.¹⁰⁸⁵

Однако в реальной жизни ситуация несколько другая. Как отмечает экспертная группа, несмотря на эти запрещения, дискриминация на основании ВИЧ-статуса и потребления наркотиков, является довольно распространенной. Кроме того, существует несколько законодательных и политических мер, которые неоправданно дискриминируют людей, живущих с ВИЧ и уязвимые группы населения, включая людей, потребляющих наркотики:

- Например, выше уже говорилось о существовании ущемляющих права человека неоправданных процедурах и практиках, которые требуют проведения обязательного тестирования на наркотики и наличие ВИЧ-инфекции.
- Требование о тестировании на ВИЧ, как условия приема на работу, редко бывает оправданным, тем не менее, это требование присутствует в законодательстве Таджикистана и является обязательным для некоторых лиц. Неправильно предполагать, что работник не способен выполнять определенные обязанности и работы, только на основании его ВИЧ-статуса. Таким образом, безоговорочный запрет занятия определенными профессиями и работами для людей с ВИЧ, является неоправданной дискриминацией. Решение о профессиональной пригодности должно приниматься на индивидуальной основе, а не основываться на статусе ВИЧ. Международные руководящие принципы устанавливают, что:

Из права на труд вытекает право каждого человека на трудоустройство без каких-либо предварительных условий, кроме необходимых профессиональных качеств. Это право нарушается, когда от подавшего заявление о приеме на работу или работника требуют обязательного прохождения тестирования на ВИЧ и при позитивном результате отказывают ему в приеме на работу или увольняют, либо отказывают в праве на получение предусмотренных для наемных работников пособий. Государствам следует принять меры к обеспечению того, чтобы лицам, живущим с ВИЧ, разрешалось работать в течение всего периода, пока они в состоянии выполнять функциональные обязанности на рабочем месте. Позднее, как и в случае

1083 Конституция Республики Таджикистан, Статья 17.

1084 Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу, Статья 13 (с поправками 2008 года).

1085 Закон о наркологической помощи, Статья 8.

1082 Там же, Статьи 99-100.

любой другой болезни, им следует предоставлять разумные льготы, с тем, чтобы они могли продолжать работать максимально долго, а когда продолжение работы станет невозможным, - выплачивать им на равных основаниях предусмотренные пособия по болезни и инвалидности. К подающему заявление о приеме на работу или работнику не должно предъявляться требование о предоставлении работодателю информации относительно его инфицированности ВИЧ, как не должно оно предъявляться и в качестве условия выплаты работникам компенсаций, пенсий и страховых платежей при болезни. Обязательства государства предотвращать любые формы дискриминации на рабочих местах, в том числе на основании ВИЧ, следует распространить на частный сектор.¹⁰⁸⁶

- Кроме того, существует список определенных профессий и видов деятельности, относящихся к области высокого риска, доступ к которым может быть ограничен для некоторых людей по причине потребления ими наркотиков, без рассмотрения индивидуального случая. Например, диагноз о наркотической зависимости может служить основанием для автоматического отказа в праве получения водительских прав. Кроме того, людям с наркотической зависимостью запрещено заниматься определенными видами деятельности, относящимися к сфере повышенного риска.
- По закону Таджикистана ВИЧ-позитивный статус и наркотическая зависимость могут также влиять на семейные права и обязанности. Согласно Постановлению правительства Таджикистана, ВИЧ и наркотическая зависимость включены в список болезней, которые могут быть основанием для отказа в усыновлении.¹⁰⁸⁷ Кроме того, согласно *Семейному кодексу* Таджикистана, один или оба родителя ребенка могут быть лишены родительских прав на следующих основаниях: уклонение от исполнения родительских обязанностей; насилие против ребенка или ненадлежащее обращение; хронический алкоголизм или наркомания.¹⁰⁸⁸ Таким образом, диагноз алкоголизм или наркомания автоматически приравнивается к пренебрежению родительскими правами и плохому обращению с ребенком, означающее, что родители могут быть лишены родительских прав единственно на основании такого диагноза без доказательств плохого обращения или риска плохого обращения с детьми. Семейный кодекс Таджикистана также освобождает людей от обязанности содержать своего нетрудоспособного супруга или супругу, если нетрудоспособность этого человека является результатом злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами.¹⁰⁸⁹ Если один из будущих супругов скрыл от другого, что он или она имеют заболевание, передающееся половым путем или СПИД, его супруг или супруга имеют право требовать признания брака недействительным.¹⁰⁹⁰ Не допускается заключение брака лицами, из которых хотя бы одно признано судом ограниченно дееспособным вследствие злоупотребления спиртными или наркотическими веществами.¹⁰⁹¹

Согласно установившимся международным принципам прав человека, ограничение или отступление от прав человека может быть оправданно только в соответствии с четко определенными нормами.¹⁰⁹² Одним из ключевых принципов является отсутствие дискриминации, в том числе по признаку состояния здоровья. Ограничение определенных прав или лишение льгот целого класса людей лишь на основании состояния их здоровья (например, ВИЧ-положительный статус или

1086 ЮНЭЙДС/УВКПЧ, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, параграф 149.

1087 Постановление Правительства Республики Таджикистан "Об утверждении перечня заболеваний, при которых невозможно усыновление детей или попечительство над ними", Постановление № 406 (1 октября 2004). В этот список входят наркотическая зависимость, ВИЧ, туберкулез и онкологические заболевания.

1088 *Семейный кодекс Республики Таджикистан* (в редакции закона от 29 апреля 2006 года № 183, с поправками от 20 марта 2008 года), Статья 69.

1089 *Семейный кодекс Республики Таджикистан*, Статья 93.

1090 *Семейный кодекс Республики Таджикистан*, Статья 15(3).

1091 Суд может признать лицо ограниченно дееспособным, или лишить лицо дееспособности. Признание лица ограниченно дееспособным происходит по обращению родственников или государственных органов, если лицо вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит себя или свою семью в тяжелое материальное положение (*Гражданский кодекс Таджикистана*, в редакции Закона от 1 марта 2005 года № 85, Статья 31).

1092 Экономический и социальный совет ООН, *Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах*, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Приложение (1985).

наркологическая зависимость) может быть оправданно только в очень редких случаях. Вопрос о дискриминации в сфере трудоустройства или о лишении родительских прав должен решаться отдельно в каждом конкретном случае и после оценки индивидуальных обстоятельств: решение этого вопроса не должно базироваться на неточных и обобщенных предположениях о способности того или иного лица выполнять свои служебные или родительские обязанности, основываясь на состоянии здоровья.

7. РЕКОМЕНДАЦИИ

Рекомендации, приведенные ниже, направлены на решение вопросов выявленных национальной экспертной группой Таджикистана и техническими советниками проекта. Национальные эксперты также подготовили проект целого ряда конкретных поправок к *Закону о противодействии ВИЧ/СПИДу* в Республике Таджикистан и предлагают утвердить эти поправки; ниже в Приложении эти поправки приведены в варианте, разработанном национальной экспертной группой.¹⁰⁹³

Национальные программы и стратегии

Рекомендация 1: Обеспечить вовлечение уязвимых групп в процесс принятия решений

Для того чтобы обеспечить всесторонний подход, более широкое вовлечение общественности и повышение эффективности национальных Программ и Стратегии по ВИЧ/СПИДу и наркотикам, они должны однозначно гарантировать:

- внимание к вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, ухода, лечения и поддержки уязвимых групп, включая людей, потребляющих наркотики, и заключенных; и
- вовлечение неправительственных организаций, людей живущих с ВИЧ, людей, потребляющих наркотики, и членов других уязвимых групп в эту работу.

Вопросы, касающиеся административного и уголовного права

Рекомендация 2: Отменить ненужное и не действующее положение, запрещающее потребления наркотиков

Как отмечено выше, *Закон о наркотиках, психотропных веществах и прекурсорах* (Статья 15) в настоящее время устанавливает запрещение на потребление наркотических веществ без рецепта врача, однако законодательство не предусматривает наказание за потребление. Это положение не служит никакой цели, но оно стигматизирует людей, зависящих от наркотиков - Статью 15 Закона рекомендуется отменить.

Рекомендация 3: Смягчить санкции за хранение мелких размеров наркотических веществ без цели сбыта

Как отмечено выше, в рамках *Кодекса об административных правонарушениях* (Статья 42), в случае хранения размеров менее «мелких» количеств (например, до 0.5 г героина), определенным законодательством без цели сбыта влечет за собой административную ответственность и наказывается штрафом. В этом отношении законодательство Таджикистана показывает положительный пример, исключая уголовное преследование при хранении незначительных размеров наркотиков без цели сбыта. Однако во многих случаях законодательство Таджикистана все еще устанавливает довольно суровое наказание за хранение наркотиков даже без цели сбыта. В слу-

¹⁰⁹³ Во многих случаях формулировка предлагаемых поправок законодательства является адаптацией положений, взятых из модельного закона «Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе», (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006). Документ размещен в сети на английском (www.aidslaw.ca/modellaw) и на русском (www.aidslaw.ca/modellaw-ru) языках. Данная публикация, состоящая из 8 модулей, посвященных различным вопросам, служила основным справочным документом для ЮНОДС, национальной экспертных групп и технических советников проекта в ходе рассмотрения и оценки национального законодательства стран, участвующих в проекте. В соответствующих случаях нижеприведенные ссылки относятся к конкретным модулям из этого источника; сопровождающий текст и комментарии к ссылкам, которые можно найти в этих модулях, могут оказаться полезными для законодателей и лиц, ответственных за формирование политики, при реализации данных рекомендаций.

чаях с «мелкими» размером (0,5 – 10 г. героина) первое преступление может повлечь лишь наложение штрафа, но также может повлечь наказание в виде лишения свободы сроком до двух лет. В случаях с *небольшими* количествами (10 – 100 г. героина) наказание за первое преступление может быть от двух до пяти лет лишения свободы. Наказание за повторное деяние, группой лиц по предварительному сговору, в местах отбывания наказания в виде лишения свободы, минимальное наказание составляет от пяти до восьми лет лишения свободы, с возможной конфискацией имущества - даже если это были «мелкие» или «небольшие» размеры наркотика. Учитывая, что зависимость от наркотиков является хроническим рецидивным состоянием, криминализация повторного хранения даже мелких и небольших количеств запрещенных наркотиков и даже без цели сбыта делает из наркозависимых людей преступников. Правительство Таджикистана должно полностью отменить уголовное наказание за хранение мелких количеств наркотиков без цели сбыта. Это можно сделать путем принятия следующего положения в *Уголовный кодекс* (и *Административный кодекс*, если будет принято решение об отмене административного наказания за хранение мелких количеств без цели сбыта):¹⁰⁹⁴

Декриминализация [или депенализация] хранения контролируемых веществ без цели сбыта

Потребление и хранение контролируемых веществ в небольших количествах без цели сбыта не влечет за собой уголовного наказания [административного наказания].

Рекомендация 4: Создать четкую законодательную базу для программ по обмену игл и шприцев

С целью поддержки эффективной профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих инъекционные наркотики, и для защиты общественного здоровья в широком смысле, национальная экспертная группа рекомендует создание четкой законодательной базы для программ по обмену игл и шприцев, включая утилизацию использованных шприцев. В действующий *Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу* или в другие соответствующие законы можно ввести следующие законоположения:¹⁰⁹⁵

Программы предоставления стерильных шприцев

1. «Программа обеспечения стерильными шприцами» - означает программу, которая обеспечивает доступ к стерильным шприцам и другим материалам, предоставляет информацию о передаче и распространении ВИЧ и других, переносимых с кровью патогенов или направляет в учреждения, оказывающие услуги по лечению наркотической зависимости. Это определение включает программу обмена игл, программу раздачи шприцев и другие формы распространения стерильных шприцев.
2. Штат программ обеспечения стерильными шприцами может предоставлять следующие материалы и услуги:
 - а) стерильные шприцы, иглы и другие средства для безопасного внутривенного употребления наркотиков, включая ампулы со стерильной водой, тампоны, фильтры, безопасные препараты кислот, ложки и чашки и другие соответствующие материалы;
 - б) материалы для безопасного курения и ингаляции наркотиков, например, трубки, мундштуки, металлические сита, спиртовые салфетки и бальзам для губ;
 - в) презервативы и другие средства безопасного секса, например, смазочный материал на водной основе и зубные прокладки, а также информацию о снижении риска заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем; и

¹⁰⁹⁴ См. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 1: Вопросы уголовного права, стр. 18-21.

¹⁰⁹⁵ См. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными шприцами, стр.12-13.

- d) оказание первой помощи в экстренных ситуациях
3. Сотрудники программ обеспечения стерильными шприцами вправе предоставлять информацию, которая, охватывает, но не ограничивается следующим:
- a) услуги по лечению наркотической зависимости и другие услуги системы здравоохранения;
 - b) средства защиты от инфекционных болезней, включая болезни, передающиеся через кровь, например ВИЧ;
 - c) риски, связанные с употреблением запрещенных веществ;
 - d) информацию о снижении вреда, конкретно относящуюся к принимаемому наркотику, включая безопасную практику инъекций и ингаляций;
 - e) юридическую помощь;
 - f) организации и центры, предоставляющие услуги по трудоустройству и профессиональному обучению;
 - g) службы оказания помощи лицам, страдающим наркотической зависимостью и их семьям.
4. Государство должно обеспечить доступ к стерильным шприцам людям, которые в них нуждаются. Там, где стерильные шприцы не доступны, но имеется потребность в них, государство должно открыть такие программы, используя общественные фонды. Государство может предоставлять стерильные шприцы через общие медицинские учреждения или выделить средства местным общественным организациям для предоставления стерильных шприцев.

Рекомендация 5: Освободить программы снижения вреда от уголовной и административной ответственности

Снижение вреда и аутрич-работа осуществляемые неправительственными организациями, для людей потребляющих наркотики, например, по предоставлению стерильных шприцев или других средств для снижения вреда, связанного с потреблением наркотиков (включая профилактику ВИЧ-инфекции), должны быть однозначно освобождены от привлечения к уголовной и административной ответственности. В частности, они должны быть освобождены от ответственности по Статье 203 («вовлечение в потребление наркотических средств»), Статье 205 («организация или содержание притонов для потребления наркотических средств») *Уголовного кодекса* или по Статье 42.1 *Кодекса об административной ответственности* за «хранение» остаточных количеств наркотического вещества в использованных шприцах или других средствах для введения наркотиков. Это можно сделать с помощью принятия следующих конкретных положений:¹⁰⁹⁶

Освобождение программ обеспечения стерильными шприцами и других программ снижения вреда от уголовной ответственности

Никакие положения *Уголовного кодекса* не препятствуют продаже или распространению стерильных шприцев и других сопутствующих материалов и предоставлению рекомендаций или инструкций в отношении безопасного использования шприцев и других подобных средств лицом, которое относится к штатному персоналу программ обеспечения стерильными шприцами или других программ, направленных на снижение вреда от потребления запрещенных наркотических средств или психотропных веществ. Для большей ясности, ни одно запрещение, содержащееся в *Уголовном кодексе* или другом законе о «вовлечении в потребление наркотических средств», не относится к предоставлению средств и информации для потребления наркотиков, если это делается в целях профилактики распространения ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся через кровь, других телесных повреждений или вреда, связанного с потреблением наркотиков.

¹⁰⁹⁶ См. *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными шприцами, стр.19-21.

Освобождение от наказания за хранение остаточных количеств контролируемых веществ, содержащиеся в средствах для потребления наркотиков

Лицо, которое хранящее любые остаточные количества контролируемого вещества, содержащееся в шприце или других средствах для потребления наркотиков, в силу только одного такого хранения не считается совершившим преступление согласно законодательству.

Рекомендация 6: Ограничить применение принудительного тестирования на наркотики

В настоящее время Статья 16 *Закона о наркотиках, психотропных веществах и прекурсорах* разрешает принудительное тестирование на наркотики при наличии достаточных оснований предполагать, что данный человек употребил запрещенные наркотики, хотя само по себе потребление наркотиков не является ни уголовным или административным преступлением. Кроме того, действующая Статья 18 *Закона о наркологической помощи* гласит, что: «Лицо, в отношении которого имеются основания полагать, что оно страдает наркоманией и алкоголизмом или находится в состоянии алкогольного опьянения или наркотического одурманивания, либо употребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, может быть направлено на медицинское освидетельствование».¹⁰⁹⁷ Как было отмечено выше, такие положения вторгаются в сферу прав человека. Кроме всего прочего, принудительное тестирование на наркотики нарушает право на неприкосновенность личной жизни и телесную неприкосновенность, частную жизнь, и в большинстве случаев, оно бывает неоправданным, так как факт употребления наркотиков, не доказывает, что человек может нанести вред самому себе или окружающим. Риска нанесения вреда себе или окружающим может быть единственным возможным оправданием вмешательства государства в вышеизложенные права. Для устранения неоправданно широких положений о принудительном тестировании на наркотики рекомендуется, чтобы Парламент Таджикистана отменил *Статью 16 Закона о наркотиках, психотропных веществах и прекурсорах* и *Статью 18 Закона о наркологической помощи*.¹⁰⁹⁸

Рекомендация 7: Отменить наказание за секс работу

Рекомендуется отменить Статью 174.1 Административного Кодекса Таджикистана (занятие проституцией). Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека рекомендуют, что в отношении «работы взрослых в сфере сексуальных услуг, не влекущая за собой причинение вреда», уголовное законодательство должно быть пересмотрено с целью его декриминализации, а затем с целью введения мер правового регулирования соблюдения правил гигиены и безопасности в целях защиты лиц, работающих в сфере сексуальных услуг и их клиентов (включая поддержку безопасного сексуального поведения при оказании сексуальных услуг).¹⁰⁹⁹ Статьи 238-239 Уголовного Кодекса Таджикистана, регулирующие вовлечение в занятие проституцией и организацию притонов и сутенерство, являются достаточными для предотвращения нарушений прав человека и права в этой области.

Рекомендация 8: Отменить специальные положения уголовного права по заражению ВИЧ и ИППП

Статьи 125 и 126 *Уголовного Кодекса* Таджикистана, налагающие ответственность непосредственно за заражение и постановку в опасность заражения ВИЧ и «венерическими болезнями» должны быть отменены. В случае умышленного заражения ИППП или ВИЧ, эти преступления могут регулироваться положениями, криминализирующими причинение вреда здоровью, предусмотренными другими статьями *Уголовного Кодекса*.

¹⁰⁹⁷ *Закон о наркологической помощи*, Статья 18.

¹⁰⁹⁸ Следует отметить, что согласно Статье 9 *Закона о наркологической помощи*, одним из оснований для неотложной госпитализации лица в наркологический стационар являются тяжелые психические и соматические расстройства, обуславливающие непосредственную опасность лица для себя или окружающих.

¹⁰⁹⁹ *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека* (Принцип 4, параграф 21(с)).

Рекомендация 9: Внедрить опиодную заместительную терапию

Необходимо расширить методы лечения наркотической зависимости в Таджикистане и привести их в соответствие с международными стандартами и лучшей мировой практикой. Министерству здравоохранения Таджикистана рекомендуется незамедлительно внедрить программы ОЗТ. Как указывалось выше, опиодная заместительная терапия разрешается законом Таджикистана и поддерживается Национальной программой по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа и постановлением Министерства здравоохранения Таджикистана. Реализация программ ОЗТ не должна откладываться; небольшие пилотные проекты, одобренные в 2008 г., должны начать работу и постепенно перерасти в более масштабные программы. Для того чтобы развивать дальше этот необходимый вид медицинских услуг, имеющих огромное значение для лечения наркотической зависимости и профилактики ВИЧ среди людей, потребляющих наркотики, не требуется принятия дополнительных законов. Тем не менее, для обеспечения устойчивости этих программ, было бы полезно иметь четкую законодательную базу, и внесения поправки в *Закон о наркологической помощи*, включив в него несколько положений, обеспечивающих четкие стандарты проведения заместительной терапии, которые будут защищать права и поддерживать пациентов, получающих ОЗТ.¹¹⁰⁰

Рекомендация 10: Реформировать систему регистрации людей, потребляющих наркотики и людей с наркотической зависимостью

С целью защиты и уважения прав человека и устранения причин, которые заставляют людей уклоняться от обращения за лечением наркотической зависимости, и другими медицинскими услугами, Таджикистан должен отменить централизованный учет людей, потребляющих наркотики и людей, являющихся наркозависимыми; так как этот учет служит основанием для нарушения прав человека. Для этого необходимо внести поправки в соответствующие пункты Статьи 14 *Закон о наркологической помощи* с целью отмены положения об учете людей, потребляющих наркотики, и в соответствующие положения Приказа Министерства здравоохранения.¹¹⁰¹ (Очевидно, что для обеспечения соответствующего лечения учреждения, предоставляющие лечение наркотической зависимости, должны иметь необходимую индивидуальную информацию о пациентах; однако эта информация должны оставаться строго конфиденциальной, в такой же степени как и информацию о пациентах с другими болезнями).

Рекомендация 11: Обеспечить соблюдение конфиденциальности медицинской информации о людях, потребляющих наркотики

Как отмечалось выше, *Закон о наркологической помощи* требует, чтобы наркологические учреждения «сотрудничали» с правоохранительными органами (Статья 22). Закон также требует, чтобы эти учреждения раскрывали информацию о наркотической зависимости людей при получении письменного запроса от различных структур, включая прокуратуру, судебные и следственные органы (Статья 21). Обмен информацией и сотрудничество между правоохранительными органами и медицинскими учреждениями, занимающимися лечением наркотической зависимости, должны быть лимитированы законом. Установившаяся практика раскрытия личной информации правоохранительным органам, включая информацию о здоровье пациента, подрывает доверие пациентов к медицинским работникам и препятствует их обращению за медицинскими услугами, включая лечение наркотической зависимости. Рекомендуется, чтобы в эти статьи были внесены поправки, которые значительно сузят область «сотрудничества» наркологических центров с правоохранительными органами и ограничат требования раскрытия конфиденциальной информации о состоянии здоровья пациентов.

1100 Модельные положения, которые могут быть эффективно включены в законодательство для поддержки программ ОЗТ, основанные на принципах прав человека, содержатся в: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, стр. 25-33.

1101 Министерство здравоохранения Республики Таджикистан "Об усовершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан", Приказ № 485 (7 августа 2006).

В частности, в данные статьи *Закон о наркологической помощи* необходимо внести поправки, разрешающие (но не требующие) медицинским работникам наркологических диспансеров нарушать конфиденциальность информации о пациентах *только* в случаях, когда они уверены, с достаточными на то основаниями, что это необходимо для предотвращения неминуемого серьезного вреда для пациента или другого человека. Кроме того, необходимо ввести требование о том, что медицинские работники могут раскрывать конфиденциальную информацию правоохранительным органам только по решению суда. Во всех других случаях раскрытие такой информации должно быть запрещено.

Также в *Закон о наркологической помощи* должны быть внесены четко сформулированные положения, усиливающие конфиденциальность информации о состоянии здоровья пациентов, получающих наркологическую помощь. Например, законодательство можно дополнить следующими положениями:¹¹⁰²

(1) Информация обо всех медицинских процедурах должна быть конфиденциальной. Записи о личности пациента, диагнозе, прогнозе лечения или лечении, составленные в ходе лечения наркотической зависимости, являются:

- (a) конфиденциальными;
- (b) не подлежат общественной проверке или обнародованию;
- (c) не должны передаваться другим лицам или ведомствам без согласия человека, к которому относится эта информация; и
- (d) не должны подвергаться раскрытию или быть допустимыми в качестве доказательства в ходе судебного разбирательства.

(2) Никакая запись, упомянутая в пункте (1) настоящей статьи, не может быть использована:

- (a) для предъявления обвинения в совершении уголовного преступления
- (b) или быть основанием для проведения расследования в отношении пациента.

(3) Персонал программы не может быть принужден в соответствии с любым другим законодательством к даче свидетельских показаний, касающихся информации, которая была им доверена или стала известна во время выполнения ими своих обязанностей в рамках программы.

(4) Любое использование личной информации о пациентах и персонале программы для исследований или проведения оценки должно осуществляться при обеспечении полной анонимности и, любая такая информация должна регулироваться в соответствии с пунктом (2) данной Статьи.

Рекомендация 12: Реформировать законодательство о принудительном лечении наркотической зависимости

Согласно информации, предоставленной национальной экспертной группой, *Закон о принудительном лечении больных алкоголизмом и наркоманиями*, не имеющего механизма приведения в действие, необходимо отменить, чтобы устранить возможность применения принудительного лечения наркотической зависимости. Как было отмечено выше, согласно международному праву, принудительное медицинское вмешательство без четкого и убедительного обоснования считается нарушением основных прав человека. В основном принудительное лечение может быть оправдано только в исключительных случаях, когда такое лечение является последним средством для лиц, о которых достоверно известно, что они являются наркозависимыми (а не просто случайными потребителями наркотиков).¹¹⁰³

Кроме того, как было сказано выше, *Уголовный кодекс* в настоящее время гласит, что в случаях, когда наркологическое обследование устанавливает зависимость от наркотиков, человек, осужденный в преступлении, подлежит принудительному лечению наркотической зависимости *в дополнение*

1102 См. *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, стр. 20-22.

1103 Следует помнить, что *Закон о наркологической помощи* уже содержит конкретные положения об обстоятельствах, в которых человек может быть принудительно госпитализирован в наркологический диспансер, при опасении за здоровье его или окружающих (Статья 9).

к тюремному заключению. Рекомендуется, чтобы в соответствии с международными договорами по контролю над наркотиками, в *Уголовный кодекс* были внесены поправки с тем, чтобы такое лечение наркотической зависимости было не дополнительным наказанием, а *альтернативой* лишения свободы, по крайней мере, в некоторых случаях.

Рекомендация 13: Внедрить программы профилактики и лечения передозировок

С целью предотвращения смертности и других серьезных последствий передозировок среди потребителей опиоидных наркотиков, аутрич-работникам (включая тех, кто работает в неправительственных организациях и равных консультантов (которые потребляют или потребляли наркотики в прошлом), должно быть предоставлено право в случае передозировки выдавать или применять такие препараты, как налоксон. Это можно сделать путем введения в *Закон о наркологической помощи* следующих положений:¹¹⁰⁴

Аутрич работа с людьми, потребляющими наркотики

- (1) «Аутрич работа» означает деятельность, проводимую для установления контакта и предоставления информации и услуг отдельным людям или группам населения, подверженным риску заболеваний, передающихся через кровь, в частности тем людям, с которыми нет постоянного контакта и, кто выпадает из существующей системы предоставления информации и услуг через традиционные каналы здравоохранения.
- (2) «Аутрич работники» - социальные или медицинские работники, работа которых оплачивается, или неоплачиваемых волонтеров общественных или неправительственных организаций (включая бывших или настоящих потребителей наркотиков).
- (3) Аутрич работниками могут быть люди, которые в настоящее время потребляют наркотики, бывшие потребители наркотиков или люди, не потребляющие наркотики, пользующиеся доверием людей, потребляющих наркотики.

Применение опиоидного антагониста

- (1) Министерство здравоохранения должно принять положения о том, чтобы аутрич работники прошли соответствующее обучение методам применения опиоидного антагониста.
- (2) Аутрич работник может применить опиоидный антагонист для оказания помощи другому человеку, когда:
 - (a) аутрич работник искренне считает, что другой человек испытывает передозировку;
 - (b) применяя препарат для оказания помощи другому человеку, аутрич работник действует с разумной осторожностью.
- (3) Аутрич работник, применяющий опиоидный антагонист, помогая другому человеку, согласно пункту (1), не несет гражданской или уголовной ответственности в результате применения опиоидного антагониста.

Так как потребление наркотиков все же происходит в учреждениях уголовно-исполнительной системы, для исключения тяжелых последствий передозировок в тюрьмах, рекомендуется разрешить применение налоксона в случае передозировки равным консультантам и работникам тюрем, и проводить для них тренинги по тому, как использовать этот препарат.

1104 См. *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 6: Аутрич работа и предоставление информации, стр.14-15.

Профилактика и лечение ВИЧ

Рекомендация 14: Усиление мер по снижению вреда

Как указывалось выше, в 2008 году в Республике Таджикистан были приняты дополнения к *Закону О противодействии ВИЧ/СПИДу*, которые включили статью, провозглашающую приоритетность профилактики ВИЧ,¹¹⁰⁵ которая должна основываться на принципах гуманизма и соблюдения прав человека, и осуществляться с учетом рекомендаций ООН. Это положительное изменение в законодательстве, для того чтобы усилить эти положения, законодатель может подумать о внесении положения о проведении обязательных мер по снижению вреда, включая меры по профилактике ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики и заключенных. Эти положения должны включать конкретные рекомендации и обязательства для государственных органов и агентств, непосредственно отвечающих за эту сферу, например, для Министерства здравоохранения и Министерства юстиции Таджикистана. Для правоохранительных органов (например, для Агентства по контролю над наркотиками) необходимо определить четкие направления сотрудничества с другими государственными органами и неправительственными организациями, для эффективного предоставления услуг по снижению вреда и работы служб по снижению вреда (например, программ обмена шприцев и ОЗТ).

Рекомендация 15: Обеспечение получения информированного согласия на тестирование на ВИЧ

Национальная экспертная группа Таджикистана сообщила о принятых положительных шагах, направленных на закрепление четкого требования о получении информированного согласия на тестирование на ВИЧ, в соответствии со стандартами информированного согласия и до- и послетестового консультирования. Детали получения информированного согласия и консультирования могут быть определены в подзаконных актах (например, в приказе или инструкции Министерства здравоохранения), рекомендуется включить в *Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу* положение по типу следующего:

Тест на ВИЧ или другие вирусы, передающиеся через кровь, не должен проводиться без добровольного согласия человека, подвергаемого тестированию, чье информированное согласие должно быть четко зафиксировано в письменном виде.

Рекомендация 16: Устранение противоречий и нарушений прав человека, касающихся принудительного тестирования и лечения ВИЧ-инфекции и ИППП

Действующий *Закон о противодействии эпидемии ВИЧ/СПИДа* утверждает основной принцип добровольности тестирования на ВИЧ, *Закон об охране здоровья населения* гарантирует право лица отказаться от медицинского обследования и лечения. Однако существующее законодательство Таджикистана предусматривает также и многочисленные необоснованные исключения этого принципа, включая другие положения *Закона об охране здоровья населения*, которые разрешают принудительное тестирование и лечение в случае наличия различных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию. Необходимо устранить это противоречие и нарушение прав человека, выражающееся в применении принудительных медицинских интервенций, с помощью законодательной реформы, и привести законы в соответствие с международными стандартами, частности:

- В Статьи 40, 42 и 67 *Закона об охране здоровья населения* необходимо внести поправки уточняющие, что тестирование и лечение ВИЧ и других ИППП не может проводиться на принудительной основе лишь по просьбе служб общественного здравоохранения. Закон должен четко определить, что принудительное тестирование или лечение должны проводиться с наименьшим риском нарушения прав человека, и только в исключительных обстоятельствах при наличии соответству-

1105 *Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу*, статья 6-1.

ющего обоснования и после рассмотрения этого вопроса независимым судом.¹¹⁰⁶

- Необходимо убрать из *Закона об охране здоровья населения* Статью 40 («Обязанность людей следовать предписаниям врача»), в соответствии с которой, несоблюдение предписания врача считается уклонением от лечения и влечет за собой ответственность. Кроме того, необходимо отменить следующие положения, разрешающие принудительное тестирование и лечение: Статью 42 *Закона об охране здоровья населения* («Ответственность людей болеющих туберкулезом, проказой, СПИДом и венерическими заболеваниями»), разрешающую принудительное тестирование и лечение по требованию органов общественного здравоохранения; Статью 67 *Закона об охране здоровья населения*, в соответствии с которой, люди, со СПИДом и венерическими заболеваниями, уклоняющиеся от лечения, привлекаются к ответственности; положения *Кодекса об административной ответственности*, предусматривающие ответственность за уклонение от лечения и тестирования.

Рекомендация 17: Обеспечить защиту других прав пациентов

Несмотря на то, что *Закон об охране здоровья населения* в настоящее время признает некоторые из важнейших прав пациентов, его положения желательно усилить путем однозначного введения дополнений в Статью 31 следующих положений – с целью защиты прав всех пациентов, а не только тех, кто имеет ВИЧ-инфекцию, ИППП или наркотическую зависимость.¹¹⁰⁷

Каждый пациент имеет право:

- на лечение и последующий уход, предоставляемые в соответствии с принятой клинической практикой;
- на лечение без дискриминации;
- на активное участие при определении целей своего лечения;
- на активное участие в процессе принятия всех решений, связанных с лечением, включая время и способ начала лечения, а также прекращение лечения;
- осуществлять свои права в качестве пациента;
- на конфиденциальность медицинских записей и результатов клинических анализов;
- на полную информированность, включая, но не ограничиваясь, правом получать информацию о:
 - состоянии своего здоровья;
 - своих правах и обязательствах в качестве пациента, установленных в любом соответствующем законе;
 - процедуре представления жалоб в отношении полученных услуг; и
 - стоимости и условиях оплаты, а также возможности медицинского страхования и других доступных льгот и пособий.
- на отказ от лечения и тестирования

Тюрьмы

Рекомендация 18: Обеспечить доступность добровольного лечения наркотической зависимости, включая ОЗТ, в тюрьмах

Принимая во внимание высокий уровень распространения наркотической зависимости среди заключенных, влияние рискованного употребления наркотиков на распространение эпидемии ВИЧ,

¹¹⁰⁶ Любые положения, разрешающие принудительное тестирование и лечение, должны быть приведены в соответствие с такими документами, как *Сиракузские принципы* толкования ограничений и отступлений от положений о Международного пакта о гражданских и политических правах. Следует отметить, что *Закон об охране здоровья населения* (Статья 31) признает право пациента на адвоката или иного законного представителя для защиты его прав, таким образом, усиление положений законодательства о защите от принудительного тестирования, должны основываться на этих положениях.

¹¹⁰⁷ См. *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, стр. 18-19.

и важность доступа к медицинским услугам, предоставляемым с учетом права человека и способствующим обеспечению наивысшего достижимого уровня здоровья для всех, рекомендуется, чтобы Таджикистан ввел в тюрьмах программы добровольного лечения наркотической зависимости. Как только программы ОЗТ будут внедрены для общего населения, необходимо сделать их доступными для заключенных, как важный элемент программ, направленных на решение проблемы наркотической зависимости.

С этой целью, если в *Закон о наркологической помощи* будут внесены поправки для создания правовой основы заместительной терапии (как предлагается в Рекомендации #6), эти поправки должны включать однозначную ссылку на предоставление доступа к ОЗТ для наркозависимых заключенных. Эти поправки (которые могут быть внесены в *Уголовный кодекс*) могут включать положения со следующей формулировкой:¹¹⁰⁸

Программы опиоидной заместительной терапии в тюрьмах

- (1) Министерство здравоохранения при поддержке и сотрудничестве с Министерством юстиции должно ввести программы опиоидной заместительной терапии во всех тюрьмах Таджикистана.
- (2) Заключенные, страдающие опиоидной зависимостью, должны иметь право на опиоидную заместительную терапию в соответствии с руководящими указаниями по опиоидной заместительной терапии.
- (3) Опиоидная заместительная терапия должна быть доступна на бесплатной основе при заключении в тюрьму и в течение всего срока отбывания наказания.
- (4) Участие в программе опиоидной заместительной терапии не должно ограничиваться только теми заключенными, кто участвовал в такой программе до заключения в тюрьму; все заключенные должны иметь право, если они отвечают соответствующим критериям, на получение опиоидной заместительной терапии в течение всего срока отбывания наказания.
- (5) Участие в программах опиоидной заместительной терапии должно предлагаться на добровольной основе всем заключенным, страдающим зависимостью от опиоидов.
- (6) Опиоидная заместительная терапия может включать ряд подходов, включая поддерживающее лечение.
- (7) Программа должна обеспечить, чтобы персонал, тюремные служащие, высшие должностные лица и ответственные лица, формирующие политику, а также заключенные обладали фактической информацией в отношении опиоидной заместительной терапии.
- (8) В рамках программы должна быть разработана комплексная система планирования выписки заключенных, чей срок отбывания наказания подходит к концу, включая систему направления их в программы опиоидной заместительной терапии за пределами тюрьмы.

Рекомендация 19: Профилактика ВИЧ в местах лишения свободы и местах предварительного заключения

С целью укрепления усилий по профилактике ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы и местах предварительного заключения, поправки к законодательству должны санкционировать введение программ снижения вреда. Внутренние нормативные положения исправительных учреждений не-

¹¹⁰⁸ См. *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 5: Тюрьмы, стр. 30-32.

обходимо пересмотреть с тем, чтобы усилить профилактику ВИЧ среди заключенных. Например, рекомендуется издать приказ о проведении мероприятий для обеспечения доступа к дезинфекционным средствам и стерильным шприцам, а также обеспечения доступа к презервативам и информации о риске передачи ВИЧ-инфекции через незащищенные половые контакты или инъекционное потребление наркотиков. Внутренние нормативные положения, запрещающие заключенным хранить иглы и шприцы необходимо отменить, так как они создают препятствие для реализации программы обмена игл и шприцев в тюрьмах. В *Закон о противодействии эпидемии ВИЧ/СПИДа и/или в Уголовный кодекс* рекомендуется ввести также следующие положения:¹¹⁰⁹

Распространение и хранение презервативов и других средств безопасного секса в тюрьмах

(1) Министерство здравоохранения и Министерство юстиции должны обеспечить анонимный доступ заключенных, к презервативам и другим средствам безопасного секса, а также предоставление соответствующей информации о надлежащем применении этих средств и их значимости для профилактики распространения ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передающихся половым путем.

(2) Министерство здравоохранения должно разработать план утилизации использованных презервативов с соблюдением анонимности заключенных, не причиняя вреда здоровью тюремных служащих.

(3) Распространение и хранение презервативов и других средств безопасного секса в тюрьмах, согласно данному закону, не должно рассматриваться как преступление или административное правонарушение. Презервативы и другие средства безопасного секса не должны использоваться в качестве доказательства сексуальных отношений в целях наложения административных санкций или осуществления уголовного преследования.

Санкционирование программ снижения вреда

(1) Программы снижения вреда должны осуществляться во всех тюрьмах, согласно положениям, изложенным в данном пункте, с целью снижения вреда, связанного с применением опасных практик потребления наркотиков, включая риск распространения ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь.

(2) С целью предотвращения распространения болезней, передающихся через кровь, и минимизации рисков для здоровья, связанных с инъекционным употреблением наркотиков среди заключенных, Министерство здравоохранения либо местная тюремная администрация могут санкционировать работу конкретного специалиста или организации (включая неправительственные организации) для реализации программ снижения вреда, включая меры по предоставлению стерильных шприцев и других средств, а также презервативов и других средств для снижения риска передачи ВИЧ инфекции и других инфекций, передающихся половым путем.

Информация

Персонал программ снижения вреда может предоставлять информацию, включающую, но не ограничивающуюся, следующими пунктами:

- (a) об услугах по лечению наркотической зависимости и других медицинских услугах;
- (b) о средствах защиты против инфекционных болезней, включая болезни, передающиеся через кровь, например, ВИЧ;
- (c) о рисках, связанных с потреблением контролируемых веществ;
- (d) о снижении вреда в отношении принимаемого наркотика, включая безопасные методы

- инъекции и ингаляции;
- (e) о юридической помощи;
- (f) об услугах по трудоустройству и центрах, предоставляющих профессиональное образование;
- (g) о доступных программах поддержки людей страдающих наркотической зависимостью и членов их семей.

Обеспечение заключенных стерильными шприцами и другими сопутствующими материалами

- (1) Ответственный сотрудник или организация могут предоставлять стерильные шприцы и сопутствующие материалы с помощью одного или нескольких из перечисленных методов:
- (a) через медсестер или врачей, работающих в медицинском пункте, или других отделениях тюрьмы;
 - (b) через других заключенных, обученных аутрич работе по принципу «равный равному»;
 - (c) через неправительственные организации или медицинских работников, посещающих тюрьму для этой цели;
 - (d) через машины-автоматы, выдающие стерильные шприцы.

(2) Там, где это возможно, стерильные шприцы и сопутствующие материалы должны быть доступными без идентификации личности заключенного перед тюремной администрацией.

(3) В соответствии с данным законом, Министерство юстиции в согласовании с Министерством здравоохранения должны установить правила безопасного хранения шприцев среди заключенных.

(4) Программа обеспечения стерильными шприцами должна включать меры для поощрения безопасной утилизации шприцев и мониторинга количества выданных и хранящихся на складе шприцев.

(5) Стерильные шприцы и сопутствующие материалы, выданные программами снижения вреда, должны использоваться в соответствии с данным законом или любыми другими Правилами или политикой учреждения, установленными соответствующим органом.

(6) Распространение или хранение шприцев и сопутствующих материалов в тюрьмах в соответствии с настоящим законом не должны составлять уголовного преступления или административного правонарушения; эти материалы не должны служить допустимыми доказательствами незаконного потребления наркотиков в уголовном или административном процессах.

Доступность хлорамина, как средства дезинфекции

(1) Хлорамин и инструкции по его применению, как дезинфицирующего средства, должны быть доступны, в соответствии с настоящим законом и любыми другими соответствующими Положениями или политикой учреждения, согласующимися с настоящим законом.

- (2) Любое такое положение, согласующееся с подпунктом (1), призвано:
- (a) способствовать участию заключенных и их помощи в распространении хлорамина;
 - (b) обеспечить, чтобы хлорамин был доступен заключенным при сохранении их анонимности;
 - (c) создать такие условия, чтобы заключенный никогда не сталкивался с необходимостью обращаться к тюремному персоналу для получения хлорамина.

(3) Хлорамин, предоставляемый согласно настоящему закону, должен использоваться только в соответствии с настоящим законом и любыми другими соответствующими Положениями или политикой учреждения, согласующимися с настоящим законом.

(4) Предоставление и хранение хлорамина в тюрьмах в соответствии с настоящим законом не должно составлять уголовного преступления или административного правонарушения и не должно служить допустимым доказательством незаконного потребления наркотиков в уголовном или административном процессах.

1109 См. *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 5: Тюрьмы, стр. 25-30.

Информация и просветительские программы в отношении ВИЧ/СПИДа и других болезней, передающихся через кровь, в тюрьмах

(1) В целях предотвращения распространения ВИЧ других болезней, передающихся через кровь, а также для решения проблемы наркотической зависимости среди заключенных, Министерство здравоохранения должно разработать и реализовать в каждой тюрьме программы предоставления информации и проведения просветительской работы.

(2) В ходе разработки просветительских программ Министерство здравоохранения должно использовать такие материалы, которые с наибольшей вероятностью окажутся эффективными в снижении темпов распространения болезней, передающихся через кровь, в тюрьмах во время отбывания наказания, и после освобождения, а также обеспечение информации о лечении, уходе и поддержке.

(3) Программы, предусмотренные подпунктом (1), могут включать просвещение по принципу «равный равному» и привлекать к этой работе людей, не связанных Министерством юстиции, включая реализацию таких программ местными общественными организациями.

(4) Материалы должны быть предоставлены заключенным на их родном языке, насколько это возможно, и учитывать образовательный уровень целевой аудитории, а также ее социальные и культурные особенности.

Ответственность Министерства здравоохранения за организацию обучения и просвещения

Министерство здравоохранения несет ответственность за:

(a) обучение персонала и заключенных на регулярной основе, чтобы такое обучение и тренинги включали информацию о стандартных мерах предосторожности по предотвращению и контролю заболеваний, передающихся через кровь; о личной ответственности сотрудников тюрьмы и самих заключенных в обеспечении собственной защиты и защиты других людей; а также о мерах пост-контактной профилактики;

(a) то, чтобы обучение и просвещение включали также доступные услуги и лечение, и чтобы программы консультаций и просвещения по принципу «равный-равному», включали участие заключенных в качестве консультантов;

(b) обучение заключенных и тюремного персонала, которые могут иметь контакт с кровью, универсальным мерам предосторожности.

Рекомендация 20: Ликвидация дискриминации заключенных живущих с ВИЧ или наркотической зависимостью

Для ликвидации дискриминации, которая заложена в действующий закон, необходимо внести несколько поправок *Кодекс исполнения уголовных наказаний* Таджикистана:

- Отменить запрещение перевода заключенных, проходящих принудительное лечение наркотической зависимости, в улучшенные условия содержания (в учреждения с менее строгим режимом содержания).
- Исключить из Статей 80 и 100 (и других указанных статей) положения о том, что ВИЧ-инфекция, и не завершённые курсы лечения наркотической зависимости и ИППП, являются основаниями для ограничения права пациента на перемещение.
- Хотя, по имеющимся сведениям, Статья 78, предусматривающая раздельное содержание ВИЧ-позитивных заключенных в настоящее время не выполняется, она является дискриминационной и должна быть отменена.

Дискриминация

Как было отмечено выше, в настоящее время законодательство Таджикистана включает важные положения, запрещающие в общих чертах дискриминацию людей, основанную на основании фактического или предполагаемого ВИЧ-положительного статуса¹¹¹⁰ и наркотической зависимости.¹¹¹¹ Однако в то же самое время, дискриминация является реальностью, и само законодательство содержит дискриминационные положения. Правовая защита против дискриминации является важным элементом эффективного решения вопросов, связанных с маргинализацией людей, которая во многом способствует повышению уязвимости людей перед ВИЧ-инфекцией, и заставляет их сильнее ощутить негативные последствия ВИЧ. Существует несколько способов укрепить законодательство Таджикистана в этой сфере и привести его в соответствие с принципами прав человека.

Рекомендация 21: Устранение требования о тестировании на ВИЧ при приеме на работу или учебу

Действующее законодательство Таджикистана запрещает отказывать в приеме на работу или увольнять кого-либо на основе ВИЧ статуса. Однако было бы полезным открыто признать, что требование пройти тестирование до приема на работу или в период трудовой деятельности или посещения образовательных учреждений, однозначно является неоправданной дискриминацией.¹¹¹² Законодательная поправка к *Закону о противодействии ВИЧ/СПИДу* должна запретить такую практику. Это положение может быть сформулировано следующим образом:

Дискриминация лица на основе его или ее ВИЧ статуса или диагноза СПИД запрещена, включая, но не ограничиваясь такими сферами, как трудоустройство или образование. Требование о прохождении тестирования на ВИЧ, как условия приема на работу или в учебное заведение, в процессе приема на работу или в учебное заведение или во время работы или учебы является незаконным.

Положение 22: Ликвидация дискриминации людей, зависимых от наркотиков, на работе и учебе

Требование пройти тестирование до приема на работу, при трудоустройстве или при поступлении в учебное заведение также является неоправданной дискриминацией, основанной на состоянии здоровья. Требование пройти тестирование, во время работы, может быть потенциально оправдано только в ограниченных случаях, например, только для работников специальностей, связанных с источником повышенной опасности, и только в случаях, когда имеются обоснованные подозрения на употребление наркотиков; или, основанное на случайной выборке тестирование для работников, возвращающихся после прохождения курса лечения наркотической зависимости. Рекомендуется включить в законодательство (возможно в *Закон о наркологической помощи*) следующие положения:¹¹¹³

Дискриминация, основанная на потреблении наркотиков

(1) При отсутствии оправданного обоснования, относящегося к данному конкретному случаю, дискриминация лица, родственников или партнеров этого лица, на основании того, что это лицо потребляет или потребляло наркотики, запрещается.

1110 *Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу*, Статья 13.

1111 *Закон о наркологической помощи*, Статья 8.

1112 Например, см. ЮНЭЙДС/УВКПЧ, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, пар. 149. Аналогичный анализ можно применить к вопросу о дискриминации на основе инфицирования вирусом гепатита В или С (HBV, HCV) или на основании инфекции, передающейся половым путем. Учитывая способы передачи инфекции, многие люди, потребляющие инъекционные наркотики, являются уязвимыми не только перед ВИЧ, но перед другими инфекциями, передающимися через кровь, например, гепатита В или С и, они могут стать объектами дискриминации на этом основании: такие факты уже наблюдались в других правовых системах. При внесении поправок с целью укрепления защиты против дискриминации, связанной с ВИЧ, в контексте трудоустройства или образования, желательно однозначно включить также защиту от дискриминации, основанной и на других заболеваниях.

1113 См. *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 7: Вопросы стигматизации и дискриминации, стр. 13-15.

(2) Требование о прохождении тестирования на предмет потребления наркотиков, как условия приема на работу или в учебное заведение, в процессе приема на работу или в учебное заведение или во время работы или учебы является незаконной дискриминацией.

(3) Требование о прохождении тестирования на предмет потребления наркотиков, как условия приема на работу является незаконной дискриминацией. Тестирование на наркотики, как условие продолжения работы, по установлению [соответствующего государственного органа] разрешается только для некоторых профессий только тогда, когда нарушения во время работы могут нанести серьезный вред отдельным сотрудникам или другим людям или, когда имеются достаточные основания предполагать, что причиной нарушений является потребление наркотиков данным лицом.

Рекомендация 23: Уважение и защита семейных отношений

Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу запрещает ограничение «прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основе наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных».¹¹¹⁴ Однако как было указано выше, действующее законодательство гласит, что статус ВИЧ-инфицированного может стать основанием для отказа в усыновлении, или причиной лишения родительских прав¹¹¹⁵; это является полной и необоснованной дискриминацией на основе состояния здоровья без учета индивидуальных обстоятельств. Подобным же образом, вызывает озабоченность положение о том, что зависимость от наркотиков сама по себе может рассматриваться как достаточное основание для лишения индивида родительских прав в случаях разбирательств жестокого отношения к детям или пренебрежения их воспитанием.

В свете сказанного выше:

- В Статьи 69 и 14(5) *Семейного кодекса* необходимо внести поправки, поясняющие, что в случаях, касающихся жестокого отношения к детям или пренебрежения их воспитанием, наличие наркотической зависимости как таковое не может считаться достаточным основанием для лишения родительских прав; и что в каждом случае необходим индивидуальный подход и тщательный анализ всех обстоятельств дела для принятия судебного решения. Кроме того, ограничение права на вступление в брак, в случаях, когда человек является наркозависимым, должны быть отменены.
- В Постановление правительства, включающее ВИЧ и наркотическую зависимость в перечень обстоятельств, препятствующих усыновлению, необходимо внести поправки с тем, чтобы исключить эти состояния из данного перечня.



ТУРКМЕНИСТАН

ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1114 *Закон о противодействии ВИЧ/СПИДу*, Статья 13.

1115 *Семейный кодекс Республики Таджикистан*, (13 ноября 1998, последние поправки были внесены 20 марта 2008), Статья 69; Постановление Правительства Республики Таджикистан "Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить ребенка или установить опеку или попечительство над ребенком", Постановление № 406 (1 октября 2004).

ТУРКМЕНИСТАН: ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Туркменистан с населением более 6 млн. человек относится к странам с низким уровнем распространенности ВИЧ – согласно официальным данным на конец 2007 года в стране было выявлено только 2 случая заражения ВИЧ.¹¹¹⁶ Однако, количество потребителей наркотиков гораздо больше – на основании данных наркологической службы на декабрь 2007 г., на учете с диагнозом «наркомания» состояло 33,000 человек.¹¹¹⁷ Согласно данным Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC), количество выявленных за последнее время потребителей наркотиков составляет 32.2 на 100 000 человек.¹¹¹⁸ В настоящее время признана необходимость проведения профилактики ВИЧ как среди населения в целом, так и среди уязвимых групп.

1116 ЮНЭЙДС, Доклад о глобальной эпидемии СПИДа» [UNAIDS, Report on the global AIDS epidemic], Женева 2008. Приложение 1. Данная информация подтверждена информацией, представленной экспертами.

1117 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Regional Office for Central Asia, *Compendium of Drug Related statistics, 1997-2008*, June 2008. Стр.29 (Управление ООН по наркотикам и преступности, Региональное представительство в Центральной Азии, *Сводные статистические данные по наркотикам за 1997-2008*). Согласно Управлению ООН по наркотикам и преступности, в отчете по Туркменистану различаются случаи потребления наркотиков и зарегистрированные потребители наркотиков.

1118 Там же.

2. ПРОГРАММЫ И СТРАТЕГИИ

Программа по ВИЧ/ СПИДу

В 2005 году Кабинетом Министров Туркменистана была утверждена «Национальная Программа по профилактике ВИЧ/СПИД и ИППП в Туркменистане на 2005-2010 годы».¹¹¹⁹ Программа разработана Межведомственным координационным комитетом по профилактике ВИЧ/СПИД/ИППП (МКК). Ответственность за исполнение Программы возложена на Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана. В стране существует Программа по профилактике и лечению туберкулеза на 2005-2009 гг.¹¹²⁰

Национальной Программой по борьбе с ВИЧ/СПИДом и ИППП предусматриваются:

- мероприятия информационно-образовательного характера среди населения в целом, а также среди молодежи, сотрудников полиции и здравоохранения, заключенных, секс-работников о мерах профилактики ВИЧ и ИППП;
- лечение и реабилитация лиц с наркотической зависимостью;
- обеспечение медицинской помощью людей, живущих с ВИЧ, и их семей;
- проведение профилактических мероприятий по ВИЧ и ИППП среди *заклученных*, включая информационно-образовательные мероприятия и раздачу презервативов;
- повышение квалификации специалистов в области профилактики и лечения ВИЧ и СПИДа;
- подготовка врачей и специалистов для проведения тестирования на ВИЧ, до- и после-тестового консультирования в анонимных кабинетах, центров профилактики ВИЧ и кожно-венерологических диспансеров;
- обучение волонтеров из числа потребителей инъекционных наркотиков методом «равный-равному» профилактике ВИЧ и ИППП;
- профилактические программы для секс-работников.

Программа не содержит анти-дискриминационных положений и положений, гарантирующих обеспечение тайны личной жизни людей, живущих с ВИЧ. Напротив, Программа предусматривает обследование на ВИЧ и ИППП лиц, страдающих наркотической зависимостью, а также обязательное обследование на ВИЧ и ИППП беременных женщин, что вызывает озабоченность с точки зрения соблюдения прав человека и обеспечения охраны здоровья (подробно об этом далее).¹¹²¹ Далее, не существует положений, регламентирующих участие и вовлечение неправительственных организаций (НПО), людей, живущих с ВИЧ, и потребителей наркотиков в работу органов по борьбе с ВИЧ/СПИДом. Однако, согласно данным, представленным национальными экспертами, в стране нет ограничений на деятельность НПО в области профилактики ВИЧ и потребления наркотиков, в том числе и в учреждениях уголовно-исполнительной системы.¹¹²²

Экспертная группа по Туркменистану отмечает, что для повышения эффективности Национальной Программы необходимо более тесное сотрудничество с общественными организациями; улучшение координации действий заинтересованных государственных и негосударственных организаций; улучшение финансирования Программы; увеличение численности специалистов и улучшение их профессиональной подготовки.

Программа по наркотикам

В 2006 году Правительство Туркменистана приняло «Национальную Программу мероприятий на 2006-2010 годы по борьбе с незаконным оборотом наркотиков и оказанию помощи людям, завися-

щим от наркотиков и психотропных средств».¹¹²³ Программа была разработана Государственным координационным комитетом по борьбе с наркоманией (при Кабинете министров Туркменистана) совместно с правоохранительными органами и органами здравоохранения. Комитет координирует реализацию мер борьбы с незаконным оборотом наркотиков, а также мер по предотвращению распространения и лечению наркозависимости, и является органом, контролирующим министерства и ведомства, ответственные за реализацию конкретных мер в этих направлениях. Комитет содействует осуществлению эпидемиологического и статистического контроля ситуации с наркотиками в Туркменистане.

Финансирование Программы осуществляется за счет средств государственного бюджета. Международные организации оказывают финансовую и техническую поддержку исполнения мероприятий Национальных планов и программ в рамках соглашений с правительством Туркменистана.

В Программу входят:

- организационно-правовые мероприятия;
- мероприятия по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- мероприятия по обеспечению контроля за незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- мероприятия по оказанию помощи лицам, находящимся в зависимости от наркотических средств и психотропных веществ;
- мероприятия по международному сотрудничеству.

Меры снижения вреда от употребления наркотиков, такие, как программы заместительной терапии опиатами, программы предоставления стерильных игл и шприцев Национальной Программой не предусмотрены. Положения Программы в значительной степени ориентированы на уменьшение оборота наркотиков (посредством правового принуждения, обеспечиваемого деятельностью правоохранительных органов) и снижение спроса на наркотики. В целях снижения спроса на наркотики запланировано проведение таких профилактических мер как мероприятия информационно-образовательного характера среди населения в целом, и молодежи в частности. Планируется открытие стационара принудительного лечения для женщин, употребляющих наркотики. Помимо этого, в качестве профилактической меры, Программа предусматривает проведение обследований работников на рабочем месте с целью выявления лиц, потребляющих наркотики.¹¹²⁴

Наряду с этими мерами правительство планирует проводить ежегодное эпидемиологическое исследование распространенности ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков, а также открыть новые лечебные и реабилитационные центры и учредить телефоны доверия в отдаленных районах и городах со сложной наркоситуацией, которые, по предварительным оценкам, нуждаются в подобных службах. Представители гражданского общества не принимали участия в составлении Программы, однако квази-государственные общественные организации задействованы в ряде мероприятий в её рамках.

1119 Программа, утверждена Приказом Заместителя председателя Кабинета Министров Туркменистана, № БГ/05 (27 апреля 2005).

1120 Программа по профилактике и лечению туберкулеза, утверждена Приказом Заместителя председателя Кабинета Министров Туркменистана, № БГ/02 (13 апреля 2005 года).

1121 Национальная экспертная группа отмечает, что в соответствии с международными руководствами в области ВИЧ и СПИДа, в том числе и документами разработанными органами ООН, рекомендуется проводить освидетельствование на ВИЧ на добровольной основе, исключительно с информированного согласия человека при условии должного до- и после-тестового консультирования и с гарантией конфиденциальности результатов освидетельствования: UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing, June 2004.

1122 НПО могут осуществлять деятельность на основании Закона Туркменистана «Об общественных объединениях» (21 октября 2003).

1123 Программа утверждена Указом Президента Туркменистана «Об утверждении Национальной программы по противодействию незаконному обороту наркотиков и оказанию помощи лицам, находящимся в зависимости от наркотических средств и психотропных веществ, на 2006-2010 годы», № 7856 (24 апреля 2006).

1124 Тестирование работников на наличие наркотиков в организме на рабочем месте предусмотрено пунктом 34 Национальной программы по противодействию незаконному обороту наркотиков на 2006-2010 годы.

3. ПОЛОЖЕНИЯ УГОЛОВНОГО И АДМИНИСТРАТИВНОГО ПРАВА

Закон о наркотических средствах

В соответствии с Законом «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту» (далее Закон «О наркотических средствах»), вещества, подлежащие контролю в Туркменистане, включаются в Перечень, утверждаемый Президентом Туркменистана.¹¹²⁵ Наркотические средства делятся на следующие категории, в зависимости от применяемых государством мер контроля:

- наркотические средства и психотропные вещества, оборот которых запрещен;
- вещества (используемые в качестве медицинских препаратов), оборот которых ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля;
- вещества (используемые в качестве медицинских препаратов), оборот которых ограничен и в отношении которых допускается исключение из некоторых мер контроля;
- многокомпонентные лекарственные препараты, содержащие наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, в отношении которых меры контроля не установлены;
- прекурсоры, оборот которых ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля;
- наркотические средства и психотропные вещества, обнаруженные в незаконном обороте с отнесением их количества к небольшим, крупным и особо крупным размерам. (Количественное выражение «небольших», «крупных» и «особо крупных» размеров оговаривается особо в отношении отдельных видов запрещенных наркотиков.)¹¹²⁶

Закон «О наркотических средствах» запрещает потребление наркотиков и психотропных веществ без назначения врача,¹¹²⁷ однако законодательством Туркменистана не предусматривается административная либо уголовная ответственность за *употребление* наркотических средств как таковое. Однако существует административная ответственность за хранение даже очень незначительных количеств наркотика не с целью сбыта. Аналогичным образом, Закон «О наркотических средствах» не устанавливает ответственность за хранение инструментария, используемого для употребления наркотиков (шприцев, дезинфицирующих средств, принадлежностей и т.д.), но предписывает конфискацию инструментов и оборудования, используемого для незаконного изготовления и потребления наркотических средств.¹¹²⁸

Однако, Закон «О наркотических средствах» (положения о выявлении лиц, незаконно потребляющих наркотические средства и психотропные вещества) предписывает направление человека на освидетельствование на наркотики в случаях, когда имеется официальная информация о том, что человек незаконно потребляет наркотические средства, или есть «обоснованное подозрение», что человек находится под действием наркотиков.¹¹²⁹ Факты незаконного потребления наркотических средств могут быть подтверждены показаниями свидетелей. Эти положения могут способствовать уходу лиц, потребляющих наркотики, (глубже) в подполье и затруднят их обращение за медицинской помощью, включающей лечение от наркотической зависимости и содействие их реинтеграции в общество.

Закон «О наркотических средствах» запрещает «пропаганду наркотических средств». При этом запрещается деятельность, направленная на публичное распространение идей разработки, переработки, применения и использования наркотических средств (включая производство и распространение книжной продукции и продукции средств массовой информации, со-

1125 Настоящий Перечень утвержден Постановлением Президента Туркменистана «Об утверждении перечней наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров», № 9192 (13 ноября 2007).

1126 Закон Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту» (9 октября 2004), Статья 2. Таблица разделения количеств наркотических средств по отдельным категориям в соответствии с законодательством Туркменистана представлена в приложении.

1127 Закон Туркменистана «О наркотических средствах», Статья 49.

1128 Закон Туркменистана «О наркотических средствах», Статья 45.

1129 Закон Туркменистана «О наркотических средствах», Статья 50.

державших такие идеи). Запрещается и «пропаганда применения в медицинской практике лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства», направленных на подавление воли пациента либо отрицательно влияющих на состояние его психического и физического здоровья.¹¹³⁰

Никаких законодательных положений, исключающих меры снижения вреда из сферы действия названного закона Туркменистана, не существует. В связи с этим, он потенциально может применяться для запрещения информирования населения о программах опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) и обсуждения пользы применения программ ОЗТ или других программ, способствующих предотвращению распространения ВИЧ и снижению вреда, ассоциируемого с потреблением наркотиков, в целом. Экспертная группа Туркменистана рекомендует правительству внести соответствующие изменения в законодательство или иным способом (например, официальным документом, указом или постановлением, регламентирующим подобную деятельность) четко определить, что данные программы не нарушают положения законодательства о «пропаганде наркотических средств». Это облегчит функционирование данных программ и снизит риск привлечения к ответственности лиц, работающих в сфере профилактики ВИЧ.

Административные нарушения

Согласно Кодексу Туркменистана об административных правонарушениях¹¹³¹ административная ответственность предусматривается за следующие правонарушения, связанные с наркотическими средствами:

- *Незаконное приобретение или хранение наркотических средств в небольших размерах без цели сбыта* влечет наложение штрафа, либо в исключительных случаях административный арест до пятнадцати суток. Лицо, добровольно сдавшее имевшееся у него в небольших размерах наркотическое средство, которое оно приобрело или хранило без цели сбыта, освобождается от административной ответственности.¹¹³²
- *Непринятие мер к обеспечению охраны наркотикосодержащих посевов конопли и масличного мака*, мест хранения и переработки урожая этих культур, а равно непринятие мер к уничтожению пожнивных остатков и отходов производства, содержащих наркотические вещества, влечет наложение штрафа на должностных лиц.¹¹³³
- *Незаконные посев или выращивание масличного мака или конопли* влекут предупреждение или наложение штрафа (за исключением случаев незаконного культивирования запрещенных к возделыванию растений, что влечет более суровое наказание согласно Уголовному Кодексу Туркменистана, см. ниже).¹¹³⁴

Уголовные преступления

В соответствии с Уголовным Кодексом Туркменистана,¹¹³⁵ уголовная ответственность устанавливается, среди прочего, за следующие деяния, связанные с наркотическими средствами:

- Незаконное приобретение или хранение наркотических средств или психотропных веществ в небольших размерах без цели сбыта, совершенные повторно в течение года после наложения административного взыскания за такие же нарушения, наказываются штрафом или исправительными работами на срок до двух лет или лишением свободы на срок до двух лет.¹¹³⁶
- Незаконное изготовление, переработка, приобретение, хранение, перевозка или пересылка без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ наказываются лишением свободы на срок до пяти лет.¹¹³⁷ Те же деяния, совершенные повторно или группой лиц по предвари-

1130 Закон Туркменистана «О наркотических средствах», Статья 47.

1131 Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях (17 декабря 1984, с поправками 2002 г.), Статья 35. Согласно Кодексу (Статья 14) административная ответственность наступает с шестнадцатилетнего возраста.

1132 Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях, Статья 43(1).

1133 Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях, Статья 102(1).

1134 Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях, Статья 102(2).

1135 Уголовный Кодекс Туркменистана, (12 июня 1997), Статья 222(1).

1136 Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 298.

1137 Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 293.

- тельному сговору, наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет.
- Незаконное изготовление, переработка, приобретение, хранение, перевозка или пересылка с целью сбыта, а равно незаконный сбыт наркотических средств или психотропных веществ, наказываются лишением свободы на срок от трех до десяти лет с конфискацией имущества или без таковой.¹¹³⁸
 - Незаконное культивирование запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества, наказывается исправительными работами на срок до двух или лишением свободы на срок до трех лет.¹¹³⁹
 - Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с возложением обязанности проживания в определенной местности на срок от двух до пяти лет или без такового. Под «склонением к потреблению наркотических средств» понимаются любые умышленные действия, направленные на то, чтобы вызвать у других лиц желание к их потреблению (уговоры, предложение, совет и т.д.).¹¹⁴⁰
 - Организация потребления наркотических средств или психотропных веществ при проведении семейных торжеств, празднеств, гуляний или иных массовых мероприятий наказывается штрафом или лишением свободы на срок до пяти лет.¹¹⁴¹
 - Организация или содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ наказываются лишением свободы на срок от трех до восьми лет с возложением обязанности проживания в определенной местности на срок от двух до пяти лет.¹¹⁴² Предоставление помещений для потребления наркотических средств или психотропных веществ наказывается лишением свободы на срок до трех лет с возложением обязанности проживания в определенной местности на срок от двух до пяти лет или без такового.¹¹⁴³

Обычно, уголовная ответственность наступает с шестнадцатилетнего возраста. Однако, за отдельные преступления, а именно за незаконное изготовление, переработку, приобретение, хранение, перевозку, пересылку наркотических средств или психотропных веществ с целью сбыта, а также и за хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, уголовная ответственность может наступить и с четырнадцати лет. При повторном совершении деяний, связанных с незаконным оборотом наркотических веществ, предусматривается ужесточение наказания. При этом за преступления средней тяжести, тяжкие и особо тяжкие деяния суд наряду с основным наказанием может применить конфискацию имущества. Лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических или других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности. Причины опьянения, степень опьянения и его влияние на совершение преступления принимаются во внимание при назначении наказания.¹¹⁴⁴

Принудительное освидетельствование на наркотики, в том числе правоохранительными органами

Согласно законодательству Туркменистана медицинскому освидетельствованию подлежит лицо:

- в отношении которого в уполномоченные государственные органы поступила официальная информация о незаконном потреблении им наркотических средств, либо
- при наличии «обоснованного подозрения», что оно находится в состоянии наркотического опьянения.

Факты незаконного потребления наркотических средств могут быть подтверждены показаниями свидетелей, обнаружением признаков наркотического опьянения, результатами медицинского освидетельствования, а также тестами на содержание наркотического средства

1138 Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 292.

1139 Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 295.

1140 Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 296. Данная статья не предусматривает исключение мер снижения вреда из сферы своего действия.

1141 Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 301.

1142 Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 297.

1143 Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 297-3.

1144 Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 25. В случаях, когда опьянение не является неотъемлемой частью правонарушения (как, например, в случае «вождения в состоянии опьянения»), рассмотрение опьянения как такового в качестве отягчающего наказания обстоятельства может, по крайней мере в некоторых случаях, составить дискриминацию лица на основании состояния здоровья (например, наркотической или алкогольной зависимости), так как приведет к назначению более сурового наказания только по указанной причине.

или психотропного вещества в организме обследуемого.¹¹⁴⁵ В случае отказа от освидетельствования лицо может быть доставлено в наркологическое учреждение в принудительном порядке. Закон разрешает направление на освидетельствование лиц в случае лишь подозрения на потребление наркотиков, несмотря на то, что потребление наркотиков как таковое не является согласно законодательству Туркменистана наказуемым деянием. Данное положение вызывает серьезные опасения, т.к. нарушает право человека на свободу и личную неприкосновенность, право на защиту от произвольного вмешательства в его личную жизнь и, если результаты принудительного медицинского освидетельствования используются в целях уголовного или административного преследования человека, нарушает его право на отказ от дачи показаний против самого себя.¹¹⁴⁶

Дополнительно, в соответствии с Кодексом Туркменистана об административных правонарушениях, водители, управляющие транспортными средствами, в отношении которых имеются «достаточные основания полагать», что они находятся в состоянии опьянения, признаются временно неспособными управлять транспортным средством и подлежат медицинскому освидетельствованию.¹¹⁴⁷

Согласно Уголовно-процессуальному Кодексу Туркменистана, при расследовании уголовных дел, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, следователь, при возникновении необходимости, может назначить проведение «судебно-наркологической экспертизы» для определения наличия наркотической зависимости подсудимого.¹¹⁴⁸

Другие уязвимые группы: положения уголовного и административного права

Некоторые другие положения законодательства об административной и уголовной ответственности вызывают опасения с точки зрения защиты прав человека и препятствуют работе по профилактике и лечению ВИЧ и ИППП среди групп риска. Это происходит потому, что они, в большей степени призваны наказывать и способствовать маргинализации вышеуказанных лиц, которые, как правило, и так уже в значительной степени стигматизированы и с большой неохотой обращаются за медицинской или иной помощью.

Принудительное медицинское освидетельствование и лечение

Уклонение от медицинского обследования лиц, в отношении которых имеются достаточные данные о том, что они больны венерической болезнью, продолжающееся после предупреждения, сделанного органами здравоохранения, является административным правонарушением и влечет наложение штрафа.¹¹⁴⁹ Данное положение ведёт к принудительному лечению ИППП, что противоречит общепринятым принципам, что медицинское освидетельствование и лечение должны быть добровольными, и проводиться на основе информированного согласия; положения, разработанные в том числе, и для соблюдения прав человека.¹¹⁵⁰ Уклонение от лечения лиц, находившихся в контакте с больными венерической болезнью (например, с бывшим сексуальным партнером) и нуждающихся в профилактическом лечении, продолжающееся после предупреждения, сделанного органами здравоохранения, также является административным правонарушением и влечет наложение штрафа.¹¹⁵¹

Принуждение к раскрытию контактов

Административным правонарушением, влекущим наложение штрафа, является сокрытие больными венерическим заболеванием источника заражения и лиц, имевших с ними контакты.¹¹⁵² «Злостное уклонение» от лечения венерической болезни, а именно – уклонение от лечения венерической

1145 Закон «О наркотических средствах», Статья 50.

1146 Международный пакт о гражданских и политических правах [ICCPR], Генеральная Ассамблея ООН, 999 UNTS 171 (1966), Статьи 7, 9, 14, 17.

1147 Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях, Статья 257.

1148 Уголовно-процессуальный Кодекс Туркменистана, Статьи 72-75.

1149 Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях, Статья 44.

1150 UNAIDS/WHO, Policy Statement on HIV Testing, (June 2008).

1151 Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях, Статья 45.

1152 Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях, Статья 46.

болезни, продолжающееся после предупреждения, сделанного органом или учреждением здравоохранения – является уголовным преступлением и наказывается штрафом или исправительными работами на срок до одного года.¹¹⁵³ Непонятно, как данное положение может быть приведено в исполнение, и согласно информации, предоставленной Управлением ООН по наркотикам и преступности, не применяется на практике.

Криминализация заражения или постановки в опасность заражения ИППП или ВИЧ

Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, является уголовным преступлением и наказывается штрафом, или исправительными работами, или лишением свободы на срок до двух лет.¹¹⁵⁴ Эксперты отметили, что данные положения об ответственности не работают в связи с тем, что обследование и лечение ИППП является платным, и правоохранительным органам приходится прилагать усилия, чтобы заставить подозреваемых оплатить расходы по освидетельствованию и лечению. *Уголовный Кодекс Туркменистана* содержит положение о “заражении заболеванием СПИД”. Заведомое “поставление другого лица в опасность заражения” заболеванием СПИД наказывается лишением свободы на срок до трех лет, в случаях заражения срок лишения свободы увеличивается до пяти лет.¹¹⁵⁵ Заражение заболеванием СПИД двух или более лиц либо несовершеннолетнего наказываются лишением свободы на срок до восьми лет. Заражение другого лица заболеванием СПИД вследствие ненадлежащего выполнения медицинским или фармацевтическим работником своих профессиональных обязанностей наказываются лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет. ЮНЕЙДС не рекомендует так широко использовать практику криминализации заражения или поставления другого лица в опасность заражения ВИЧ.¹¹⁵⁶

Криминализация мужчин, имеющих секс с мужчинами

Гомосексуализм согласно законодательству Туркменистана является преступлением и наказывается лишением свободы на срок до двух лет, с возложением обязанности проживания в определенной местности на срок от двух до пяти лет.¹¹⁵⁷ Данное дискриминирующее положение вступает в противоречие с международным правом прав человека, нарушая право человека не подвергаться дискриминации и право на защиту от произвольного вмешательства в его личную жизнь. Оно также подрывает эффективность программ профилактики ВИЧ-инфекции и затрудняет доступ к медицинским услугам и информации по сохранению здоровья мужчин, имеющих секс с мужчинами.¹¹⁵⁸ Комитет ООН по правам человека пришел к выводу, что право на личную жизнь, закрепленное в статье 17 *Международного пакта о гражданских и политических правах*, нарушается вследствие применения законов, устанавливающих уголовную ответственность за гомосексуальные отношения, в которые по обоюдному согласию вступают совершеннолетние лица. Комитет указал, что: «... установление уголовной ответственности за действия гомосексуального характера не может считаться обоснованным средством или соразмерной мерой для достижения цели предотвращения распространения ВИЧ, ... заставляя таиться многих людей, подверженных риску инфекции, (это), как представляется, препятствует эффективной реализации образовательных программ, направленных на профилактику ВИЧ/СПИДа».¹¹⁵⁹

Криминализация проституции и секс-работников

Проституция, секс-работники и лица, связанные с ними, караются законом, что препятствует эффективной работе по профилактике ВИЧ-инфекции и охране здоровья среди этих уязвимых групп, а также вступает в противоречие с международными принципами и рекомендациями.¹¹⁶⁰ Как за-

1153 *Уголовный Кодекс Туркменистана*, Статья 118.

1154 *Уголовный Кодекс Туркменистана*, Статья 117.

1155 *Уголовный Кодекс Туркменистана*, Статья 119.

1156 UNAIDS, *Policy Brief: Criminalization of HIV transmission*, August 2008.

1157 *Уголовный кодекс Туркменистана*, Статья 135.

1158 Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*, Объединенная версия 2006. Парагр. 123-124. [UNAIDS/ОНЧР, *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*]; UNAIDS, *Policy Brief: HIV and Sex Between Men*, August 2006.

1159 Комитет по правам человека ООН, Сообщение № 488, 1992. *Николас Тунен против Австралии*, парагр. 8.5 [UN Human Rights Committee, *Nicholas Toonen v. Australia*, Communication No. 488/1992, UN Doc. CCRP/C/50/D/488/1992, 31 March 1994]

1160 Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*, Объединенная версия 2006. Руководящий принцип 4, парагр. 21(с). [UNAIDS/ОНЧР, *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*]

нятие проституцией, так и склонение к вступлению в половую связь с лицом, занимающимся проституцией, с уплатой вознаграждения являются в Туркменистане административными правонарушениями и влекут наложение штрафа или административный арест на срок до пятнадцати суток.¹¹⁶¹ Занятие проституцией, совершенное повторно в течение года после наложения административного взыскания, рассматривается в качестве уголовного преступления и наказывается штрафом, исправительными работами на срок до двух лет или лишением свободы на срок до двух лет.¹¹⁶² Организация или содержание притонов для разврата или занятия проституцией, наказываются лишением свободы на срок до пяти лет с конфискацией имущества или без таковой и с возложением обязанности проживания в определенной местности на срок от двух до пяти лет или без таковой.¹¹⁶³ Сводничество для разврата или занятия проституцией, наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с конфискацией имущества или без таковой;¹¹⁶⁴ сутенерство наказывается лишением свободы на срок от двух до шести лет с конфискацией имущества или без таковой.¹¹⁶⁵ Те же деяния, совершенные повторно, влекут более строгое наказание (лишение свободы на срок от трех до восьми лет).

1161 *Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях*, Статьи 176(1) and 176(2).

1162 *Уголовный Кодекс Туркменистана*, Статья 138.

1163 *Уголовный Кодекс Туркменистана*, Статья 140.

1164 *Уголовный Кодекс Туркменистана*, Статья 141.

1165 *Уголовный Кодекс Туркменистана*, Статья 142.

4. МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

Конституция Туркменистана¹¹⁶⁶, а также Законы «Об охране здоровья граждан»¹¹⁶⁷, «О беженцах»¹¹⁶⁸, «О миграции»¹¹⁶⁹, «О правовом положении иностранных граждан»¹¹⁷⁰, «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)»¹¹⁷¹, «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту» предусматривают право на охрану здоровья, включая бесплатное пользование сетью государственных учреждений здравоохранения для граждан, иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев. Доступ к бесплатному первичному и срочному медицинскому обслуживанию осуществляется по месту жительства лица. Для безработных и лиц без определенного места жительства бесплатное медицинское обслуживание осуществляется на общих основаниях по месту обращения. Согласно законодательству, доступ к лечению мигрантов и беженцев должен быть адекватен доступу граждан Туркменистана.

Бесплатной сетью государственных учреждений здравоохранения обеспечивается: оказание экстренной медицинской помощи, оказание медицинских услуг больным туберкулезом, потребителям наркотиков, гражданам, страдающим психическими, онкологическими и инфекционными заболеваниями, а также обслуживание беременных женщин и детей до 16 лет. Для лиц с ВИЧ-инфекцией, больных СПИДом и потребителей наркотиков лечение (включая, при необходимости, и лечение сопутствующего гепатита) осуществляется на бесплатной основе. Страховой полис обеспечивает получение денежных льгот – 50% от стоимости платных услуг при лечении и 90% от стоимости лекарственных средств (например, прописанных препаратов).

По утверждению национальной экспертной группы, употребление наркотиков не может являться причиной отказа гражданам в лечении гепатита, туберкулеза, наркотической зависимости. При этом медицинские учреждения, предоставляющие лечение от наркотической зависимости, туберкулеза и гепатита С работают в тесном сотрудничестве. На момент представления отчета экспертной группой антиретровирусная терапия в Туркменистане не осуществлялась.

4А. ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Лечение больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией входит в психиатрическую помощь и включает в себя обследование психического здоровья граждан, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.¹¹⁷² Согласно данным национальной экспертной группы, «анонимные» отделения для лечения наркотических больных действуют в Ашхабаде и в каждой области страны. Всего по стране существует восемь таких отделений, в которых проходят лечение как мужчины, так и женщины. Кроме того, во всех областях и в Ашхабаде действуют женские отделения в стационарах по лечению от наркотической зависимости. За период девяти месяцев 2007 года лечение от наркотической зависимости прошли 17 741 граждан, 1493 из них женщины-потребительницы наркотиков.¹¹⁷³ На учете в связи с наркотической зависимостью с сопутствующим гепатитом состояло 1995 граждан. Общее число зарегистрированных потребителей наркотиков на момент составления отчета экспертной группы составило 32 969 человек.

Наряду с действующими положениями о лечении наркотической зависимости, предусмотренными в

1166 Конституция Туркменистана, от 26 сентября 2008, Статья 35.

1167 Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан», № 157-II, от 14 декабря 2002.

1168 Закон Туркменистана «О беженцах», № 231-I, от 12 июня 1997.

1169 Закон Туркменистана «О миграции», № 30-III, от 7 декабря 2005.

1170 Закон Туркменистана «О правовом положении иностранных граждан», № 901-XII (8 октября 1993).

1171 Закон Туркменистана «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», № 78-II (7 июля 2001).

1172 Закон Туркменистана «О психиатрической помощи», № 869-XII (1 октября 1993). Статья 1.

1173 Информация предоставлена национальными экспертами на сентябрь 2007.

рамках Законов «О психиатрической помощи», «О наркотических средствах», «Об охране здоровья граждан», межведомственным приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана установлены стандарты лечения наркотической зависимости.¹¹⁷⁴ Государство гарантирует оказание бесплатной наркологической помощи и медико-социальную реабилитацию лицам, больным наркоманией. Лечение наркотической зависимости может включать детоксикацию при помощи медицинских препаратов, амбулаторное лечение и реабилитационные мероприятия. Теоретически, наркологическая помощь лицам, больным наркоманией, может оказываться государственными и частными учреждениями здравоохранения при наличии лицензии на данную деятельность. В настоящее время, наркологическая помощь оказывается лишь в государственных клиниках.

Как правило, лицу, добровольно обратившемуся в наркологическое учреждение для прохождения курса лечения, обеспечивается конфиденциальность. Однако, сведения о лице, проходящем лечение от наркотической зависимости, могут быть предоставлены правоохранительным органам в ответ на официальный запрос. Кроме того, на медицинских работников возлагается обязанность сообщать в местные наркологические центры о зарегистрированных потребителях наркотиков и в органы внутренних дел об обращении лиц с подозрением на отравление наркотическими средствами.¹¹⁷⁵ Согласно информации, предоставленной национальной экспертной группой, препарат налоксон (антагонист опиатов), используемый для экстренной помощи при передозировке, считается ядовитым лекарственным средством и подлежит контролю. Налоксон не зарегистрирован в Туркменистане и не используется в медицинских целях.

Принудительное лечение наркотической зависимости

Обычно медицинское вмешательство, включая и лечение наркотической зависимости, осуществляется на основе добровольного обращения лица за подобной помощью или с его согласия (для несовершеннолетнего по просьбе или с согласия родителей или его законных представителей).¹¹⁷⁶ Однако, на основании Закона Туркменистана «Об охране здоровья граждан» оказание медицинской помощи без согласия граждан допускается в отношении:

- лиц, «страдающими заболеваниями, представляющими опасность для окружающих»,
- лиц, «страдающих тяжелыми психическими расстройствами», а также
- лиц, «совершивших общественно опасные деяния» или подозреваемых в их совершении.¹¹⁷⁷

Согласно этому Закону, перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также перечень учреждений здравоохранения для оказания медицинской помощи таким больным утверждаются Кабинетом Министров Туркменистана.¹¹⁷⁸ На декабрь 2008 года перечень особо опасных инфекционных заболеваний включал в себя такие заболевания, как чума, холера, геморрагические лихорадки, а также ВИЧ/СПИД.¹¹⁷⁹

В дополнение к вышеизложенному, в соответствии с Законом «О наркотических средствах» принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом (казыетом), лицам с диагнозом «наркомания», уклоняющимся от медицинского наблюдения и лечения и продолжающим употреблять наркотические средства.¹¹⁸⁰ В суд, для решения вопроса о назначении принудительного лечения, лицо направляется правоохранительными органами или органами здравоохранения.¹¹⁸¹

1174 Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, Приказ № 300 (14 октября 2000).

1175 Там же. Согласно информации, предоставленной национальной экспертной группой, препарат налоксон (антагонист опиатов), используемый для экстренной помощи при передозировке, считается ядовитым лекарственным средством и подлежит контролю.

1176 Закон Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту», Статья 52 (Наркологическая помощь лицам, больным наркоманией).

1177 Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан», Статья 28.

1178 Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан», Статья 39.

1179 Утвержден Приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана «О санитарной охране территории Туркменистана», № 116 (26 декабря 1995), подготовленным на основании приказа Заместителя председателя Кабинета Министров Туркменистана № 18 (12 декабря 1995). Дополнительно, Санитарный кодекс Туркменистана (19 мая 1992), регулирует отношения в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, включающих в себя предупреждение и распространение инфекционных заболеваний.

1180 Закон Туркменистана «О наркотических средствах», Статья 42; Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 94.

1181 На основании совместного приказа Министерства здравоохранения и медицинской промышленности и Министерства внутренних дел «О выявлении, учете и назначении принудительных мер лицам страдающим наркоманией и токсикоманией», №163/134 (30 августа 2006).

Согласно законодательству, несовершеннолетние в возрасте от шестнадцати лет, уклоняющиеся от принудительного лечения от наркотической зависимости или продолжающие после такого лечения употреблять наркотические средства могут по решению суда направляться в лечебно-воспитательные профилактории органов здравоохранения на срок от шести месяцев до двух лет.¹¹⁸² Согласно информации, предоставленной Управлением ООН по наркотикам и преступности, таких учреждений в настоящее время не существует – на практике несовершеннолетние проходят лечение в обычных наркологических клиниках, а если осуждены за совершение преступления – в местах лишения свободы.

Лица, приговоренные к лишению свободы, подлежат принудительному лечению наркотической зависимости по месту отбывания наказания, а в случае необходимости продолжения лечения после освобождения – в медицинских учреждениях на общих основаниях (подробно далее).

Согласно вышеперечисленным статьям, меры принудительного характера могут применяться ко всем лицам, потребляющим наркотики. Международные организации подчеркивают, что наилучшие результаты обычно достигаются при добровольном лечении.¹¹⁸³ Принудительное лечение нарушает права человека на свободу, неприкосновенность личности и личную жизнь¹¹⁸⁴ и должно применяться только в крайних, четко определенных случаях в целях предотвращения нанесения человеком непосредственного вреда себе или окружающим.

Заместительная терапия

Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) является одним из наиболее изученных, эффективных методов лечения опиоидной зависимости и управления ею. Разрешенная законодательством многих стран, она также является важной составной частью всеобъемлющих мер, направленных на предотвращение распространения ВИЧ в странах с высоким уровнем зависимости от опиоидных наркотиков.¹¹⁸⁵ Международные договоры по контролю над наркотическими веществами, ратифицированные Туркменистаном, не запрещают использование таких веществ как метадон и бупренорфин в медицинских целях для ОЗТ.¹¹⁸⁶ Кроме того, Всемирная организация здравоохранения включила их в свой “Примерный перечень основных лекарственных средств”, как альтернативу героину или другим производным опиатов.¹¹⁸⁷

Программ ОЗТ в Туркменистане нет, но отдельные положения законодательства дают возможность ее введения. Так, например, метадон включен в перечень наркотических средств и психотропных веществ, используемых в качестве медицинских препаратов, оборот которых ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля.¹¹⁸⁸ Вследствие этого, метадон может применяться в медицинских целях на основании рецепта, выписанного на специальных бланках.¹¹⁸⁹ Выписка рецептов на наркотические средства и психотропные вещества (включая препараты, используемые для ОЗТ) медицинскими работниками частного сектора здравоохранения запрещается.

1182 В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета Туркменской ССР «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Туркменской ССР и утверждении Положения о лечебно-воспитательном профилактории для больных наркоманией», № 918-XI (18 августа 1987).

1183 UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper*, March 2008.

1184 *Международный пакт о гражданских и политических правах*, Генеральная Ассамблея ООН, 999 UNTS 171, 1966. Статьи 7, 9, и 17; *Всеобщая Декларация прав человека*, Резолюция Генеральной ассамблеи ООН 217A (III), UN Doc. A/810 (1948). Статьи 3 и 12.

1185 Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС: *Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа*, 2004.

1186 Программа ООН по международному контролю за наркотиками, *Гибкость положений международных договоров по отношению к программам снижения вреда*, Решение 74/10, E/ Международный Комитет по контролю за наркотиками (INCB)/2002/W.13/SS.5, (30 сентября 2002).

1187 Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), *Примерный перечень основных лекарственных средств* пересмотрен в марте 2005. http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_rus.pdf

1188 Постановление Президента Туркменистана «Об утверждении перечней наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров» №9192 (13 ноября.2007). Приложение №2.

1189 Закон Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту», Статья 33 (Отпуск наркотических средств и психотропных веществ физическим лицам в медицинских целях).

Наркологический учёт

Лица с наркотической зависимостью подлежат тщательному государственному учёту, как в органах внутренних дел, так и учету и врачебному наблюдению в лечебно-профилактических учреждениях государственной системы здравоохранения.¹¹⁹⁰ Регистрационная база ведется наркологической службой Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, и правоохранительными органами Министерства внутренних дел по месту жительства.

Постановка на наркологический учет временно признает больного наркоманией непригодным к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источниками повышенной опасности. Решение принимается врачебной комиссией и может быть обжаловано в судебном порядке.¹¹⁹¹ Кроме того, постановка на учет в качестве лица с наркотической зависимостью может повлечь и ряд других ограничений прав:

- ограничение в получении водительских прав;
- ограничение родительских прав или прав на усыновление/удочерение – согласно Кодексу Туркменистана о браке и семье, оба родителя или один из них могут быть лишены родительских прав, если будет установлено, что они являются хроническими алкоголиками или наркоманами,¹¹⁹² а также
- ограничение права голосовать, если лицо, потребляющее наркотики, в судебном порядке было лишено дееспособности. Данное решение может вынесено судом на основании того, что лицо, вследствие употребления наркотических средств или психотропных веществ, ставит свою семью в тяжелое материальное положение.¹¹⁹³

Согласно Закону Туркменистана «О миграции», основанием для отказа иностранному гражданину или лицу без гражданства в предоставлении визы и вида на жительство в Туркменистане может быть наличие у него наркомании. Это также может быть основанием для аннулирования вида на жительство.¹¹⁹⁴

4Б. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Профилактические меры информационно-образовательного характера

Служба профилактики ВИЧ-инфекции в Туркменистане представлена 6 центрами: Национальным центром в Ашхабаде и 5 областными центрами профилактики ВИЧ/СПИД с кабинетами консультирования и тестирования на ВИЧ и телефонами доверия. На сегодняшний день меры по профилактике ВИЧ включают мероприятия информационно-образовательного характера для населения в целом и молодежи, а также распространение презервативов государственными органами и общественными организациями. Информация о ВИЧ включена в школьную программу и предоставляется в женских консультациях и центрах планирования семьи.

Освидетельствование на ВИЧ

Законом Туркменистана «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита (ВИЧ-инфекция)» (далее Закон «О профилактике ВИЧ-инфекции») предусмотрено право граждан Туркменистана, иностранных граждан и лиц без гражданства, проживающих или находящихся на территории государства, на “добровольное, конфиденциальное, анонимное медицинское освидетельствование на выявление вируса иммунодефицита человека”.¹¹⁹⁵ Все лица, проходящие обследо-

1190 Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана №300, (14 октября 2000).

1191 Закон Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту», Статья 53.

1192 Кодекс Туркменистана о браке и семье, Статьи 70 и 115.

1193 Закон Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту», Статья 53; *Гражданский кодекс Туркменистана*, Статьи 26(1) и 27(1).

1194 Закон Туркменистана «О миграции», Статья 15.

1195 Закон Туркменистана «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита (ВИЧ-инфекция)», Статья 5. Согласно формулировке закона освидетельствование является одновременно “анонимным” и “конфиденциальным”, таким образом, остается неясным, существует ли доступ к освидетельствованию, являющемуся полностью анонимным.

вание на ВИЧ-инфекцию, должны получать до- и после-тестовое консультирование.¹¹⁹⁶ Получение информированного согласия на освидетельствование законодательством не предусмотрено.

Согласно Закону «О профилактике ВИЧ-инфекции» граждане Туркменистана, иностранцы и лица без гражданства подлежат обязательному освидетельствованию при наличии “эпидемиологических показаний”.¹¹⁹⁷ Выявления у иностранного гражданина или лица без гражданства положительного результата на ВИЧ-инфекцию, может послужить основанием для отказа в предоставлении визы или вида на жительство и административного выдворения данного лица из Туркменистана.¹¹⁹⁸ (ИППП и наркомания также являются причинами для отказа в выдаче визы и вида на жительство).¹¹⁹⁹

Кроме того, обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию подлежат:

- доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей;
- потребители наркотиков и лица, проходящие лечение от наркотической зависимости;
- лица, больные туберкулезом, гепатитом или ИППП;
- заключенные;
- секс-работники;
- иностранные граждане, чье пребывание на территории Туркменистана превышает 3 месяца;
- беременные женщины;
- новорожденные, если мать является ВИЧ-положительной, или по клиническим показаниям;
- работники органов здравоохранения, если их работа связана с кровью.¹²⁰⁰

Периодическое медицинское обследование, в том числе освидетельствование на ВИЧ, проводится для медицинского персонала, который проводит диагностические исследования на ВИЧ, оказывает лечебную и профилактическую помощь лицам с ВИЧ и СПИД, а также имеет контакт с кровью и иными материалами от инфицированных лиц.¹²⁰¹

Согласно международным стандартам, освидетельствование на ВИЧ должно проводиться только на добровольной основе, за исключением обязательного освидетельствования для доноров крови, органов и тканей.¹²⁰²

Лечение людей, живущих с ВИЧ

Лечение в отношении ВИЧ-инфекции без согласия больного или его/ее законных представителей допускается на основании Закона Туркменистана «Об охране здоровья граждан», согласно которому медицинская помощь в обязательном порядке оказывается лицам, страдающим “заболеваниями, представляющими опасность для окружающих” (в том числе и ВИЧ) или “страдающим тяжелыми психическими расстройствами”, а также лицам, совершившим общественно опасные деяния.¹²⁰³

В соответствии с Законом Туркменистана «О профилактике ВИЧ-инфекции», лицам, живущим с ВИЧ, при амбулаторном лечении бесплатно должны предоставляться лекарственные средства, в том числе и антиретровирусная (АРВ) терапия.¹²⁰⁴ Однако, на настоящий момент (декабрь 2008), АРВ терапия в Туркменистане не предоставляется.¹²⁰⁵ Препараты АРВ терапии не включены в Перечень жизненно важных лекарственных средств в Туркменистане. Теоретически, лицам, живущим с ВИЧ и

1196 «Правила медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию и выявления ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в Туркменистане» (14 января 2004), утвержденные Заместителем Министра здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана. Пункт 5.

1197 Закон Туркменистана «О профилактике ВИЧ-инфекции», Статья 6.

1198 Закон Туркменистана «О миграции», Статья 18: Иностранный гражданин может быть подвергнут административному выдворению в случаях, если это необходимо для охраны здоровья и нравственности населения, защиты прав и законных интересов граждан Туркменистана и других лиц.

1199 Закон Туркменистана «О миграции», Статьи 15, 16 и 18; и Положение иностранных граждан и лиц без гражданства на территории Туркменистана, 2002.

1200 Информация предоставлена экспертной группой по Туркменистану.

1201 Закон Туркменистана «О профилактике ВИЧ-инфекции», Статья 11.

1202 UNAIDS/WHO, Policy Statement on HIV Testing, June 2004.

1203 Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан», Статья 28 (1); Перечень особо опасных инфекционных заболеваний (включающий в себя такие заболевания, как чума, холера, геморрагические лихорадки и ВИЧ), см.: Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана «О санитарной охране территории Туркменистана» №116 (26 декабря 1995), подготовленный на основании приказа Заместителя председателя Кабинета Министров Туркменистана, № 18 (12 декабря 1995).

1204 Закон Туркменистана «О профилактике ВИЧ-инфекции», Статья 10.

1205 Информация предоставлена экспертной группой по Туркменистану.

СПИДом, возмещаются расходы, связанные с проездом к месту лечения и обратно в пределах страны за счет учреждения здравоохранения по месту жительства. Родители (лица, их заменяющие), у которых дети в возрасте до 14 лет живут с ВИЧ или больны СПИДом, имеют право на совместное пребывание с ними в стационаре с выплатой пособия по временной нетрудоспособности. Одному из родителей (лицу, его заменяющему), ухаживающим за ребенком в возрасте до 16 лет, признанным инвалидом из-за ВИЧ или СПИДа, период ухода за ним засчитывается в пенсионный стаж. Лица с ВИЧ и СПИДом, не достигшие 16-летнего возраста, имеют право на ежемесячное государственное пособие.

В 2007 году Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана утвердило стандарты оказания помощи больным туберкулезом, которые включают стандарты ведения пациентов с туберкулезом и ВИЧ. Также разработаны протоколы по профилактике вертикальной передачи ВИЧ и постконтактного заражения ВИЧ, которые на апрель 2009 года находятся в процессе утверждения.

Права пациентов, включая право на конфиденциальность медицинской и личной информации

Право пациента на охрану здоровья гарантируется государством, и включает в себя, среди прочего, уважительное и гуманное отношение к себе со стороны работников здравоохранения; облегчение боли, связанной с заболеванием; сохранение в тайне информации об обращении за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении; добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства.¹²⁰⁶ Законодательство закрепляет, что лица, страдающие психическими расстройствами, сохраняют все права и свободы граждан.¹²⁰⁷

Информация о факте обращения лица за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, его диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну и охраняются законом.¹²⁰⁸ В стране предусмотрена уголовная ответственность за нарушение конфиденциальности медицинской или личной информации, которая также может включать в себя сведения, связанные с ВИЧ.¹²⁰⁹ Дополнительно, в Законе Туркменистана «О профилактике ВИЧ-инфекции» предусмотрены гарантии соблюдения тайны личной жизни людей, живущих с ВИЧ, а именно: работники учреждений здравоохранения, которым в связи со служебными обязанностями стали известны сведения о результатах медицинского освидетельствования лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом, обязаны сохранять эти сведения в тайне.¹²¹⁰

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина (или его/ее законного представителя) допускается только в следующих случаях:

- в целях обследования и лечения гражданина, неспособного из-за состояния своего здоровья выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания, следствия, прокуратуры и суда, сделанному в письменной форме, в связи с проведением расследования или разбирательством в суде;
- в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в возрасте до 16 лет для информирования его родителей (законных представителей);
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.¹²¹¹

Отчет о результатах исследований крови на ВИЧ ежеквартально предоставляется в Министерство

1206 Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан», Статья 25.

1207 Закона Туркменистана «О психиатрической помощи», Статья 5.

1208 Закон Туркменистана «О профилактике ВИЧ-инфекции», Статья 9; Закон «Об охране здоровья граждан», Статья 60.

1209 Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 114.

1210 Закон Туркменистана «О профилактике ВИЧ-инфекции», Статья 9.

1211 Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан», Статья 60.

здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана и в Государственный Комитет Туркменистана по статистике. Конфиденциальность информации обеспечивается сотрудниками центров профилактики СПИДа Министерства здравоохранения и медицинской промышленности. Права доступа к этим данным имеют руководители центров профилактики СПИДа, заведующие лабораториями, главы отделов эпидемиологии Санитарно-эпидемиологической инспекции.

Пациент (или его/её законный представитель) в случае нарушения его прав может обратиться с жалобой непосредственно к должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в вышестоящий орган либо в суд.¹²¹²

1212 Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан», Статья 25(3).

5. ТЮРЬМЫ

В Туркменистане учреждения по исполнению наказаний относятся к ведомству Министерства внутренних дел. Всего в стране функционирует 17 таких учреждений: 1 тюрьма; 1 колония общего режима, 3 колонии строгого режима, 1 колония особого режима и 1 колония-поселение (менее строгий режим содержания, чем в других колониях) – все вышеперечисленные колонии для мужчин; 1 женская колония (со всеми видами режима содержания); 1 колония для несовершеннолетних, 1 спец-колония для бывших сотрудников силовых структур, 1 колония для лечения осужденных мужского пола, 5 следственных изоляторов, 1 лечебно-трудовой профилакторий (для принудительного лечения алкоголизма и наркомании).¹²¹³

Экспертная группа по Туркменистану сообщает, что осужденные за преступления средней тяжести, связанные с наркотическими средствами, обычно отбывают наказание в колониях общего режима. Согласно данным национальных экспертов, доля людей, отбывающих наказание за преступления, связанные с наркотиками, в 2007 году составила 19%.¹²¹⁴ Эксперты по Туркменистану утверждают, что наркотические средства ни в одно из учреждений по исполнению наказаний не поступают.

В соответствии с *Исправительно-трудовым Кодексом Туркменистана*, питание, одежда, жилищно-бытовые условия, соответствующие правилам санитарии и гигиены предоставляются бесплатно за счет бюджетных средств.¹²¹⁵ С тех, кто работает, удерживаются расходы на содержание в местах лишения свободы. Осужденные имеют право приобретать по безналичному расчету продукты питания и предметы первой необходимости на деньги, заработанные в местах лишения свободы. Осужденные-инвалиды 1 и 2 групп (лица с тяжелыми заболеваниями и/или увечьями), осужденные, освобожденные от работы по временной нетрудоспособности, беременные женщины, кормящие матери и несовершеннолетние могут приобретать продукты питания и предметы первой необходимости на деньги, получаемые по переводам.

Здравоохранение в исправительных учреждениях

Согласно статистическим данным, предоставленным экспертами, в местах лишения свободы не зарегистрировано случаев ВИЧ и гепатита С, в то время как туберкулезом в местах лишения свободы болеют 719 осужденных (данные за 2006 год).

Сводные данные о зарегистрированных случаях наркотической зависимости, туберкулеза и психических расстройств в исправительных учреждениях Туркменистана¹²¹⁶

	2005	2006
Наркотическая зависимость	3318	2999
Туберкулёз	876	719
Психические расстройства	31	28

Медицинское снабжение осуществляется Медицинской службой Управления по исполнению наказаний Министерства внутренних дел Туркменистана на основании заявок исправительных учреждений и следственных изоляторов.¹²¹⁷ Согласно официальной информации, жалоб и заявлений от осужденных в связи с обеспечением медицинскими принадлежностями и лекарствами не поступало.

1213 Информация предоставлена экспертной группой по Туркменистану. Это закрытое учреждение предназначено для принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманией и их перевоспитания с помощью принудительного труда (для лиц, не совершивших противоправных деяний), образовано под эгидой Министерства здравоохранения Туркменистана. Совместный приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности и Министерства внутренних дел «О выявлении, регистрации и применении принудительных мер к лицам, страдающим от зависимости к наркотикам и психоактивным веществам», №163/134, (30 апреля 2006).

1214 Из этих 19%, согласно данным национальных экспертов, в колониях общего режима отбывают наказание 3,12%; в колониях строгого режима – 9,41%; в колонии особого режима – 2,27% и в тюрьме – 4,2%.

1215 *Исправительно-трудовой Кодекс Туркменистана*, (1971), Статья 74.

1216 Данные предоставлены экспертной группой Туркменистана.

1217 Приказ МВД Туркменистана «О медицинском обеспечении лиц, содержащихся в следственных изоляторах, исправительных учреждениях и больнице УИН МВД Туркменистана», (17 июля 2002).

Согласно Закону Туркменистана «Об охране здоровья граждан», лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы либо задержанные, заключенные под стражу в следственном изоляторе, имеют право на медицинскую помощь, в том числе в учреждениях государственной системы здравоохранения, а беременные женщины имеют право на специализированную помощь, в том числе в родильных домах.¹²¹⁸

Профилактика и лечение ВИЧ

По свидетельству национальной экспертной группы, на сегодняшний день меры по профилактике ВИЧ в местах лишения свободы в Туркменистане в основном сводятся к принудительному освидетельствованию на наличие ВИЧ и ряду мероприятий информационно-просветительского характера. «Национальная Программа по профилактике ВИЧ/СПИД и ИППП в Туркменистане на 2005-2010 годы», упоминавшаяся выше, предусматривает проведение тренингов для заключенных по профилактике ВИЧ/СПИД/ИППП и нравственному воспитанию. Подобные мероприятия проводятся медицинскими работниками исправительных учреждений и государственными организациями, например, Центром СПИД, который регулярно организует цикл образовательных мероприятий по ВИЧ/СПИДу для осужденных. Согласно предоставленной экспертами информации, за 9 месяцев 2007 года по профилактике ВИЧ/ИППП было проведено 6 семинаров для медицинских работников и прочитано 47 лекций для личного состава органов внутренних дел и заключенных. Всего на просветительскую работу по ВИЧ было затрачено 67 часов, при этом охвачено около 24000 человек. На момент составления данного отчета, привлечение НПО к работе с осужденными по информированию о ВИЧ не предусматривается. Кроме того, эксперты национальной группы отмечают, что освидетельствование на ВИЧ, которое не сопровождается до- и после-тестовым консультированием и проводится не на добровольной основе, может обладать обратным эффектом и отталкивать людей от обращения за медицинской помощью. Национальные эксперты рекомендуют правительству принять реальные и эффективные меры профилактики ВИЧ в исправительных учреждениях и гарантировать проведение освидетельствования на ВИЧ на добровольной основе, с до- и после-тестовым консультированием.

Освидетельствование на наличие наркотической зависимости и лечение

Освидетельствование на наличие наркотической зависимости является в Туркменистане обязательным для осужденных. Осужденные лица, страдающие наркотической зависимостью, проходят лечение в медицинских частях исправительных учреждений.¹²¹⁹ Лица, страдающие наркотической зависимостью и отбывающие наказание за совершение административных правонарушений, получают лечение в лечебно-трудовых профилакториях. Несовершеннолетние лица шестнадцатилетнего возраста и старше, страдающие наркотической зависимостью и уклоняющиеся от лечения, подлежат по постановлению суда принудительному лечению в лечебно-воспитательных профилакториях сроком от шести месяцев до двух лет.¹²²⁰ Главной задачей лечебно-воспитательного профилактория является лечение и перевоспитание лиц, страдающих наркотической зависимостью. В этих целях, теоретически, профилактории в режиме изоляции обеспечивают специальное лечение, а также общеобразовательное и профессионально-техническое обучение.

Осужденные, подлежащие принудительному лечению от наркомании, проходят первичный курс стационарного лечения наркотической зависимости длительностью не менее 60 дней и получают поддерживающее амбулаторное лечение в сочетании с "трудотерапией". По утверждению экспертов национальной группы, "оптимальный" срок принудительного лечения в системе исправительных учреждений составляет 2 года. В течение первого года лечения осужденные, больные наркоманией, осматриваются врачами психиатрами и наркологами не реже одного раза в месяц, на втором году – не реже одного раза в 2 месяца. Поддерживающее амбулаторное лечение проводится через каждые 3 месяца курсами по 3-4 недели. Согласно законодательству, если ко времени

1218 Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан», Статья 23.

1219 Лечение осужденного лица от наркотической зависимости регулируется Исправительно-трудовым Кодексом Туркменистана и Приказами соответствующих Министерств, а именно: Приказом МВД Туркменистана «О медицинском обеспечении лиц, содержащихся в следственных изоляторах, исправительных учреждениях и больницах УИН МВД Туркменистана» № 118, (17 июля 2002) и Приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана «Лечение и наблюдение алкоголиков и наркоманов» № 300, (5 июня 2000).

1220 Указ Президиума Верховного Совета Туркменской ССР «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Туркменской ССР и утверждении Положения о лечебно-воспитательном профилактории для больных наркоманией» № 918-XI, (18 августа 1987).

освобождения из места лишения свободы лечение осужденного не завершено, администрация исправительно-трудового учреждения при наличии медицинского заключения ходатайствует в суд о продолжении принудительного лечения лица в медицинском учреждении со специальным лечебным и трудовым режимом.¹²²¹

Программ реабилитации до и после освобождения из мест лишения свободы в Туркменистане не существует. За три месяца до освобождения сотрудники исправительного учреждения направляют уведомление в отдел милиции по месту жительства лица об окончании срока отбытия наказания и оказании ему/ей содействия в трудовом и бытовом устройстве.¹²²²

1221 Исправительно-трудовой Кодекс Туркменистана, Статья 76.

1222 Приказ МВД Туркменистана «Об утверждении Инструкции об оказании содействия в трудовом - бытовом устройстве лицам, отбывшим наказание или после освобождения с лечебно-трудовой профилактики, и порядке сообщения о них в органы внутренних дел» № 79, (23 апреля 2003).

6. ДИСКРИМИНАЦИЯ И ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВ

Согласно Конституции Туркменистана, государство гарантирует равенство прав и свобод граждан, а также равенство граждан перед законом.¹²²³ Уголовный Кодекс Туркменистана предусматривает уголовную ответственность за прямое или косвенное нарушение или ограничение прав и свобод человека и гражданина в зависимости от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного или должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям.¹²²⁴ Специальных положений, запрещающих дискриминацию по состоянию здоровья, дискриминацию на основании ВИЧ-статуса, в законодательстве Туркменистана в настоящее время нет. Тем не менее, закон запрещает работодателю беспричинно отказывать в приеме на работу или увольнять лицо только на основании того, что он/она живут с ВИЧ или СПИДом.¹²²⁵

Несмотря на общее запрещение дискриминации в законодательстве Туркменистана, в некоторых сферах деятельности человека именно законодательство непосредственно дискриминирует людей, живущих с ВИЧ, или ограничивает усилия по борьбе с ВИЧ среди уязвимых групп (в частности лиц, потребляющих наркотики, и заключенных). В этой связи следует отметить следующее:

- *Ограничения, связанные с трудоустройством лиц, потребляющих наркотики.* Лица, больные наркоманией, могут быть признаны временно непригодными к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источниками повышенной опасности, то есть деятельности, связанной с эксплуатацией и использованием определенных объектов, оборудования и веществ, особые свойства которых создают повышенную вероятность причинения вреда людям и окружающей природной среде (например, летчик, водитель, железнодорожник, высотник). Срок действия данного запрета не должен превышать три года с правом последующего переосвидетельствования. Решение о пригодности/непригодности лица принимается врачебной комиссией.¹²²⁶ Решение о признании лица непригодным к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности может быть обжаловано в суде в порядке, установленном законодательством. После снятия лица с учета запрет перестает действовать.¹²²⁷

- *Дискриминация, связанная с иммиграцией и выбором места жительства.* Как уже отмечалось выше, согласно Закону «О миграции», заражение ВИЧ-инфекцией, венерическим заболеванием и наркотическая зависимость являются основаниями для отказа иностранному гражданину в предоставлении визы и вида на жительство в Туркменистане¹²²⁸ или для аннулирования вида на жительство в Туркменистане и административного выдворения лица без гражданства за пределы Туркменистана.¹²²⁹

- *Лишение права участвовать в выборах.* Лица, содержащиеся по приговору суда в местах лишения свободы, а также лица, в отношении которых в порядке, установленном законодательством Туркменистана, избрана мера пресечения в виде содержания под стражей, не имеют права участвовать в выборах (голосовать).¹²³⁰

- *Ограничение прав человека на личную и семейную жизнь.* Согласно Кодексу о браке и се-

мье Туркменистана, в случаях разбирательств по делам о злоупотреблении в отношении детей родители, могут быть лишены родительских прав, если они являются "хроническими алкоголиками или наркоманами".¹²³¹ Таким образом, состояние здоровья, а именно наличие алкогольной или наркотической зависимости, автоматически приравнивается к отсутствию заботы родителей о детях и плохому обращению, что ведет к тому, что родители могут быть разлучены со своими детьми только на основании данного диагноза без подтверждения факта плохого обращения или реальной угрозы плохого обращения с детьми.

Согласно принципам, закрепленным международным правом прав человека, ограничения или нарушения прав и свобод человека могут быть оправданы лишь на четко определенных основаниях.¹²³² Одним из важнейших руководящих принципов является защита от дискриминации, включая и дискриминацию по состоянию здоровья. Лишь в редких случаях ограничение прав и свобод отдельных категорий людей на основании состояния их здоровья (например, заражение ВИЧ или наркотическая зависимость) может быть признано законным. Так, при отказе в доступе к трудоустройству или лишении родительских прав решение необходимо принимать на основе рассмотрения законных обоснований для каждого конкретного случая, а не ошибочных предположений, сделанных на основе обобщения, о неспособности человека заниматься определенным видом профессиональной деятельности или выполнять функции родителя только на основании информации о состоянии его здоровья.

1223 Конституция Туркменистана, Статья 17.

1224 Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 145.

1225 Закон Туркменистана «О профилактике ВИЧ-инфекции», Статья 10.

1226 «Перечень медицинских противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источниками повышенной опасности» утверждается Кабинетом Министров Туркменистана.

1227 Закон Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту», Статья 53.

1228 Закон Туркменистана «О миграции», Статья 15.

1229 Закон Туркменистана «О миграции», Статья 16.

1230 Закон Туркменистана «О выборах депутатов Меджлиса Туркменистана», (25 октября 2005); Закон Туркменистана «О выборах членов Генгешей», (25 октября 2005); Закон Туркменистана «О выборах членов этрапских, городских народных советов», (25 октября 2005); Закон Туркменистана «О выборах членов велаятских народных советов», (25 октября 2005).

1231 Кодекс о браке и семье Туркменистана (25 декабря 1969). Статья 70.

1232 Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах. UN Economic and Social Council, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985).

7. КОММЕНТАРИИ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЭКСПЕРТОВ

Наряду с тем, что в Туркменистане приняты программы по профилактике ВИЧ, законодательство страны и политика в этой области содержат множество положений и принципов, которые могут быть реформированы с тем, чтобы уделить больше внимания правам лиц, живущих с ВИЧ или принадлежащих к уязвимым группам (в частности осужденных и лиц, потребляющих наркотики), с целью уменьшения их стигматизации, маргинализации, уязвимости к ВИЧ и облегчения доступа к медицинским услугам. Внесение подобных изменений полностью согласуется с нормами международного законодательства по правам человека и призвано всячески способствовать охране здоровья граждан. Рекомендации, представленные ниже, направлены на решение проблем, выявленных экспертной группой Туркменистана и консультантами проекта. Предлагаемые формулировки поправок представлены в документе на затемненном фоне.¹²³³

Национальные программы и стратегии

Рекомендация 1: Обеспечить должное внимание лицам, живущим с ВИЧ или принадлежащим к уязвимым группам, и расширить их участие

Для того, чтобы национальные программы и стратегии по борьбе с ВИЧ и по наркотикам охватывали и вовлекали большее количество людей, и, как следствие, отражали интересы заинтересованных групп, они должны в прямой форме гарантировать:

- внимание профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для уязвимых групп, включая наряду с другими категориями потребителей наркотиков и заключенных;
- явную, четко выраженную приверженность борьбе с дискриминацией людей, живущих с ВИЧ или принадлежащих к уязвимым группам, а также уважение и защиту конфиденциальности людей, живущих с ВИЧ;
- вовлечение общественных организаций, лиц, живущих с ВИЧ, потребителей наркотиков и членов других уязвимых групп в разработку и выполнение национальных программ и стратегий;
- лучшую координацию действий заинтересованных государственных и негосударственных кругов;
- лучшее финансирование различных видов деятельности в рамках национальной программы борьбы со СПИДом; а также
- активное привлечение широкого круга экспертов высокой квалификации по вопросам ВИЧ/СПИД-а и смежных областей знаний.

Вовлечение общественных организаций, лиц, живущих с ВИЧ, и потребителей наркотиков в работу организаций и принятие решений по ВИЧ может быть упрочено и подкреплено принятием специальной поправки к Закону Туркменистана «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)».

Рекомендация 2: Обеспечить, чтобы меры снижения вреда стали неотъемлемой частью ответной реакции на ВИЧ и наркотики

Национальные программы по ВИЧ/СПИДу и по наркотикам, а также Закон Туркменистана «О профилактике ВИЧ-инфекции» не предусматривают мер по снижению вреда, несмотря на то, что подобные меры чрезвычайно важны и необходимы для повышения эффективности ответной реакции на ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики. Рекомендуется увеличить доступ к высококачественному лечению наркотической зависимости, и ввести программы заместительной терапии (ОЗТ), обмена игл и шприцев, аутрич программы (в том числе и консультирование «равный-равному»).

¹²³³ Во многих случаях формулировки рекомендуемых поправок взяты из документа «Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе» (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006), доступного на английском (www.aidslaw.ca/modellaw) и русском языках (www.aidslaw.ca/modellaw-ru). Данный документ, состоящий из 8 модулей, посвященных разным вопросам, использовался Управлением ООН по наркотикам и преступности (UNODC) в качестве основного источника, национальными экспертами и экспертами проекта при подготовке отчетов и заключений по законодательствам стран-участниц проекта. По мере необходимости далее даются ссылки на отдельные модули этого документа, текст и комментарии которых могут быть полезны законодателям и лицам, ответственным за разработку политики по реализации данных рекомендаций.

Кроме того, правительство может повысить эффективность своих действий в результате расширения консультативного процесса с обществом путем обсуждения и изучения эффективности и продуктивности введения подобных мер в стране.

Вопросы административной и уголовной ответственности

Рекомендация 3: Отменить уголовную и административную ответственность за хранение небольших количеств наркотиков для личного потребления.

Применение суровых мер уголовного характера за преступления, связанные с наркотиками, особенно уголовное наказание за хранение наркотических средств для личного потребления, наиболее сильное отрицательное воздействие оказывает на людей с наркотической зависимостью. Национальная экспертная группа установила, что местные власти должны быть заинтересованы в гуманизации законодательства в данной области, в частности в смягчении наказания за хранение небольших количеств наркотиков без цели сбыта. Экспертная группа рекомендует следующее:

- Правительству необходимо начать консультативный процесс с ключевыми лицами, чтобы прийти к решению, каким образом законодательство в этой области может быть реформировано. Необходимо вовлечение в консультативный процесс общественных организаций, работающих в сфере ВИЧ, оказывающих помощь потребителям наркотиков, а также самих потребителей наркотиков, насколько это возможно.
- Правительству необходимо изучить опыт и политику, проводимую другими странами, относительно смягчения уголовного и иного наказания за хранение наркотиков, как, например, введение понятия малого количества для личного потребления и введение, альтернативных уголовному наказанию мер, за хранение таких доз (включая предоставление лечения от наркотической зависимости в случаях, когда это обосновано), что не противоречит международным соглашениям.

В процессе непосредственного реформирования законодательства в целях отказа от административной и уголовной ответственности за хранение наркотиков для личного потребления, правительство должно внести поправку следующего образца в такие законодательные акты, как Закон «О наркотических средствах», Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях и Уголовный Кодекс Туркменистана (или во все три).¹²³⁴

Декриминализация хранения контролируемых веществ без цели сбыта

Независимо от положений настоящего или любого другого Закона, хранение и потребление наркотического или психотропного вещества, внесенного в [прилагаемый список] в [малом количестве] для личного потребления не является уголовным преступлением.

Рекомендация 4: Отказаться от законодательного запрещения потребления наркотиков

В настоящее время, потребление наркотиков *как таковое* запрещено Законом «О наркотических средствах» (но в уголовном или административном кодексе нет наказания за это деяние). Тем не менее, лица с наркотической зависимостью подвергаются стигматизации людей, что затрудняет им доступ к медицинской помощи, включая и лечение от наркотической зависимости. Рекомендуемый подход, согласующийся с принципами соблюдения прав человека и охраны здоровья граждан, предполагает вместо наказания людей за состояние их здоровья принятие мер по предоставлению им свободного доступа к медицинским услугам, что является воплощением гуманизма и уважения к их правам. Рекомендуется отменить Статью 49 Закона Туркменистана «О наркотических средствах», запрещающую потребление наркотиков.

¹²³⁴ См. «Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе», Модуль 1: Вопросы уголовного права, стр. 18-21. В случае если будет принято решение отменить и административную ответственность за хранение малых доз для личного потребления, в заголовке данного положения можно использовать термин "депенализация", а в тексте поправки четко обозначить, что хранение наркотика в для личного потребления не является административным правонарушением. Данное положение может быть добавлено и в Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях.

Рекомендация 5: Ввести меры, альтернативные лишению свободы, за отдельные преступления, связанные с наркотиками.

Национальная экспертная группа установила, что в тюрьмах отсутствуют необходимые оснащение и условия для принятия мер по профилактике и контролю ВИЧ (среди потребителей наркотиков в том числе) и для предоставления лечения от наркотической зависимости заключенным, в нём нуждающимся. Экспертная группа выдвинула ряд рекомендаций по совершенствованию мер контроля над ВИЧ и наркотической зависимости в тюрьмах (см. раздел «Тюрьмы» далее). При этом в качестве одной из важных мер, эксперты признают снижение частоты осуждения лиц, потребляющих наркотики, к наказанию в виде лишения свободы. Реализация рекомендации #3, упоминавшейся выше, является одним из способов достижения этого на практике, т.к. предполагает отмену уголовной ответственности, по крайней мере, в случае хранения малых количеств наркотика для личного потребления.

Кроме этого, в отношении деяний, связанных с наркотиками, по-прежнему являющихся уголовными преступлениями, желательнее изменить подход к назначению наказания, с тем, чтобы снизить количество приговоров, связанных с лишением свободы. Это поможет снизить объем средств, затрачиваемый государством на содержание учреждений исполнения наказаний, количество людей, привлекаемых для обеспечения их работы, а также вред, причиняемый здоровью граждан, находящихся в заключении. Национальная экспертная группа рекомендует внести ряд поправок в *Уголовный Кодекс Туркменистана*, предусматривающих применение мер, альтернативных лишению свободы, за преступления, связанные с наркотиками, но не являющиеся тяжкими (без цели сбыта). В соответствии с международными договорами по контролю над наркотиками, подобные меры вполне допустимы, в связи с чем, страны-участницы подобных договоров могут предусматривать своим законодательством применение мер, альтернативных осуждению и заключению в тюрьму, за преступления, связанные с наркотиками.¹²³⁵ Альтернативные меры могут быть введены принятием одного из вариантов (но не обоим) представленной ниже статьи:

Меры, альтернативные уголовному преследованию и наказанию

Вариант 1: Передача дела на рассмотрение в квази-судебную комиссию

(1) Положения данной статьи распространяются на следующие ненасильственные правонарушения, связанные с приобретением и хранением наркотических или психотропных веществ, без цели сбыта: например, Статья 43 (1) Кодекса Туркменистана об административных правонарушениях и Статьи 293 и 298 *Уголовного кодекса* Туркменистана:

- Незаконное приобретение или хранение наркотиков в малых количествах *без намерения продать*
- Незаконное приобретение или хранение наркотиков или психотропных веществ в малых количествах *без намерения продать*, совершенное повторно в течение года
- Незаконное производство, переработка, приобретение, хранение, транспортировка или пересылка наркотика или психотропного вещества *без намерения продать*

(2) Квази-судебная комиссия («Комиссия») должна рассматривать правонарушения, относящиеся к пункту (1), и при необходимости назначать наказания.

(3) В состав Комиссии должен входить эксперт в области права, а также эксперты из других областей знаний, такие как врачи, психологи, социальные работники или другие специалисты, имеющие соответствующие знания и опыт в области наркотической зависимости.

¹²³⁵ *Единая конвенция о наркотических средствах*, 1961, ООН, 520 UNTS 331, с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года, Статья 36(2); *Конвенция о психотропных веществах*, (1971), ООН, 1019 UNTS 175, Статья 22; *Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ*, (1988), UN Doc. E/CONF.82/15 (1988), 28 ILM 493 (1989), Статья 3(4).

(4) Процедура рассмотрения дел Комиссией, включая правила приемлемости медицинских доказательств, должна определяться Министерством внутренних дел и Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана.

(5) При принятии решения о наложении соответствующего наказания на лицо, задержанное полицией за деяния, перечисленные в пункте (1), Комиссия должна учитывать:

- (а) серьезность деяния;
- (б) степень вины;
- (в) вид наркотика;
- (г) публичный или частный характер деяния и место его совершения, если это относится к делу;
- (д) личные обстоятельства, в частности, экономическое и финансовое положение правонарушителя; и
- (е) употребляет ли правонарушитель наркотики от случая к случаю, по привычке или является зависимым от наркотиков.

(6) Комиссия может назначить наказание, включающее одну или несколько санкций из следующего списка, но не ограничивающееся ими:

- (а) предупреждение;
- (б) штраф, в размере, зависящем от количества хранимого запрещенного вещества, принимая во внимание экономическое положение предполагаемого нарушителя;
- (в) ограничить возможность перемещения или посещения определенных мест;¹²³⁶ и
- (г) временное лишение права управлять транспортным средством или права заниматься профессиональной деятельностью.

(7) Наказания, назначаемые Комиссией, не должны включать лишение свободы.

(8) Если Комиссия признает, что лицо, задержанное в связи с деяниями, указанным в пункте (1), страдает наркотической зависимостью, она может постановить, чтобы это лицо посетило определенное число сеансов программы лечения наркотической зависимости. Данное вмешательство проводится в целях ознакомления лица с услугами программ, которые могут помочь ему избавиться от наркотической зависимости и выяснения, желает ли лицо воспользоваться услугами таких программ. Комиссия не должна принуждать лицо к прохождению лечения от наркотической зависимости.

ИЛИ:

Вариант 2: Меры наказания, не связанные с лишением свободы

(1) Независимо от положений настоящего или любого другого Закона, когда

- (а) лицо признается судом общей юрисдикции виновным в деянии, связанном с хранением наркотического или психотропного веществ, вопреки закону;
- (б) по мнению суда, принимая во внимание количество вещества и иные обстоятельства, имеющие отношение к делу, потребление или хранение наркотического или психотропного вещества для личного потребления; и
- (в) наказание, за подобное деяние, обычно заключается в лишении свободы;

(2) суд вместо назначения наказания в виде лишения свободы, предписывает одну или несколько следующих мер:

- (а) постановляет, чтобы данное лицо было освобождено от отбывания наказания полностью или на условиях, предписанных в постановлении об освобождении от отбывания наказания;
- (б) выносит решение об отсрочке наказания и постановляет, чтобы данное лицо было освобождено на условиях, предписанных в постановлении об освобождении от отбывания наказания;
- (в) налагает штраф, если считает, что данное лицо в состоянии его заплатить;
- (г) постановляет, чтобы лицо понесло наказание в виде выполнения общественных работ при

¹²³⁶ При этом необходимо, чтобы подобные ограничения не распространялись на посещение мест, где оказываются важные медицинские услуги (например, реализуются программы обмена игл/шприцев, клиническое лечение, и т.д.).

условии, что лицо подчиняется требованиям, лежащим в основе вынесения решения суда об условном наказании; или

(д) выносит решение о том, чтобы лицо (с его согласия) посещало, под наблюдением, определенное место в течение определенного времени, и, в течение этого времени выполняло инструкции уполномоченного должностного лица в законных рамках полномочий данного лица.

(2) В качестве условий, на которых суд выносит решение о замене наказания в виде лишения свободы условным сроком или отсрочкой отбывания наказания, оговоренными в пункте (1) данной статьи, суд может постановить, чтобы лицо посетило определенное число сеансов программы лечения наркотической зависимости. Данное вмешательство проводится в целях ознакомления лица с услугами программ, которые могут помочь ему избавиться от наркотической зависимости и определения, желает ли лицо воспользоваться услугами таких программ. Суд не должен принуждать лицо к прохождению лечения от наркотической зависимости.

(3) Суд может вынести решение в соответствии с пунктом (1), если сочтет, что такое решение соответствует интересам обвиняемого и не противоречит интересам общества, принимая во внимание возраст и особенности личности осужденного, характер преступления и обстоятельства его совершения. При вынесении такого решения суд должен учесть результаты всех проведенных клинических обследований лица.

Рекомендация 6: Не допускать, чтобы работа правоохранительных органов подрывала эффективность усилий по охране здоровья и снижению вреда связанного с употреблением наркотиков

В то время как отдельные виды деяний, связанных с наркотиками, неизбежно рассматриваются законодательством в качестве уголовно или административно наказуемых, то, как эти положения исполняются, может в значительной степени способствовать или препятствовать охране здоровья граждан, в том числе и профилактике ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики. В связи с этим особую значимость приобретает четкие рекомендации, в том числе закрепленные в законодательстве, о включении мер снижения вреда в качестве одного из ключевых элементов в национальные стратегии и планы по ВИЧ/СПИДу и по наркотикам; а также о том, что органы и агентства, ответственные за исполнение законодательства о наркотиках должны сотрудничать с органами здравоохранения в приведении таких мер в исполнение (Рекомендация #2, рассмотренная выше). Так, например, опыт показывает, что патрулирование органами внутренних дел (полицией) аптек и мест осуществления программ снижения вреда может служить отпугивающим фактором для лиц, обращающихся за помощью (например, стерильными шприцами), и тем самым подрывать эффективность работы по охране здоровья граждан, усиливая риск заражения потребителей наркотиков ВИЧ и подвергая их другому вреду. Рекомендуется включение в инструкции для органов внутренних дел положения о том, что не следует проводить патрулирование близко к таким объектам.

Рекомендация 7: Защитить лиц, реализующих программы снижения вреда от привлечения к уголовной или административной ответственности

Гарантией эффективности работы НПО по снижению вреда и аутрич работе, направленной на лиц, потребляющих наркотики (программы обеспечения стерильными шприцами или другими средствами снижения вреда от употребления наркотиков и в том числе профилактики ВИЧ), может быть защита их от привлечения за подобную деятельность к ответственности.

С этой целью, национальная экспертная группа рекомендует внести следующую поправку в Статью 296 *Уголовного Кодекса Туркменистана* (относительно ответственности за "склонение" или "подстрекательство" к потреблению наркотических веществ):

Действие настоящей статьи не распространяется на случаи пропаганды применения в целях профилактики ВИЧ-инфекции и других опасных инфекционных заболеваний соответствующих инструментов и оборудования, используемых для потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Данная рекомендация должна распространяться и на другие положения закона, на основании которых деятельность подобных программ может признаваться незаконной. В частности, программы снижения вреда не должны рассматриваться в качестве "пропаганды наркотических средств" в соответствии со Статьей 47 Закона "О наркотических средствах" или в качестве "организации или содержания притонов" для потребления подобных средств в соответствии со Статьей 297 *Уголовного Кодекса Туркменистана*. Поправки предлагаемого экспертной группой образца могут быть внесены в эти или иные статьи законодательства страны для решения данной проблемы.

Рекомендация 8: Отказаться от конфискации стерильных средств, предоставляемых программами снижения вреда.

Национальная экспертная группа высказывает опасения, чтобы эффективность мер снижения вреда не подрывалась действиями полиции, конфискующей материалы и средства, предоставляемые потребителям наркотиков в рамках программ снижения вреда (в частности чистого инъекционного оборудования). В целях предотвращения таких ситуаций, экспертная группа рекомендует внести в Статью 45 Закона Туркменистана «О наркотических средствах» (предусматривающую конфискацию инструментов и оборудования используемого для потребления наркотиков) примечание, что данное положение закона не относится к чистому инъекционному оборудованию и другим предметам, предоставляемым программами снижения вреда (в том числе и осуществляемым неправительственными организациями) в целях профилактики ВИЧ/СПИДа и другого вреда. Следующее примечание может быть добавлено к Статье 45:

Настоящая статья не санкционирует конфискацию оборудования и других предметов, предоставляемых программами снижения вреда в целях профилактики ВИЧ и других инфекционных заболеваний людям, потребляющим наркотические или психотропные вещества.

Рекомендация 9: Отменить наказание за хранение использованных инъекционных средств

Пока лицо, задержанное полицией, может быть привлечено к уголовной или административной ответственности за наличие у них использованных инъекционных инструментов на основании факта хранения остаточных количеств наркотика в шприце, люди будут с опаской избавляться от подобных средств после потребления наркотиков. Это снижает вероятность сдачи ими использованных игл и шприцев для их безопасного уничтожения в программы обмена шприцев с целью получения чистых, стерильных инструментов. Немедленно избавившись от использованных инъекционных средств, лицо без необходимых ему инструментов подвергается большему риску, связанному с повторным использованием чужих игл и шприцев в будущем. Национальная экспертная группа высказала опасения по поводу возможного, при настоящем положении дел, подрыва эффективности программ обмена игл и шприцев, и рекомендовала внести соответствующее изменение (дополнение или примечание) в существующее законодательство. Для этой цели статья следующего образца должна быть принята (возможно, добавлена в Закон Туркменистана «О наркотических средствах»):¹²³⁷

Депениализация хранения остаточного количества контролируемого вещества, которое содержится в инъекционных средствах

Лицо, которое хранит любые остаточные количества контролируемого наркотического или психотропного вещества, которое содержится в шприце или другом подобном средстве, в силу только одного такого хранения, не считается, согласно закону, совершившим преступление.

Рекомендация 10: Ограничить принудительное освидетельствование на наркотики

В настоящее время, несмотря на то, что потребление наркотиков не является наказуемым правонарушением, закон предусматривает проведение принудительного освидетельствования на наркотики

¹²³⁷ См. «Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе», Модуль 3: Программы обеспечения стерильными средствами для инъекций, стр. 19-21.

ки в различных обстоятельствах, даже на основании подозрения, что лицо находится в состоянии наркотического опьянения. Национальная экспертная группа и консультанты проекта пришли к заключению, что положения Закона Туркменистана «О наркотических средствах», предусматривающие проведение освидетельствования на наличие наркотиков в организме в отношении лиц без полового либо возрастного ограничения, способствуют уходу потребителей наркотиков в «подполье» и нежеланию обращаться за медицинской помощью в случаях передозировок. Способствуя дальнейшей маргинализации потребителей наркотиков, данные меры повышают риск заражения людей ВИЧ и способствуют распространению ВИЧ. Как упоминалось выше, данные положения нарушают многие права человека. Кроме того, принудительное освидетельствование на наркотики, в большинстве случаев, без необходимости, нарушает право человека на личную жизнь и личную неприкосновенность, так как подтверждение факта потребления наркотиков не доказывает, что человек представляет угрозу для себя или общества, в то время, как только это, может считаться достаточным основанием для нарушения государством данных прав человека.

В связи с этим рекомендуется внести изменения в Статью 50 Закона Туркменистана «О наркотических средствах», ограничивающие сферу применения принудительного освидетельствования лиц на наркотики. Рекомендуется, по крайней мере, внести поправку, предусматривающую проведение освидетельствования лиц на наркотики только в случае совершения ими противоправных деяний. Для этой цели национальная экспертная группа предлагает исключить части 1 и 2 Статьи 50 Закона Туркменистана «О наркотических средствах» и заменить их следующим положением:

Принудительное освидетельствование (тестирование) на наличие наркотических средств в организме запрещено, за исключением случаев, когда лицо подозревается органами внутренних дел в совершении противоправного деяния, или по решению суда на основаниях, определенных законом.

Однако правительство должно быть готово пойти дальше и полностью отказаться от принудительного освидетельствования на наличие наркотических средств в организме в связи с уголовными или административными правонарушениями. При этом, как предлагалось выше, подобное нарушение прав на личную неприкосновенность может быть допустимо только в случаях наличия явного и доказуемого заключения, что лицо представляет непосредственную угрозу для себя или окружающих.

Лечение наркотической зависимости

Рекомендация 11: Ввести опиоидную заместительную терапию в качестве составляющей части комплексного подхода к лечению наркотической зависимости.

Национальная экспертная группа отметила, что в настоящее время лечение при помощи опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в Туркменистане не предоставляется ни в обществе в целом, ни заключенным, однако возможность введения пилотной программы (вне тюрем) обсуждается. Национальные эксперты и консультанты проекта предлагают ввести ОЗТ в качестве одного из методов лечения, и в случае необходимости принять поправки к Закону «О наркотических средствах». К закону может быть добавлено положение следующего содержания:

Заместительная терапия опиатами в качестве составляющей части лечения наркотической зависимости

В качестве составляющей части усилий по охране здоровья лиц, потребляющих наркотики, включая и меры по снижению риска распространения ВИЧ в связи с потреблением инъекционных наркотиков, Министерство здравоохранения и медицинской промышленности обязано обеспечить доступ к лекарственным средствам, применяемым для заместительной терапии опиатами, как одного из методов лечения лиц с опиоидной зависимостью.

Кроме того, рекомендуется предоставить доступ к препаратам метадон и бупренорфин по назначению врача и включить их в национальный список жизненно важных лекарственных средств.

Рекомендация 12: Расширить и упростить доступ к добровольному лечению

Национальной экспертной группой установлено, что, несмотря на предусмотренное законом соблюдение конфиденциальности информации о состоянии здоровья пациента, наблюдаются случаи её нарушения. Беспокойство из-за нарушения конфиденциальности, включающего и предоставление информации правоохранительным органам, что может повлечь за собой привлечение к уголовной или административной ответственности, вполне очевидно отталкивает граждан от обращения за лечением. Национальная экспертная группа рекомендует правительству организовать и поддерживать сеть центров, расширяющих возможности получения добровольного, анонимного и бесплатного лечения наркотической зависимости.

Рекомендация 13: Пересмотреть систему учета потребителей наркотиков, обеспечить конфиденциальность

В настоящее время в отношении лиц, проходящих лечение от наркотической зависимости, допускаются откровенные и неправомерные нарушения конфиденциальности информации о состоянии здоровья пациента, включая предоставление информации правоохранительным органам по их запросу и возлагаемую на медицинских работников обязанность сообщать в местные правоохранительные органы об обращении лиц с передозировкой и за лечением наркотической зависимости. Национальная экспертная группа и консультанты проекта констатируют, что существующая система учета потребителей наркотиков является одним из факторов, отталкивающих лиц, потребляющих наркотики от обращения за лечением, в том числе и от наркотической зависимости, и создает предпосылки для нарушения конфиденциальности. В связи с этим правительству Туркменистана рекомендуется провести оценку эффективности, результативности и экономической целесообразности учета лиц, потребляющих наркотики. Рекомендуется включить этот вопрос в консультативный процесс по необходимым изменениям политики Туркменистана в вопросах наркотиков, с целью реформирования системы и обеспечения её эффективности в охране здоровья граждан, а также поддержке и защите прав человека. В целях защиты конфиденциальности статья следующего содержания должна быть внесена в Закон Туркменистана «О наркотических средствах» и/или Закон «Об охране здоровья граждан»:

Конфиденциальность информации о состоянии здоровья пациента

(1) Информация обо всех медицинских услугах должна быть конфиденциальной. Сведения о личности пациента, диагнозе, прогнозе лечения или лечении, полученные в ходе лечения наркотической зависимости, являются:

- (а) конфиденциальными;
- (б) не подлежат общественной проверке или обнародованию;
- (в) не должны передаваться другим лицам или ведомствам без согласия лица, которого они касаются; и
- (г) не должны подвергаться раскрытию или быть допустимыми в качестве доказательства в ходе судебного разбирательства.

(2) Никакие сведения, упомянутые в пункте (1) настоящей статьи, не могут быть использованы:

- (а) для предъявления обвинения пациенту в совершении уголовного преступления;
- (б) или быть основанием для проведения расследования в отношении пациента.

Рекомендация 14: Обеспечить помощь потребителям наркотиков при передозировке

Во-первых, рекомендуется отменить Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана № 300 от 14 октября 2000, возлагающий на медицинских работников обязанность сообщать в органы внутренних дел в случае подозрения на отравление наркотическими средствами. Законодательство должно содержать запрет на нарушение прав пациента на тайну личной жизни и предусматривать привлечение к ответственности в случаях нарушения кон-

фиденциальности. Лишь в исключительных, редких обстоятельствах нарушение данного запрета может быть признано законным, и эти случаи должны быть четко определены законом в качестве ограниченного числа исключений.

Во-вторых, национальная экспертная группа рекомендует предусмотреть подготовку медицинских сотрудников по диагностике и оказанию первой помощи при передозировках (в том числе в тюрьмах).

В-третьих, рекомендуется, чтобы препарат налоксон, используемый для экстренной помощи при передозировке (которая при отсутствии данной помощи может привести к смертельному исходу), был зарегистрирован и разрешен к использованию в Туркменистане. Медицинским работникам должен быть предоставлен доступ к его использованию, на основе пройденной специальной подготовки по применению данного препарата. Следует задуматься и о предоставлении регулируемого доступа к налоксону и информации по его использованию для экстренной помощи при передозировке аутрич-работникам, а также лицам, потребляющим опиоиды, и близким тех, кто подвержен риску передозировки. Для исключения тяжелых последствий передозировок в тюрьмах, рекомендуется разрешить применение налоксона в случае передозировки равным консультантам и работникам тюрем, и проводить для них тренинги по тому, как использовать этот препарат.

Рекомендация 15: Обеспечить женщинам доступ к добровольному лечению наркотической зависимости

В настоящее время Национальная программа по борьбе с наркоманией содержит предложение об открытии стационара принудительного лечения для женщин. Национальная экспертная группа и консультанты проекта рекомендуют заменить этот пункт в программе на обязательство “улучшить оказание помощи женщинам с наркотической зависимостью путем расширения сети анонимных, бесплатных и добровольных услуг по консультированию и лечению, в том числе за счет открытия медицинских учреждений, специализирующихся на оказании помощи женщинам”.

Рекомендация 16: Ограничить применение принудительного лечения (наркотической зависимости, ВИЧ и других заболеваний)

Согласно законодательству Туркменистана, принудительное лечение может применяться во множестве случаев, в том числе и:

- в отношении лиц, живущих с ВИЧ (как страдающих заболеванием, “представляющим опасность для окружающих”);¹²³⁸
- в отношении лиц с наркотической зависимостью, уклоняющихся от лечения и продолжающих потреблять наркотические средства;¹²³⁹ и
- в отношении заключенных.

Однако международные организации подчеркивают, что лечение наркотической зависимости должно быть добровольным.¹²⁴⁰ Общеизвестно, что принудительное лечение нарушает права человека, включая его право на свободу, личную неприкосновенность и тайну личной жизни,¹²⁴¹ и может применяться только в исключительных, четко определенных случаях в целях предотвращения непосредственного причинения человеком вреда себе или окружающим. Министерству здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана рекомендуется оценить эффективность действующего подхода к применению принудительного лечения и затраты государства на его реализацию, изучить законодательный опыт других стран (например, относительно ограничения применения принудительного лечения исключительными

1238 Закон Туркменистана «Об охране здоровья граждан», Статья 28.

1239 Закон Туркменистана «О наркотических средствах», Статья 42; Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 94.

1240 UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment, Discussion paper*, март 2008, стр. 9.

1241 *Международный пакт о гражданских и политических правах*, Генеральная Ассамблея ООН, 999 UNTS 171, 1966. Статьи 7, 9, и 17; *Всеобщая Декларация прав человека*, Резолюция Генеральной ассамблеи ООН 217A (III), UN Doc. A/810 (1948). Статьи 3 и 12.

обстоятельствами) и предложить ряд поправок к существующему законодательству. Во-первых, поправка к закону должна исключить ВИЧ из списка заболеваний, “представляющих опасность для окружающих”, т.к. принадлежность ВИЧ к данному списку автоматически разрешает применение принудительного лечения в отношении лица, живущего с ВИЧ.

Во-вторых, следует рассмотреть возможность принятия закона следующего образца с целью обеспечения гарантии, что лечение лиц осуществляется в соответствии с мировым опытом и международными нормами в отношении прав человека:

Основные права пациентов

Каждый пациент имеет право:

- (а) на полный курс высококачественного лечения и последующий уход, предоставляемые в соответствии с принятой клинической практикой;
- (б) на лечение без дискриминации;
- (в) на активное участие при определении целей своего лечения, которые могут включать полный отказ от употребления наркотиков или изменение практики употребления наркотиков, минимизирующее вред от зависимости, но не ограничиваться ими;
- (г) на активное участие в процессе принятия всех решений, связанных с лечением, включая время и способ начала лечения, а также прекращение лечения;
- (д) осуществлять свои права в качестве пациента, включая:

- (i) информировать, не боясь негативных последствий, о любых случаях злоупотреблений, пренебрежения обязанностями или использования пациентов в своих интересах в рамках программы;
- (ii) жаловаться и обжаловать решения в соответствии с национальными законами и нормативными документами;
- (iii) участвовать в разработке политики и практике предоставления услуг в рамках программ лечения наркотической зависимости; и
- (iv) добровольный отказ от лечения в любое время.

- (е) на конфиденциальность медицинских сведений и результатов клинических обследований; и
- (ж) на полную информированность, включая, но не ограничиваясь правом получать информацию о:

- (i) состоянии своего здоровья;
- (ii) своих правах и обязанностях в качестве пациента, перечисленных в настоящей Части и в соответствующем законодательстве;
- (iii) процедуре представления жалоб в отношении услуг, полученных в рамках программы; и
- (iv) стоимости и условиях оплаты, а также возможности медицинского страхования и других доступных льгот и пособий.

Информированное согласие

- (1) Информирование добровольное согласие пациента является необходимым предварительным условием лечения и профилактического или диагностического вмешательства.
- (2) Ниже приводятся обязательные элементы информированного согласия на проведение лечения:
 - (а) согласие должно непосредственно касаться назначаемого лечения;
 - (б) согласие должно быть полностью информированным;
 - (в) согласие должно быть добровольным;
 - (г) согласие должно быть в письменном виде; и
 - (д) согласие не должно быть получено путем предоставления ложной информации или обмана.

(3) Согласие на лечение считается полностью информированным, если перед дачей согласия:

(а) пациент получил информацию, определенную пунктом (4), включая ответы на вопросы, которые благоразумный человек посчитает нужным задать в подобных обстоятельствах, чтобы принять решение о лечении; и

(б) просьбы пациента о предоставлении дополнительной информации были удовлетворены.

(4) Информация, упоминаемая пунктом (3), включает сведения о:

1. характере лечения;
2. ожидаемой пользе лечения;
3. существенных рисках лечения;
4. существенных побочных эффектах лечения;
5. альтернативных вариантах действия;
6. вероятных последствиях отказа от лечения.

Прекращение лечения

(1) Пациент должен иметь право в любой момент добровольно прекратить лечение.

(2) Медицинский работник должен в полной мере проинформировать пациента о потенциальных рисках и пользе прекращения лечения, а также должен проработать с пациентом вопросы обеспечения его безопасности и поддержки в период прекращения лечения.

(3) Медицинский работник не должен прекращать предоставление необходимых услуг за исключением случаев, когда пациент просит об этом, пациенту предоставлены альтернативные услуги или предоставляется обоснованная возможность организовать альтернативные услуги.

(4) В случае прекращения лечения в медицинском журнале делается соответствующая запись с объяснением возможных последствий, пациент и медицинский работник должны подписать данный документ.

(5) Следует избегать принудительной отмены лечения за исключением случаев, когда для этого имеются веские причины. Правила, определяющие основания для принудительной отмены лечения, должны быть в ясной форме доведены до сведения пациента с самого начала лечения.

Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции

Рекомендация 17: Разработать нормативно-правовое обеспечение мер снижения вреда для профилактики ВИЧ среди уязвимых групп

Несмотря на то, что согласно официальной статистике в Туркменистане достаточно низкий уровень распространенности ВИЧ, есть документальное подтверждение того, что граждане страны на практике подвергаются риску заражения, что означает необходимость введения упреждающих мер против распространения ВИЧ, особенно среди уязвимых групп. Для этой цели правительство должно усилить действующий Закон «О профилактике ВИЧ-инфекции» путем внесения дополнений о мерах снижения вреда, распространения ВИЧ в том числе, особенно среди потребителей наркотиков, лиц в тюрьмах и других местах лишения свободы. Данные дополнения должны включать указание правительственным органам и таким Министерством, как Министерство здравоохранения и медицинской промышленности (несущее ответственность за здоровье граждан в целом) и Министерство внутренних дел (ответственное за охрану здоровья заключенных), принять на себя руководящую роль по обеспечению реализации данных мер. Указания должны также предписывать правоохранительным органам (включая Государственную Координационную Комиссию по борьбе с наркотической зависимостью) сотрудничать с другими государственными и негосударственными организациями в целях обеспечения эффективного внедрения и реализации мер снижения вреда (например, программ обеспечения стерильными шприцами, ОЗТ). Другие

специальные поправки к закону, предложенные в настоящем документе, направлены на создание нормативно-правовой базы для такой работы.

Также рекомендуется внести в Закон «О профилактике ВИЧ-инфекции» и Закон «О наркотических средствах» четко сформулированное и всеобъемлющее положение, о целях введения данных мер и том, что программы снижения вреда являются необходимым звеном профилактики ВИЧ и охраны здоровья. Статья следующего образца должна быть добавлена в оба этих законодательных акта:

Снижение вреда как необходимое средство охраны здоровья граждан и часть политики страны по наркотикам

(1) Предотвращение и снижение распространения ВИЧ и других заболеваний, передающихся через кровь и половым путем, а также снижение другого вреда является важнейшей целью национальной политики по охране здоровья граждан и борьбе с незаконными наркотиками. Государственные и негосударственные учреждения здравоохранения и программы являются важным звеном реализации данных стратегий, особенно в отношении охраны здоровья групп повышенного риска в целом и отдельных граждан в их составе, включая потребителей наркотиков, лиц в тюрьмах и других местах лишения свободы, но не ограничиваясь ими.

(2) Органы государственной власти, ответственные за охрану здоровья граждан, в том числе и этих групп, должны приводить в действие меры, описанные в части (1), в соответствии с наиболее доказанными сведениями об их необходимости и эффективности, не нарушая обязательств по соблюдению прав человека. Другие органы государственной власти, включая органы, ответственные за исполнение законодательства о наркотических средствах и психотропных веществах, должны сотрудничать для достижения этих целей.

Рекомендация 18: Ограничить применение принудительного тестирования на ВИЧ

Если принудительное тестирование на ВИЧ и может быть признано допустимым, процедура его применения должна быть четко определена законом с соблюдением требования, что подобная мера является следствием исключительных обстоятельств, при наличии достаточных обоснований, рассмотренных независимым судебным органом, с минимумом нарушений прав человека.¹²⁴²

- Однако в настоящее время Национальная программа по профилактике ВИЧ/СПИДа предусматривает обязательное тестирование на ВИЧ для потребителей наркотиков и беременных женщин. Такое тестирование является неоправданным нарушением прав человека на личную жизнь и на недискриминационное отношение. Рекомендуется исключить данное положение из Национальной программы по профилактике ВИЧ/СПИДа.

- Кроме того, Закон «О профилактике ВИЧ-инфекции» предусматривает обязательное тестирование на ВИЧ для многих групп граждан, включая лиц, потребляющих наркотики или проходящих лечение от наркотической зависимости, лиц с другими ИППП или туберкулезом, заключенных, секс-работников, иностранных граждан, чей срок пребывания в Туркменистане превышает три месяца, беременных женщин и большое количество работников здравоохранения.¹²⁴³ Такое широкое применение обязательного тестирования на ВИЧ не является разумным использованием средств и оборудования, а также нарушает права многих людей. В соответствии с международными стандартами рекомендуется внести поправки в Закон «О профилактике ВИЧ-инфекции» и в четкой форме запретить обязательное тестирование на ВИЧ для всех категорий лиц за исключением доноров органов, тканей, крови и других биологических жидкостей. Целесообразно внести поправку следующего образца:

¹²⁴² Руководящие принципы, такие, как *Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах*. UN Economic and Social Council, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985).

¹²⁴³ Закон Туркменистана «О профилактике ВИЧ-инфекции», Статья 11.

Добровольное согласие на проведение теста на ВИЧ

- (1) Каждый человек имеет право на бесплатное конфиденциальное [или анонимное] тестирование на ВИЧ или другие вирусы, передающиеся через кровь или половым путем, и на консультацию в связи с проведением такого теста.
- (2) Никакой тест на ВИЧ или другие вирусы, передающиеся через кровь или половым путем, не должен проводиться без добровольного информированного согласия лица, данного в письменном виде.
- (3) Всем лицам, которые согласились на проведение теста, должна быть предложена до- и после-тестовая консультация врача согласно профессиональным нормам.

Рекомендация 19: Уважать и соблюдать права пациента (на личную жизнь)

В настоящее время законодательство предписывает привлечение к ответственности лица, зараженного ИППП (по-видимому, включая ВИЧ), за сокрытие информации о лицах, имевших с ним контакт (*Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях*, Статья 46). Непонятно, как данное положение может быть исполнено в реальности. Имея в виду это, а также то, что данное положение является серьезным нарушением прав человека с возможностью назначения достаточно сурового наказания, следует отказаться от него, исключив Статью 46 из *Кодекса Туркменистана об административных правонарушениях*.

Рекомендация 20: Уважать и соблюдать права пациента (на личную неприкосновенность)

В настоящее время закон допускает возможность привлечения лица к уголовной или административной ответственности за “уклонение” от тестирования на наличие у него “венерической болезни” и за “уклонение” от лечения выявленной у него ИППП (по-видимому, включая ВИЧ) (*Уголовный Кодекс Туркменистана*, Статьи 117-118; *Кодекс Туркменистана об административных правонарушениях*, Статья 46). Закон «Об охране здоровья граждан» предусматривает принудительное лечение в отношении лиц, страдающих заболеваниями “представляющими угрозу для окружающих”, к которым был отнесен и ВИЧ.¹²⁴⁴ Однако, за исключением ограниченного числа случаев, оказание медицинской помощи без согласия пациента не соответствует принципам соблюдения прав человека, согласно которым необходимо информированное, полностью добровольное согласие пациента. Рекомендуется отменить данные статьи законодательства Туркменистана.

Рекомендация 21: Обеспечить лицам, живущим с ВИЧ, доступ к лечению

В соответствии с Законом «О профилактике ВИЧ-инфекции» (Статья 10), лица, живущие с ВИЧ и получающие амбулаторное лечение, имеют право на получение бесплатных лекарственных средств, в том числе антиретровирусных (АРВ) препаратов. Однако на момент составления данного отчета в декабре 2008 АРВ терапия в Туркменистане, по данным национальных экспертов, не предоставлялась. Министерство здравоохранения и медицинской промышленности должно принять срочные меры по обеспечению нормативно-правовой базы для назначения АРВ препаратов пациентам (например, зарегистрировать и разрешить данные препараты к использованию в Туркменистане) и гарантии их наличия для использования по назначению врача, с согласия пациента и на основе клинических показаний к их применению. Также рекомендуется включить АРВ препараты в национальный Печень жизненно важных лекарственных средств.

¹²⁴⁴ При этом следует отметить, что, так как в настоящее время АРВ-терапия, по данным экспертов, в Туркменистане не предоставляется, непонятно, как данное положение может быть исполнено.

Тюрьмы

Рекомендация 22: Создать нормативно-правовую базу для предоставления адекватных медицинских услуг заключенным, включая потребителей наркотиков и лиц с наркотической зависимостью

Национальная экспертная группа отметила, что действующее уголовное законодательство Туркменистана, включая *Исправительно-трудовой Кодекс*, не содержит ни положений, непосредственно предусматривающих доступ лиц с ВИЧ и с наркотической зависимостью, находящихся в исправительных учреждениях, к медицинской помощи; ни положений, регулирующих введение мер снижения вреда, программ реабилитации при лечении от наркотической зависимости до и после освобождения из мест лишения свободы. Национальная экспертная группа рекомендует внести в законодательство ряд четких дополнений/ поправок, регулирующих реализацию данных мер по охране здоровья заключенных Министерством внутренних дел и Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана. Данные поправки, по всей видимости, должны затронуть и “Правила внутреннего распорядка учреждений исполнения наказаний в виде лишения свободы”, регулирующие вопросы прав заключенных получать и иметь при себе средства защиты от ВИЧ-инфекции.

В частности, национальная экспертная группа рекомендует уделить особое внимание следующим вопросам:

- обеспечение доступа заключенных и сотрудников тюрем к информационным материалам и тренингам по профилактике ВИЧ-инфекции, ИППП и другим вопросам, связанным с охраной здоровья;
- введение мер снижения вреда для заключенных, включая доступ к заместительной терапии опиатами и программам обмена и распространения стерильных средств для инъекций;
- обеспечение доступа заключенных к презервативам и дезинфицирующим средствам (например, хлорамину) с одновременной отменой ответственности за гомосексуализм; и
- специальной подготовки тюремного персонала для предоставления необходимой информации и рекомендаций заключенным перед их освобождением.

С этой целью следует ввести в действие дополнения к закону следующего содержания (например, к *Исправительно-трудовому Кодексу Туркменистана*):¹²⁴⁵

Статья 1. Цель настоящей части [Кодекса]

Цель настоящей части [Кодекса] заключается в содействии созданию безопасных и благоприятных условий для заключенных и тюремного персонала путем:

- (а) обеспечения гуманного обращения с заключенными и их поддержки в связи с ВИЧ и другими заболеваниями, передающимися через кровь, в условиях, свободных от дискриминации;
- (б) предоставления заключенным широкого спектра услуг для минимизации вреда, причиняемого в результате применения опасных методов потребления наркотиков, включая риск заражения ВИЧ-инфекцией и другими заболеваниями, передающимися через кровь;
- (в) повышения безопасности рабочей среды для тюремного персонала; и
- (г) обеспечения создания национальной базы данных и проведения исследований распространности сексуального насилия (включая изнасилование) в тюрьмах, а также принятия в стране правовых норм для искоренения сексуального насилия в тюрьмах.

Статья 2. Определения

В этой части Закона используются следующие определения:

«Жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство отношение или наказание» означа-

¹²⁴⁵ См. «Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе», Модуль 5: Тюрьмы, стр. 11-36.

ет любое жестокое или небрежное отношение, которое может навредить физическому или психическому здоровью человека, или любое наказание с целью вызвать физическую или душевную боль или страдания либо унижить или оскорбить человека.

«Торговый автомат» означает любой автомат или механическое устройство, которое используется для продажи или предоставления шприцев без личного участия продавца или поставщика в момент продажи или раздачи.

«Лечение наркотической зависимости» – программа, использующая специфические медицинские и/или психо-социальные методы, направленные на снижение зависимости пациента от одного или более контролируемых веществ и улучшение общего состояния здоровья пациента. Такие программы могут включать заместительную терапию опиатами, стационарное и амбулаторное лечение, назначение препаратов, снижающих тягу к принимаемым контролируемым веществам или их воздействие, психиатрическую и психосоциальную помощь, а также контролируемые группы взаимной помощи.

«Медицинский уход» – услуги, предоставляемые медицинскими специалистами, в рамках официальной системы здравоохранения по профилактике или лечению психических или физических заболеваний или состояний.

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

«Опиоидная заместительная терапия» – назначение опиоидного заместителя фармакологически родственного опиату, вызвавшему первоначальную зависимость, человеку, страдающему от наркотической зависимости, для достижения определенной цели лечения, включая поддерживающее лечение.

«Условное наказание» – право, предоставленное заключенному [соответствующим органом], на пребывание в обществе в течение периода наказания, и может включать условное наказание в дневное время.

«Тюрьма» –

(а) учреждение любого вида, которое постоянно или временно функционирует под руководством Министерства внутренних дел для осуществления опеки и надзора за заключенными; и (б) частное тюремное учреждение, созданное или управляемое в рамках соглашения с соответствующим тюремным управлением для содержания заключенных.

«Заключенный» –

(а) лицо, отбывающее наказание в тюрьме согласно приговору суда за преступление, или лицо, признанное виновным в совершении преступления и ожидающее вынесения приговора, или лицо, находящееся в тюрьме в результате условия, поставленного [соответствующим органом] в связи с условным освобождением или освобождением для выполнения обязательных работ; (б) лицо, приговоренное к тюремному заключению или переведенное в тюрьму, которое временно находится за пределами тюрьмы в отлучке/отпуске или освобождено из под стражи для выполнения трудовой деятельности согласно разрешению [соответствующего закона] или по причинам иным, чем отпуск, освобождение из-под стражи на период трудовой деятельности, условное освобождение или освобождение для выполнения обязательных работ, но которое находится в распоряжении и под надзором персонала или лица, уполномоченного [соответствующим органом]; и (в) лицо, находящееся в тюрьме в ожидании судебного процесса.

«Штат» программы обеспечения стерильными шприцами включает:

(а) координатора или менеджера программы; (б) лицо, назначенное координатором или менеджером программы, предоставлять услуги в

данном учреждении по договору найма или иным образом; и (в) лицо, назначенное координатором или менеджером программы, предоставлять добровольную помощь в данном учреждении.

«Сексуальное насилие» – акт сексуального насилия, включая изнасилование, совершенное в отношении заключенного, находящегося под юридическим или фактическим контролем тюремной администрации.

«Программа обеспечения стерильными шприцами» – программа, которая обеспечивает доступ к стерильным шприцам и другим материалам, информации о распространении ВИЧ и других, переносимых с кровью патогенов, и направляет в учреждения, оказывающие услуги по лечению наркотической зависимости. Она включает программу обмена и предоставления игл и шприцев и другие формы распространения стерильных средств для инъекций.

«Пытка» – любое действие, которым какому-либо лицу умышленно причиняется сильная физическая или нравственная боль или страдание, чтобы получить от него/неё или от третьего лица сведения или признания, наказать за действие, которое совершили он/она или третье лицо или в совершении которого он/она подозревается, а также запугать или принудить к чему-либо его/её или третье лицо, или по любой другой причине, основанной на дискриминации любого характера, когда такая боль или страдание причиняются государственным должностным лицом или иным лицом, выступающим в официальном качестве или по их подстрекательству, или с их ведома или молчаливого согласия. В это определение не включаются боль или страдание, которые возникают в результате законных санкций, неотделимы от этих санкций или вызываются ими случайно.

Статья 3. Права человека в условия тюремного заключения

(1) Государство должно уважать и защищать права человека и основные свободы заключенных, и обеспечивать необходимые условия для социальной, правовой и медицинской защиты заключенных и заботы о них.

(2) За исключением тех ограничений, которые явно исходят из самого факта заключения в тюрьму, все заключенные должны сохранять права человека и основные свободы, установленные международными стандартами прав человека.

Статья 4. Права во время задержания и ареста

(1) Каждое арестованное или задержанное по уголовному обвинению лицо в срочном порядке доставляется к судье или другому должностному лицу, которому принадлежит законное право осуществлять судебную власть, и имеет право на судебное разбирательство в течение разумного срока или на освобождение.

(2) Предварительное заключение под стражу используется в судопроизводстве по уголовным делам как крайняя мера в целях содействия расследованию предполагаемого правонарушения и защиты общества и жертвы.

(3) Лица в предварительном заключении и другие задержанные лица, которым не вынесен приговор, имеют такие же права, как и осужденные лица, включая права, связанные с оказанием медицинских услуг.

Статья 5. Право заключенных на получение соответствующей медицинской помощи без дискриминации.

(1) Заключенный, у которого тест на ВИЧ-инфекцию оказался положительным, имеет право на соответствующие медицинские услуги, консультирование и направление в другие службы поддержки в период нахождения в тюрьме.

(2) Работники здравоохранения обязаны охранять физическое и психическое здоровье заключенных или задержанных лиц и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, какое обеспечивается лицам, не являющимся заключенными или задержанными.

Статья 6. Добровольное согласие на тестирование и получение консультации.

(1) Заключенный имеет право на бесплатное конфиденциальное тестирование на ВИЧ или другие вирусы, передающиеся через кровь, и на консультацию в связи с проведением такого теста.

(2) Никакой тест на ВИЧ или другие вирусы, передающиеся через кровь, не должен проводиться без добровольного согласия заключенного, данного в письменном виде.

(3) Всем заключенным, которые согласились на тестирование, должна быть предложена до- и после-тестовая консультация врача согласно профессиональным нормам.

Статья 7. Информированное согласие.

(1) Информированное добровольное согласие заключенного является необходимым предварительным условием медицинского лечения и профилактического или диагностического вмешательства.

(2) Ниже приводятся обязательные элементы информированного согласия на проведение лечения:

- (а) согласие должно непосредственно касаться назначаемого лечения;
- (б) согласие должно быть полностью информированным;
- (в) согласие должно быть добровольным;
- (г) согласие должно быть в письменном виде; и
- (д) согласие не должно быть получено путем предоставления ложной информации или обмана.

(3) В пункте (2)(б) согласие заключенного на медицинское вмешательство, лечение или процедуры считается информированным только в том случае, если заключенный получил и способен правильно истолковать следующую информацию:

- (а) о вероятности и степени улучшения состояния, ремиссии, контроле состояния или выздоровления в результате проведенного вмешательства или лечения;
- (б) о любом серьезном риске для здоровья или ином риске, и степени такого риска, связанного с вмешательством или лечением;
- (в) о любых разумных альтернативах вмешательству или лечению;
- (д) о возможных последствиях отказа от вмешательства или лечения; и
- (е) о праве заключенного отказаться от вмешательства или лечения, или прекратить лечение в любой момент.

(4) Заключенный имеет право отказаться от медицинского вмешательства (лечения) или прекратить его в любой момент. Если заключенный отказывается дать свое согласие на определенный вид лечения или процедуру, к этому заключенному не должны применяться никакие карательные меры, и, при возможности, должен быть предоставлен доступ к альтернативным видам лечения.

Статья 8. Конфиденциальность

(1) Вся информация относительно состояния здоровья и лечения заключенного является конфиденциальной, и все медицинские процедуры должны проводиться таким образом, чтобы конфиденциальность была сохранена.

(2) Информация, упоминаемая в пункте (1), должна содержаться в документах, доступных только медицинским работникам, но не остальному тюремному персоналу. На камере, досье или иных документах заключенного не должно быть никаких пометок, ярлыков, штампов или иных знаков, указывающих на наличие у него ВИЧ-инфекции; допустимы только записи в

медицинской карте пациента согласно стандартной профессиональной практике оформления истории болезни.

(3) Информация, упоминаемая в пункте (1), подлежит раскрытию только:

- (а) с согласия заключенного; или
- (б) в целях обеспечения безопасности других заключенных и тюремного персонала;

при соблюдении общепринятых принципов в отношении раскрытия информации.

Статья 9. Запрещение пыток и другого жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания

Работник здравоохранения или любое другое лицо, действующее при подстрекательстве, активном или молчаливом согласии работника здравоохранения, который(ое) подвергает пыткам или другому жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению и наказанию любого другого человека, несет ответственность [согласно Уголовному Кодексу] и подлежит тюремному заключению на срок не превышающий [x].

Статья 10. Запрещение дискриминации заключенных на основании их ВИЧ-статуса или заражения гепатитом С.

(1) Дискриминация заключенных на основе их ВИЧ-статуса или заражения СПИДом или гепатитом С является противозаконной во всех учреждениях тюремного типа.

(2) Заключенные с ВИЧ/СПИДом или гепатитом С должны:

- (а) содержаться вместе с остальными заключенными, если они не нуждаются в медицинском обслуживании такого уровня, которое не может быть обеспечено в общих условиях, или если их отделение от остальных заключенных не требуется для их защиты от других заключенных;
- (б) иметь равные с другими заключенными возможности участия в образовательных, профессиональных и других программах, кроме тех случаев, когда существуют медицинские противопоказания к определенным видам деятельности; и
- (в) иметь доступ к полному спектру консультаций и другой помощи, предоставляемым на территории тюрьмы, а также, в максимально возможной степени, доступ к консультациям и другой помощи, предоставляемым за пределами тюрьмы.

Статья 11. Пересмотр тюремной политики и практики в отношении ВИЧ/СПИДа, других болезней, передающихся через кровь и лечения наркотической зависимости

(1) Министерство здравоохранения и медицинской промышленности настоящим наделяется полномочиями по пересмотру всех аспектов политики и практики, реализуемых в учреждениях, управляемых Министерством внутренних дел, в отношении ВИЧ/СПИДа и других болезней, передающихся через кровь, включая профилактику ВИЧ и других болезней, передающихся через кровь, и лечение заключенных, живущих с ВИЧ/СПИДом, и другими болезнями, передающимися через кровь, или страдающих наркотической зависимостью.

(2) Такой пересмотр необходимо проводить ежегодно, уделяя основное внимание соответствию рассматриваемых аспектов политики или практики современным общепринятым медицинским нормам и процедурам, используемым для профилактики ВИЧ и других болезней, передающихся через кровь, а также лечения заключенных, живущих с ВИЧ/СПИДом и другими болезнями, передающимися через кровь или страдающих наркотической зависимостью.

(3) По завершении такого пересмотра Министерство здравоохранения и медицинской промышленности должно направить письменный отчет в Министерство внутренних дел о политике или практике, которые применяются в учреждениях, управляемых последним. Этот отчет может рекомендовать Министерству внутренних дел разработать и реализовать план коррек-

тирующих действий для устранения недостатков в тех областях, где выявлены несоответствия политики или практики современным общепринятым медицинским нормам и процедурам. Министерство здравоохранения и медицинской промышленности должно осуществлять мониторинг реализации таких планов и проводить дальнейший пересмотр политики и практики в той мере, в которой сочтет необходимым для исправления выявленных недостатков в политике и методах борьбы с распространением ВИЧ/СПИДа и других болезней, передающихся через кровь, и наркотической зависимостью.

(4) Все письменные отчеты, определенные данной статьей, должны храниться и использоваться, как общедоступная информация, открытая для общественного контроля.

Статья 12. Распространение и хранение презервативов и других средств безопасного секса в тюрьмах

(1) Министерство здравоохранения и медицинской промышленности при поддержке Министерства внутренних дел должно обеспечить открытый и анонимный доступ заключенных к презервативам и другим средствам безопасного секса, таким, как смазочные материалы на водной основе, оральные прокладки, а также к соответствующей информации о надлежащем применении этих средств и их значимости для профилактики распространения ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передающихся половым путем.

(2) Указанные Министерства должны разработать план утилизации использованных презервативов с соблюдением анонимности заключенных, не причиняя вреда здоровью тюремных служащих.

(3) Распространение и хранение презервативов и других средств безопасного секса в тюрьмах, согласно данной Статье, не должно рассматриваться в качестве преступления или административного правонарушения. Презервативы и другие средства безопасного секса не должны использоваться в качестве доказательства сексуальных отношений в целях наложения административных санкций или осуществления уголовного преследования.

Статья 13. Разрешение программ обеспечения стерильными шприцами

(1) Программы обеспечения стерильными шприцами должны осуществляться во всех тюрьмах согласно положениям, изложенным в данной статье, с целью снижения вреда, связанного с применением опасных практик потребления наркотиков, включая риск распространения ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь.

(2) Министерство здравоохранения и медицинской промышленности может уполномочить конкретное лицо или организацию предоставлять:

- (а) стерильные шприцы и другие сопутствующие материалы заключенным; и
- (б) информацию о гигиеничных методах применения шприцев и других сопутствующих материалов;

в целях предотвращения распространения болезней, передающихся через кровь, и снижения рисков для здоровья, связанных с инъекционным употреблением наркотиков среди заключенных.

Статья 14. Обеспечение заключенных стерильными шприцами и другими сопутствующими материалами

Персонал программы обеспечения стерильными шприцами может предоставлять следующие материалы:

- (а) стерильные шприцы, иглы и другие сопутствующие материалы для более безопасного потребления инъекционных наркотиков, включая стерильные ампулы с водой, тампоны, фильтры, безопасные препараты кислот, ложки, чашки и другие соответствующие материалы;

- (б) средства для безопасного курения и вдыхания наркотиков, например, трубки, мундштуки, металлические сита, спиртовые салфетки и бальзам для губ; и
- (в) презервативы и другие средства безопасного секса, например, смазки на водной основе и оральные прокладки, а также информацию о снижении риска заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем.

Статья 15. Информация

Персонал программ обеспечения стерильными шприцами может предоставлять информацию, включающую, но не ограничивающуюся, следующими пунктами:

- (а) об услугах по лечению наркотической зависимости и других медицинских услугах;
- (б) о средствах защиты против инфекционных болезней, включая болезни, передающиеся через кровь, например, ВИЧ/СПИД;
- (в) о рисках, связанных с потреблением контролируемых веществ;
- (г) о снижении вреда в отношении принимаемого наркотика, включая безопасные методы инъекции;
- (д) о бесплатной юридической помощи;
- (е) об услугах по трудоустройству и центрах, предоставляющих профессиональное образование; и
- (ж) о существующих формах поддержки людей, страдающих наркотической зависимостью, и членов их семей.

Статья 16. Распространение стерильных шприцев и сопутствующих материалов

(1) Наделенное полномочиями лицо или организация могут распространять шприцы и другие материалы, применяя один или несколько из перечисленных ниже способов:

- (а) через медсестер или врачей, работающих в тюремном медпункте или в другом(их) отделении(ях) тюрьмы;
- (б) через заключенных, прошедших обучение для работы в консультантами по принципу «равный-равному»;
- (в) через представителей негосударственных организаций или медицинских специалистов, посещающих тюрьму с этой целью;
- (г) через автоматы, обменивающие использованные шприцы на стерильные по принципу «один к одному».

(2) По возможности, заключенные должны иметь доступ к стерильным шприцам и сопутствующим материалам без необходимости идентифицировать себя перед тюремной администрацией.

(3) Министерство здравоохранения и медицинской промышленности должно установить правила безопасного хранения шприцев заключенными в соответствии с положениями настоящей Статьи.

(4) Программа обеспечения стерильными шприцами должна включать меры для поощрения безопасной утилизации шприцев и мониторинга количества выданных и хранящихся на складе шприцев.

(5) Стерильные шприцы и сопутствующие материалы, розданные в соответствии с настоящей Статьей, должны использоваться в соответствии с данной Статьей или любыми другими правилами или политикой учреждения, установленной в соответствии с настоящей Статьей.

(6) Распространение или хранение шприцев и сопутствующих материалов в тюрьмах в соответствии с настоящей Статьей не должны составлять уголовного преступления или административного правонарушения, эти материалы не должны служить допустимыми доказательствами незаконного потребления наркотиков в уголовном или административном процессах.

Статья 17. Доступность хлорамина, как средства дезинфекции

(1) Хлорамин и инструкции по его применению в качестве дезинфицирующего средства должны быть доступны, в соответствии с настоящей Статьей и любыми другими соответствующими положениями или политикой учреждения, согласующимися с настоящей Статьей.

(2) Любое такое положение и политика, согласующиеся с пунктом (1), призваны:

(а) способствовать расширению участия заключенных в распространении хлорамина;
(б) обеспечить, чтобы хлорамин был доступен заключенным при сохранении их анонимности; и
(в) создать такие условия, чтобы заключенный никогда не сталкивался с необходимостью обращаться к тюремному персоналу для получения хлорамина.

(3) Хлорамин, предоставляемый согласно настоящей Статье, должен использоваться только в соответствии с настоящей Статьей и другими соответствующими положениями или политикой учреждения, согласующимися с настоящей Статьей.

(4) Предоставление и хранение хлорамина в тюрьмах в соответствии с настоящей частью не должно составлять уголовного преступления или административного правонарушения и не должно служить допустимым доказательством незаконного потребления наркотиков в уголовном или административном процессах.

Статья 18. Программы опиоидной заместительной терапии в тюрьмах

(1) Министерство здравоохранения и медицинской промышленности при поддержке Министерства внутренних дел должно ввести программы опиоидной заместительной терапии во всех тюрьмах.

(2) Заключенные с опиоидной зависимостью должны иметь право на заместительную терапию опиатами в соответствии с руководящими указаниями по опиоидной заместительной терапии, применяемыми в данном обществе.

(3) Опиоидная заместительная терапия должна быть доступна на бесплатной основе при заключении в тюрьму и в течение всего срока отбывания наказания.

(4) Действие программ заместительной терапии опиатами не должно ограничиваться только теми заключенными, которые участвовали в подобной программе до заключения в тюрьму. Все заключенные, для которых данный вид лечения является приемлемым, должны иметь право на получение опиоидной заместительной терапии в течение всего срока отбывания наказания.

(5) Участие в программах опиоидной заместительной терапии должно предлагаться на добровольной основе всем заключенным с зависимостью от опиоидов.

(6) Опиоидная заместительная терапия может включать ряд подходов, включая поддерживающее лечение.

(7) Программа должна обеспечить персонал, тюремных служащих, высшие должностные лица, а также заключенных фактической информацией в отношении опиоидной заместительной терапии.

(8) В рамках программы должна быть разработана комплексная система планирования выписки заключенных, чей срок отбывания наказания подходит к концу, включая систему направления их в программы опиоидной заместительной терапии за пределами тюрьмы.

Статья 19. Информационно-просветительские программы в отношении ВИЧ/СПИДа, других болезней, передающихся через кровь, и лечения наркотической зависимости в тюрьмах

(1) В целях предотвращения распространения ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь, Министерство здравоохранения и медицинской промышленности должно разработать и реализовать программы предоставления информации и проведения просветительской работы в каждой тюрьме.

(2) В ходе разработки данных программ Министерство должно использовать материалы, которые с наибольшей вероятностью окажутся эффективными в снижении темпов распространения болезней, передающихся через кровь, на территории тюрем и за их пределами, и в обеспечении информации о лечении, уходе и поддержке.

(3) Программы, предусмотренные пунктом (1), могут включать просвещение по принципу «равный-равному» с привлечением лиц, не связанных с Министерством, включая реализацию таких программ местными общественными организациями.

(4) Материалы, по мере возможности, должны быть предоставлены заключенным на их родном языке и должны учитывать образовательный уровень целевой аудитории, а также ее социальные и культурные особенности.

Статья 20. Ответственность за организацию обучения и просвещения

Министерство здравоохранения и медицинской промышленности при содействии Министерства внутренних дел несёт ответственность за:

(а) обучение персонала и заключенных на регулярной основе и за содержание подобного обучения и тренингов, которые должны обязательно включать информацию о стандартных мерах предосторожности по предотвращению и контролю заболеваний, вопросы личной ответственности за обеспечение собственной защиты и защиты других людей, а также информацию о мерах пост-контактной профилактики;

(б) то, чтобы обучение и просвещение включали также доступные услуги и лечение, и чтобы программы консультаций и просвещения по принципу «равный-равному», включали участие заключенных в качестве консультантов; и

(в) обучение заключенных и тюремного персонала, которые могут иметь контакт с кровью, универсальным мерам предосторожности.

Статья 21. Ведение статистики сексуального насилия (включая изнасилования) в тюрьмах

(1) Министерство здравоохранения и медицинской промышленности должно с определенной периодичностью проводить комплексный статистический обзор и анализ случаев сексуального насилия в тюрьмах, включая, но не ограничиваясь выявлением общих характеристик:

(а) жертв и лиц, совершающих сексуальное насилие; и

(б) тюрем и тюремных систем с высокой степенью упомянутого насилия.

(2) В ходе выполнения положений пункта (1) Министерство должно учитывать следующее:

(а) как случаи сексуального насилия должны быть определены для целей статистического обзора и анализа; и

(б) каким образом Министерство должно собирать информацию о сексуальном насилии, совершенном другими заключенными и персоналом тюрьмы, помимо учёта случаев, о которых заявили сами заключенные.

(3) Министерство должно запросить мнения представителей государственных тюремных департаментов, окружных и муниципальных тюрем, тюремных учреждений для несовершеннолетних, а также отдельных лиц, отбывших наказание, медицинских работников, адвокатов, учёных и других экспертов в области сексуального насилия (внутри тюрем включительно).

Статья 22. Разработка национальных норм против сексуального насилия в тюрьмах

(1) Генеральный прокурор, Министерство внутренних дел и Министерство здравоохранения и медицинской промышленности должны разработать национальные нормы, способствующие улучшению процессов выявления, предупреждения, снижения частоты сексуального насилия (включая изнасилования) в тюрьмах, и обеспечивающие судебное преследование за такие преступления.

(2) Национальные нормы, определенные пунктом (1), должны включать информацию о:

- (а) классификации и распределении заключенных на основе стандартизированных документов и протоколов, с тем, чтобы ограничить число случаев сексуального насилия в тюрьмах;
- (б) расследовании и разрешении дел по жалобам заключенных о сексуальном насилии ответственными представителями тюремной администрации, региональными и государственными правоохранительными органами, а также национальными государственными судебными органами;
- (в) сохранении вещественных доказательств и свидетельских показаний для использования в расследовании обстоятельств, связанных с сексуальным насилием;
- (г) лечении серьезных травм жертв сексуального насилия с указанием метода и степени обследования и лечения, а также указания о методах и степени любого психологического или психиатрического обследования или лечения, предоставления лекарств или психологических консультаций;
- (д) направлении жертв сексуального насилия на длительный курс лечения;
- (е) просветительской работе и медицинском освидетельствовании в целях снижения числа случаев заражения ВИЧ-инфекцией в результате сексуального насилия в тюрьме;
- (ж) методах профилактики заболеваний после случаев сексуального насилия, включая краткий курс лечения антиретровирусными препаратами в целях снижения числа случаев заражения ВИЧ-инфекцией;
- (з) обучении тюремного персонала в целях лучшего понимания и признания персоналом серьезности таких преступлений, как сексуальное насилие, и необходимости их предотвращения;
- (и) своевременном комплексном расследовании случаев сексуального насилия со стороны персонала, в том числе случаев изнасилований или другого сексуального насилия в отношении заключенных;
- (к) создании системы подачи жалоб и сообщения о случаях насилия в тюрьме, обеспечивающей анонимность и защиту жертвам насилия и сообщающим о нём, а также объективность рассматривания жалоб;
- (л) сборе данных и регистрации случаев сексуального насилия (включая изнасилования) в отношении к другим заключенных или в отношении заключенных со стороны тюремного персонала; рассмотрению жалоб заключенных на сексуальное насилие тюремной администрацией, региональными и государственными следователями и прокурорами; и
- (м) других проблемах, которые могут иметь отношение к выявлению, предупреждению, снижению частоты сексуального насилия и назначению наказания за такие деяния в тюрьме.

Рекомендация 23: Разрешить освобождение из сострадания на основании состояния здоровья

Действующим законодательством Туркменистана предусмотрено досрочное освобождение из мест лишения свободы на основании состояния здоровья. Однако ВИЧ и СПИД не признаны в качестве основания для такового. Рекомендуется внести их в список заболеваний, являющихся основанием для досрочного освобождения, так как ВИЧ является серьезной инфекцией, вызывающей тяжелое хроническое заболевание, которое может развиваться быстрее в неблагоприятной обстановке, каковой является и обстановка в местах лишения свободы. Возможность освобождения из сострадания лиц, живущих с ВИЧ, может быть необходима для спасения их жизней и охраны здоровья. Дополнение следующего образца должно быть включено в *Исправительно-трудовой Кодекс Туркменистана*:

Освобождение из сострадания

Заключенный может быть в любой момент освобожден решением Министерства внутренних дел, условно или окончательно, если:

- (а) заключенный неизлечимо болен;
- (б) физическое или психическое здоровье заключенного может серьезно пострадать, если заключенный будет продолжать находиться в заключении; или
- (с) продолжительное пребывание его/её в заключении влечет за собой чрезмерные трудности, которые нельзя было предвидеть в момент вынесения приговора.

Дискриминация

Рекомендация 24: Усилить защиту от дискриминации на основе ВИЧ -статуса.

Дискриминация людей, живущих с ВИЧ, на основе их ВИЧ-статуса является дискриминацией на основе "других оснований" и противоречит нормам прав человека, определенным международным правом.¹²⁴⁶ Она также подрывает эффективность усилий, предпринимаемых в целях профилактики распространения ВИЧ и оказания помощи, лечения и поддержки людям, живущим с ВИЧ. Рекомендуется на основе консультаций с людьми, принимающими решения, а также с национальными и международными экспертами, включая людей, живущих с ВИЧ, и представителей гражданского общества начать реформирование действующих программ и законов в целях добавления или усиления мер, запрещающих и предотвращающих дискриминацию на основе ВИЧ-статуса и компенсирующих ущерб, причиненный ею.

Рекомендации 25: Отменить дискриминационные ограничения на перемещение и выбор места проживания на основе ВИЧ-статуса лица

В настоящее время ВИЧ-статус является в рамках закона основанием для отказа лицу, не являющемуся гражданином Туркменистана, в получении визы или вида на жительство, а также для административного выдворения такого лица из страны. Подобное обращение является не имеющей оснований дискриминацией. Рекомендуется изменить Статью 48 Закона Туркменистана «О миграции», исключив данные положения.

Рекомендация 26: Отменить дискриминацию при трудоустройстве на основе ВИЧ-статуса лица

В настоящее время Конституция Туркменистана запрещает дискриминацию в общем, а Закон «О профилактике ВИЧ-инфекции» запрещает работодателям необоснованно отказывать в приёме на работу лицам, живущим с ВИЧ и СПИДом, или увольнять их. Данные положения согласуются с международными актами по правам человека. Однако, согласно законам Туркменистана, лицам, живущим с ВИЧ, запрещено заниматься определенными видами профессиональной деятельности, что является дискриминацией, которая лишь в редких случаях может быть обоснована.¹²⁴⁷ Чтобы устранить данное противоречие и защитить права людей, живущих с ВИЧ, могут быть предприняты следующие шаги:

¹²⁴⁶ Международное право гарантирует лицам равную защиту закона и защиту от дискриминации: *Всеобщая Декларация прав человека*, Статьи 2 и 26. Комиссия ООН по правам человека провозгласила, что термин «другие основания», используемый в *Международном пакте о гражданских и политических правах* и других международных документах по правам человека, запрещающих дискриминацию, должен толковаться как включающий "состояние здоровья", – т.е. дискриминация на основе состояния здоровья, в том числе фактический или подразумеваемый ВИЧ, запрещена. См. Комиссия ООН по правам человека, Решения 1995/44 (3 марта 1995), 1996/43 (19 апреля 1996), и 2004/26 (16 апреля 2004).

¹²⁴⁷ См., например, Управление Верховного комиссара ООН по правам человека и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу, *ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы*, парагр.149. Подобное заключение можно сделать и в отношении дискриминации лица на основании заражения гепатитом В или С (HBV, HCV) или ИППП. Из-за пути передачи данных заболеваний многие потребители наркотиков являются уязвимыми и для других инфекций, передаваемых через кровь, для гепатита В или С наряду с ВИЧ, и могут столкнуться с дискриминацией на этом основании, что уже имело место в некоторых странах. Принимая поправки к законодательству с целью оградить людей от дискриминации на основании их ВИЧ статуса в таких областях как трудоустройство и образование, целесообразно в четком виде предусмотреть законодательную защиту и от дискриминации на основе этих заболеваний.

- во-первых, необходимо пересмотреть действующие приказы и другие официальные документы, относящие ВИЧ и СПИД к списку заболеваний, не позволяющих лицам, ими страдающим, заниматься определенными видами деятельности, и изменить их, устранив любое упоминание ВИЧ-инфекции в качестве основания для наложения подобных запретов, за исключением случаев, когда существует явная, с научной точки зрения обоснованная причина, по которой выполнение лицом определенного вида профессиональной деятельности ставит под угрозу здоровье или жизнь другого человека;
- во-вторых, поправка следующего образца должна быть внесена в Закон «О профилактике ВИЧ-инфекции»:

Дискриминация лица на основании его или её ВИЧ статуса [или заражения другим заболеванием, передающимся через кровь] запрещена в областях, включающих трудоустройство [образование], но не ограничивающихся ими. Принуждение лица пройти тестирование на ВИЧ в качестве условия трудоустройства [или зачисления в образовательное учреждение], до или во время работы [учёбы] является дискриминационным и незаконным.

Рекомендация 27: Устранить дискриминацию потребителей наркотиков на рабочем месте

В настоящее время освидетельствование работников на наркотики осуществляется согласно Закону «О наркотических веществах» и в соответствии с «Национальной программой мероприятий на 2006-2010 годы по борьбе с незаконным оборотом наркотиков» (пункт 34). Однако принуждение к прохождению теста перед принятием на работу является ничем не оправданной дискриминацией по состоянию здоровья. Требование пройти освидетельствование на наркотики на рабочем месте может быть оправдано в ограниченном числе случаев, например, в отношении профессий, связанных с управлением источниками повышенной опасности, и только в случаях обоснованного предположения о возможном нанесении ущерба либо случайное тестирование работников после курса лечения от наркотической зависимости.

- Рекомендуется начать консультативный процесс с людьми, принимающими решения и изучить опыт других стран относительно законодательного закрепления запрещения ограничения прав потребителей наркотиков заниматься определенными видами профессиональной деятельности, разрешая подобные ограничения только в определенных законом редких случаях, с принятием решений на основе индивидуального подхода.
- Положения Закона «О наркотических средствах» и Национальной программы по борьбе с наркотиками, предписывающие или позволяющие освидетельствование на наркотики на рабочем месте должны быть отменены.
- Вместо этого, рекомендуется внести поправку в закон (возможно, закон «О наркотических средствах») следующего содержания:¹²⁴⁸

Дискриминация на основании потребления наркотиков

- (1) При отсутствии обоснованных причин, с учетом конкретных обстоятельств, дискриминация лица, родственников или партнеров этого лица на основании того, что это лицо потребляет или потребляло наркотики, или на основании предположений что потребляет или потребляло наркотики, запрещается.
- (2) Принуждение лица пройти освидетельствование на наркотики в качестве условия зачисления в образовательное учреждение, до или во время учёбы является незаконной дискриминацией.

¹²⁴⁸ См. «Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе», Модуль 7: Стигма и дискриминация, стр. 13-15.

- (3) Принуждение лица пройти освидетельствование на наркотики в качестве условия трудоустройства является незаконной дискриминацией. Применение тестирования на наркотики в качестве условия продолжения работы разрешено только в отношении профессий, определенных [соответствующей правительственной структурой], в связи с которыми ухудшение здоровья на рабочем месте может представлять серьёзную угрозу для работника или окружающих, и при условии обоснованного подозрения, что работник может находиться в состоянии наркотического опьянения.

Рекомендация 28: Уважать и защищать семейные отношения

Как было отмечено выше, согласно действующему законодательству, наркотическая или алкогольная зависимость¹²⁴⁹ может быть достаточным основанием для отказа в праве на усыновление/удочерение (или в праве на опеку) и, как таковая, может рассматриваться в качествеотягчающего фактора для лишения лица родительских прав в случаях разбирательств о жестоком отношении к детям или пренебрежении их воспитанием; данная дискриминация по состоянию здоровья, без каких бы то ни было оговорок и учёта обстоятельств конкретного дела, не является оправданной. Для вынесения справедливого решения, которое действительно будет в «наилучших интересах ребенка», необходим тщательный анализ всех обстоятельств дела, а не принятие на веру (часто ошибочных) представлений о людях, зависимых от наркотиков.

Таким образом, в Статью 70 Кодекса Туркменистана о браке и семье должны быть внесены поправки, объясняющие, что при рассмотрении дел о злоупотреблениях в отношении детей, наличие у родителя наркотической зависимости не может служить основанием как таковым для лишения родительских прав. Для принятия судебного решения необходим тщательный анализ обстоятельств каждого случая.

Также должны быть отменены общие положения о том, что лицо с наркотической зависимостью не имеет права на усыновление/удочерение или права на опеку ребенка. Решение должно приниматься на основе индивидуального подхода, на основе учёта интересов ребенка в первую очередь.

Рекомендация 29: Устранить дискриминацию в области избирательных прав

В настоящее время заключенные тюрем и лица, содержащиеся под стражей, лишены права голосовать в соответствии с различными нормативно-правовыми актами Туркменистана. Международное право официально признаёт, что заключенные сохраняют все права человека, за исключением тех, которые вынужденно ограничены лишением свободы. Лишение лица права принимать участие в выборах не согласуется с данными принципами. Данные запреты должны быть сняты.

Рекомендация 30: Избегать излишней криминализации распространения ВИЧ/ИППП

Рекомендуется отменить Статью 117 Уголовного Кодекса Туркменистана, предусматривающую уголовную ответственность за заражение другого лица ИППП лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, и Статью 119 Уголовного Кодекса, предусматривающую уголовную ответственность за «заведомое поставление другого лица в опасность заражения» СПИДом или заражение другого лица СПИДом лицом, знавшим о наличии у него этого заболевания.¹²⁵⁰ Применение уголовного права в отношении распространения ВИЧ должно осуществляться в соответствии с руководящими принципами ЮНЕЙДС, состоящими в том, чтобы использовать данную меру в редких, строго определенных случаях.¹²⁵¹

¹²⁴⁹ Кодекс о браке и семье Туркменистана, Статья 70.

¹²⁵⁰ Уголовный Кодекс Туркменистана, Статья 119.

¹²⁵¹ UNAIDS, Policy Brief: Criminalization of HIV transmission, August 2008.

Рекомендация 31: Исключить из закона дискриминацию на основании сексуальной ориентации

В соответствии с действующим законодательством, сексуальные отношения, в которые по обоюдному согласию вступают взрослые мужчины, является преступлением (*Уголовный Кодекс Туркменистана*, Статья 135). Как уже было отмечено, данное дискриминирующее положение вступает в противоречие с международным правом прав человека, нарушая право не подвергаться дискриминации и право на личную жизнь, оно подрывает эффективность программ профилактики ВИЧ-инфекции и предоставления доступа к информации и медицинской помощи среди мужчин, имеющих секс с мужчинами.¹²⁵² Национальная экспертная группа рекомендует начать обсуждение реформирования этого положения с целью отмены уголовной ответственности за сексуальные отношения, в которые по обоюдному согласию вступают взрослые мужчины. Для этого следует отменить Статью 135 *Уголовного Кодекса Туркменистана*.

Рекомендация # 32: Провести реформирование законодательства для обеспечения охраны здоровья и безопасности секс-работников

В настоящее время закон предусматривает административную и уголовную ответственность за занятие проституцией и связанные с ней деяния. Данные меры не предотвращают и не искореняют проституцию, но в определенной степени осложняют ситуацию с безопасностью секс-работников и препятствуют предпринимаемым усилиям по поддержке и охране их здоровья, включающим программы и службы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и ИППП. Жестокое обращение и оскорбления секс-работников является проблемой, решение которой чрезвычайно важно для борьбы с нарушениями прав человека. В связи с этим, компетентное исполнение существующего законодательства с целью пресечения подобных злоупотреблений является приоритетным по сравнению с привлечением секс-работников к ответственности за проституцию. Рекомендуется начать обсуждение реформирования законодательства с целью отмены административной и/или уголовной ответственности за проституцию и связанные с ней деяния. Для этого должны быть отменены Статьи 176(1) и 176(2) *Кодекса об административных правонарушениях* и Статья 138 *Уголовного Кодекса*.



УЗБЕКИСТАН

ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И РЕКОМЕНДАЦИИ

¹²⁵² ВИЧ/СПИД и права человека: Международные руководящие принципы, Руководящий принцип 4, парагр. 21(б) [UNAIDS/OHCHR, *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*]; UNAIDS, *Policy Brief: HIV and Sex Between Men*, August 2008.

УЗБЕКИСТАН: ИТОГОВЫЙ ОТЧЕТ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

С населением более 27 млн. человек Узбекистан является самой густонаселённой страной среди пяти стран Центральной Азии.¹²⁵³ В Узбекистане, как и в других странах Центральной Азии, проблема распространения потребления наркотиков приобретает всё большую значимость. Так, в 2006 году общее количество людей, употребляющих наркотические средства и состоящих на диспансерном и профилактическом учётах, составило 22400 человек, из них 83 % являются потребителями наркотических средств опийной группы и 15% – потребителями наркотических средств каннабиоидной группы.¹²⁵⁴ Число зарегистрированных по поводу наркотической зависимости женщин составляло примерно 6-7% от общего числа зарегистрированных.

В течение последних лет число людей, живущих с ВИЧ, значительно увеличилось: в 2000 году количество зарегистрированных новых случаев ВИЧ составило 154, а в 2006 эта цифра увеличилась до 2205 случаев.¹²⁵⁵ При этом до 1999 года ВИЧ распространялся главным образом половым путем (98% всех случаев заражения), но, начиная с 1999 года, начинает преобладать путь передачи ВИЧ посредством употребления инъекционных наркотиков (80% всех случаев заражения).¹²⁵⁶ По данным на 2006 год в стране насчитывалось 10015 людей, инфицированных ВИЧ, из которых 4516 (45,1%) являлись потребителями наркотических средств.¹²⁵⁷

1253 Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЕЙДС), *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*, Женева 2008. Приложение.

1254 Отчет Республики Узбекистан «Анализ национального законодательства в области профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков и лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы», Ташкент 2007, стр. 51 [далее «Отчет Республики Узбекистан»]. Данный отчет подготовлен в рамках проекта Управления ООН по наркотикам и преступности «Повышение эффективности профилактики и лечения ВИЧ среди уязвимых групп населения в странах Центральной Азии и Азербайджане» совместно с Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу (УНП ООН RAC-129).

1255 Отчет Республики Узбекистан, стр. 108.

1256 Там же, стр. 110.

1257 Согласно данным Республиканского Центра СПИД за 2006 год: там же, стр. 51, 108-109.

2. НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ И СТРАТЕГИИ

Программа по ВИЧ/СПИДу

В стране образована Чрезвычайная противоэпидемиологическая комиссия и Страновой координационный Комитет (учрежденный в связи с получением гранта Глобального фонда по борьбе с СПИДом, туберкулезом и малярией). Данные органы созданы при Кабинете Министров Республики Узбекистан и Совете Министров Республики Каракалпакстан (являющейся автономной Республикой в составе Республики Узбекистан). Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, входят в Страновой координационный комитет на правах ее членов.

В Республике Узбекистан принята и действует *Стратегическая Программа противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан на 2007 – 2011 гг.*¹²⁵⁸ Выполнение Программы возложено на Страновой Комитет по противодействию ВИЧ/СПИДу, мониторинг мероприятий осуществляется на основании национальных показателей в этой сфере. Финансирование Стратегической Программы должно осуществляться бюджетными инвестициями Правительства Республики Узбекистан (РУз) и вкладами различных финансирующих организаций. Национальные эксперты констатируют, что около 80 % бюджета программы затрачивается на меры по профилактике ВИЧ.¹²⁵⁹ Согласно данным национальной экспертной группы, реализация Программы направлена на привлечение широкого круга заинтересованных лиц и организаций, представителей гражданского общества, в том числе и представителей уязвимых групп населения.

Принципами Стратегической Программы, среди прочего, являются:

- соблюдение прав человека в соответствии с национальным законодательством и искоренение стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ;
- создание юридической и политической среды, способствующей осуществлению мероприятий по профилактике ВИЧ и предоставлению лечения в связи с ВИЧ;
- обеспечение мультисекторального подхода к решению проблемы эпидемии ВИЧ;
- привлечение широких слоёв гражданского общества и людей, живущих с ВИЧ, к участию в реализации мероприятий по профилактике ВИЧ;
- обеспечение комплексного подхода к снижению уязвимости, основанного на утверждении моделей более безопасного поведения;
- обеспечение всеобщего доступа населения в целом и уязвимых групп в частности, к профилактике, лечению и поддержке в связи с ВИЧ, в том числе и психо-социальной и юридической помощи.

Основными направлениями Стратегической Программы являются:

- совершенствование нормативно-правовой базы;
- создание единой комплексной системы мониторинга и оценки;
- реализация профилактических мер среди уязвимых групп и молодежи;
- реализация мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ от матери к ребенку и передачи ВИЧ в медицинских учреждениях;
- обеспечение лечения инфекций, передаваемых половым путём (ИППП); и
- обеспечение качественного лечения людей, живущих с ВИЧ, включая психо-социальную и юридическую помощь и поддержку.

В соответствии со Стратегической Программой, меры по профилактике ВИЧ среди «групп с наиболее высоким риском заражения» включают работу, нацеленную на снижение спроса на наркотики,

¹²⁵⁸ Стратегическая программа противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан на 2007-2011 гг. утверждена Приказом заместителя Премьер-министра Республики Узбекистан от 3 июля 2007 года № 07/10-115.

¹²⁵⁹ Информация предоставлена национальной экспертной группой.

и учреждение «пунктов доверия» для оказания населению низкопороговых услуг, таких как распространение информации, презервативов и шприцев. В настоящее время функционируют один Республиканский Центр по борьбе со СПИДом и 14 региональных центров.¹²⁶⁰

С апреля 2006 в рамках Программы «Поддержки национального противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа, особо сфокусированной на уязвимых группах населения» реализуется проект по профилактике ВИЧ/СПИДа среди лиц, находящихся в учреждениях по исполнению наказания. Данный проект направлен на предоставление подробной информации о ВИЧ и мерах его профилактики активистам из числа заключенных, которые, в свою очередь, будут обучать других осужденных по принципу «равный-равному». Данная программа осуществляется за счет гранта, предоставленного Глобальным фондом по борьбе с СПИДом, туберкулезом и малярией.

Республика Узбекистан заявила о своем намерении обеспечивать в процессе решения проблемы ВИЧ/СПИДа мультисекторальный подход через согласованные усилия всего общества, а также прозрачность проводимой политики и высокую степень ответственности должностных лиц за свои действия. Тем не менее, группа национальных экспертов указала на ряд проблем в области законодательства и правоприменительной практики в вопросах, касающихся уязвимых групп населения, что препятствует осуществлению мер по профилактике ВИЧ и других программ в области охраны здоровья граждан. В качестве одной из таких проблем эксперты признают неоднозначность и неточность формулировок в законодательстве, что, в свою очередь, приводит к недопониманию и разночтению отдельных нормативно-правовых актов государственными учреждениями, оказывающими в ходе своей деятельности непосредственное влияние на осуществление мер по предотвращению распространения ВИЧ. (Ряд рекомендаций, представленных в заключительной части настоящего документа, отражают данные опасения экспертов.)

Программа по наркотическим средствам

За борьбу с незаконным оборотом наркотических средств, а также профилактику наркомании в Республике Узбекистан несут ответственность Государственная Комиссия по контролю за наркотиками при Кабинете Министров Республики Узбекистан и региональные комиссии по контролю за наркотиками. Председателем Государственной Комиссии является Премьер-министр страны, в состав региональных комиссий входит руководитель управления здравоохранения области.

В июле 2007 года Правительством Республики Узбекистан принята «Программа комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2007-2010 годы».¹²⁶¹ Финансирование данной программы обеспечивается «в пределах ежегодно выделяемых бюджетных средств и внебюджетных источников». Контроль исполнения Программы осуществляет Национальный информационно-аналитический Центр по контролю за наркотиками. Важными направлениями данной Программы являются социальная защита лиц с наркотической зависимостью и их трудоустройство, осуществление работы по профилактике распространения наркомании и связанных с ней правонарушений, а также развитие сектора оказания медицинской помощи лицам с наркотической зависимостью.

Программа в четкой форме предусматривает реализацию мер снижения вреда. В частности, раздел 1(4) предусматривает «организацию, исходя из местных условий, сети анонимных консультативных кабинетов для осуществления низкопороговых реабилитационных и профилактических программ, включая программы снижения вреда». Разделом 5(2) предусматривается расширение спектра услуг, предоставляемых в рамках программ снижения вреда (например, оказание психологической консультативной помощи), развитие существующих и организация новых «пунктов доверия» для потребителей инъекционных наркотиков, а также разработка и развитие системы обучающих семинаров для волонтеров из среды потребителей наркотиков для работы по принципу «равный-равному».

С 2004 года СПИД Фондом Восток-Запад (AFEW) в Республике Узбекистан реализуется программа,

¹²⁶⁰ Информация предоставлена национальной экспертной группой.

¹²⁶¹ Программа комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2007-2010 гг., № 8/07 (2 мая 2007).

включающая элемент «снижения спроса на наркотики и охрану здоровья в тюрьмах».¹²⁶² В феврале 2005 года руководителем Главного управления исполнения наказаний РУз был подписан Приказ «О создании рабочей группы в целях реализации программы снижения спроса на наркотики и охраны здоровья в учреждениях уголовно-исполнительной системы Республики Узбекистан».

В соответствии с этим Приказом проводятся обучающие семинары и тренинги, информационные сессии и акции для осужденных, направленные на повышение информированности о неблагоприятных последствиях употребления наркотиков, меры профилактики ВИЧ, вирусного гепатита и туберкулеза.

3. ПОЛОЖЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНОГО И УГОЛОВНОГО ПРАВА В ОТНОШЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Административная или уголовная ответственность за деяния, связанные с наркотическими средствами, устанавливается учитывая деление количества наркотических средств и психотропных веществ на «небольшие», «превышающие небольшие» и «крупные». Применение данных положений на практике относится к компетенции органов следствия и суда, которые при этом должны руководствоваться Перечнем, утвержденным Государственной комиссией РУз по контролю за наркотиками.^{1263,1264}

В Узбекистане не предусматривается ни уголовная, ни административная ответственность за *употребление* наркотических средств как таковое либо за хранение инструментария для употребления наркотиков (например, шприцев, дезинфицирующих средств и другого оборудования).

Административные правонарушения

Согласно положениям *Кодекса Республики Узбекистан об административной ответственности* (далее «*Административный Кодекс*») незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств или психотропных веществ в «небольших» размерах являются административными правонарушениями.¹²⁶⁵ Административная ответственность наступает по достижении шестнадцатилетнего возраста.¹²⁶⁶

Уголовные преступления

Деяния, связанные с «превышающими небольшие» и «крупными» количествами контролируемых веществ, являются уголовными преступлениями. *Уголовным Кодексом РУз* предусматривается различие между хранением *с целью* и *без цели* сбыта. Согласно *Уголовному Кодексу* в качестве уголовных преступлений рассматриваются:

- незаконные изготовление, приобретение, хранение и другие действия с наркотическими средствами или психотропными веществами *без цели сбыта*, – наказываются штрафом или исправительными работами до трех лет;¹²⁶⁷
- незаконные изготовление, приобретение, хранение и другие действия с наркотическими средствами или психотропными веществами *с целью сбыта*, а равно их *сбыт*, – наказываются лишением свободы от 3 до 6 лет;¹²⁶⁸
- «вовлечение» в употребление наркотических средств или психотропных веществ, – наказывается исправительными работами до 3 лет;¹²⁶⁹
- культивирование растений, содержащих запрещенные вещества, – наказывается штрафом от двадцати пяти до пятидесяти минимальных размеров заработной платы или исправительными работами до 3 лет;¹²⁷⁰
- нарушение установленных правил производства, хранения, учета, отпуска, провоза или пересылки наркотических средств или психотропных веществ, – наказывается штрафом или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенным видом про-

1263 «Перечень наркотических средств с отнесением их количества к небольшим, превышающим небольшие и крупным размерам при обнаружении в незаконном владении и обороте», утвержденный решением Государственной комиссии Республики Узбекистан по контролю за наркотиками, № 3 (22 мая 1998).

1264 В Республике Узбекистан существует 3 Списка, регламентирующие различную степень контроля деяний, связанных с запрещенными веществами, таких, как их незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка. Список I включает вещества, в отношении которых все вышеперечисленные деяния запрещены. Список II включает вещества, оборот которых ограничен. Список III включает вещества, оборот которых ограничен в меньшей степени. Данные перечни утверждены Постановлением Кабинета Министров РУз, № 293 (31 июля 2000).

1265 *Кодекс Республики Узбекистан об административной ответственности*, утвержден Законом РУз № 2015-ХII, (22 сентября 1994), Статья 56 [далее «*Административный Кодекс*»].

1266 *Административный Кодекс*, Статья 13.

1267 *Уголовный Кодекс Республики Узбекистан*, утвержден Законом РУз № 2012-ХII, (22 сентября 1994), Статья 276.

1268 *Уголовный Кодекс*, Статья 273.

1269 *Уголовный Кодекс*, Статья 274.

1270 *Уголовный Кодекс*, Статья 270.

1262 Подробнее о «Программе снижения спроса на наркотики в Узбекистане, Таджикистане и Ферганской области Киргизстана», осуществляемой СПИД Фондом Восток-Запад [AIDS Foundation East-West, AFEW] см. на: http://www.afew.org/russian/projects_sw_uz.php.

фессиональной деятельности на срок до 5 лет, или исправительными работами до 3 лет;¹²⁷¹

- незаконное приобретение наркотических средств или психотропных веществ, –наказывается исправительными работами до 3 лет.¹²⁷²

За повторное совершение деяний, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, наказание ужесточается. Такая мера, как конфискация имущества, *Уголовным Кодексом РУз* не предусматривается,¹²⁷³ однако наркотические средства, изъятые из незаконного оборота, а также инструменты и оборудование, предназначенные для их производства, подлежат конфискации.¹²⁷⁴ Факт совершения преступления в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием наркотических средств признаетсяотягчающим вину обстоятельством.¹²⁷⁵

Как правило, уголовная ответственность наступает с шестнадцатилетнего возраста, однако за некоторые преступления (например, незаконное завладение наркотическими средствами) подлежат ответственности лица, которым до совершения преступления исполнилось четырнадцать лет.¹²⁷⁶

Программы обмена игл: вопросы права

Привлечение лица к уголовной или административной ответственности за хранение остаточного количества наркотического вещества в шприце зависит от вида наркотического вещества и его количества согласно вышеупомянутым перечням. При этом, как подчеркивают члены экспертной группы, в законах РУз отсутствуют положения, исключающие меры снижения вреда из сферы действия законодательства по административной и уголовной ответственности.¹²⁷⁷ Национальные эксперты отмечают, что действия аутрич-работников, консультантов по принципу «равный-равному» и лиц, осуществляющих программы обмена игл и шприцев, теоретически могут рассматриваться в качестве правонарушений.

Принудительное освидетельствование на наркотики, осуществляемое правоохранительными органами

Законодательством Узбекистана предусмотрены несколько оснований для направления лица на медицинское освидетельствование без его согласия. Так, например, лицо может быть направлено на медицинское освидетельствование и обследование по постановлению органов дознания, следствия и суда, если имеются «достаточные основания полагать», что оно страдает наркотической зависимостью, находится в состоянии наркотического опьянения, потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача, либо перевозит в своем теле наркотические средства и психотропные вещества.¹²⁷⁸

Как отмечает национальная экспертная группа, положения закона, предусматривающие принудительное освидетельствование для широкого круга лиц, могут привести к дальнейшей маргинализации лиц, потребляющих наркотики, и способствовать распространению коррупции в правоохранительных органах. Широкие положения закона, предусматривающие принудительное освидетельствование, дают сотрудникам правоохранительных органов значительные полномочия и представляют собой пример не только нерационального использования имеющихся ресурсов, но и неоправданного нарушения прав человека. Так, например, направление лица, не совершившего никакого незаконного деяния, на принудительное освидетельствование на наркотики является нарушением прав человека на свободу, личную неприкосновенность и тайну частной жизни, а также его права на защиту от произвольного медицинского вмешательства, а если результаты принуди-

1271 *Уголовный Кодекс*, Статья 275.

1272 *Уголовный Кодекс*, Статья 272.

1273 Статья 53 (конфискация имущества) исключена из *Уголовного Кодекса РУз* Законом от 29 августа 2001 г.

1274 *Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»*, № 813-1 (19 августа 1999), Статья 37.

1275 *Уголовный Кодекс*, Статья 56.

1276 *Уголовный Кодекс*, Статья 271.

1277 Постановление «О судебной практике по делам о преступлениях, составляющих незаконный оборот наркотических средств или психотропных веществ» № 21, (27 октября 1995). Согласно данному Постановлению, под «вовлечением» в употребление наркотических средств или психотропных веществ следует понимать «любые умышленные действия, направленные на возбуждение у лица желания к их употреблению (уговоры, предложения, дача совета и т.п.), а также обман, психическое или физическое насилие, ограничение свободы и т.п. с целью приема наркотических средств или психотропных веществ лицом, на которое оказывается воздействие».

1278 *Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»* № 813-1 (19 августа 1999), с изменениями внесенными Законом № 175-II, (15 декабря 2000), Статья 35.

тельного медицинского освидетельствования используются в целях уголовного или административного преследования человека, нарушается и право лица не свидетельствовать против самого себя.¹²⁷⁹ В качестве единственного оправданного основания для ограничения государством данных прав человека может быть признано вмешательство для предотвращения причинения человеком серьезного вреда себе или окружающим. Потребление алкоголя или наркотиков как таковое никоим образом не подходит под это определение.

По мнению членов национальной экспертной группы, применение правильно разработанного законодательства в области охраны общественного здравоохранения вместо наказаний, предусматриваемых уголовным законодательством, зачастую позволяет быстрее достигать поставленных целей в области охраны здоровья населения. Законодательство в области здравоохранения может быть более гибкими, что позволяет лицам, работающим в этой области, принимать индивидуальные меры в каждом конкретном случае. С факторами, лежащими в основе рискованного поведения, такими как наркотическая зависимость, отсутствие информации, нищета или насилие, зачастую можно бороться более эффективно, если не прибегать к уголовному преследованию. Законодательство в области здравоохранения также позволяет применять более сбалансированные меры, обеспечивающие соблюдение прав и свобод личности, охрану здоровья населения в целом, например, путем предоставления людям, живущим с ВИЧ, необходимых консультаций и доступа к услугам по поддержанию здоровья.

Другие уязвимые группы: вопросы уголовного и административного права

Секс между взрослыми мужчинами

В настоящее время, согласно *Уголовному Кодексу РУз*, добровольный секс между двумя взрослыми мужчинами является преступлением и наказывается лишением свободы до трех лет.¹²⁸⁰ Данное положение вступает в противоречие с международными законами о правах человека, нарушая право не подвергаться дискриминации и право на защиту от произвольного вмешательства в его личную жизнь, оно подрывает эффективность программ профилактики ВИЧ и оказания медицинской помощи в среде мужчин, имеющих секс с мужчинами.¹²⁸¹ Комитет ООН по правам человека пришел к выводу, что право на личную жизнь, закрепленное в *Международном пакте о гражданских и политических правах* (Статья 17), нарушается вследствие применения подобных законов, устанавливающих уголовную ответственность за гомосексуальные отношения, в которые по обоюдному согласию вступают совершеннолетние лица. Комитет особым образом отметил, что:

«... установление уголовной ответственности за действия гомосексуального характера не может считаться обоснованным средством или соразмерной мерой для достижения цели предотвращения распространения ВИЧ, ... заставляя таиться многих людей, подверженных риску инфекции, (это), как представляется, препятствует эффективной реализации образовательных программ, направленных на профилактику ВИЧ/СПИДа».¹²⁸²

Рекомендуется отменить данное дискриминационное положение *Уголовного Кодекса* Республики Узбекистан.

Поставление в опасность заражения ВИЧ и заражение ВИЧ

Статьей 113 *Уголовного Кодекса* Республики Узбекистан предусматривается уголовная ответственность за следующее:

- «заведомое поставление другого лица в опасность заражения венерической болезнью», –наказывается штрафом, исправительными работами до одного года или арестом до 3 месяцев;

1279 *Международный пакт о гражданских и политических правах*, Генеральная Ассамблея ООН, 999 UNTS 171, (1966), Статьи 7, 9, 14, 17.

1280 *Уголовный Кодекс*, Статья 120.

1281 УВКПЧ ООН и ЮНЭЙДС, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Объединенная версия 2006. Пункты 22(h), 123-124; ЮНЭЙДС, *Краткое заявление по вопросам политики: ВИЧ и секс между мужчинами* [UNAIDS, *Policy Brief: HIV and Sex Between Men*], Август 2006.

1282 Комитет по правам человека ООН, Сообщение № 488, 1992. *Николас Тунен против Австралии* [UN Human Rights Committee, *Nicholas Toonen v. Australia*, Communication No. 488/1992, UN Doc. CCPR/C/50/D/488/1992, 31 March 1994]. Пункт 8.5.

- заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, – наказывается арестом от 3 до 6 месяцев или лишением свободы до 3 лет;
- заведомое поставление в опасность заражения или заражение «заболеванием СПИД», – наказывается лишением свободы от 5 до 8 лет.

Включение заражения ВИЧ по неосторожности и поставления в опасность заражения ВИЧ в качестве особых видов уголовных преступлений противоречит международным рекомендациям, так как способствует стигматизации лиц, живущих с ВИЧ, отрицательно влияет на мотивацию людей проходить медицинское обследование в связи с ВИЧ и создаёт дополнительные барьеры на пути получения ими медицинской помощи. Согласно *Международным руководящим принципам по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, подобный подход не рекомендован: уголовное преследование не должно налагаться за неосторожное заражение ВИЧ или подвергание риску заражения ВИЧ, следует применять уголовное законодательство только в случае намеренной передачи, т.е. когда человек знает о том, что заражен ВИЧ, действует с намерением передать ВИЧ, и фактически передаёт ВИЧ.¹²⁸³

Криминализация секс-работы

Согласно *Административному Кодексу* (Статья 190), занятие проституцией является административным правонарушением и влечет наложение штрафа. То же правонарушение, совершенное повторно в течение года, влечет наложение более крупного штрафа. Согласно *Уголовному Кодексу* (Статья 131), «организация или содержание притонов разврата, а равно сводничество из корыстных или иных низменных побуждений» наказывается штрафом или исправительными работами до 3 лет. Криминализация секс-работы и секс-работников приводит к их дальнейшей стигматизации и маргинализации и увеличивает вероятность нарушения их прав, а также риск их заражения ВИЧ. В соответствии с международными нормами рекомендуется отказаться от криминализации сферы секс-услуг. Согласно *Международным руководящим принципам по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, в том, «что касается работы взрослых в сфере сексуальных услуг, не влекущей за собой причинение вреда, уголовное законодательство следует пересмотреть с целью его декриминализации и введения мер правового регулирования соблюдения правил гигиены и безопасности для защиты лиц, работающих в сфере сексуальных услуг и их клиентов, включая поддержку безопасного сексуального поведения при оказании сексуальных услуг».¹²⁸⁴

1283 УВКПЧ ООН и ЮНЭЙДС, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Руководящий принцип 4, Пункт 21(а); ЮНЭЙДС, *Краткое заявление по вопросам политики: Криминализация передачи ВИЧ* [UNAIDS, Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission], 2008.

1284 *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Руководящий принцип 4, Пункт 21(с).

4. СИСТЕМА И УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Конституция Республики Узбекистан гарантирует всем гражданам страны квалифицированное медицинское обслуживание. Государством установлен гарантированный объем медицинской помощи, которая оказывается населению бесплатно в учреждениях государственной системы здравоохранения.¹²⁸⁵ Все медицинские услуги сверх установленного гарантированного объема медицинской помощи оплачиваются самими пациентами. Доступ к медицинской помощи для мигрантов и беженцев осуществляется наравне с гражданами.¹²⁸⁶

Первичная медицинская помощь осуществляется по месту регистрации пациентов. Согласно данным национальной экспертной группы, употребление наркотических средств не может являться причиной отказа в лечении (или исключения из программ лечения) ВИЧ, гепатита, туберкулеза или наркотической зависимости. Нуждающиеся пациенты, живущие с ВИЧ, имеют право на получение антиретровирусной терапии (АРВ-терапии) и опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) бесплатно. Такие программы лечения финансируются Глобальным Фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Однако доступ к медицинским услугам лиц без постоянного места жительства затруднен.

В настоящее время постоянно действующий открытый центр помощи (drop-in) функционирует в Самарканде в рамках совместного проекта Узбекистана и Швейцарии, направленного на снижение вреда среди лиц, потребляющих наркотики.

Бесплатное лечение определенных категорий заболеваний

Законодательством Республики Узбекистан определены «социально значимые заболевания»¹²⁸⁷ и «заболевания, представляющие опасность для окружающих»,¹²⁸⁸ перечень которых утверждается Кабинетом Министров РУз. К «социально значимым заболеваниям» относятся туберкулез, болезни, передаваемые половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИД, онкологические болезни, злокачественные новообразования, лепра и психические болезни (в том числе и наркотическая зависимость). В связи с этим, все лица, страдающие социально-значимыми заболеваниями, получают бесплатную медицинскую помощь, бесплатные лекарства при амбулаторном лечении и бесплатное лечение стационарно. ВИЧ/СПИД и гепатит отнесены к заболеваниям, представляющим опасность для окружающих, а лица, страдающие данными заболеваниями, имеют право на получение бесплатной медицинской помощи в специализированных учреждениях государственной системы здравоохранения.

Выдержки из интервью, проведенных членами национальной экспертной группы:

Марат, 32 года, потребитель наркотиков:

«В принципе медицинскую помощь получить несложно. Можно обратиться в поликлинику. Но я туда обращаюсь редко. Знаю, что для того, чтобы лечь в больницу, нужен паспорт с пропиской.

[От наркотической зависимости] я лечился раз 5. Первый раз думал, что полечат, и я брошу. Но тогда мне не помогли. Ломка была сильная, и я на 2 день сбежал. Потом лечился, чтобы скинуть дозу. Но лекарств в больницах всегда не хватает. Последний раз это было год назад. С лекарствами стало немного получше. Так в наркологии лечение бесплатное, но когда нет нужных лекарств, все равно их надо покупать. [Если] нарушаешь режим, то за это выписывают. Вообще, сейчас никого насильно не держат. Хочешь - лечись, не хочешь – иди. Знаю только на принудке (принудительное лечение) нужно отлежать весь срок.

1285 Закон «Об охране здоровья граждан», № 265-1. (29 августа 1996), Статья 8.

1286 Там же, Статья 14. «Иностранцам гражданам, находящимся на территории республики Узбекистан, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами республики Узбекистан. Лица без гражданства, постоянно проживающие в республике Узбекистан, пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами Республики Узбекистан. Порядок оказания медицинской помощи указанным лицам ... определяется министерством здравоохранения Республики Узбекистан».

1287 Перечень социально значимых заболеваний утвержден Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и установлении льгот лицам, страдающим ими», № 153 (20 марта 1997).

1288 Перечень утвержден Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан, № 96 (20 февраля 1997)..

[На принудительное лечение] направляет полиция, потом - суд. Есть еще принудка на зоне. Но там вообще не лечат. Мне так рассказывали. А даже после обычной принудки никто не бросает. Толка нет. Если сам не захочешь – все бесполезно. Насчет прав – когда милиция оформляет на принудку, кто спрашивает о моих правах?

Я сам стою сейчас в очереди на метадон, уже 4 месяца. Жду, когда место освободится, жду очередь на заместительную терапию. Я знаю 4 наркоманов, кто ходит и получает таблетки. Они довольны. Самое главное не ищут наркоту. Работают. Один женился. Попасть на ЗТ трудно - большая очередь. Жаль, что она есть только в наркологическом диспансере.

[На вопрос о том, что необходимо изменить, чтобы улучшить доступ к медицинским услугам и услугам по профилактике и лечению ВИЧ для потребителей наркотиков] Наверное, не нужен наркологический учет. Толку от него все равно нет. Кто употребляет – тот употребляет. Кто хочет лечиться – тот лечится. Думаю надо расширять заместительную терапию».

Секс работник, пожелавшая не называть имя

[На вопрос о получении медицинской помощи]: В принципе возможность есть, могу обратиться в поликлинику... обращение в венерологический диспансер... проблематично. Лучше обратиться частным путем, к знакомым врачам - не будет огласки.

[На вопрос об отказе в предоставлении медицинской помощи]: Да, были отказы, неоднократно. Причина - отсутствие регистрации по месту жительства. У меня есть свой гинеколог, плачу деньги и консультируюсь, если надо – лечусь.

[На вопрос о том, что необходимо изменить, чтобы улучшить доступ к медицинским услугам и услугам по профилактике и лечению ВИЧ]: Надо увеличивать число анонимных кабинетов в вендиспансерах, гинекологии. А вообще, надо перестать нас преследовать. Нашу работу надо сделать легальной.

4А. ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Согласно Закону «О наркотических средствах и психотропных веществах»,¹²⁸⁹ государство гарантирует лицам с наркотической зависимостью оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию. В соответствии с данным законом, наркологическая помощь пациентам оказывается по их просьбе или с их согласия, а несовершеннолетним в возрасте до четырнадцати лет – по просьбе или с согласия их родителей или других законных представителей. Лицам с наркотической зависимостью, добровольно обратившимся в наркологическое учреждение для прохождения курса лечения, по их просьбе обеспечивается анонимность лечения.¹²⁹⁰ Министерством здравоохранения приняты стандарты оказания наркологической помощи, которые, по мнению членов национальной экспертной группы, основаны на принципах комплексного, поэтапного и дифференцированного подхода к терапии, включающего современные методы обследования и лечения больных.¹²⁹¹

Однако, в соответствии с предложениями национальной экспертной группы, в условиях, когда острота проблемы наркомании всё возрастает, рекомендуется разработать и принять закон о профилактике распространения и лечении наркотической зависимости. Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» в существующем виде содержит только 3 статьи, которые регламентируют порядок оказания наркологической помощи. Положения закона, в основном, запрещают различные виды деятельности, связанные с наркотическими средствами, не принимая во

1289 Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», Статья 44.

1290 Там же.

1291 Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «Об утверждении стандартов диагностики и лечения наркологических больных», № 19 (15 января 2004).

внимание при этом вопросы охраны здоровья граждан. Разработка и принятие отдельного закона, в четкой форме возлагающего ответственность за реализацию мер по профилактике и лечению наркотической зависимости на Министерство здравоохранения, может помочь избавиться от преобладающей на данный момент тенденции криминализации лиц, потребляющих наркотики. В связи с этим Министерство здравоохранения внесло предложение в Кабинет Министров о разработке и принятии Закона «О наркологической помощи». Данный вопрос вошел в перечень мероприятий, утвержденных Постановлением Государственной Комиссии Республики Узбекистан по контролю за наркотиками.¹²⁹²

Учёт лиц, потребляющих наркотики

Как и в других странах данного региона, в Узбекистане существует практика постановки лиц с наркотической зависимостью и лиц, потребляющих наркотики, на наркологический учет.¹²⁹³ Постановка на учет и снятие с учета осуществляется территориальными наркологическими учреждениями, по решению врачебно-консультативных комиссий. Снятие с учета осуществляется по решению врачебно-консультативных комиссий в следующих случаях:

- в связи с «ремиссией» в течение 3 лет (т.е. лицо не употребляет наркотики);
- в связи с вынесением приговора о лишении свободы на срок свыше 1 года;
- в случае отсутствия сведений о пациенте более одного года;
- в случае смерти пациента.

Регистрационная база существует при региональных наркологических учреждениях и органах внутренних дел. Члены национальной экспертной группы отмечают, что медицинские учреждения передают информацию о лицах, взятых на диспансерный учет, в правоохранительные органы, включая случаи, когда лица обращаются за помощью в связи с передозировкой. Предоставление информации о пациентах осуществляется на основании совместного Приказа Министерства здравоохранения и Министерства внутренних дел Республики Узбекистан.¹²⁹⁴

Боязнь негативных последствий, связанных с постановкой на наркологический учёт для некоторых людей может создавать дополнительные препятствия при обращении за лечением наркотической зависимости. Данные негативные последствия могут включать нарушение конфиденциальности, дискриминацию (некоторые права лиц, потребляющих наркотики, ограничиваются законом, как это будет описано ниже), более пристальное внимание со стороны правоохранительных органов и, как результат, рост вероятности привлечения к уголовной ответственности. Обращение за медицинской помощью не должно быть связано с подобными негативными последствиями, так как это значительно снижает эффективность мер по охране здоровья представителей наиболее уязвимых групп, в том числе мер, направленных на снижение риска заражения ВИЧ и другими заболеваниями, передаваемыми через кровь. Рекомендуется отменить практику постановки на наркологический учет, а также практику сообщения в правоохранительные органы о лицах, обратившихся за медицинской помощью, в том числе в случае передозировки.

Принудительное лечение наркотической зависимости

Законодательством Узбекистана установлено, что необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства является добровольное согласие лица.¹²⁹⁵

1292 Постановление Государственной Комиссии Республики Узбекистан по контролю за наркотиками «О программе комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2007-2010 годы», №8/07 (2 мая 2007).

1293 Статья 46 Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» является законным основанием положений, регулирующих в Республике Узбекистан постановку на учёт потребителей наркотических средств. Учёт осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, зарегистрированным Министерством юстиции, «Об утверждении Инструкции о порядке взятия на учет и наблюдения за лицами, допускающими немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ, большими наркоманией или токсикоманией», № 1494.(15 июля 2005).

1294 Совместный Приказ Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «Об утверждении инструкции о порядке организации профилактической работы органов внутренних дел и здравоохранения с лицами, злоупотребляющими спиртными напитками или наркотическими средствами, и направления на принудительное лечение больных хроническим алкоголизмом или наркоманией», № 326/599 (27 декабря 1994).

1295 Закон «Об охране здоровья граждан», № 265-I (29 августа 1996). Статья 24. В исключительных случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум. При отказе от медицинской помощи гражданину, в доступной для него форме, должны быть разъяснены возможные последствия, что подтверждается записью в медицинской документации, подписанной медицинским работником и гражданином, или составлен акт в присутствии свидетелей.

Однако, как было отмечено в Части 3 настоящего документа, принудительное медицинское освидетельствование может применяться правоохранительными органами в ряде случаев. Кроме этого, по данным национальной экспертной группы, принудительное медицинское освидетельствование и обследование используется в случаях, когда рассматривается необходимость применения принудительного лечения в специализированных медицинских учреждениях, и в отношении лиц, находящихся в учреждениях уголовно-исправительной системы.

Принудительное лечение наркотической зависимости может назначаться по решению суда в двух случаях.¹²⁹⁶

Во-первых, суд может назначить принудительное лечение лицу с наркотической зависимостью (при наличии соответствующего медицинского заключения) в случае совершения им преступления, которое назначается наряду с уголовным наказанием.¹²⁹⁷ Если вынесенный приговор не связан с лишением свободы, лицо проходит принудительное лечение в медицинских учреждениях. Если приговор связан с лишением свободы или арестом, лечение наркотической зависимости осуществляется по месту отбывания наказания, а после освобождения в случаях, когда необходимо продолжение лечения – в медицинских учреждениях на общих основаниях.

Следует отметить, что международные договоры по контролю наркотиков прямо дают странам-участникам возможность законодательно закрепить меры, *альтернативные* осуждению и тюремному заключению за преступления, связанные с наркотиками. Эти меры могут включать направление лица на лечение и реабилитацию, применяемые самостоятельно, а не наряду с уголовным наказанием.¹²⁹⁸ Таким образом, существует возможность изменения законодательства Республики Узбекистан в отношении применения принудительного лечения *наряду с* уголовным наказанием.

Во-вторых, принудительное лечение назначается в случаях, если больной наркоманией нарушает общественный порядок, права других лиц, либо «создает угрозу безопасности, здоровью и нравственности населения».¹²⁹⁹ Материалы о направлении лиц на принудительное лечение подготавливаются и оформляются, при наличии медицинского заключения, органами внутренних дел по собственной инициативе, либо на основании ходатайств членов семьи или родственников больного, трудовых коллективов, учреждений здравоохранения. Постановление суда о принудительном лечении может быть обжаловано лицом, в отношении которого оно вынесено, либо его защитником или опротестовано прокурором. В случае неявки больного на лечение без уважительной причины он подлежит принудительному приводу через органы внутренних дел. Вопрос о продолжении принудительного лечения или о его прекращении решается комиссией на базе медицинского учреждения, предоставляющего лечение.

Международные организации подчеркивают, что лечение наркотической зависимости должно быть в большинстве случаев добровольным.¹³⁰⁰ Общеизвестно, что принудительное лечение нарушает права человека, включая его право на свободу, личную неприкосновенность и тайну личной жизни,¹³⁰¹ и может применяться только в исключительных, четко определенных случаях в целях предотвращения непосредственного причинения лицом вреда себе или окружающим. Существует необходимость внести изменения в законодательство Республики Узбекистан с целью ограничения сферы применения принудительного лечения.

1296 Закон «О принудительном лечении больных хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией», № 753-ХІІ (9 декабря 1992), с изменениями в соответствии с Законом РУз № 175-II (15 декабря 2000), Постановлением Верховного Совета РУз № 73-I (6 мая 1995), Постановлением Верховного Совета РУз № 371-I (27 декабря 1996), Законом РУз № 550-I (26 декабря 1997) и Постановлением № 714-I (24 декабря 1998).

1297 Уголовный Кодекс, Статья 96.

1298 Единая конвенция о наркотических средствах (1961), ООН, 520 UNTS 331, с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года, Статья 36(2); Конвенция о психотропных веществах (1971), ООН, 1019 UNTS 175, Статья 22; Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ (1988), Статья 3(4).

1299 Закон «О принудительном лечении больных хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией», Статья 1.

1300 UNODC and WHO, *Principles of Drug Dependence Treatment, Discussion paper*, март 2008, стр. 9.

1301 *Международный пакт о гражданских и политических правах*, Генеральная Ассамблея ООН, 999 UNTS 171, 1966. Статьи 7, 9, и 17; *Всеобщая Декларация прав человека*, Резолюция Генеральной ассамблеи ООН 217A (III), UN Doc. A/810 (1948). Статьи 3 и 12.

Опиоидная заместительная терапия

С 2004 года в Республике Узбекистан предоставляется опиоидная заместительная терапия (ОЗТ), с применением метадона и бупренорфина. ОЗТ проводится в соответствии с постановлением Государственной комиссии Республики Узбекистан по контролю за наркотиками.¹³⁰² Законодательная основа для ОЗТ также в положениях Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах», где определено, что «для лечения больных наркоманией применяются средства и методы, не запрещенные Министерством здравоохранения Республики Узбекистан».¹³⁰³

Однако, несмотря на пятилетнюю историю вопроса, доступ к заместительной терапии в стране по-прежнему ограничен. До 2008 года она предоставлялась только в рамках пилотного проекта в Ташкентском городском наркологическом диспансере.¹³⁰⁴ В 2008 году Министерство здравоохранения Республики Узбекистан рассматривало возможность расширения проектов ОЗТ еще на две области страны, в настоящее время эти проекты проходят обсуждение. Отбор пациентов на заместительную терапию осуществляется специальной консультативной комиссией, состав которой утверждается главным врачом наркологического диспансера.

Продолжительность курса ОЗТ не ограничена и определяется индивидуально по согласованию с пациентом. В рамках пилотного проекта заместительной терапии предоставляется как детоксикация, так и кратковременное и долговременное поддерживающее лечение. Пациенты участвуют в обсуждении лечения и выборе доз. Выдача заместительных препаратов на дом не производится. Решение о прекращении заместительной терапии принимается только консультативной комиссией. Во время проведения амбулаторной заместительной терапии пациенты обязаны проходить освидетельствование на употребление запрещенных наркотических средств и психоактивных веществ с целью установления/исключения фактов употребления пациентом нелегальных наркотиков. В случае установления факта употребления пациентом иных наркотических средств, заместительная терапия может быть прекращена, а пациент исключен из программы заместительной терапии.

Оказание помощи при передозировках

В настоящее время для оказания помощи при передозировках в основном используются методы инфузионной детоксикационной терапии и симптоматическое лечение. Препарат налоксон, являющийся антагонистом опиатов и используемый для экстренной помощи при передозировке (в том числе и для уменьшения воздействия на центральную нервную систему и органы дыхания), включен Всемирной организацией здравоохранения в перечень основных лекарственных средств, используемых для оказания помощи при отравлениях.¹³⁰⁵ Однако, налоксон не отнесен к списку жизненно-важных лекарственных средств в Республике Узбекистан и по этой причине не закупается за счет средств государственного бюджета.

4В. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ/СПИДА

Профилактика ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики

В целях профилактики ВИЧ и ИППП среди «уязвимых групп» в Республике Узбекистан созданы и действуют более 230 «кабинетов доверия». Кабинеты доверия предоставляют информацию, обучение и консультирование, дезинфицирующие средства, иглы и шприцы в рамках программ обмена шприцев, и координируют аутрич-работу среди уязвимых групп населения.¹³⁰⁶ Кабинеты доверия существуют при центрах борьбы со СПИДом и в некоторых лечебно-профилактических учреж-

1302 Постановление Государственной комиссии Республики Узбекистан по контролю за наркотиками «О реализации пилотного проекта по применению заместительной терапии с использованием препарата метадон» (4 октября 2003).

1303 Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», Статья 45.

1304 Пилотный проект по проведению заместительной терапии был утвержден Постановлением Государственной комиссии Республики Узбекистан по контролю за наркотиками «О реализации пилотного проекта по применению заместительной терапии с использованием препарата метадон» (4 октября 2003). Предоставление заместительной терапии регламентировано Положением «Об условиях и порядке проведения заместительной терапии в Республике Узбекистан», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «О применении заместительной терапии в рамках стратегии уменьшения вреда среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций», № 160 (9 апреля 2004).

1305 ВОЗ, *Примерный перечень основных лекарственных средств* [WHO, *WHO Model List of Essential Medicines*], он-лайн, регулярно обновляемый: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines>.

1306 Положение «О кабинетах доверия», утвержденное Приказом Министерства здравоохранения РУз № 420, (23 сентября 2003).

дениях. До 2005 года данные программы финансировались государством, а с 2005 – Глобальным Фондом по борьбе с СПИДом, туберкулезом и малярией. Согласно данным национальной экспертной группы, работа с клиентами в кабинетах доверия осуществляется с соблюдением принципов конфиденциальности и анонимности, учёт ведется с использованием системы кодировки.

Сбор и утилизация использованных шприцев и игл, равно как и привлечение к работе в пунктах доверия лиц, употребляющих или употреблявших наркотики, регламентируются методическим пособием, утвержденным Главным санитарным врачом Республики Узбекистан.¹³⁰⁷ В кабинетах доверия из желающих лиц, потребляющих наркотики, готовятся волонтеры и консультанты по принципу «равный-равному». Согласно утвержденному методическому пособию, аутрич-работник выполняет следующую работу:

- установление и поддержание контакта с лицами, потребляющими наркотики;
- сбор информации о том, какие наркотические средства употребляются и с какими проблемами сталкиваются лица, их потребляющие;
- предоставление информации о том, где можно получить медицинскую помощь или пройти анонимное тестирование на ВИЧ;
- направление в другие службы, такие как учреждения, предоставляющие лечение наркотической зависимости;
- предоставление информации о мерах снижения возможного вреда, связанного с потреблением наркотиков (например, о менее опасных способах употребления инъекционных наркотиков, предотвращении передозировок), а также о безопасном сексе;
- обсуждение моделей рискованного поведения с членами целевой группы;
- обучение, предоставление информационных материалов и средств защиты.¹³⁰⁸

Члены национальной экспертной группы отмечают, что деятельность кабинетов доверия, оказывающих потребителям инъекционных наркотиков «низкопороговые услуги», недостаточно интегрирована в деятельность сети наркологических учреждений, направляющих усилия на обеспечение полного отказа от употребления наркотиков. Кроме того, некоторые кабинеты доверия расположены в неудобных для посетителей местах, не имеют отдельного входа, график их работы не всегда удобен клиентам. Некоторые кабинеты доверия не имеют отдельных штатных единиц, в связи с чем соответствующие функции возложены на врачей в качестве дополнительной нагрузки. По мнению национальной экспертной группы, данные проблемы вызывают опасения, в связи с чем их решению рекомендуется уделить должное внимание.

Освидетельствование на ВИЧ

В Республике Узбекистан действует специализированный Закон «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (далее Закон «О профилактике ВИЧ»),¹³⁰⁹ Закон состоит из 13 статей и регламентирует права пациентов, порядок прохождения медицинского освидетельствования на ВИЧ, а также устанавливает ответственность за заражение ВИЧ (наказание за данное деяние определено Уголовным Кодексом). Согласно закону, граждане Республики Узбекистан, а также иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие или находящиеся на территории республики, имеют право на добровольное, анонимное медицинское освидетельствование на ВИЧ с соблюдением конфиденциальности.¹³¹⁰ Правила и нормы, утвержденные Главным санитарным врачом Республики Узбекистан, гарантируют права пациентов на анонимность и конфиденциальность обследования, на сохранение врачебной тайны, а также доступность освидетельствования и гарантированное до- и после- тестовое консультирование.¹³¹¹

До- и после- тестовое консультирование проводится медицинскими работниками, специалистами кабинетов доверия, осуществляющими мероприятия по снижению вреда, аутрич-работника-

1307 Методическое пособие «Организация и совершенствование работы кабинетов доверия, разъясняющее деятельность этих кабинетов» (8 мая 2006), утвержденное Главным санитарным врачом Республики Узбекистан.

1308 Там же.

1309 Закон «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», № 816-1 (18 августа 1999) [далее Закон «О профилактике ВИЧ»].

1310 Закон «О профилактике ВИЧ», Статья 3.

1311 «Санитарные правила и нормы по медицинскому освидетельствованию на ВИЧ/СПИД и организации медицинской помощи больным ВИЧ/СПИД» № 0187 (6 октября 2005), утвержденные Главным санитарным врачом РУз [далее «Санитарные правила»].

ми, психологами, консультантами по принципу «равный-равному». Освидетельствование на ВИЧ проводится только в государственных центрах по СПИДу. Результаты лабораторных исследований на ВИЧ оформляются в виде протокола, где указаны паспортные данные, адрес, дата проведения тестирования и результаты. Все эти сведения сохраняются в базе данных о людях, живущих с ВИЧ. Согласно данным национальной экспертной группы, для соблюдения конфиденциальности, сведения о пациентах направляются местным органам здравоохранения под грифом «для служебного пользования». Доступ к базе данных имеют только специалисты, непосредственно занимающиеся профилактикой, диспансерным наблюдением и лечением лиц, живущих с ВИЧ.

По мнению национальной экспертной группы, в стране существует необходимость совершенствования систем освидетельствования на ВИЧ посредством внесения изменений в законодательные и нормативно-правовые акты Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Как полагают эксперты, для повышения качества диагностики следует перейти к использованию тест систем третьего и четвертого поколений, что во много раз снизило бы число ложно положительных результатов.

Принудительное или обязательное освидетельствование в связи с ВИЧ и другими заболеваниями

Согласно данным национальной экспертной группы, освидетельствование на ВИЧ носит в основном добровольный характер. Однако, в реальности, принудительное и обязательное освидетельствование имеют место, что вызывает опасения с точки зрения соблюдения прав человека и охраны здоровья граждан.

Обязательное освидетельствование на ВИЧ вполне оправданно применяется в отношении доноров крови.¹³¹² Однако, освидетельствование на ВИЧ также обязательно для иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывающих в Республику Узбекистан: виза на въезд в Республику Узбекистан выдаётся при условии предъявления ими сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции/СПИДа.¹³¹³ В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Республики Узбекистан, они могут быть депортированы.¹³¹⁴ Порядок депортации законодательством не регламентирован, однако существует практика, согласно которой, информация передается региональными органами здравоохранения в Министерство иностранных дел, которое организует депортацию. Необходимо отметить, что препятствование въезду в страну или депортация иностранных граждан с ВИЧ не соответствует международным стандартам и рекомендациям.¹³¹⁵

Законодательством Узбекистана предусмотрено обязательное освидетельствование в связи с ВИЧ, ИППП, туберкулезом и наркотической зависимостью перед вступлением в брак.¹³¹⁶ Если в результате медицинского обследования лиц, вступающих в брак, у одной или обеих сторон выявлено одно или несколько из этих заболеваний, регистрация брака производится после подтверждения осведомленности сторон о результатах этого обследования. В случае выявления в результате обследования у лиц, вступающих в брак, заболеваний, требующих незамедлительного прохождения курса лечения, они направляются в соответствующие лечебные учреждения.

Освидетельствование на ВИЧ является фактически принудительным в ряде случаев. Законодательство Республики Узбекистан предусматривает административную ответственность за уклонение от обследования лиц, в отношении которых имеются «достаточные данные» о том, что они больны СПИДом или ИППП, а также за сокрытие больным СПИДом или ИППП источника заражения.¹³¹⁷ Принудительное тестирование также устанавливается для лиц, бывших в половом контакте с людьми, живущими с ВИЧ.¹³¹⁸ Кроме того, принудительное освидетельствование может осуществляться

1312 Санитарные правила.

1313 Закон «О профилактике ВИЧ», Статья 12.

1314 Там же, Статья 6.

1315 UNAIDS/IOM Statement on HIV-AIDS-related travel restrictions (2004); УВКПЧ ООН и ЮНЭЙДС, Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека, Объединенная версия 2006. Пункт 127.

1316 Положение «О медицинском обследовании лиц, вступающих в брак» № 365, Приложение 1 к Постановлению Кабинета Министров РУз «Об утверждении Положения о медицинском обследовании лиц вступающих в брак» (25 августа 2003). Согласно Пункту 4 лица, вступающие в брак, проходят медицинское обследование на психические, наркологические, венерические заболевания, а также туберкулез и ВИЧ/СПИД.

1317 Административный Кодекс, Статья 57 и 58.

1318 Санитарные правила.

по постановлению уполномоченного правоохранительного органа.¹³¹⁹ Принуждение столь широкого круга лиц к прохождению освидетельствования на ВИЧ без получения их согласия не является ни оправданным, ни необходимым. Национальная экспертная группа отмечает, что в соответствии с информацией, полученной из проведенных в рамках проекта интервью, принудительное тестирование зачастую применяется к секс-работникам и лицам, потребляющим наркотики.¹³²⁰ Данная практика противоречит международным нормам.¹³²¹

Эти положения и правоприменительные практики нарушают право на добровольное медицинское освидетельствование на ВИЧ, а также противоречат Конституции и другим законам Республики Узбекистан. Кроме того, в соответствии с международными нормами, освидетельствование на ВИЧ должно проводиться только на добровольной основе, за исключением обязательного тестирования доноров крови и органов.¹³²² Если освидетельствование на ВИЧ и может быть проведено без согласия лица, то обстоятельства разрешающие его должны быть четко определены законом; освидетельствование должно проводиться только в исключительных обстоятельствах при наличии достаточных оснований, на основе разрешения суда, с условием сведения к минимуму возможности нарушения прав человека.¹³²³ Национальная экспертная группа выразила опасения, что принудительное освидетельствование на ВИЧ может способствовать уходу представителей групп «повышенного риска» в подполье и создавать дополнительные препятствия осуществлению мер по профилактике распространения и лечению ВИЧ.

Лечение в связи с ВИЧ

Лечение в связи с ВИЧ в республике осуществляется на основе Приказа Министерства здравоохранения от 2003 года, которым были установлены основные стратегические направления и цели в сфере диагностики, профилактики, лечения, ухода и поддержки лиц с ВИЧ-инфекцией.¹³²⁴ Данным Приказом утверждено 8 методических пособий и положений с инструкциями специалистам различного профиля, включающими указание следовать принципам конфиденциальности и добровольности. Члены национальной экспертной группы отмечают, что отдельные положения, изложенные в приказе, со временем устарели, появились новые подходы к диагностике, профилактике, лечению, уходу и поддержке людей, живущих с ВИЧ. Согласно информации, предоставленной национальными экспертами, различные медицинские учреждения работают в сотрудничестве при оказании лечебно-диагностической помощи в связи с ВИЧ и СПИДом.¹³²⁵ Это относится к наркологическим медицинским учреждениям, а также учреждениям, предоставляющим лечение туберкулеза и гепатита.

Члены национальной экспертной группы видят необходимость уделять больше внимания подготовке медицинских и социальных работников к решению проблемы ВИЧ/СПИДа, так как данная проблема и особенно вопрос психо-социального консультирования в связи с ВИЧ/СПИДом достаточно новы для специалистов. По мнению национальных экспертов, качественное добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) оказывает значительное влияние на формирование ответственного отношения к своему здоровью и мотивации к принятию мер защиты от ВИЧ, а также на установление более тесного контакта людей, живущих с ВИЧ, с медицинскими учреждениями, что, в свою очередь, способствует формированию приверженности к антиретровирусному и другим видам лечения. В заключение, национальной экспертной группой было отмечено, что подходы к лечению очень быстро меняются, в этой связи может быть рекомендовано внедрить в Республике Узбекистан систему обучения и повышения квалификации медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациентам, живущим с ВИЧ.

1319 Там же, Пункт 13.

1320 Отчет Республики Узбекистан, стр. 44.

1321 *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Руководящий принцип 4, Пункт 22(j).

1322 *UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing* (июнь 2004).

1323 Например, Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах (1985), должны быть соблюдены в любом положении закона, разрешающего принудительное обследование или лечение: UN Economic and Social Council, *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, UN Doc. E/CN.4/1985/4, Annex (1985).

1324 Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «О повышении эффективности профилактических мер по ВИЧ/СПИДу в Республике Узбекистан», № 420 (23 сентября 2003).

1325 Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «О координации оказания лечебно-диагностической помощи ВИЧ-инфицированным в Республике Узбекистан», № 163 (20 апреля 2006).

Права пациентов, включая право на конфиденциальность медицинской и личной информации

Право на получение квалифицированной медицинской помощи закреплено в *Закоме «Об охране здоровья граждан»*, в соответствии с которым пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала и на добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства.¹³²⁶

Кроме того, данным законом предусматривается, что информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе или иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют «врачебную тайну», разглашение которой не допускается.¹³²⁷ *Законом «О профилактике ВИЧ»* также определено, что государство гарантирует безопасность, конфиденциальность и анонимность освидетельствования на ВИЧ.¹³²⁸ За разглашение врачебной тайны в Республике Узбекистан установлена административная ответственность.¹³²⁹

В случае нарушений прав пациента он может обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, вышестоящему органу управления либо непосредственно в суд.¹³³⁰ В случаях, когда нарушение прав повлекло причинение вреда здоровью граждан, виновные (лица или организации/учреждения) обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленном законодательством. При этом возмещение ущерба не освобождает медицинских работников от дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законом.¹³³¹

Однако, как отмечают национальные эксперты, право граждан на анонимность и конфиденциальность освидетельствования на ВИЧ нарушается статьями *Закона «Об охране здоровья граждан»* и *Административного Кодекса РУз*. В *Закоме «Об охране здоровья граждан»*, гарантирующем анонимность и конфиденциальность пациенту, предусмотрен ряд оснований, когда предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина:

- (1) при угрозе распространения инфекционных заболеваний (в том числе и ВИЧ), массовых отравлений и поражений; или
- (2) по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.¹³³²

В связи с тем, что уклонение от обследования лиц, в отношении которых имеются достаточные данные, что они больны СПИДом, рассматривается *Административным Кодексом* в качестве административного правонарушения,¹³³³ а упоминаемое выше положение *Закона «Об охране здоровья граждан»* допускает разглашение сведений о ВИЧ-статусе лица без его согласия при угрозе распространения инфекционных заболеваний, закон фактически обуславливает достаточно серьезные нарушения правовых «гарантий» конфиденциальности. Более того, предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, по запросу правоохранительных органов, в особенности, если эта информация может быть использована в целях привлечения лица к административной или уголовной ответственности либо иным образом, могущим повлечь нарушение прав лица на свободу, личную неприкосновенность и тайну личной жизни, отрицательно влияет на мотивацию людей обращаться за медицинской помощью и лечением, особенно в связи с заболеваниями, несущими на себе стигму и требующими деликатного обращения, такими как ВИЧ, ИППП и наркотическая зависимость.

1326 *Закон «Об охране здоровья граждан»*, Статья 24 (1).

1327 Там же, Статья 45.

1328 *Закон «О профилактике ВИЧ»*, Статья 4.

1329 В соответствии со Статьей 46 *Административного Кодекса*, разглашение врачебной тайны, а равно иных сведений, могущих причинить моральный либо материальный ущерб гражданину, его правам, свободам и законным интересам, влечет наложение штрафа.

1330 *Закон «Об охране здоровья граждан»*, Статья 24 (2).

1331 Там же, Статья 46.

1332 Там же, Статья 45.

1333 *Административный Кодекс*, Статья 58.

5. ТЮРЬМЫ

По состоянию на август 2006 года в Республике Узбекистан в уголовно-исправительных учреждениях отбывали наказание около 48 тыс. заключенных.¹³³⁴ Из них 21,4% заключенных отбывали наказание за преступления, связанные с наркотиками: 33,9% отбывали наказание в колониях «общего» режима, 20,8% в колониях «строгого» режима, 9,3% в колониях «смешанного» режима, 4,6 % в колониях «особого» режима, 6,9% в колониях на правах лечебных, 0,05% в тюрьмах.¹³³⁵

Уголовно-исполнительная система (УИС) Республики Узбекистан находится в ведении Министерства внутренних дел. Согласно информации, предоставленной национальными экспертами, в учреждениях УИС существуют рабочие группы по обеспечению выполнения стратегической программы по профилактике ВИЧ. В 2005 году Главным управлением исполнения наказаний Министерства внутренних дел был издан приказ о создании рабочей группы по реализации программы снижения спроса на наркотики и охраны здоровья в системе исполнения наказаний. В данную группу вошли специалисты Центра по борьбе со СПИДом, сотрудники Главного управления исполнения наказаний и Медицинского управления Министерства внутренних дел, а также представители НПО.¹³³⁶

В уголовно-исполнительной системе Республики Узбекистан оказание лечебно-профилактической помощи осужденным к лишению свободы, а также обеспечение их питанием, одеждой, средствами индивидуальной гигиены осуществляется за счет республиканского бюджета.¹³³⁷ Однако, согласно информации, предоставленной национальными экспертами, из индивидуальных средств гигиены осужденным бесплатно выдаётся только хозяйственное мыло. Другие туалетные принадлежности, включая туалетное мыло, зубную пасту, бритвы, расчески и полотенца, заключенные должны приобретать за собственные деньги.¹³³⁸ Эксперты отмечают, что отсутствие у осужденных предметов первой необходимости препятствует эффективной профилактике распространения инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции и гепатита С, и тем самым противоречит положениям *Уголовно-исполнительного Кодекса*, «гарантирующим», что медико-санитарное обеспечение лиц, находящихся в учреждениях УИС, осуществляется за счет республиканского бюджета.

Заключенные под стражу и осужденные к лишению свободы не изолируются в связи с их ВИЧ-статусом.¹³³⁹ Согласно информации, предоставленной национальной экспертной группой, все лица имеют одинаковые возможности для участия в просветительских, трудовых, профессиональных и других программах и имеют доступ к полному спектру предоставляемых на территории тюрьмы услуг по консультированию и оказанию иной помощи.¹³⁴⁰

Освидетельствование и лечение в связи с ВИЧ в учреждениях УИС

Согласно совместному Постановлению Министерства здравоохранения и Министерства внутренних дел РУз, медицинское освидетельствование на ВИЧ в учреждениях исполнения наказаний про-

1334 Международный Центр по Изучению Тюрем [International Centre for Prison Studies], World Prison Population List (издание 8-е), King's College, London, он-лайн версия на англ. языке: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/publications.php/>

1335 В Республике Узбекистан в колониях-поселениях отбывают наказание осужденные к лишению свободы за менее тяжкие преступления, совершенные по неосторожности, и за преступления, не представляющие большой опасности для общества; в колониях общего режима содержатся впервые осужденные к лишению свободы за тяжкие и особо тяжкие преступления; в колониях строго режима содержатся осужденные, ранее отбывавшие наказание в виде лишения свободы и вновь осужденные за совершение умышленных преступлений; в колониях особого режима содержатся осужденные к лишению свободы мужчины, признанные особо опасными рецидивистами и осужденные к пожизненному заключению; в тюрьмах отбывают наказание осужденные к тюремному заключению.

1336 Приказ Главного управления исполнения наказаний Министерства внутренних дел Республики Узбекистан «О создании Рабочей группы по реализации программы снижения спроса на наркотики и охраны здоровья в системе исполнения наказаний Республики Узбекистан», № 13 (25 февраля 2005).

1337 *Уголовно-исполнительный Кодекс Республики Узбекистан*, № 409-1 (25 апреля 1997), Статья 87 [далее «Уголовно-исполнительный Кодекс»].

1338 «Правила внутреннего распорядка учреждений по исполнению наказания в виде лишения свободы», утвержденные Приказом Министерства внутренних дел, № 118 (8 мая 2001), Пункт 109.

1339 Совместное Постановление Министерства здравоохранения и Министерства внутренних дел Республики Узбекистан «Об утверждении инструкции о порядке учета и диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом, содержащимися в следственных изоляторах и учреждениях исполнения наказаний Министерства внутренних дел Республики Узбекистан» [далее «Инструкция о порядке учета ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в учреждениях УИС»].

1340 Там же.

изводится на добровольной основе с обеспечением до- и после-тестового консультирования.¹³⁴¹ На администрацию и медицинских сотрудников учреждений возлагается обязанность обеспечения конфиденциальности сведений о лицах с ВИЧ или СПИДом. В каждом следственном изоляторе и учреждении по исполнению наказаний приказом начальника учреждения назначается медицинский работник, ответственный за проведение добровольного тестирования, до- и после-тестового консультирования, учета и наблюдения за лицами, живущими с ВИЧ/СПИДом. Как правило, по прибытии в следственный изолятор или учреждение по исполнению наказаний, врач (фельдшер) информирует осужденного или заключенного под стражу о возможности прохождения на добровольной основе консультирования и тестирования на ВИЧ. Однако, по мнению членов национальной экспертной группы, формулировка положения «Правил внутреннего распорядка учреждений по исполнению наказания в виде лишения свободы», предусматривающего обеспечение «жесткого контроля за своевременным выявлением и лечением СПИД и ВИЧ-инфицированных лиц в УИС», может быть неправильно истолкована и в связи с этим способствовать применению принудительного тестирования для выявления ВИЧ-инфицированных заключенных.¹³⁴²

С января 2008 года для лечения лиц с ВИЧ в учреждениях уголовно-исполнительной системы Республики Узбекистан начала использоваться АРВ-терапия.¹³⁴³ Осужденные с ВИЧ должны в соответствии с назначением обеспечиваться улучшенным питанием во время стационарного курса обследования и лечения и на основании медицинского заключения о необходимости усиленного питания такие осужденные могут также получать дополнительные посылки.

Профилактика ВИЧ в тюрьмах

Согласно данным национальной экспертной группы, в исправительных учреждениях Республики Узбекистан осуществляется проект обучения по принципу «равный-равному»: волонтеры из числа осужденных проходят обучение по мерам профилактики ВИЧ и впоследствии сами обучают других заключенных.¹³⁴⁴

В рамках уголовно-исполнительной системы Республики Узбекистан в настоящее время не осуществляются мероприятия по профилактике ВИЧ, в том числе и распространение презервативов или реализация программ снижения вреда, связанного с потреблением наркотиков.

Ведомственные документы, регулирующие порядок отбывания наказания в пенитенциарной системе, не запрещают распространение или хранение презервативов, однако, как было отмечено выше, *Уголовный Кодекс* запрещает сексуальные отношения между мужчинами. Это служит препятствием реализации программ распространения презервативов среди заключенных, поскольку использование презервативов может раскрыть детали личной жизни заключенных и повлечь уголовную ответственность.

По данным на конец 2008 года в уголовно-исполнительной системе Республики Узбекистан не были закреплены меры по обеспечению заключенных стерильными шприцами. Правилами внутреннего распорядка учреждений по исполнению наказания запрещено хранение осужденными острых, режущих и колющих предметов,¹³⁴⁵ при этом разрешается приобретать и хранить при себе дезинфицирующие средства – в том числе хлорамин. Распространение дезинфицирующего средства, такого как хлорамин, в УИС является нужной мерой. Однако специальными органами ООН не рекомендовано рассматривать данную меру в качестве альтернативы предоставления доступа к стерильному инъекционному оборудованию.¹³⁴⁶ В ходе лабораторных исследований было установлено, что хлорамин может эффективно разрушать вирус иммунодефицита (но не вирус гепатита

1341 «Инструкция о порядке учета ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в учреждениях УИС».

1342 «Правила внутреннего распорядка учреждений по исполнению наказания в виде лишения свободы», Пункт 74: 360.

1343 Совместное Постановление Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «Об утверждении Инструкции о порядке предоставления антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом, содержащимся в следственных изоляторах и учреждениях исполнения наказаний Министерства внутренних дел Республики Узбекистан», №№ 19 и 16 (27 ноября 2007).

1344 Информация предоставлена национальной экспертной группой.

1345 «Правила внутреннего распорядка учреждений по исполнению наказания в виде лишения свободы».

1346 Всемирная организация здравоохранения, ЮНЭЙДС и Управление ООН по наркотикам и преступности, *Меры по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах: Уход, лечение и поддержка при ВИЧ-инфекции*, Аргументы в пользу действий, Серия аналитических обзоров. Женева, 2007.

С), однако изучение в реальных условиях вызвало опасения в отношении эффективности данного и других дезинфицирующих средств на практике, так как многие лица, потребляющие инъекционные наркотики, не имеют возможности применять или не всегда применяют надлежащие меры дезинфекции шприцев. Вероятность того, что дезинфекция будет проведена должным образом, значительно ниже в местах заключения в связи с тем, что условия потребления наркотических средств в учреждениях УИС в меньшей степени способствуют регулярному проведению санитарно-гигиенической обработки инъекционного оборудования: у осужденных может не быть подходящего времени в связи с тем, что они подвержены риску быть пойманными в процессе потребления запрещенных наркотиков, либо они могут использовать самодельное инъекционное оборудование, которое сложнее обеззараживать при помощи дезинфицирующих средств. Вследствие этого, доступ к дезинфицирующим средствам охарактеризован специальными органами ООН в качестве «квазиоптимального» подхода, при этом обеспечение доступа к стерильному инъекционному оборудованию признано наиболее эффективной мерой предотвращения распространения ВИЧ и других передаваемых с кровью болезней среди потребителей инъекционных наркотиков в учреждениях УИС. В целях усиления эффективности мер по профилактике ВИЧ в тюрьмах, в том числе и среди потребителей инъекционных наркотиков, национальная экспертная группа рекомендует разрешить заключенным хранение не только дезинфицирующих средств, но и презервативов и игл.

Принудительное лечение наркотической зависимости в тюрьмах

Принудительное лечение осужденных с алкогольной и наркотической зависимостью осуществляется на основании решения суда в специализированных учреждениях исполнения наказаний. Как правило, лица, подлежащие принудительному лечению от алкоголизма или наркомании, содержатся изолированно от основной массы осужденных.¹³⁴⁷ Лечение осуществляется врачом-наркологом в два этапа: стационарный (до 2-х месяцев) и амбулаторный (до 2 лет). Основными видами лечения являются детоксикация и снятие проявлений абстинентного синдрома (при помощи транквилизаторов, ноотропов и витаминов), курс лечения осуществляется под наблюдением врача-нарколога и терапевта.

Обследование и лечение в условиях стационара медицинской части или больницы может служить основанием для освобождения от работы, что распространяется и на осужденных, проходящих принудительное лечение алкогольной или наркотической зависимости. После прохождения осужденным полного курса лечения, администрация учреждения по исполнению наказания направляет в суд представление об отмене постановления о принудительном лечении.

В соответствии с положениями внутреннего распорядка, реабилитации до освобождения из мест лишения свободы включает и социальную реабилитацию в связи с употреблением наркотиков. Подготовка осужденного к освобождению начинается не позднее трёх месяцев до окончания срока наказания и включает в себя комплекс мероприятий, направленных на оказание помощи освобождаемому в трудовом и бытовом устройстве вне учреждения УИС.¹³⁴⁸ За месяц до освобождения осужденного медицинская часть учреждения извещает об этом территориальные органы здравоохранения по месту жительства и предоставляет выписку из амбулаторной карты больного с подробной информацией о проведенном лечении наркотической зависимости. В случае необходимости продолжения лечения наркотической зависимости после освобождения, территориальные органы здравоохранения берут лицо на диспансерный учет, и соответствующее принудительное лечение осуществляется вне учреждений УИС.¹³⁴⁹

1347 «Правила внутреннего распорядка учреждений по исполнению наказания в виде лишения свободы», Пункты 375 и 77; *Уголовный Кодекс*, Статья 96.

1348 «Правила внутреннего распорядка учреждений по исполнению наказания в виде лишения свободы», Пункт 387. В настоящее время в одной из областей Республики Узбекистан НПО реализуется пилотный проект, который предусматривает социальную реабилитацию после освобождения, в том числе и социальную реабилитацию, связанную с употреблением наркотических средств.

1349 Приказ Министерства внутренних дел РУз «Об утверждении Правил по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях исполнения наказания и следственных изоляторах МВД Республики Узбекистан», Пункт 327 [далее «Правила по медицинскому обеспечению лиц в учреждениях УИС»].

Перевод в исправительные учреждения менее строгого режима, выезды за пределы исправительного учреждения и освобождение из сострадания

В настоящее время *Уголовно-исполнительный Кодекс* содержит ряд дискриминационных положений в отношении осужденных на основании их ВИЧ-статуса или наличия у них наркотической зависимости.

Во-первых, по отбытии определенной части срока наказания «положительно характеризующиеся» осужденные могут быть переведены в исправительные учреждения менее строгого режима. При этом осужденные, которые обязаны пройти принудительное лечение от наркотической зависимости, и инфекционные больные (в том числе больные ВИЧ) не подлежат переводу в учреждения менее строгого режима.¹³⁵⁰ Во-вторых, в связи с исключительными обстоятельствами (например, смерть или тяжкая болезнь, угрожающая жизни близкого родственника) осужденному может быть разрешен выезд за пределы учреждений по исполнению наказания на срок не более 7 суток (не считая времени проезда).¹³⁵¹ При этом осужденным, которые обязаны пройти принудительное лечение от наркотической зависимости, и инфекционным больным (в том числе больным ВИЧ) разрешение на подобный выезд не предоставляется.¹³⁵² В-третьих, «положительно характеризующимся» осужденным по отбытии не менее одной трети или половины срока наказания, в зависимости от обстоятельств, может быть разрешено передвижение за пределами охраняемой территории учреждения без конвоя или сопровождения. При этом передвижение без конвоя или сопровождения осужденных, которые обязаны пройти принудительное лечение от наркотической зависимости, и инфекционных больных (в том числе больных ВИЧ) не допускается.¹³⁵³ По мнению членов национальной экспертной группы, данные дискриминационные меры на практике отрицательно влияют на мотивацию осужденных проходить добровольное медицинское освидетельствование, так как обнаружение ВИЧ-инфекции влечет ряд негативных последствий.

Временная нетрудоспособность осужденного в связи с болезнью может служить основанием для освобождения от работы для прохождения амбулаторного лечения.¹³⁵⁴ При постоянной или длительной нетрудоспособности и значительном её ограничении пациенту устанавливается инвалидность, что даёт ему законное право на получение помощи государства, льготное медицинское обслуживание и другие преимущества.

Согласно *Уголовному Кодексу*, лицо, заболевшее тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, подлежит освобождению от его отбывания.¹³⁵⁵ Согласно совместному Приказу Министерства внутренних дел и Министерства здравоохранения РУз, заключенные с определенными заболеваниями могут быть освобождены от отбывания наказания из сострадания, осужденные со СПИДом входят в этот список.¹³⁵⁶

1350 *Уголовно-исполнительный Кодекс*, Статья 113.

1351 *Уголовно-исполнительный Кодекс*, Статья 82.

1352 Там же.

1353 *Уголовно-исполнительный Кодекс*, Статья 83.

1354 «Правила по медицинскому обеспечению лиц в учреждениях УИС», Пункт 443.

1355 *Уголовный Кодекс*, Статья 75.

1356 Приказ Министерства внутренних дел РУз, утвержденный совместно с Министерством здравоохранения РУз «О представлении осужденных на освобождение от наказания по болезни».

6. ДИСКРИМИНАЦИЯ И ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВ

Несмотря на то, что понятие «дискриминация» в Конституции Республики Узбекистан не определено, существуют конституционные положения, защищающие равноправие граждан.¹³⁵⁷ *Уголовный кодекс* предусматривает ответственность за нарушение равноправия граждан.¹³⁵⁸ Национальное законодательство содержит ряд положений, защищающих от дискриминации в связи с ВИЧ-статусом.

Закон «Об охране здоровья граждан» содержит специальные анти-дискриминационные положения, в отношении дискриминации по состоянию здоровья:

Граждане Республики Узбекистан обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от возраста, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, социального происхождения, убеждений, личного и общественного положения. Государство гарантирует гражданам защиту от дискриминации, независимо от наличия у них любых форм заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут ответственность в порядке, установленном законом.¹³⁵⁹

Дискриминация в связи с ВИЧ-статусом

Закон «О профилактике ВИЧ» содержит положение, запрещающее следующие виды дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом:

- прекращение трудового договора;
- отказ в приеме на работу, за исключением отдельных видов профессиональной деятельности (не определенных в данном законе, но установленных перечнем Министерства здравоохранения Республики Узбекистан);
- отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь.¹³⁶⁰

Кроме того, *Законом «О профилактике ВИЧ»* запрещено ограничение иных прав и законных интересов лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, на основании наличия у них ВИЧ-инфекции/СПИДа, равно как и ограничение жилищных, иных прав и законных интересов членов их семей.¹³⁶¹

Однако, несмотря на данные положения закона, призывники в Республике Узбекистан могут быть признаны негодными к военной службе только на основании наличия у них ВИЧ-инфекции и, как следствие, подлежащими увольнению из рядов вооруженных сил.¹³⁶² Кроме того, некоторые ведомства и организации вводят самостоятельные правила обязательного обследования сотрудников (например, работников милиции, сотрудников Совета национальной безопасности, врачей-терапевтов, хирургов, гинекологов, работников пищевой отрасли). Однако подобная практика является неоправданным вмешательством в жизнь этих лиц и дискриминацией, так как неверно приравнивать наличие ВИЧ-инфекции к неспособности выполнять данные служебные обязанности. Правительству рекомендуется отказаться от подобной политики и запретить её в соответствии с установленными законами Республики Узбекистан антидискриминационными принципами (упомянутыми выше) и международными нормами.¹³⁶³

Дискриминация в связи с потреблением наркотических средств и наркотической зависимостью

В отчете национальной экспертной группы, дискриминация лиц, потребляющих наркотики, от-

1357 Согласно Статье 18 Конституции Республики Узбекистан, все граждане Республики Узбекистан имеют одинаковые права и свободы и равны перед законом без различия пола, расы, национальности, языка, религии, социального происхождения, убеждений, личного и общественного положения.

1358 *Уголовный Кодекс*, Статья 141.

1359 *Закон «Об охране здоровья граждан»*, Статья 13.

1360 *Закон «О профилактике ВИЧ»*, Статья 10.

1361 Там же.

1362 Информация предоставлена национальной экспертной группой.

1363 *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Объединенная версия 2006, Пункты 22(а), (d), (j).

мечена в качестве препятствия эффективной профилактики ВИЧ и предоставлению медицинской помощи. Согласно анализу, представленному экспертной группой, в законодательстве Республики Узбекистан существуют положения, которые следует пересмотреть, прежде всего, из-за того, что они могут являться причиной стигматизации людей, потребляющих наркотики, а также людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. В настоящее время законы Республики Узбекистан не содержат никаких специальных положений, защищающих права лиц, потребляющих наркотики или имеющих наркотическую зависимость. Однако, как и в остальных странах региона, в Узбекистане существует подобная дискриминация в связи с потреблением наркотиков. Например:

- *Дискриминация в сфере образования и в связи с трудоустройством*: Как правило, учащийся или работник, предположительно находящийся под влиянием наркотиков, отстраняется от учёбы или работы и направляется на принудительное освидетельствование в наркологический диспансер.¹³⁶⁴ Нахождение в состоянии наркотического опьянения может рассматриваться в качестве нарушения трудового договора или нарушения правил поведения в образовательном учреждении и вести к увольнению или исключению. На лиц, потребляющих наркотики, накладываются ограничения в связи с занятием определенными видами трудовой деятельности. Существует перечень профессий, занятие которыми запрещено лицам, страдающим наркоманией.¹³⁶⁵ Отказ от прохождения экспертизы для водителей влечет административную ответственность.¹³⁶⁶
- *Дискриминация в сфере прав семьи*: Лица с наркотической зависимостью могут быть лишены родительских прав только на основании данного диагноза. Состояние здоровья, а именно наличие алкогольной или наркотической зависимости, автоматически приравнивается к отсутствию заботы родителей о детях и плохому обращению, что ведет к тому, что родители могут быть разлучены со своими детьми только на основании данного диагноза без подтверждения факта плохого обращения или реальной угрозы плохого обращения с детьми.¹³⁶⁷ Лица, состоящие на учете в наркологических учреждениях, не могут быть усыновителями.¹³⁶⁸

Согласно принципам, закрепленным международным законодательством по правам человека, ограничения или нарушения прав и свобод человека могут быть оправданы лишь на четко определенных основаниях.¹³⁶⁹ Одним из важнейших руководящих принципов является защита от дискриминации, включая и дискриминацию по состоянию здоровья. Непосредственно в *Законе Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан»* (Статья 13) определено, что: «Государство гарантирует гражданам защиту от дискриминации, независимо от наличия у них любых форм заболеваний». Наркотическая зависимость должна рассматриваться в качестве такого заболевания. Лишь в редких случаях ограничение прав и свобод отдельных категорий людей на основании состояния их здоровья (например, заражение ВИЧ или наркотическая зависимость) может быть признано законным. При отказе в доступе к трудоустройству или лишении родительских прав, решение необходимо принимать на основе рассмотрения обоснований для каждого конкретного случая, а не ошибочных предположений, сделанных на основе обобщений о неспособности человека заниматься определенным видом профессиональной деятельности или выполнять функции родителя только на основании информации о состоянии его здоровья.

1364 Например, как было отмечено выше, лицо может быть направлено на медицинское освидетельствование, если имеются «достаточные основания» полагать, что оно больно наркоманией, находится в состоянии наркотического опьянения либо потребило наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача: *Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»*, Статья 35.

1365 Постановление Министерства здравоохранения, Министерства труда и социальной защиты, Совета Федерации профсоюзов «Об утверждении перечня видов профессиональной деятельности, на занятие которыми установлены ограничения для лиц, страдающих наркоманией», № 8/46/14-10 (7 апреля 2003). Инструкция «О порядке направления лиц, управляющих транспортными средствами на освидетельствование для установления факта употребления алкогольных или других одурманивающих веществ и проведения освидетельствования», утвержденная Министерством здравоохранения совместно с Министерством внутренних дел и Министерством юстиции, № 5/01-1/37/5/224 (18 апреля 1992).

1366 *Административный Кодекс*, Статья 136.

1367 *Семейный Кодекс*, № 607 (30 апреля 1998), Статья 79.

1368 *Семейный Кодекс*, Статья 152.

1369 *Сиракузские принципы толкования ограничений и отступлений от положений Международного пакта о гражданских и политических правах* (1985).

7. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕФОРМИРОВАНИЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И ПОЛИТИКИ

В результате проведенного анализа действующего законодательства и сложившейся практики Республики Узбекистан, национальная экспертная группа отметила, что законодательство страны характеризуется декларативностью многих положений, касающихся профилактики ВИЧ и предоставления лечения. Кроме того, эксперты подчеркивают, что национальная политика в отношении групп, подвергающихся повышенному риску заражения ВИЧ, таких, как лица, потребляющие наркотики, и осужденные, по-прежнему основана в значительной степени на использовании запретов в рамках уголовного и административного права, а не мер медицинского характера. Применение подобного подхода препятствует достижению целей по профилактике и лечению ВИЧ среди представителей данных групп.

Национальная экспертная группа также пришла к заключению, что действующие положения Закона «О профилактике ВИЧ» не могут в полном объеме гарантировать защиту прав и законных интересов людей, живущих с ВИЧ, и в некоторых случаях способствуют их стигматизации. Кроме того, в данном законе отсутствует ряд положений, необходимых или рекомендуемых в целях обеспечения эффективности мер по профилактике и лечению ВИЧ, в особенности среди уязвимых групп. Особые опасения вызывает проведение соответствующего консультирования и соблюдения конфиденциальности в связи с освидетельствованием на ВИЧ, неоправданного применения обязательного освидетельствования, а также дискриминации иностранных граждан с ВИЧ-положительным статусом. Предлагаемые к внесению в Закон «О профилактике ВИЧ» изменения отражены в ряде изложенных ниже рекомендаций национальной экспертной группы.

Рекомендации, представленные ниже, направлены на решение проблем, выявленных национальной экспертной группой Узбекистана и технических консультантов проекта. Рекомендуемые формулировки поправок представлены в документе на затемненном фоне.¹³⁷⁰

Вопросы административного и уголовного права

Рекомендация 1: Отменить ответственность за хранение наркотиков в небольших размерах без цели сбыта

Как было отмечено выше, согласно *Административному Кодексу* Республики Узбекистан (Статья 56) незаконное хранение наркотических средств в «небольших» размерах (например, менее 0,01 г кокаина) без цели сбыта является административным правонарушением и влечет наложение штрафа. «Небольшие» размеры героина законодательством Республики не установлены: даже 0,001-0,005г героина рассматриваются в качестве размеров «превышающих небольшие», что влечет уголовную ответственность. В этом отношении законодательство Узбекистана является одним из самых строгих среди стран, участвовавших в проекте. Оно налагает суровое наказание за хранение наркотических средств в чрезвычайно незначительных размерах *без цели сбыта*. Учитывая то, что наркотическая зависимость является хроническим рецидивирующим заболеванием, криминализация хранения небольших и малых размеров запрещенных наркотических средств даже без цели сбыта, по сути, является криминализацией лиц с наркотической зависимостью. Правительству Республики Узбекистан рекомендуется рассмотреть возможность полного отказа от привлечения к уголовной ответственности за хранение наркотических веществ в «небольших» и «превышающих небольшие» размерах без цели сбыта.¹³⁷¹ Для этого положение следующего образца может быть внесено в *Уголовный Кодекс* (а также в *Административный Кодекс* в случае, если будет принято

1370 Во многих случаях формулировки рекомендуемых поправок взяты из документа «Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе» (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006), доступного на английском (www.aidslaw.ca/modellaw) и русском языках (www.aidslaw.ca/modellaw-ru). Данный документ, состоящий из 8 модулей, посвященных разным вопросам, использовался Управлением ООН по наркотикам и преступности (UNODC) в качестве основного источника, национальными экспертами и экспертами проекта при подготовке отчетов и заключений по законодательствам стран-участниц проекта. По мере необходимости далее даются ссылки на отдельные модули этого документа, текст и комментарии которых могут быть полезны законодателям и лицам, ответственным за разработку политики по реализации данных рекомендаций.

1371 См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 1: Вопросы уголовного права, стр. 18-21.

решение отменить административную ответственность за хранение наркотических средств в «небольших» и «превышающих небольшие» размерах без цели сбыта):¹³⁷²

Декриминализация [или депенализация] хранения контролируемых веществ без цели сбыта

Независимо от положений *Уголовного Кодекса Республики Узбекистан* [и/или *Кодекса Республики Узбекистан об административной ответственности*], хранение и потребление контролируемого вещества в небольших и превышающих небольшие размерах без цели сбыта не влечет [ни] уголовной [ни административной] ответственности.

Рекомендация 2: Снизить ответственность за хранение ограниченных количеств контролируемых веществ без цели сбыта

Как было отмечено, установленные законодательством Республики Узбекистан размеры «небольших» и «превышающих небольшие» количеств некоторых наркотических средств и психотропных веществ являются чрезвычайно строгими, что ведёт к привлечению к уголовной и административной ответственности лиц за хранение ограниченного количества наркотика в связи с наличием у них наркотической зависимости. Рекомендация #1 направлена на отмену уголовной и административной ответственности за хранение наркотических веществ в «небольших» и «превышающих небольшие» размерах без цели сбыта. Однако недостаточно внести в законодательство подобную поправку, если установленные законом размеры «небольших» и «превышающих небольшие» количеств контролируемых веществ по-прежнему останутся чрезвычайно строгими. В связи с этим, одновременно с выполнением Рекомендации #1 правительству Узбекистана рекомендуется пересмотреть действующие нормы, чтобы расширить их рамки и отказаться от излишне строгой и неэффективной практики привлечения к административной ответственности лиц с наркотической зависимостью. В частности, рекомендуется пересмотреть Статью 274 *Уголовного Кодекса* и Статью 190 *Административного Кодекса* (и соответствующие перечни) и определить новые рамки отнесения количества наркотических средств и психотропных веществ к «небольшим» и «превышающим небольшие» размерам, чтобы лица с наркотической зависимостью имели возможность хранить наркотическое средство в количестве, необходимом для личного потребления, без угрозы быть привлечёнными к уголовной или административной ответственности, для того чтобы устранить контр-продуктивный конфликт правоохранительных органов с лицами, потребляющими наркотики.

Рекомендация 3: Отказаться от рассмотрения состояния опьянения в момент совершения преступления в качестве отягчающего вину обстоятельства

Согласно *Уголовному Кодексу РУз* (Статья 56), состояние наркотического или алкогольного опьянения рассматривается в качестве отягчающего вину обстоятельства. Однако сам факт опьянения не увеличивает причиненного преступлением вреда, вследствие чего данное состояние не должно рассматриваться в качестве обстоятельства, увеличивающего тяжесть преступления. Данное положение, в сущности, дискриминирует обвиняемых на основании состояния здоровья (т.е. наркотической или алкогольной зависимости), так как ведет к назначению более сурового наказания лицам в данном состоянии здоровья. В связи с этим Статью 56 рекомендуется отменить.

Рекомендация 4: Создать четкую правовую базу, регулиующую осуществление мер снижения вреда, в том числе и реализацию программ обеспечения иглами и шприцами

В целях обеспечения эффективности профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (в том числе и в исправительных учреждениях) и охраны здоровья граждан в целом национальная экспертная группа рекомендует создать четкую правовую базу, регулиующую осуществление мер снижения вреда, включая реализацию программ обеспечения иглами и

1372 Там же.

шприцами (а также порядок сбора и утилизации использованных шприцев). Положение в формулировке, подобной предложенной ниже, может быть добавлено к существующему *Закону «О профилактике ВИЧ»* или другому соответствующему закону:¹³⁷³

Программы обеспечения стерильными шприцами

1. «Программа обеспечения стерильными шприцами» означает программу, которая обеспечивает доступ к стерильным шприцам и другим материалам, предоставляет информацию о передаче и распространении ВИЧ и других переносимых с кровью патогенов или направляет в учреждения, оказывающие услуги по лечению наркотической зависимости. Данная программа включает программы обмена игл, программы раздачи игл и другие формы распространения стерильных шприцев.

2. Штат программ обеспечения стерильными шприцами может предоставлять ряд материалов и оказывать ряд услуг, в том числе и:

- а) стерильные шприцы и другие средства для безопасного внутривенного употребления наркотиков, включая ампулы со стерильной водой, тампоны, фильтры, безопасные препараты кислот, ложки, чашки и другие соответствующие материалы;
- б) материалы для безопасного курения и ингаляции наркотиков, например, трубки, мундштуки, металлические сита, спиртовые салфетки и бальзам для губ;
- в) презервативы и другие средства безопасного секса, например, смазочный материал на водной основе и оральные прокладки, а также информацию о снижении риска заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем; и
- г) оказание первой помощи в экстренных ситуациях.

3. Сотрудники программ обеспечения стерильными шприцами вправе предоставлять информацию, которая включает, но не ограничивается сведениями:

- а) об услугах по лечению наркотической зависимости и другой медицинской помощи;
- б) о средствах защиты от инфекционных болезней, в том числе и от болезней, передающихся через кровь, например ВИЧ-инфекции;
- в) о рисках, связанных с употреблением запрещенных веществ;
- г) о мерах снижения вреда, относящихся к потреблению конкретного наркотика, в том числе о безопасной практике инъекций и ингаляций;
- д) о бесплатной юридической помощи;
- е) об организациях и центрах, предоставляющих услуги по трудоустройству и профессиональному обучению;
- ж) о существующих службах оказания помощи лицам с наркотической зависимостью и их семьям.

4. Государство должно обеспечить доступ к стерильным шприцам людям, которые в них нуждаются. Там, где стерильные шприцы недоступны, но имеется потребность в них, государство должно открыть такие программы, используя средства общественных фондов. Государство может предоставлять стерильные шприцы через учреждения здравоохранения или выделить средства местным общественным организациям для реализации программ предоставления стерильных шприцев.

Рекомендация 5: Оградить лиц, реализующих программы снижения вреда от привлечения к уголовной или административной ответственности

Представители неправительственных организаций, осуществляющие мероприятия по снижению вреда и аутрич-работу, нацеленные на лиц, потребляющих наркотики, такие как программы обеспечения стерильными шприцами или другим оборудованием в целях снижения вреда, связан-

¹³⁷³ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными шприцами, стр. 12-13.

ного с потреблением наркотиков (в том числе и распространения ВИЧ), должны быть в четкой форме освобождены законом от привлечения к ответственности. В частности, они должны быть ограждены от привлечения к ответственности в соответствии со Статьей 274 *Уголовного Кодекса* («вовлечение в употребление наркотических средств») за деятельность, связанную с реализацией программ снижения вреда, включая распространение инъекционного оборудования. Они также не должны привлекаться к ответственности в соответствии со Статьей 56 *Административного Кодекса* за «хранение» остаточного количества наркотика в использованном инъекционном или ином оборудовании, ни в соответствии со Статьей 276 *Уголовного Кодекса* (хранение без цели сбыта). Кроме того, в Статью 36 *Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»* (запрещающую «пропаганду» потребления наркотиков) должна быть внесена поправка, освобождающая работников программ снижения вреда от ответственности в соответствии с данной статьей. Принятие специальных положений следующего образца призвано оградить штатный персонал программ снижения вреда и волонтеров от привлечения к ответственности в рамках закона:¹³⁷⁴

Освобождение лиц, реализующих программы обеспечения стерильными шприцами и другие программы снижения вреда и, от привлечения к уголовной ответственности

Положения *Уголовного Кодекса*, *Административного кодекса* или любого другого закона не препятствуют распространению шприцев и других подобных материалов и предоставлению рекомендаций или инструкций в отношении безопасного использования шприцев и других подобных материалов лицом, которое относится к штатному персоналу программ обеспечения стерильными шприцами или иной программы, направленной на снижение вреда, связанного с потреблением запрещенных наркотических средств и психотропных веществ. В целях внесения ясности: никакой запрет на «вовлечение в потребление наркотических средств» *Уголовного Кодекса* или иного закона не распространяется на предоставление оборудования и информации о безопасном потреблении наркотиков в целях предотвращения распространения ВИЧ, других передаваемых с кровью инфекций или других видов вреда здоровью, связанного с потреблением наркотических средств.

Отмена наказания за хранение остаточного количества запрещенного вещества в использованном оборудовании для его потребления

Лицо, которое хранит любые остаточные количества запрещенного наркотического или психотропного вещества, которое содержится в шприце или другом средстве, используемом для введения наркотика, в силу только одного такого хранения не считается согласно данному или любому другому закону совершившим преступление.

Рекомендация 6: Отменить или ограничить применение принудительного освидетельствования на наркотики

В настоящее время Статьей 35 *Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»* предусматривается применение принудительного медицинского освидетельствования на наркотики к лицам, в отношении которых имеются «достаточные основания» полагать, что они (а) больны наркоманией, (б) находятся в состоянии наркотического опьянения либо (в) потребили наркотическое средство или психотропное вещество без назначения врача. Как было отмечено выше, положения, разрешающие применение подобной меры к столь широкому кругу лиц, неоправданно нарушают многие права человека. Кроме всего прочего, принудительное освидетельствование на наркотики, зачастую без законного на то основания, нарушает право человека на личную жизнь и личную неприкосновенность, так как подтверждение факта потребления наркотиков не доказывает, что человек представляет угрозу для себя или общества, в то время как только это может считаться достаточным основанием для нарушения государством данных прав человека. Для устранения положений, предписывающих принудительное тестирование на наркотики для неоправданно широкого круга лиц, Статью 35 *Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»* рекомендуется отменить.

¹³⁷⁴ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 3: Программы обеспечения стерильными шприцами, стр. 19-21.

Рекомендация 7: Отменить уголовную ответственность за гомосексуальные отношения

В соответствии с *Международным руководящим принципам по ВИЧ/СПИДу и правам человека* (Руководящий принцип 5) рекомендуется отменить положение, предусматривающее уголовную ответственность за сексуальные отношения, в которые по обоюдному согласию вступают взрослые мужчины, так как данные положения нарушают права человека на свободу и личную неприкосновенность, на защиту от вмешательства в частную жизнь и посягательств на его честь и достоинство. Криминализация мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, также подрывает эффективность программ профилактики ВИЧ-инфекции среди представителей данной уязвимой группы и предоставления им доступа к информации. В связи этим правительству Республики Узбекистан рекомендуется рассмотреть возможность отмены Статьи 120 *Уголовного Кодекса*.¹³⁷⁵

Рекомендация 8: Отменить специальное положение, предусматривающее уголовную ответственность за распространение заболевания СПИД

Статью 113 *Уголовного Кодекса*, предусматривающую наказание за поставление в опасность заражения или заражение «венерическим заболеванием» или «заболеванием СПИД», рекомендуется отменить. В случае умышленного заражения венерическим заболеванием или заболеванием СПИД, деяние рекомендуется квалифицировать как нанесение телесного повреждения, предусмотренного Статьями 104-111 *Уголовного Кодекса*.

Рекомендация 9: Отменить ответственность за работу в сфере сексуальных услуг

Рекомендуется отменить Статью 190 *Административного Кодекса* (занятие проституцией) и Статью 131 *Уголовный Кодекса* (содержание притонов). Согласно *Международным руководящим принципам по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, в том, что касается работы взрослых в сфере сексуальных услуг, не влекущей за собой причинение вреда, уголовное законодательство рекомендуется пересмотреть с целью декриминализации и введения мер правового регулирования соблюдения правил гигиены и безопасности для защиты лиц, работающих в сфере сексуальных услуг и их клиентов, включая поддержку безопасного сексуального поведения при оказании сексуальных услуг.¹³⁷⁶ Запрет в рамках уголовного законодательства на вербовку людей в целях их сексуальной или иной эксплуатации (Статья 135 *Уголовного Кодекса*) и другие действующие положения уголовного права в отношении насилия и принуждения представляют собой достаточную нормативно-правовую базу для решения проблем торговли людьми, эксплуатации и нарушения прав человека.

Лечение наркотической зависимости

Рекомендация 10: Внести поправки в действующий закон о наркотических средствах, регулирующие предоставление лечения наркотической зависимости, и принять новый закон о лечении наркотической зависимости

Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» в существующем виде содержит только 3 статьи, регламентирующие порядок оказания наркологической помощи. Национальная экспертная группа отмечает, что в условиях, когда острота проблемы наркомании возрастает, необходимо усилить нормативно-правовую базу предоставления лечения наркотической зависимости. Эксперты рекомендуют принять в этой связи новый закон. Согласно информации, предоставленной национальной экспертной группой, Министерство здравоохранения разрабатывает проект нового закона. Для того чтобы усилить эффективность мер по профилактике ВИЧ и лечению среди уязвимых групп потребителей наркотических средств, рекомендуется, чтобы этот новый закон отвечал

¹³⁷⁵ В случае удовлетворения половой потребности мужчины с женщиной с применением насилия, данное деяние необходимо квалифицировать по Статьям 118-119 *Уголовного Кодекса Республики Узбекистан* наравне с другими случаями сексуального насилия.

¹³⁷⁶ *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Руководящий принцип 4, Пункт 21(с).

как минимум следующим требованиям:

- Закон должен содержать положения о заместительной терапии и программах снижения вреда, в том числе и в тюрьмах и других учреждениях, связанных с содержанием под стражей (Подробнее о тюрьмах см. Рекомендацию #26 ниже.)
- Закон должен содержать положения о защите прав пациентов в контексте лечения наркотической зависимости, об обеспечении доступа к добровольному лечению включительно. Кроме того, применение принудительного лечения должно быть ограничено только случаями крайней необходимости, которые должны быть определены законом с обеспечением гарантий защиты от неоправданного принуждения. (Подробнее об этом см. Рекомендацию #11 ниже.)
- Закон должен содержать четкие положения о защите людей, живущих с ВИЧ, и лиц, потребляющих наркотики, от дискриминации.
- В законе должны быть подробно разработаны положения о аутрич-работе, чтобы обеспечить правую поддержку такой деятельности.

Положения Модельные закона по некоторым проблемам могут быть адаптированы к условиям страны.¹³⁷⁷

Рекомендация 11: Ограничить применение принудительного лечения наркотической зависимости

В целях исключения возможности применения принудительного лечения наркотической зависимости к любому лицу, *Закон «О принудительном лечении больных хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией»* рекомендуется отменить. Кроме того, из *Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»* рекомендуется исключить пункт 4 Статьи 44, предусматривающий применение принудительного лечения. Как было отмечено выше, медицинское вмешательство без согласия лица, в отношении которого оно применяется, и при отсутствии четких оправдывающих их применение обстоятельств является нарушением основных прав человека, признаваемых международными законами. Применение принудительного лечения лиц с подтвержденным диагнозом наркотической зависимости (но не лиц, нерегулярно потребляющих наркотические средства) может быть признано оправданным в качестве последнего средства в исключительных обстоятельствах.

Кроме того, если, несмотря на вышеизложенные рекомендации, применение принудительного лечения по-прежнему будет иметь место в Республики Узбекистан, рекомендуется внести поправки в *Уголовный Кодекс*, предусматривающие применение такого лечения наркотической зависимости, по крайней мере в ряде случаев, в качестве меры, *альтернативной* осуждению и лишению свободы, а не *наряду* с уголовными санкциями. Как было уже отмечено выше, такой подход согласуется с требованиями международных договоров по контролю наркотических средств.

Рекомендация 12: Расширить доступ к опиоидной заместительной терапии

Опиоидная заместительная терапия является важным компонентом лечения наркотической зависимости, признанным, на основе позитивного мирового опыта, в качестве ключевого момента профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Круг методов лечения наркотической зависимости необходимо расширить и привести в соответствие с международными стандартами и передовым опытом. Для создания более прочной правовой базы, регулирующей реализацию программ опиоидной заместительной терапии, национальная экспертная группа рекомендует добавить несколько статей по ОЗТ в *Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»*, а также в новый закон о лечении наркотической зависимости (описанный в Рекомендации

¹³⁷⁷ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, в частности Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, Модуль 6: Аутрич-работа и предоставление информации, Модуль 7: Стигма и дискриминация.

#9 выше).¹³⁷⁸ Однако, даже пока подобные поправки не внесены, Правительству Республики Узбекистан рекомендуется не задерживать расширение охвата пациентов программами ОЗТ, которые пока реализуются только в рамках пилотных проектов. Для успешной реализации программ ОЗТ также рекомендуется добавить такие препараты, как метадон и бупренорфин, в перечень основных лекарственных средств Республики Узбекистан, что соответствует позиции, выраженной ВОЗ, и включить метадон в перечень наркотических средств, оборот которых ограничен (бупренорфин в данный список уже включен).

Рекомендация 13: Обеспечить конфиденциальность личной и медицинской информации о пациентах, проходящих лечение наркотической зависимости

Члены национальной экспертной группы отмечают, что существует практика передачи медицинскими учреждениями информации о лицах, взятых на диспансерный учет, и о лицах, обратившихся за помощью в связи с передозировкой, в правоохранительные органы, что противоречит принципу соблюдения конфиденциальности.¹³⁷⁹ Как отмечает национальная экспертная группа, практика предоставления личной и медицинской информации о пациентах правоохранительным органам на регулярной основе не только нарушает права человека, но и подрывает доверие пациентов к медицинским работникам и препятствует их обращению за медицинской помощью, в том числе и за лечением наркотической зависимости. Министерству внутренних дел и Министерству здравоохранения Узбекистана рекомендуется внести изменения в свой Совместный приказ и отменить положения, разрешающие или предписывающие раскрытие медицинскими работниками конфиденциальной медицинской информации о лицах, потребляющих наркотики, правоохранительным органам. Вместо этого рекомендуется ввести запрет на предоставление медицинскими органами подобной информации правоохранительным органам. В частности, рекомендуется внести поправки в закон, разрешающие (но не предписывающие) медицинским работникам наркологических центров нарушать право пациента на конфиденциальность только в случаях, когда медицинский работник добросовестно и при наличии достаточных оснований пришёл к выводу, что данная мера необходима в целях предотвращения причинения пациентом непосредственного вреда себе или окружающим. Кроме того, предоставление конфиденциальной информации правоохранительным органам должно осуществляться только на основании решения суда. Предоставление информации при любых иных обстоятельствах должно быть запрещено.

Кроме того, в Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» и новый закон о лечении наркотической зависимости (в случае его принятия) рекомендуется внести положения, в четкой форме усиливающие гарантии соблюдения конфиденциальности медицинской информации о пациентах, проходящих лечение от наркотической зависимости. Положения следующего образца могут быть включены в законодательство:¹³⁸⁰

(1) Конфиденциальность всей медицинской информации должна быть соблюдена. Записи о личности пациента, диагнозе, прогнозе лечения или лечении, сделанные в ходе лечения наркотической зависимости, являются:

- а) конфиденциальными;
- б) не подлежат общественной проверке или обнародованию;
- в) не должны передаваться другим лицам или ведомствам без согласия лица, которого они касаются; и
- г) не должны подвергаться раскрытию или быть допустимыми в качестве доказательства в ходе судебного разбирательства.

1378 См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, стр. 25-33, где представлены модельные положения для добавления к закону, связанные с введением программ ОЗТ в соответствии с принципами соблюдения прав человека.

1379 Предоставление информации о пациентах осуществляется на основании совместного Приказа Министерства здравоохранения и Министерства внутренних дел Республики Узбекистан «Об утверждении инструкции о порядке организации профилактической работы органов внутренних дел и здравоохранения с лицами, злоупотребляющими спиртными напитками или наркотическими средствами, и направления на принудительное лечение больных хроническим алкоголизмом или наркоманией», № 326/599 (27 декабря 1994).

1380 См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, стр. 20-22.

(2) Никакие сведения, упомянутые в пункте (1) настоящей статьи, не могут быть использованы

- а) для предъявления пациенту обвинения в совершении уголовного преступления; или
- б) в качестве основания для проведения расследования в отношении пациента.

(3) Персонал программы не может быть принужден в соответствии с любым другим законом давать свидетельские показания, касающиеся информации, которая была им доверена или стала известна во время выполнения ими своих обязанностей.

(4) Любое использование личной информации о пациентах и персонале программы для исследований или проведения оценки должно осуществляться при обеспечении полной анонимности и любое такое использование должно регулироваться в соответствии с пунктом (2) данной Статьи.

Рекомендация 14: Пересмотреть, реформировать и, возможно, отменить систему учёта лиц, потребляющих наркотики

Рекомендуется провести оценку эффективности, результативности и экономичности такой меры, как постановка лиц, потребляющих наркотики *на учёт*, с целью реформы системы, и, возможно, полной отменой учета лиц, потребляющих наркотики. Согласно выводам национальной экспертной группы, на основании имеющихся свидетельств, система учёта лиц, потребляющих наркотики, в своем существующем виде не работает, она одновременно способствует нарушению прав человека и развитию коррупции правоохранительных органов, усложняет доступ потребителей наркотиков к лечению наркотической зависимости, чем подрывает эффективность мер по профилактике ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики. В связи с этим Правительству Узбекистана рекомендуется провести оценку эффективности, результативности и экономической состоятельности этой меры с последующей реформой системы, и, возможно, полной её отменой.

В целях обеспечения защиты и соблюдения прав человека, а также устранения препятствий к обращению за лечением наркотической зависимости и наркологической помощью, Республике Узбекистан рекомендуется отменить централизованный учёт лиц, потребляющих наркотики или имеющих наркотическую зависимость, так как использование данной регистрационной базы данных может нарушать права человека. Для этого рекомендуется внести поправки в Статью 46 Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах» и исключить из неё положение, предписывающее постановку на учёт лиц с наркотической зависимостью, соответствующие постановления, регулирующие практику постановки на учёт, также должны быть отменены. (По всей видимости, центры, предоставляющие лечение наркотической зависимости, должны сохранять определенные сведения о пациентах в целях предоставления должного лечения, и они должны продолжать это, так же как в случаях с пациентами, проходящими лечение от других заболеваний. Это должно проводиться с обеспечением гарантий соблюдения конфиденциальности личной и медицинской информации пациента, и неразглашения информации по запросам правоохранительных органов и других ведомств).

Рекомендация 15: Расширить круг средств, используемых для оказания помощи при передозировках

В настоящее время препарат налоксон не включён в перечень основных лекарственных средств Республики Узбекистан, в связи с чем он не закупается государством, и не может использоваться для лечения передозировок. Министерству здравоохранения РУз рекомендуется исправить эту ситуацию – добавить налоксон в перечень основных лекарственных средств и обеспечить к нему доступ. Кроме того, в целях предотвращения смертности и другого серьёзного вреда здоровью потребителей инъекционных наркотиков от передозировок аутрич-работники (в том числе работающие в неправительственных организациях, и консультанты “равный-равному”, которые сами потребляют или в прошлом потребляли наркотики) должны иметь право, закрепленное в законе,

распространять и применять в случаях передозировок такие препараты, как налоксон. Это может быть осуществлено добавлением положения следующего образца в Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» и новый закон о лечении наркотической зависимости (в случае его принятия).¹³⁸¹

Аутрич-работа среди лиц, потребляющих наркотики

(1) «Аутрич-работа» это общественная деятельность, проводимая для установления контакта и предоставления информации отдельным людям или группам населения, подверженным риску заражения заболеваниями, передающимися через кровь, в частности тем людям, с которыми нет постоянного контакта, и которые выпадают из сферы услуг и предоставления информации обычным способом через учреждения здравоохранения.

(2) «Аутрич-работниками» могут являться оплачиваемые работники социальной сферы и здравоохранения или неоплачиваемые волонтеры (в том числе и из потребителей наркотиков) из государственных и неправительственных учреждений.

(3) Штат аутрич-работников может включать людей, которые в настоящее время потребляют наркотики, людей, которые в прошлом потребляли наркотики, и людей, которые не потребляют наркотики, но пользуются доверием тех, кто потребляет наркотики.

Применение опиоидного антагониста

(1) Министерством здравоохранения должно быть утверждено положение, что аутрич-работники должны пройти соответствующее обучение методам применения опиоидного антагониста.

(2) Аутрич-работник может применить опиоидный антагонист для оказания помощи другому человеку, когда:

- а) аутрич-работник добросовестно полагает, что другой человек испытывает передозировку; и
- б) применяя препарат для оказания помощи другому человеку, аутрич-работник действует с разумной осторожностью.

(3) Аутрич-работник, применяющий опиоидный антагонист, помогая другому человеку, согласно пункту (1), не несет гражданской или уголовной ответственности за применение опиоидного антагониста.

Также, принимая во внимание потребление наркотиков в учреждениях уголовно-исполнительной системы, для исключения тяжелых последствий передозировок в тюрьмах, рекомендуется разрешить применение налоксона в случае передозировки равным консультантам и работникам тюрем, и проводить для них тренинги по тому, как использовать этот препарат.

Освидетельствование и лечение в связи ВИЧ

Рекомендация #16: Внести в закон о ВИЧ положения о мерах по профилактике ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики

Учитывая, что потребление инъекционных наркотиков играет существенную роль в распространении эпидемии ВИЧ в Республике Узбекистан, чрезвычайно важно, чтобы Законом «О профилактике ВИЧ» были предусмотрены и поддерживались меры предотвращения распространения ВИЧ и другого вреда, которому подвержены лица, потребляющие наркотики, в соответствии с международными нормами и признанным позитивным мировым опытом. Для этого Закон «О профилактике ВИЧ» рекомендуется усилить, включив в него положения, предусматривающие реализацию мер снижения вреда среди лиц, потребляющих наркотики, и заключенных. Рекомендуется

¹³⁸¹ См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 6: Аутрич работа и предоставление информации, стр. 14-15.

разработать специальные директивы правительственным органам и ведомствам, несущим ответственность за реализацию решений в данной области, таким как Министерство здравоохранения и Министерство юстиции, а также в четкой форме рекомендовать правоохранительным органам (например, Национальному информационно-аналитическому центру по контролю за наркотиками) сотрудничать с другими государственными и неправительственными организациями в целях обеспечения успешного введения и реализации мер снижения вреда (например, программ обеспечения стерильными шприцами, программ ОЗТ).

Рекомендация 17: Устранить стигматизацию и отказаться от неоправданного рассмотрения ВИЧ-инфекции в качестве особо опасного заболевания. Обсудить отмену перечней «особо опасных заболеваний» и «заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

В настоящее время Закон «О профилактике ВИЧ» (Статья 2) определяет ВИЧ-инфекцию в качестве «особо опасного» заболевания и заболевания «представляющего опасность для окружающих», что является основанием для применения обязательного освидетельствования согласно Приказу Министерства здравоохранения РУз. Хотя ВИЧ-инфекция является серьезным заболеванием, она не передается бытовым путем, риск заразиться ею связан с определенными хорошо известными видами воздействия биологических жидкостей. Признание ВИЧ особо опасным заболеванием может содействовать распространению ложных страхов по поводу путей заражения болезнью и росту стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ, или предположительно живущих с ВИЧ. Стигматизация, в свою очередь, ведет к нежеланию людей проходить освидетельствование на ВИЧ или сообщать о своём ВИЧ-позитивном статусе, что препятствует осуществлению мер по предотвращению распространения и лечению ВИЧ. В соответствии с этим, рекомендуется отказаться от рассмотрения ВИЧ-инфекции в качестве особо опасного заболевания, и, в целом, от перечней «особо опасных заболеваний» и «заболеваний, представляющих опасность для окружающих», как создающих риск стигматизации отдельных заболеваний.

Рекомендация 18: Гарантировать, чтобы обследование на наличие заражения ВИЧ проводилось с информированного согласия обследуемого лица

Национальная экспертная группа отмечает, что в данной сфере наблюдаются положительные сдвиги – уже предприняты шаги по созданию правовой базы, предусматривающей получение информированного согласия лиц, проходящих обследование на ВИЧ, с предоставлением до- и после- тестового консультирования. В то время как детали могут быть определены разными правовыми инструментами (например, постановлением или приказом Министерства здравоохранения), рекомендуется включить в Закон «О профилактике ВИЧ» положение следующего содержания:

Тестирование на ВИЧ или другие вирусы, передающиеся через кровь, не должно проводиться без добровольного информированного согласия лица, данного в письменном виде. Любое такое обследование должно сопровождаться до- и после- тестовой консультацией врача согласно профессиональным нормам в качестве необходимого условия обеспечения информированного согласия лица, проходящего обследование.

Рекомендация 19: Усилить меры по обеспечению безопасности донорской крови и качества тестирования доноров крови на ВИЧ

Национальная экспертная группа рекомендует пересмотреть нормативно-правовые акты по обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов и ввести в качестве необходимого условия до- и после-тестовое консультирование с обеспечением конфиденциальности результатов тестирования в соответствии с международными нормами.

Рекомендация 20: Отменить или ограничить применение принудительного тестирования на ВИЧ

Вопреки принципу соблюдения прав человека и международным стандартам, действующим законодательством Республики Узбекистан, предусматривается применение обязательного или принудительного тестирования на ВИЧ в отношении широкого круга лиц или в связи с рядом обстоятельств. Члены национальной экспертной группы и технические консультанты проекта рекомендуют принять ряд поправок в данной области:

- Обязательное тестирование на ВИЧ призывников и военнослужащих, либо тестирование на ВИЧ в качестве условия поступления или продолжения обучения в образовательных учреждениях на военные специальности является неоправданным, в связи с чем его рекомендуется отменить в соответствии с международными нормами.¹³⁸²
- Аналогично, Правительству Республики Узбекистан рекомендуется отменить положения, предусматривающие обязательное освидетельствование на ВИЧ, ИППП, туберкулез и наркотическую зависимость перед вступлением в брак.¹³⁸³
- Правительству рекомендуется отказаться от требования к иностранным гражданам предъявлять сертификат об отсутствии у них ВИЧ-инфекции в качестве условия получения визы на въезд в Республику Узбекистан (Статья 12 Закона «О профилактике ВИЧ») в связи с тем, что данное положение является дискриминационным и нарушает право человека на свободу передвижения на основании состояния его здоровья. Национальная экспертная группа рекомендует внести изменения в статью, предусматривающую депортацию иностранных граждан в случае выявления у них ВИЧ-инфекции (Статья 6 Закона «О профилактике ВИЧ»), в частности, определив следующие ограничения: «В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Республики Узбекистан, они могут быть депортированы из страны, только в тех случаях, когда доказано заражение ими других лиц». Однако предпочтительнее было бы отменить Статью 6 полностью и не выделять ВИЧ-инфекцию таким дискриминационным образом. Вместо этого, в подобных случаях могут на должных основаниях применяться общие положения законодательства Республики Узбекистан о депортации иностранных граждан в связи с совершением ими уголовно-наказуемых деяний.
- Положения, предусматривающие принудительное тестирование лиц, бывших в половом контакте с людьми, живущими с ВИЧ, рекомендуется отменить.¹³⁸⁴ Такое принудительное тестирование на ВИЧ на основании факта полового контакта является неоправданным нарушением прав человека на личную неприкосновенность, свободу и тайну частной жизни.
- Применение принудительного тестирования на ВИЧ по постановлению уполномоченного правоохранительного органа также рекомендуется отменить.¹³⁸⁵ Данная практика также является неоправданным нарушением прав человека на личную неприкосновенность, свободу и тайну частной жизни.

Рекомендация 21: Отменить административную ответственность за уклонение от медицинского обследования и лечения

Согласно *Административному Кодексу РУз* (Статьи 57 и 58), уклонение от обследования и лечения в связи с ВИЧ или ИППП лиц, в отношении которых имеются «достаточные данные», что они заражены данными заболеваниями, является административным правонарушением; в качестве такового

¹³⁸² *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, Объединенная версия 2006, Руководящий принцип 4, Пункты 22(a), (d), (j).

¹³⁸³ Положение «О медицинском обследовании лиц, вступающих в брак» № 365, Приложение 1 к Постановлению Кабинета Министров РУз «Об утверждении Положения о медицинском обследовании лиц вступающих в брак» (25 августа 2003).

¹³⁸⁴ Санитарные правила.

¹³⁸⁵ Там же, Пункт 13.

рассматривается и сокрытие больным СПИДом или ИППП источника заражения. Данные положения распространяются на широкий круг лиц, по существу предписывая принудительное медицинское обследование и лечение под страхом применения наказания, в случаях, когда нет непосредственной угрозы окружающим, и при сохранении полного права лица принимать решения относительно необходимости обращения за обследованием и лечением. Нарушение прав человека на тайну частной жизни, личную неприкосновенность и, потенциально, права на свободу (т.к. существует угроза применения наказания) несоразмерно обстоятельствам и не является необходимым. Вмешательство для назначения принудительного обследования и лечения может быть признано оправданным только в исключительных случаях, когда независимым уполномоченным органом на основании соответствующих достаточных доказательств такое вмешательство будет признано необходимым в целях предотвращения причинения человеком серьезного вреда себе или окружающим, либо в случаях, когда человек лишен дееспособности или неспособен принять информированное решение относительно того, следует ли ей/ему обращаться за обследованием или лечением. Даже в ситуациях, когда вмешательство для назначения принудительного обследования и лечения может быть признано оправданным, целью должна являться защита лица или окружающих от возможного вреда, а не осуществление наказания. Данные положения рекомендуется отменить, другие правовые меры, регулирующие применение принудительного вмешательства в исключительных обстоятельствах при наличии соответствующих гарантий, являются предпочтительными.

Рекомендация 22: Усилить гарантии соблюдения прав пациента

В то время как *Законом «Об охране здоровья граждан»* официально признаются некоторые основные права пациентов, в целях защиты законных прав и интересов всех пациентов, а не только лиц с ВИЧ, ИППП и наркотической зависимостью, рекомендуется усилить законодательство Республики Узбекистан в этой сфере, добавив положения следующего образца в Статью 31:¹³⁸⁶

Каждый пациент имеет право:

- а) на курс лечения в соответствии с принятой клинической практикой;
- б) на лечение без дискриминации;
- в) на активное участие в определении целей своего лечения;
- г) на активное участие в процессе принятия всех решений, связанных с лечением, включая время и способ начала лечения, а также прекращение лечения;
- д) на осуществление своих прав в качестве пациента;
- е) на конфиденциальность медицинских сведений и результатов клинических обследований.
- ж) на полную информированность, включая, но, не ограничиваясь правом получать информацию о:
 - iv) состоянии своего здоровья;
 - v) своих правах и обязанностях в качестве пациента, перечисленных в соответствующем законодательстве;
 - vi) процедуре представления жалоб в отношении полученных медицинских услуг; и
 - vii) стоимости и условиях оплаты, а также возможности медицинского страхования и других доступных льгот и пособий.
- з) на отказ от обследования и лечения.

Тюрьмы

Рекомендация 23: Обеспечить в тюрьмах доступ к лечению наркотической зависимости на добровольной основе, в том числе и к ОЗТ

Учитывая высокий уровень распространенности наркотической зависимости среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, значительность роли рискованных практик потребления нарко-

¹³⁸⁶ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 2: Лечение наркотической зависимости, стр. 18-19.

тиков в распространении эпидемии ВИЧ и важность обеспечения доступа к медицинским услугам, оказываемым в соответствии с принципом соблюдения прав человека и способствующим реализации права на наивысший достижимый уровень медицинского обслуживания для всех людей, Республике Узбекистан рекомендуется начать осуществлять в тюрьмах программы предоставления лечения наркотической зависимости на добровольной основе. Как только ОЗТ начинает предоставляться вне тюрем, рекомендуется обеспечить доступ к данному виду лечения и в тюрьмах в качестве важного элемента программ решения проблемы наркотической зависимости.

Для этого поправки, вносимые в Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», и/или новый закон о лечении наркотической зависимости, если таковые будут приняты в целях создания нормативно-правовой базы реализации программ ОЗТ в соответствии с принципом соблюдения прав пациентов (как было предложено в Рекомендациях #10 и #12), данные изменения должны в четкой форме предусматривать обеспечение доступа заключенных с наркотической зависимостью к ОЗТ. Подобное положение может быть сформулировано следующим образом (и добавлено в законодательство, например, в *Уголовно-исполнительный Кодекс*):¹³⁸⁷

Программы опиоидной заместительной терапии в тюрьмах

- (1) Министерство здравоохранения при содействии Министерства внутренних дел должно ввести программы опиоидной заместительной терапии во всех тюрьмах.
- (2) Заключенные с опиоидной зависимостью должны иметь право на заместительную терапию опиатами в соответствии с руководящими указаниями по опиоидной заместительной терапии, применяемыми в данном обществе.
- (3) Опиоидная заместительная терапия должна быть доступна на бесплатной основе при заключении в тюрьму и в течение всего срока отбывания наказания.
- (4) Действие программ заместительной терапии опиатами не должно ограничиваться только теми заключенными, которые участвовали в подобной программе до лишения свободы. Все заключенные, для которых данный вид лечения является приемлемым, должны иметь право на получение опиоидной заместительной терапии в течение всего срока отбывания наказания.
- (5) Участие в программах опиоидной заместительной терапии должно предлагаться на добровольной основе всем заключенным с зависимостью от опиоидов.
- (6) Опиоидная заместительная терапия может включать ряд подходов, включая поддерживающее лечение.
- (7) Программа должна обеспечить персонал, тюремных служащих, высшие должностные лица, а также заключенных фактической информацией в отношении опиоидной заместительной терапии.
- (8) В рамках программы должна быть разработана комплексная система планирования выписки заключенных, чей срок отбывания наказания подходит к концу, включая систему направления их на программы опиоидной заместительной терапии за пределами тюрьмы.

Рекомендация 24: Усилить меры по профилактике ВИЧ в учреждениях по исполнению наказаний и учреждениях предварительного заключения

В целях повышения эффективности мер по профилактике ВИЧ в учреждениях по исполнению наказаний и учреждениях предварительного заключения, а также, чтобы обеспечить доступ заклю-

¹³⁸⁷ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 5: Тюрьмы, стр. 30-32.

ченных с опиоидной зависимостью к ОЗТ, рекомендуется внести в действующее законодательство ряд поправок, регламентирующих реализацию программ снижения вреда в тюрьмах. Правила внутреннего распорядка учреждений по исполнению наказаний в виде лишения свободы рекомендуется пересмотреть, чтобы усилить меры по профилактике ВИЧ среди заключенных. Из Правил внутреннего распорядка рекомендуется исключить положения, запрещающие заключенным иметь при себе иглы и шприцы, и внести в данные правила положения, предусматривающие обеспечение доступа заключенных к хлорамину и стерильным шприцам, а также к презервативам и информации о рисках заражения ВИЧ при сексе и потреблении наркотиков без принятия мер предосторожности. Положения, подобные представленным ниже, рекомендуется добавить в Закон «О профилактике ВИЧ» и/или *Уголовно-исполнительный Кодекс*, как будет сочтено нужным:¹³⁸⁸

Распространение и хранение презервативов и других средств безопасного секса в тюрьмах

- (1) Министерство здравоохранения и Министерство внутренних дел должны обеспечить анонимный доступ заключенных к презервативам и другим средствам безопасного секса, таким, как смазочные материалы на водной основе, оральные прокладки, а также к соответствующей информации о надлежащем применении этих средств и их значимости для профилактики распространения ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передающихся половым путем.
- (2) Министерство здравоохранения должно разработать план утилизации использованных презервативов с соблюдением анонимности заключенных, не причиняя вреда здоровью тюремных служащих.
- (3) Распространение и хранение презервативов и других средств безопасного секса в тюрьмах на основании данного закона, не должно рассматриваться как преступление или административное правонарушение. Презервативы и другие средства безопасного секса не должны использоваться в качестве доказательства сексуальных отношений в целях наложения административных санкций или осуществления уголовного преследования.

Разрешение программ снижения вреда

- (1) Программы снижения вреда должны осуществляться во всех тюрьмах согласно положениям, изложенным в данной статье, с целью снижения вреда, связанного с применением опасных практик потребления наркотиков, в том числе и риска распространения ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь.
- (2) В целях предотвращения распространения болезней, передающихся через кровь, и снижения рисков для здоровья, связанных с потреблением наркотиков среди заключенных, Министерство здравоохранения либо местная тюремная администрация может уполномочить конкретное лицо или организацию (в том числе и неправительственную организацию) осуществлять программы снижения вреда, включая предоставление стерильных шприцев и других сопутствующих материалов заключенным, а также презервативов и других средств снижения риска распространения ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь.

Информация

Персонал программ снижения вреда может предоставлять информацию, включающую, но не ограничивающуюся, следующими сведениями:

- (а) об услугах по лечению наркотической зависимости и другой медицинской помощи;
- (б) о средствах защиты от инфекционных болезней, в том числе и от болезней, передающихся через кровь, например ВИЧ-инфекции;

¹³⁸⁸ См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 5: Тюрьмы, стр. 25-30.

- в) о рисках, связанных с употреблением запрещенных веществ;
- г) о мерах снижения вреда, относящихся к потреблению конкретного наркотика, в том числе о безопасной практике инъекций и ингаляций;
- д) о предоставлении юридической помощи;
- е) об организациях и центрах, предоставляющих услуги по трудоустройству и профессиональному обучению;
- ж) о службах оказания помощи лицам с наркотической зависимостью и их семьям.

Распространение и хранение стерильных шприцев и сопутствующих материалов

(1) Наделенное полномочиями лицо или организация, могут распространять стерильные шприцы и другие материалы, применяя один или несколько из перечисленных ниже способов:

- (а) через медсестер или врачей, работающих в тюремном медпункте или в другой секции(-ях) тюрьмы;
- (б) через заключенных, прошедших обучение для работы в качестве аутрич-консультантов по принципу "равный-равному";
- (в) через представителей неправительственных организаций или медицинских специалистов, посещающих тюрьму с этой целью;
- (г) через автоматы, обменивающие использованные шприцы один к одному на стерильные.

(2) По возможности, заключенные должны иметь доступ к стерильным шприцам и сопутствующим материалам без необходимости идентифицировать себя тюремной администрацией.

(3) Министерство внутренних дел по согласованию с Министерством здравоохранения должно установить правила безопасного хранения шприцев заключенными согласно положениям настоящего закона.

(4) Программа обеспечения стерильными шприцами должна включать меры для поощрения безопасной утилизации шприцев и мониторинга количества выданных и хранящихся на складе шприцев.

(5) Стерильные шприцы и сопутствующие материалы, распространенные в рамках программ снижения вреда, должны использоваться в соответствии с данным законом или любыми другими соответствующими правилами или политикой учреждения, установленной соответствующим органом.

(6) Распространение или хранение шприцев и сопутствующих материалов в тюрьмах в соответствии с настоящим законом не должны составлять уголовного преступления или административного правонарушения; эти материалы также не должны служить допустимыми доказательствами незаконного потребления наркотиков в уголовном или административном процессах.

Доступность хлорамина как средства дезинфекции

(1) Хлорамин и инструкции по его применению в качестве дезинфицирующего средства должны быть доступны в соответствии с настоящим законом и любыми другими соответствующими Положениями или политикой учреждения, согласующимися с настоящим Законом.

(2) Любое такое Положение или политика, согласующиеся с Пунктом (1), призваны:

- (а) способствовать расширению участия заключенных в распространении хлорамина;

- (б) обеспечить, чтобы хлорамин был доступен заключенным при сохранении их анонимности; и
- (в) создать такие условия, чтобы заключенный никогда не сталкивался с необходимостью обращаться к тюремному персоналу для получения хлорамина.

(3) Хлорамин, предоставляемый согласно настоящему закону, должен использоваться только в соответствии с настоящим законом и другими соответствующими положениями или политикой учреждения, согласующимися с настоящим законом.

(4) Предоставление и хранение хлорамина в тюрьмах в соответствии с настоящим законом не должно составлять уголовного преступления или административного правонарушения и не должно служить допустимым доказательством незаконного потребления наркотиков в уголовном или административном процессах.

Информационно-просветительские программы в отношении ВИЧ/СПИДа, других болезней, передающихся через кровь, и лечения наркотической зависимости в тюрьмах

(1) В целях предотвращения распространения ВИЧ-инфекции и других болезней, передающихся через кровь, и решения проблемы наркотической зависимости в тюрьмах Министерство здравоохранения должно разработать и реализовать программы предоставления информации и проведения просветительской работы в каждой тюрьме.

(2) В ходе разработки данных программ Министерство здравоохранения должно использовать материалы, которые с наибольшей вероятностью окажутся эффективными в снижении темпов распространения болезней, передающихся через кровь, на территории тюрем и за их пределами, и в обеспечении информации о лечении, уходе и поддержке.

(3) Программы, предусмотренные Пунктом (1), могут включать просвещение по принципу «равный-равному» с привлечением лиц, не связанных с Министерством внутренних дел, включая возможность реализации таких программ местными общественными организациями.

(4) Материалы, по мере возможности, должны быть предоставлены заключенным на их родном языке и должны учитывать образовательный уровень целевой аудитории, а также ее социальные и культурные особенности.

Ответственность Министерства здравоохранения за организацию обучения и просвещения

(1) Министерство здравоохранения несёт ответственность за:

- (а) обучение персонала и заключенных на регулярной основе и за содержание подобного обучения и тренингов, которые должны обязательно включать информацию о стандартных мерах предосторожности в целях предотвращения распространения и контроля заболеваний, вопросы личной ответственности за обеспечение собственной защиты и защиты других людей, а также информацию о мерах пост-контактной профилактики, если таковые доступны;

- (б) то, чтобы обучение и просвещение включали также информацию о доступных услугах и лечении, и чтобы программы консультаций и просвещения по принципу «равный-равному», включали участие заключенных в качестве консультантов;

- (в) обучение заключенных и тюремного персонала, которые могут иметь контакт с кровью, универсальным мерам предосторожности.

Рекомендация 25: Обеспечить заключенным, живущим с ВИЧ, доступ к лечению

В целях обеспечения равного доступа к медицинской помощи, органы власти, несущие ответственность за исправительные учреждения, должны обеспечить повсеместный доступ к получению антиретровирусной терапии и других видов лечения и препаратов для заключенных с ВИЧ. Для этого, по всей видимости, недостаточно внести ряд поправок в законы, важным шагом на пути решения данной проблемы было бы законодательно в четкой форме закрепить признание прав заключенных в этой области. Рекомендуется добавить положение следующего образца в Закон «О профилактике ВИЧ» и/или Уголовно-исполнительный Кодекс:¹³⁸⁹

Право заключенных на равные и соответствующие медицинские услуги

- (1) Освидетельствование заключенных на ВИЧ проводится только на добровольной основе.
- (2) Заключенный, у которого тест на ВИЧ-инфекцию оказался положительным, имеет право на соответствующие медицинские услуги, консультирование и направление в другие службы поддержки в период нахождения в тюрьме.
- (3) Работники здравоохранения обязаны охранять физическое и психическое здоровье заключенных или задержанных лиц и обеспечивать лечение заболеваний такого же качества и уровня, какое обеспечивается лицам, не являющимся заключенными или задержанными.

В то время как рекомендуется использовать в поправке четкое указание на ВИЧ-инфекцию, в идеале она должна быть сформулирована шире, регламентируя предоставление соответствующих медицинских услуг и препаратов для лечения не только ВИЧ-инфекции.

Рекомендация 26: Сохранять конфиденциальность медицинской информации о заключенных

Национальная экспертная группа рекомендует внести поправки в Уголовно-исполнительный Кодекс, включив в него положения, обязывающие персонал исправительных учреждений сохранять конфиденциальность медицинской информации, касающейся осужденных, в том числе и сведений об их ВИЧ-статусе. Положение, подобное следующему, рекомендуется добавить в Уголовно-исполнительный Кодекс:

Конфиденциальность

- (1) Вся информация относительно состояния здоровья и лечения заключенного является конфиденциальной, и все медицинские процедуры должны проводиться таким образом, чтобы конфиденциальность была сохранена.
- (2) Информация, упоминаемая в Пункте (1), должна содержаться в документах, доступных только медицинским работникам, но не остальному тюремному персоналу. На камере, досье или иных документах заключенного не должно быть никаких пометок, ярлыков, штампов или иных знаков, указывающих на наличие у него ВИЧ-инфекции; допустимы только записи в медицинской карте пациента согласно стандартной профессиональной практике оформления истории болезни.
- (3) Информация, упоминаемая в Пункте (1), подлежит раскрытию только:
 - (а) с согласия заключенного; или
 - (б) в целях обеспечения безопасности других заключенных и тюремного персонала,
 - (в) при соблюдении общепринятых принципов в отношении раскрытия информации.

¹³⁸⁹ См.: Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе», Модуль 5: Тюрьмы, стр. 16-17.

Рекомендация 27: Устранить дискриминацию заключенных с ВИЧ или наркотической зависимостью

Чтобы устранить дискриминацию по состоянию здоровья, на сегодняшний день заложенную в законе, рекомендуется внести в Уголовно-исполнительный Кодекс ряд следующих изменений:

- Отменить Статью 113 Уголовно-исполнительного Кодекса, запрещающую перевод осужденных, проходящих курс лечения от наркотической зависимости и заключенных с инфекционными заболеваниями (включая ВИЧ), в учреждения менее строгого режима, которые обычно предоставляют лучшие условия.
- Отменить Статьи 82 и 83 (и связанные с ними положения) Уголовно-исполнительного Кодекса, лишаящие осужденных с инфекционными заболеваниями (включая ВИЧ) и осужденных, которые обязаны пройти принудительное лечение от наркотической зависимости, права на получение разрешения на краткосрочный выезд за пределы учреждений по исполнению наказаний (например, в связи со смертью или болезнью близкого родственника, в качестве поощрения за «примерное поведение»).

Дискриминация

Как было отмечено выше, законодательство Республики Узбекистан содержит положения, в целом запрещающие дискриминацию лиц на основании их ВИЧ-положительного статуса. В то же время дискриминация существует, и сами законы РУз содержат некоторые дискриминационные положения. Правовая защита от дискриминации является важным элементом решения проблемы маргинализации, которая всячески усиливает как уязвимость людей к ВИЧ, так и отрицательное воздействие ВИЧ-инфекции. Законодательство в этой сфере может быть усилено различными способами в целях обеспечения соответствия законов принципам соблюдения прав человека.

Рекомендация 28: Запретить освидетельствование на ВИЧ и другие формы дискриминации людей, живущих с ВИЧ, в связи с трудоустройством и в сфере образования

Закон «О профилактике ВИЧ» запрещает отказ в приеме на работу либо прекращение трудового договора на основании ВИЧ-статуса лица.¹³⁹⁰ Однако, несмотря на данный запрет, некоторые законы Республики Узбекистан являются необоснованно дискриминационными. Как было отмечено выше (Рекомендация # 19), не имеет оснований практика обязательного тестирования на ВИЧ призывников и военнослужащих, а также практика увольнения из рядов вооруженных сил на основании выявленного ВИЧ-положительного статуса, от данной практики рекомендуется отказаться.

Кроме того, неоправданной дискриминацией являются и действующие правила обязательного обследования сотрудников (например, работников милиции, сотрудников Совета национальной безопасности и министерства обороны, врачей-терапевтов, хирургов, гинекологов, работников пищевой отрасли). Подобное тестирование не является необходимым в целях профилактики ВИЧ. Соответствующие универсальные меры предосторожности могут и должны предприниматься медицинскими работниками в целях обеспечения защиты самих себя и пациентов от заражения вирусами, передаваемыми через кровь, в то время как ВИЧ-позитивные работники пищевой промышленности опасности не представляют. К тому же, приравнивать наличие ВИЧ-инфекции в организме человека к неспособности выполнять данные служебные обязанности не является ни верным, ни оправданным. Правительству Республики Узбекистан рекомендуется гарантировать, что поправки к Закону «О профилактике ВИЧ» запретят ведомствам и организациям вводить подобную дискриминационную политику и практику.

¹³⁹⁰ Закон «О профилактике ВИЧ», Статья 10.

Кроме того, было бы полезно в четкой форме признать, что требование пройти медицинское обследование на ВИЧ до найма или на рабочем месте, до поступления в образовательное учреждение или в процессе обучения является неправомерной дискриминацией на основании состояния здоровья.¹³⁹¹ Поправкой к *Закону «О профилактике ВИЧ»* подобную практику рекомендуется запретить. Положение может быть сформулировано следующим образом:

Дискриминация лица на основании заражения ВИЧ-инфекцией или заболевания СПИДом, запрещена в областях, включающих трудоустройство и образование, но не ограничивающихся ими. Принуждение лица пройти тестирование на ВИЧ в качестве условия трудоустройства или зачисления в образовательное учреждение, до или во время работы или учёбы является дискриминационным и незаконным.

Рекомендация 29: Запретить дискриминацию лиц с наркотической зависимостью в связи с трудоустройством и в сфере образования

Принуждение к прохождению теста на наркотики *перед* принятием на работу или учёбу в образовательном заведении является ничем не оправданной дискриминацией на основании состояния здоровья. Требование пройти освидетельствование на наркотики на рабочем месте может быть оправдано в ограниченном числе случаев, например, в отношении профессий, связанных с управлением источниками повышенной опасности, и только в случаях обоснованного предположения о возможном нанесении ущерба, либо в случае, когда выборочное тестирование проводится в отношении работников после курса лечения от наркотической зависимости. Существует необходимость дифференцированного подхода к лицам, потребляющим наркотики время от времени, и лицам с наркотической зависимостью.

Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (или, возможно, новый закон о лечении наркотической зависимости, если он будет принят) должен в четкой форме официально определить, что дискриминация на основании потребления наркотических средств является незаконной (однако возможно в некоторых обстоятельствах дифференцированный подход может быть оправдан). Члены национальной экспертной группы полагают, что подобное положение будет способствовать борьбе со стигмой лиц, потребляющих наркотики. Рекомендуется внести в закон поправку следующего содержания:¹³⁹²

Дискриминация в связи с потреблением наркотиков

(1) При отсутствии справедливого обоснования, относящегося к данному конкретному случаю, дискриминация лица, родственников или партнеров этого лица на основании того, что это лицо потребляет или потребляло наркотики, или предполагается, что потребляет или потребляло наркотики, запрещается.

(2) Принуждение лица пройти освидетельствование на наркотики в качестве условия зачисления в образовательное учреждение, до или во время учёбы является дискриминационным и незаконным.

(3) Принуждение лица пройти освидетельствование на наркотики в качестве условия трудоустройства является дискриминационным и незаконным. Применение тестирования на наркотики в качестве условия продолжения работы разрешено только в отношении профессий, определенных [соответствующим правительственным органом], в связи с которыми ухудшение здоровья на рабочем месте может представлять серьезную угрозу для работника

¹³⁹¹ См., например, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*. Пункт 149. Подобное заключение можно сделать и в отношении дискриминации лица на основании заражения гепатитом В или С или ИППП. Из-за пути передачи данных заболеваний многие потребители наркотиков являются уязвимыми и для других инфекций, передаваемых через кровь, для гепатита В или С наряду с ВИЧ/СПИДом, и могут столкнуться с дискриминацией на этом основании, что уже имело место в некоторых странах. Принимая поправки к закону с целью оградить людей от дискриминации на основании их ВИЧ/СПИД статуса в таких областях, как трудоустройство и образование, целесообразно в четком виде предусмотреть законодательную защиту от дискриминации и на основании заражения такими заболеваниями.

¹³⁹² См.: *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, Модуль 7: Стигма и дискриминация, стр. 13-15.

или окружающих, и при условии обоснованного подозрения, что работник может находиться в состоянии наркотического опьянения.

По мнению членов национальной экспертной группы, система ограничений в области профессиональной деятельности, налагаемых на лиц, потребляющих наркотики, необходима, но её рекомендуется усовершенствовать. Решения о наложении ограничений должны приниматься специальной комиссией на основании рассмотрения обстоятельств каждого конкретного дела, а принципы их наложения рекомендуется регулярно пересматривать (например, ежегодно), чтобы определить, являются ли они необходимыми.

Рекомендация 30: Уважать и охранять права семьи

Согласно *Закону «Об охране здоровья граждан»* (Статья 13), государство гарантирует гражданам защиту от дискриминации, независимо от наличия у них любых форм заболеваний. Однако, как было отмечено выше, наличие наркотической зависимости может рассматриваться в качестве основания для отказа в праве на усыновление/удочерение либо лишения родительских прав (прав опеки над ребёнком). Подобная дискриминация по состоянию здоровья без каких бы то ни было оговорок, учёта обстоятельств конкретного дела и «интересов ребенка» не является оправданной. В связи с этим:

- В Статью 79 *Семейного Кодекса* рекомендуется внести поправки и отменить положение, предусматривающее лишение родительских прав на основании факта наличия у лица наркотической зависимости без каких бы то ни было оговорок и учёта обстоятельств конкретного дела;
- В Статью 152 *Семейного Кодекса* рекомендуется внести поправки и отменить положение, лишаящее лицо права на усыновление/удочерение либо права на установление опеки над ребенком на основании факта наличия у него/неё наркотической зависимости без каких бы то ни было оговорок и учёта обстоятельств конкретного дела.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Сравнительные таблицы юридической классификации и пороговых количеств контролируемых психоактивных веществ в странах проекта

ТАБЛИЦА 1. Юридическая классификация контролируемых психоактивных веществ

	Наркотические средства и психотропные вещества, оборот которых запрещен (в том числе в медицинских целях)			Наркотические средства и психотропные вещества оборот которых ограничен (могут применяться в медицинских целях, но оборот строго регулируется)		
	Наркотические средства	Психотропные вещества		Наркотические средства	Психотропные вещества	
Азербайджан	Гашиш Героин Каннабис Кокаин	Кат Опийный мак	Амфетамин Катин Катинон	Бупренорфин Метадон	Морфин Тебаин	Темазипам
Казахстан	Гашиш Героин Каннабис Кокаин	Маковая солома Опийный мак	Катинон	Кодеин Морфин Метадон	Тебаин Опий	Амфетамин Бупренорфин
Кыргызстан	Героин Дезоморфин Каннабис и смола каннабиса Масло каннабиса Маковая солома и ее концентрат		Катинон MDMA Кат	Кокаин Листья коки Метадон Моофин	Опиум Тебаин Кодеин	Амфетамин Бупренорфин Метамфетамин Катин
Таджикистан	Гашиш Героин Каннабис Катинон Маковая соломка Опийный мак			Амфетамин Бупренорфин Катин Кодеин Кокаин		Метадон Морфин Тебаин Темазипам
Туркменистан	Амфетамин Героин Кокаин Каннабис	Маковая солома Опий и др.	Катинон ЛСД МДМА и др.	Кодеин Метадон Бупренорфин	Морфин Промедол	Барбитал Кетамин Темазипам
Узбекистан	Гашиш Героин Каннабис Катин Катинон	Кат Метадон Маковая соломка Опийный мак	Запрещенных психотропных средств в Узбекистане нет	Амфетамин Бупренорфин Кокаин	Кодеин Морфин Тебаин	Амфетамин Бупренорфин Кокаин Кодеин Морфин Тебаин

ТАБЛИЦА 2. Пороговые количества некоторых контролируемых психоактивных веществ, хранение которых ведет к уголовной или административной ответственности¹ (размеры в граммах, если не указано дополнительно)

	Героин		Гашиш		Метадон		Кокаин	
	Предел количества для личного употребления	Предел количества крупного размера	Предел количества для личного употребления	Предел количества крупного размера	Предел количества для личного употребления	Предел количества крупного размера	Предел количества для личного употребления	Предел количества крупного размера
Азербайджан	<0,15	<2	<1	<100	<1,6	<100	<0,02	<1
Таджикистан	Мелк. 0,5 - 10 100 - 1000	Крупн. 100 - 1000	Мелк. 20 - 100	Особо крупн. >1000	Крупн. 100-1000	Особо крупн. >1000	Мелк. 0,5-10 100-1000	Крупн. Небол. 10-100 Особо крупн. >1000
Казахстан	Небол. 0 - 0,01	Крупные: ≥1,0	Небол. 0,5-5,0	Особо крупные: ≥200	Крупные: 0,01 - 1,0	Особо крупные: ≥1,0	Небол. 0 - 0,01	Особо крупные: ≥1,0
Кыргызстан	Небол. ≤1	Крупные: >30	Небол. ≤3	Особо крупные: >90	Крупные: 0,1 - 3	Особо крупные: >3	Небол. ≤0,03	Особо крупные: >0,9
Туркменистан	Небол. 0,025 - 5,0	Крупные: >50,0	Небол. 1,0 - 25,0	Особо крупные: >250,0	Крупные: 0,02 - 1,5	Особо крупные: >1,5	Небол. 0,02 - 1,0	Особо крупные: >20,0
Узбекистан	Небол. 0,001-0,005	Крупные: >0,005	Небол. 0,1	Крупные: >1,0	Крупные: 0,01 - 0,1	Крупные: >0,1	Небол. 0,01	Крупные: >0,1

¹ В Азербайджане административная ответственность устанавливается за хранение наркотического средства, не превышающее количество для личного потребления; уголовная ответственность – за хранение наркотического средства, превышающее необходимое для личного потребления. В Таджикистане административная ответственность устанавливается за хранение наркотических средств меньше мелкого размера; уголовная ответственность – за хранение наркотических средств выше этого порога. В Казахстане, Кыргызстане, Туркменистане и Узбекистане административная ответственность устанавливается за хранение небольших количеств наркотического средства; уголовная ответственность – за количество наркотического средства, свыше небольшого размера.

ТАБЛИЦА 2. Пороговые количества некоторых контролируемых психоактивных веществ, хранение которых ведет к уголовной или административной ответственности
(размеры в граммах, если не указано дополнительно)
(продолжение)

	Мариуана (высушенная)		Бупренорфин		Амфетамин		Морфин		
	Предел количества личного употребления 5	Предел количества крупного размера 500	Предел количества личного употребления < 0,05	Предел количества личного употребления < 2,5	Предел количества личного употребления < 0,15	Предел количества личного употребления < 2	Предел количества личного употребления < 0,05	Предел количества личного употребления < 2,5	Предел количества личного употребления < 2,5
Азербайджан	Мелкие: 100-200 Небольшие: 200-1000	Крупные: 1000-10 кг.	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 0,0012-0,12 Небольшие: 0,0012-0,12	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Особо крупные: >1000
Таджикистан	Мелкие: 100-200 Небольшие: 200-1000	Крупные: 1000-10 кг.	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 0,0012-0,12 Небольшие: 0,0012-0,12	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Особо крупные: >1000
Казахстан	Мелкие: 100-200 Небольшие: 200-1000	Крупные: 1000-10 кг.	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 0,0012-0,12 Небольшие: 0,0012-0,12	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Особо крупные: >1000
Кыргызстан	Мелкие: 100-200 Небольшие: 200-1000	Крупные: 1000-10 кг.	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 0,0012-0,12 Небольшие: 0,0012-0,12	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Особо крупные: >1000
Туркменистан	Мелкие: 100-200 Небольшие: 200-1000	Крупные: 1000-10 кг.	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 0,0012-0,12 Небольшие: 0,0012-0,12	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Особо крупные: >1000
Узбекистан	Мелкие: 100-200 Небольшие: 200-1000	Крупные: 1000-10 кг.	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 0,0012-0,12 Небольшие: 0,0012-0,12	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Мелкие: 0,5-10 Небольшие: 10-100	Крупные: 100-1000 Особо крупные: >1000	Особо крупные: >1000

ТАБЛИЦА 2 Пороговые количества некоторых контролируемых психоактивных веществ, хранение которых ведет к уголовной или административной ответственности
(размеры в граммах, если не указано дополнительно)
(окончание)

	Конопля (растение)		Маковая соломка (высуш)		Опий (сырец)		
	Предел количества личного употребления -	Предел количества крупного размера -	Предел количества личного употребления -	Предел количества крупного размера -	Предел количества личного употребления -	Предел количества крупного размера -	Предел количества крупного размера -
Азербайджан	Мелкие: 5-10 кустов Небольшие: 10-50 кустов	Крупные: 50-500 кустов	Мелкие: 20-100 Небольшие: 100-500	Крупные: 500-5 кг	Мелкие: 5-100 Небольшие: 100-1000 кг	Крупные: 1000-10 кг	Предел количества крупного размера -
Таджикистан	Мелкие: 5-10 кустов Небольшие: 10-50 кустов	Крупные: 50-500 кустов	Мелкие: 20-100 Небольшие: 100-500	Крупные: 500-5 кг	Мелкие: 5-100 Небольшие: 100-1000 кг	Крупные: 1000-10 кг	Предел количества крупного размера -
Казахстан	Мелкие: 5-10 кустов Небольшие: 10-50 кустов	Крупные: 50-500 кустов	Мелкие: 20-100 Небольшие: 100-500	Крупные: 500-5 кг	Мелкие: 5-100 Небольшие: 100-1000 кг	Крупные: 1000-10 кг	Предел количества крупного размера -
Кыргызстан	Мелкие: 5-10 кустов Небольшие: 10-50 кустов	Крупные: 50-500 кустов	Мелкие: 20-100 Небольшие: 100-500	Крупные: 500-5 кг	Мелкие: 5-100 Небольшие: 100-1000 кг	Крупные: 1000-10 кг	Предел количества крупного размера -
Туркменистан	Мелкие: 5-10 кустов Небольшие: 10-50 кустов	Крупные: 50-500 кустов	Мелкие: 20-100 Небольшие: 100-500	Крупные: 500-5 кг	Мелкие: 5-100 Небольшие: 100-1000 кг	Крупные: 1000-10 кг	Предел количества крупного размера -
Узбекистан	Мелкие: 5-10 кустов Небольшие: 10-50 кустов	Крупные: 50-500 кустов	Мелкие: 20-100 Небольшие: 100-500	Крупные: 500-5 кг	Мелкие: 5-100 Небольшие: 100-1000 кг	Крупные: 1000-10 кг	Предел количества крупного размера -

Положения о списках/перечнях наркотических средств и психотропных веществ в странах, участвовавших в проекте различаются.

В Азербайджане, существует три списка наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, оборот которых ограничен или запрещен: Список I наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, оборот которых запрещен; Список II – веществ, оборот которых ограничен; и Список III – веществ, оборот которых разрешен и контролируется государством.¹

В Казахстане существует Список контролируемых наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.² Список состоит из четырех Таблиц: Таблица I включает наркотические средства и психотропные вещества, использование которых в медицинских целях запрещено. Таблица II включает наркотические средства и психотропные вещества, использование которых для медицинских целей строго контролируется; Таблица III содержит список наркотических средств и психотропных веществ, использование которых разрешено и контролируется государством; и Таблица IV содержит прекурсоры, подлежащие контролю в Республике Казахстан.

Та же ситуация существует в Узбекистане³ и Туркменистане.⁴

В Кыргызстане,⁵ наркотические средства разделены на четыре Списка: Список I содержит наркотические средства, представляющие *особую опасность* по причине особенно вредных последствий, к которым может привести злоупотребление ими, и представляющие интерес с точки зрения использования в медицинских целях; Список II содержит наркотические средства, представляющие *определенную опасность* по причине вредных последствий к которым может привести злоупотребление или, и представляющие интерес с точки зрения использования в медицинских целях; Список III- препараты наркотических средств, освобожденные от некоторых мер контроля; Список IV- наркотические средства, запрещенные для применения на людях, не подлежащие включению в Государственных реестр, и оборот которых запрещен. Также существуют отдельные списки прекурсоров и растений содержащих наркотические вещества, и запрещенных к производству.

В Таджикистане существует Перечень и размеры наркотических средства, психотропных веществ и прекурсоров, находящихся в незаконном обороте.⁶

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ИНСТРУМЕНТ ОЦЕНКИ

¹ Закон Азербайджана «Об утверждении списков наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, оборот которых на территории Азербайджанской Республики запрещен, ограничен и контролируется», 20 февраля 2001 г. № 85-III.

² Списки утверждены Законом Республики Казахстан «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими» от 10 июля 1998 N 279-1.

³ Закон Узбекистана «О наркотических средствах и психотропных веществах», No. 813-1, (19 августа 1999), статья 4; и Государственная Комиссия Узбекистана по контролю за наркотиками, «Перечень наркотических средств с отнесением их количества к небольшим, превышающим небольшие и крупным размерам при обнаружении в незаконном владении и обороте», No. 3 (22 мая 1998).

⁴ Закон Туркменистана «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту», 9 октября 2004, статья 2.

⁵ Закон Кыргызстана «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», No. 66 (22 мая 1998), с изменениями от 4 июля 2005, No. 90, статья 2; и Постановление Правительства "О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, подлежащих контролю в Кыргызской Республике", 9 ноября 2007, No. 543, с приложениями.

⁶ Утвержден в соответствии с Законом Таджикистана «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», No. 874 (10 декабря 1999).

УПРАВЛЕНИЕ ООН ПО НАРКОТИКАМ И ПРЕСТУПНОСТИ
КАНАДСКАЯ ПРАВОВАЯ СЕТЬ ПО ВИЧ/СПИДУ

1. ОПИСАНИЕ

Инструмент Оценки составлен с целью анализа национального законодательства и элементов политики и правоприменительной практики, касающихся наличия и доступности услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для уязвимых групп населения, в частности, для лиц, потребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы. Поскольку этот инструмент предназначен для оценки законодательных гарантий обеспечения профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, анализ, проведенный с его применением, может помочь странам проводить реформирование законодательства и политики для улучшения профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в целом и, особенно для указанных групп населения.

В основе Инструмента Оценки лежат принципы прав человека, включая международные стандарты в отношении права на здоровье. Данная редакция Инструмента оценки подготовлена специально для региона Центральной Азии и Азербайджана (стран, участвовавших в проекте) и составлена с учетом специфических особенностей ситуации и законодательных систем региона. Инструмент Оценки может быть адаптирован и использован для проведения оценки законодательства, направлений политики и правоприменения, в других странах и регионах.

Инструмент Оценки призван помочь оценить, насколько в национальном законодательстве закреплены гарантии уважения, соблюдения и защиты прав человека, доступности услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики, и заключенных, как гарантируется и осуществляется защита от дискриминации, уязвимых перед ВИЧ слоев населения. Инструмент Оценки также включает такие сферы, являющиеся элементами профилактики ВИЧ-инфекции, как оценка адекватности лечения наркотической зависимости, и предоставление услуг по снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков. Документ содержит вопросы и таблицы для оценки того, насколько национальное законодательство соответствует международно-правовым документам, касающимся профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Заполнение Инструмента Оценки должно помочь экспертам идентифицировать сферы, где национальное законодательство и правоприменение затрудняют эффективную профилактику и лечение ВИЧ-инфекции и нарушают или могут потенциально нарушать права людей, употребляющие наркотики, и лиц, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

В Инструмент Оценки также входит руководство по ее проведению. Чтобы помочь группам национальных экспертов из стран, проводящих реформы, провести оценку законодательства и соблюдения закона в сфере профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики, и людей, находящихся в местах лишения свободы, были разработаны учебные модули, содержащие информацию о международных стандартах прав человека, дающие обоснование необходимости реформ, и знакомящие с лучшей международной практикой по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и снижению вреда от употребления наркотиков.

Структура Инструмента оценки

Инструмент оценки разделен на следующие секции:

- 1. Международное право:** международные документы, в области прав человека, охраны здоровья и наркотиков, подписанные страной.
- 2. Национальная правовая система:** основы правовой и судебной власти, процедуры принятия законодательства, подзаконных актов и изменений и дополнений к ним.
- 3. Национальные программы, планы, стратегии по наркотикам и по ВИЧ/СПИДу:** положения, определяющие доступность и принципы организации лечения наркотической зависимости и профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики, и людей, находящихся в учреждениях пенитенциарной системы.
- 4. Вопросы административного и уголовного права:** анализ положений административного и уголовного права, в отношении потребления наркотиков и хранения их небольших количеств без цели сбыта; направление лиц на тестирование на наркотики правоохрани-

тельными органами; альтернативы уголовному наказанию для лиц, совершивших ненасильственные преступления, связанные с наркотиками.

- 5. Услуги здравоохранения:** наличие и доступность услуг здравоохранения; лечение наркотической зависимости; права пациентов, включая конфиденциальность медицинской информации, услуги снижения вреда.
- 6. Тюрьмы:** профилактика и лечение ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы, включая меры в отношении потребления наркотиков в тюрьмах (например, лечение наркотической зависимости и программы обмена шприцев).
- 7. Положения, направленные на борьбу с дискриминацией:** ограничение прав людей, потребляющих наркотики, и людей, живущих с ВИЧ; участие в принятии решений.

2. МЕТОДОЛОГИЯ

Инструмент Оценки основан на международных стандартах прав человека и составлен с учетом договоров, конвенций и рекомендаций, касающихся наркотиков, тюрем, ВИЧ и СПИДа, принятых международными организациями, в частности ООН (ЮНЭЙДС, Всемирной организацией здравоохранения, Управлением ООН по наркотикам и преступности, Управлением Верховного комиссара ООН по правам человека).

В качестве основы для разработки Инструмента Оценки использовался документ *Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, разработанный Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006). Документ опубликован на сайте сети на английском (www.aidslaw.ca/modellaw) и русском (www.aidslaw.ca/modellaw-ru) языках. Модельный закон приводит примеры того, как законодательно урегулирована профилактика ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики, и заключенных в странах, следующих эффективным, основанным на правах человека, стратегиям профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Модельный закон должен использоваться национальными экспертами в качестве основы для составления отчета и рекомендаций по реформированию законодательства. Также, при составлении Инструмента Оценки, использовались следующие документы:

- *Всеобщая декларация прав человека* (1948);
- *Международный пакт о гражданских и политических правах* (1966);
- *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах* (1966);
- Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам: *Комментарий общего порядка № 14: право на наивысший достижимый уровень здоровья* (2000);
- Верховный комиссар ООН по правам человека и ЮНЭЙДС, *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, объединенный вариант (2006);
- Межпарламентский союз, ЮНЭЙДС и ПРООН, *Принятие мер против ВИЧ и СПИДа: пособие для парламентариев* (2007);
- ВОЗ, *Руководящие принципы по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах*; (1993);
- Генеральная Ассамблея ООН, *Минимальные стандартные правила обращения с заключенными* (1955);
- Генеральная Ассамблея ООН, *Основные принципы обращения с заключенными*, (1990);
- Генеральная Ассамблея ООН, *Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом* (2001);
- ВОЗ/УОННП(ЮНОДК)/ЮНЭЙДС, *Совместная позиция: Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа* (2004);
- Программа ООН по международному контролю над наркотиками (UNDCP), *Гибкость положений международных договоров по отношению к программам снижения вреда*, Решение 74/10, (2002);
- *Дублинская декларация о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии*, (2004).

3. РУКОВОДСТВО ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ИНСТРУМЕНТА ОЦЕНКИ

В рамках данного проекта, эксперты должны:

- Ознакомиться с международными стандартами, перечисленными выше, и с *Модельным законом о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*.
- Заполнить Инструмент оценки, отвечая на все вопросы, используя международные, региональные и двусторонние договоры, национальное законодательство и подзаконные акты.
- Провести интервью с заинтересованными лицами, включая работников неправительственных организаций, людей, потребляющих наркотики, людей, живущих с ВИЧ; и людей, находящихся (или находившихся в прошлом) в тюрьмах.
- Обсудить результаты анализа законодательства с соответствующими национальными ведомствами, государственными структурами, представителями гражданского общества, людьми, живущими с ВИЧ, и людьми, потребляющими наркотики, заключенными и другими заинтересованными сторонами.
- Разработать рекомендации по внесению изменений в национальное законодательство или разработке новых нормативных актов, в отношении ВИЧ/СПИДа, и того как устранить законодательные барьеры эффективной профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики, и заключенных.
- Провести встречи, круглые столы, дискуссии и тренинги для людей, принимающих решения, и других заинтересованных лиц, по международным стандартам прав человека и предлагаемым рекомендациям и поправкам в законодательство.

При заполнении Инструмента Оценки, национальным экспертам необходимо сравнить существующее национальное законодательство с международными стандартами в области прав человека и с *Модельным законом о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, и разработать рекомендации по реформированию национального законодательства, касающегося профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики, и лиц, содержащихся в местах лишения свободы. При анализе национального законодательства, эксперты должны принять во внимание законы и подзаконные акты, которые могут прямо или опосредованно способствовать дискриминации, стигматизации и ограничению прав людей, потребляющих наркотики, секс работников, заключенных и других групп, подвергающихся риску заражения ВИЧ. Также, особое внимание должно уделяться положениям или политике, усиливающим уязвимость людей к ВИЧ, включая строгие административные и уголовные меры в отношении потребления наркотиков.

Документы, которые необходимо включить в анализ:

- Национальные программы по: ВИЧ/СПИДу, контролю за наркотиками и реформе уголовно-исполнительной системы;
- Конституция, кодексы и законы;
- Указы президента, резолюции и постановления правительства, министерств и ведомств;
- Судебные решения;
- Руководства или другие документы, определяющие правоприменение;
- Другие документы, имеющие отношение к исследуемому вопросу.

Необходимо собрать все документы, имеющие отношение к исследуемой теме. Возможно наличие положений Конституции, уголовного и административного права или ведомственных нормативных документов, которые расширительно интерпретируются подзаконными актами, и могут непреднамеренно негативно сказываться на людях, потребляющих наркотики, и заключенных. В процессе проведения оценки законодательства, необходимо постараться идентифицировать подобные нормативно-правовые документы, хотя, возможно, их нелегко отыскать.

В некоторых разделах Инструмента Оценки содержатся вопросы не только о законодательстве, но и о реальном положении вещей, статистике и фактах. Во многом, оценка ситуации и заключение о необходимости реформ должна основываться не только на законодательном обеспечении, но и на реальном выполнении (или не выполнении) этих положений. Если у национальных экспертов возникнут сомнения, что законодательство выполняется не в полной мере, нарушается

или подвергается произвольной интерпретации правоприменительными органами, пожалуйста, сделайте отметку об этом и приведите подтверждение своих слов. Например, если снижение вреда не запрещено никакими законами, но программы в полной мере не внедряются, т.к. аутрич-работники или потребители наркотиков боятся преследования, это следует описать в отчете.

Члены исследовательской группы могут определить другие, имеющие отношение к исследуемой теме, области законодательства. В этом случае необходимо обосновать необходимость включения в анализ новой области, ее отношение к исследуемому вопросу. В конце каждого из разделов, необходимо обобщить собранные данные, выделить ключевые выводы и суммировать рекомендации. Необходимо приводить цитаты рассматриваемых законов и регуляций. Если есть возможность, необходимо приложить копии рассмотренных законов и подзаконных актов.

Проведение интервью

Для полноты анализа, национальным экспертам необходимо проинтервьюировать людей, обладающих опытом в исследуемой сфере (например, люди, работающие в обсуждаемой сфере, люди, потребляющие наркотики, и заключенные). Это необходимо для получения реальной картины в исследуемой области; для определения ситуаций, в которых законы не соблюдаются или слишком широко интерпретируются, таким образом, затрудняя доступ к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики, и заключенных. Во время проведения интервью нужно составить представление о реальной доступности профилактических и медицинских услуг, касающихся ВИЧ-инфекции, для людей, потребляющих наркотики, и заключенных.

Следует провести интервью, по крайней мере, одного представителя из каждой из следующих групп:

1. Люди, потребляющие наркотики;
2. Люди, живущие с ВИЧ;
3. Секс работники;
4. Бывшие заключенные или люди, находящиеся в заключении в настоящее время (если возможно), и организации, работающие в учреждениях уголовно-исполнительной системы;
5. Лица, предоставляющие услуги по снижению вреда, аутрич-работники;
6. Персонал мест лишения свободы и персонал учреждений предварительного заключения;
7. Медицинский персонал и врачи, предоставляющие ОЗТ, наркологи, сотрудники СПИД-центров, роддомов и детских домов;
8. Сотрудники правоохранительных органов, патрулирующие улицы;
9. Судьи, прокуроры, особенно работающие по делам, связанным с наркотиками

Составление отчета

В отчет должно включаться следующее :

- заполненный Инструмент оценки, с идентифицированными пробелами в законодательстве или в его выполнении;
- приоритеты при проведении реформы законодательства для улучшения профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики, и людей, находящихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы;
- рекомендации для изменения законодательства;
- если возможно, формулировки поправок к законодательным актам, или проекты новых нормативных актов (которые могут быть основаны на *Модельном законе о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*).
- план по приведению рекомендаций в жизнь;

Результаты отчета по каждой стране будут использованы для составления сводного отчета, суммирующего результаты анализа законодательства и предложенные рекомендации по всем странам, который и может быть использован для адвокации предлагаемых реформ.

Перечень вопросов для самооценки

Национальным группам экспертов также предлагается заполнить так называемый *Вопросник по самооценке* для определения степени соответствия национального законодательства Модельному закону о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе и другими международными стандартами в области прав человека и снижения вреда. Этот вопросник будет полезен при проведении мониторинга

совершенствования национального законодательства, касающегося профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и заключенных.

ТРЕНИНГ для национальных экспертов по международным стандартам в области профилактики ВИЧ-инфекции и применению Инструмента оценки

В процессе тренинга национальным экспертам должна быть дана подробная информация об основных на правах человека подходах к профилактике ВИЧ-инфекции, в особенности, о праве на здоровье. Должны быть рассмотрены положения *Модельного закона о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, а также договоры и рекомендации ООН, касающиеся ВИЧ-инфекции, потребления наркотиков и пенитенциарной системы. Должна быть представлена информация о мерах снижения вреда, эффективность которых эмпирически доказана (например, программы предоставления стерильных игл и шприцев, места безопасного потребления наркотиков, лечение наркотической зависимости, включая заместительную опиоидную терапию), как это описано в учебном пособии (см. Приложение 3).

Ожидается, что в течение тренинга участники:

- углубят знания о международных стандартах прав человека, связанных с профилактикой и лечением ВИЧ у лиц, употребляющих наркотики, и заключенных, и приобретут знания по *Модельному закону о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, который должен явиться базой для дальнейших законодательных реформ;
- получат знания и навыки по использованию *Инструмента Оценки национального законодательства* и сбору нормативных документов, связанных с обеспечением доступности служб профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди лиц, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы ;
- подготовят стратегический план и график работы по обзору и пересмотру законодательства, и по подготовке рекомендаций по внесению поправок;
- распределят между собой разделы законодательства, по которым будут проводиться оценка и последующий анализ, и выделят приоритеты; и
- обсудят возможные трудности в работе по оценке законодательства, и последующей реформе законодательства и правоприменительных практик, и пути их преодоления.

4. ВОПРОСЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

I. Международное право:

1. Какие международные и региональные конвенции и договоры в сфере прав человека государство ратифицировало?

Таблица 1. Международные и региональные конвенции и договоры в сфере прав человека, ратифицированные государством

Международный документ	Информация о ратификации (документ ратифицирован или нет)	Оговорки	Комментарии
Международный пакт о гражданских и политических правах (1966)			
Факультативный протокол к Международному пакту о гражданских и политических правах (1966)			
Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966)			

Факультативный протокол к Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах (2008)			
Конвенция о правах ребенка + факультативные протоколы (1989)			
Конвенция о запрещении пыток (1984)			
Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1981)			
Конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (1969)			
Европейская конвенция по правам человека (+ протоколы) (1953)			
Другие (пожалуйста, перечислите)			

2. В какие международные или региональные организации, занимающиеся защитой прав человека, входит государство?
3. Каков статус международных договоров по правам человека по отношению к национальным законам (провозглашается ли приоритет международного права)?
4. Какие конвенции (и другие договоры) по контролю наркотиков государство ратифицировало (или поддерживает)?

Таблица 2. Конвенции и другие договоры по контролю наркотиков, ратифицированные государством

Название документа	Дата ратификации/подписания (укажите, если документ не ратифицирован)	Комментарии
Единая конвенция о наркотических средствах, 1961 г.		
Протокол о поправках к Единой Конвенции о наркотических средствах, 1972 года		
Конвенция о психотропных веществах, 1971 г.		
Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988 г.		
Декларация о руководящих принципах сокращения спроса на наркотики, 1998 г.		
Другие (пожалуйста, перечислите)		

5. Какие двусторонние или региональные соглашения по контролю наркотиков государство подписало?

II. Национальная правовая система и органы/агентства, имеющие отношение к вопросам, касающимся ВИЧ и наркотиков:

6. Опишите иерархию национального законодательства (конституция, кодексы, законы, постановления).
7. Существует ли в стране Конституционный суд? Какие физические/ юридические лица имеют право обращения?
8. Какие лица и объединения обладают правом законодательной инициативы?
9. Подлежат ли законы и нормативные акты обязательной публикации в официальной прессе?
10. Опишите судебную систему страны. Под юрисдикцию каких судов, чаще всего подпадают дела, связанные с наркотиками? Существуют ли суды по делам о наркотиках?
11. Существует ли в законодательстве понятие судебного прецедента, какова его юридическая сила?
12. Какие категории граждан имеют право на получение бесплатной юридической помощи (предоставление адвоката)? Доступна ли и адекватного ли качества бесплатная юридическая помощь людям, обвиненным в преступлениях, связанных с наркотиками? Существуют ли специальные агентства по предоставлению бесплатных юридических услуг населению?
13. Опишите национальный механизм защиты прав человека, включая органы и их полномочия.
14. Опишите подчиненность и полномочия правоохранительных органов в работе по предотвращению и расследованию правонарушений и преступлений, связанных с наркотиками.
15. Опишите систему подчинения, задачи и функции учреждений (агентств) по контролю наркотиков. Какие органы/агентства ответственны за разработку и внедрение законодательства и политики по контролю наркотиков.
16. Опишите национальные органы/агентства, ответственные за предупреждение распространения ВИЧ, включая: 1) их функции и полномочия; 2) участие людей, потребляющих наркотики, и людей, живущих с ВИЧ, в их работе.

IIIА. Национальные программы/ стратегии/ планы действий по контролю наркотиков

17. Какие национальные программы, стратегии, планы по контролю наркотиков существуют в стране? Опишите их основные элементы, включая: (1) профилактику потребления наркотиков; (2) лечение наркотической зависимости; (3) снижение вреда; (4) правоохранительные меры.
18. Входят ли в программу элементы профилактики (в том числе и меры снижения вреда) и лечения наркотической зависимости в учреждениях пенитенциарной системы ?
19. Расписан ли бюджет и источники финансирования программы? Какой процент бюджета программы тратится на лечение наркотической зависимости и услуги по снижению вреда?
20. Какой орган (или органы) отвечают за разработку программы, ее выполнение и оценку ее эффективности?
21. В какой форме представители гражданского общества участвуют в разработке и выполнении программы (например, организации, работающие в сфере снижения вреда, люди, потребляющие наркотики)? Существуют ли механизмы контроля гражданского общества за выполнением программы?
22. Что необходимо сделать, чтобы данная программа была более эффективна? Интервью с представителями гражданского общества может быть особенно полезным для ответа на этот вопрос.

Опишите элементы программы в соответствии со следующей таблицей.

Таблица 3. Программа по контролю наркотиков

Элементы программы	Включены или нет в программу: Да / Нет	Учреждение или государственный орган, ответственные за выполнение программы	Комментарии/ краткое описание
Основные элементы/разделы программы (правоохранительные мероприятия, профилактика потребления наркотиков, лечение наркотической зависимости, меры снижения вреда)			
Положения, определяющие вмешательства по профилактике потребления наркотиков			
Положения, определяющие вмешательства по организации/доступности лечения наркотической зависимости (в том числе опиоидной заместительной терапии)			
Положения, определяющие доступность услуг по снижению вреда (в том числе программ предоставления стерильных игл и шприцев, доступности шприцев в аптеках, организации мест для более безопасного потребления наркотиков/под контролем медицинского персонала, распространения презервативов и аутич-работы)			
Положения, определяющие вмешательства, направленные на вовлечение людей, потребляющих наркотики, в работу в рамках национальной программы			
Положения, определяющие вмешательства, касающиеся потребления наркотиков в тюрьмах (профилактика потребления наркотиков, лечение наркотической зависимости, услуги по снижению вреда)			
Положения, определяющие специальные профилактические меры, направленные на другие группы населения (секс-работники, несовершеннолетние, женщины)			
Другое			

IIIВ. Программы, стратегии и планы по ВИЧ/СПИДу

23. Какие национальные программы, стратегии, планы действий по профилактике ВИЧ-инфекции существуют в стране? Опишите основные элементы программы и группы населения, на которые направлены те или иные мероприятия.

24. Какие мероприятия направлены на профилактику и лечение в отношении ВИЧ среди уязвимых групп? (Опишите мероприятия и группы населения)
25. Есть ли в программе упоминание о мерах снижения вреда?
26. Необходимо ли одобрение агентства по контролю наркотиков для расширения мер по профилактике ВИЧ (например, для расширения программ по предоставлению стерильных игл и шприцев и/или заместительной терапии)?
27. Как программа финансируется? Адекватно ли финансирование? Какой процент бюджета программы тратится на собственно профилактику распространения ВИЧ?
28. Какие министерства/ ведомства ответственны за разработку, выполнение программы и оценку ее эффективности?
29. Как представители гражданского общества участвуют в разработке и выполнении программы (например, организации, работающие в сфере снижения вреда, люди, потребляющие наркотики, люди, живущие с ВИЧ)? Отражены ли в программе механизмы контроля гражданского общества за ее выполнением?
30. Входят ли в программу положения о соблюдении прав людей, живущих с ВИЧ, анти-дискриминационные положения, положения, гарантирующие тайну их личной жизни?
31. Есть ли в программе положения о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы?
32. Что необходимо сделать, чтобы программа была более эффективной? Интервью с представителями гражданского общества может быть особенно полезным для ответа на этот вопрос.
33. Существуют ли другие национальные программы (стратегии/планы действий) по предотвращению инфекций, передающихся половым путем (ИППП), вирусных гепатитов, туберкулеза? Есть ли в них положения, касающиеся особых/уязвимых групп населения (например, людей, потребляющих наркотики)? Включены ли в них положения о мерах, профилактики и лечения этих заболеваний в местах лишения свободы?

Опишите элементы программ в соответствии со следующей таблицей:

Таблица 4. Программа по профилактике ВИЧ-инфекции

Элементы программы	Включены или нет в программе: Да / Нет	Учреждение или государственная организация, ответственные за выполнение программы	Комментарии/ краткое описание
Основные элементы/разделы программы (профилактика и лечение ВИЧ-инфекции)			
Положения, определяющие мероприятия по снижению вреда			
Положения, определяющие мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции для общего населения			
Положения, определяющие вмешательства по профилактике ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики (в том числе и программы предоставления стерильных игл и шприцев, доступность шприцев в аптеках, организация мест более безопасного потребления наркотиков/под контролем медицинского персонала, распространение презервативов, аутрич-работа, заместительная терапия)			

Положения, определяющие вмешательства по профилактике распространения ВИЧ среди заключенных (включая образовательно-информационные программы, программы предоставления стерильных игл и шприцев, распространение презервативов, аутрич-работа, заместительная терапия)			
Положения, определяющие специфические меры по профилактике распространения ВИЧ, направленные на другие группы населения (беременные женщины, секс-работники, мужчины, имеющие секс с мужчинами)			
Положения, определяющие мероприятия по лечению ВИЧ-инфекции (включая доступность АРВ-терапии, бесплатные медицинские услуги для ЛЖВ)			
Положения, определяющие вмешательства, направленные на борьбу с дискриминацией и стигматизацией			
Другое			

IV. Вопросы уголовного и административного права

Пожалуйста, укажите конкретные законодательные положения, ссылки, и выдержки из законов, и приложите сами законодательные акты или отрывки из них.

34. Существует ли уголовная или административная ответственность за потребление наркотических средств как таковое?
35. Существует ли в законодательстве понятие «количества наркотического средства для личного потребления» или «средней одноразовой дозы»?
36. Существует ли в уголовном кодексе разделение на хранение наркотика для личного потребления/без цели сбыта и хранение наркотика в целях сбыта?
37. Как регулируются хранение, наркотических веществ без цели сбыта? Если возможно, дайте детали в отношении различных наркотических веществ.
38. Опишите Списки наркотических веществ, утвержденные в стране. Какой орган их разрабатывает и утверждает?
39. С какого возраста наступают административная и уголовная ответственность за преступления, связанные с наркотиками?
40. За какие деяния, связанные с наркотиками, предусмотрена административная ответственность?
41. Есть ли в законодательстве положения, предусматривающие возможность альтернатив уголовной ответственности за ненасильственные преступления, связанные с наркотиками?
42. Предусмотрена ли уголовная ответственность, не связанная с лишением свободы, за дела, связанные с наркотиками (условное наказание, испытательный срок, общественные работы)? Меняется ли характер наказания при повторных правонарушениях (как)?
43. Существует ли положение в Уголовном кодексе, согласно которому совершение преступления в состоянии наркотического опьянения является отягчающим обстоятельством?
44. Существуют ли положения законодательства, регламентирующие прохождение лечения наркотической зависимости как альтернативу лишению свободы?
45. Применяется ли принудительное лечение как альтернатива лишению свободы?
46. Предоставляет ли законодательство защиту от уголовного или административного преследо-

- вания штату организаций, занимающимся снижением вреда, или волонтерам за деятельность, которая может быть интерпретирована как например, склонение к потреблению наркотиков?
47. Может ли хранение шприца или других приспособлений для употребления наркотиков (парадерналий) вести к юридической ответственности ?
 48. Может ли хранение принадлежностей и инструментария, которые могут использоваться для потребления наркотиков, рассматриваться как склонение к употреблению наркотиков? В каких законодательных документах даны определения этого и описаны соответствующие регуляции?
 49. Является ли наличие остаточных количеств наркотического вещества в шприце (или другом приспособлении для употребления наркотиков) достаточным основанием для возбуждения административного/ уголовного дела?
 50. Существуют ли в национальных нормативных актах запрещение патрулирования правоохранительными органами около аптек и программ снижения вреда?
 51. На каких основаниях сотрудники правоохранительных органов могут принимать решение о направлении лица на экспертизу на наличие наркотических веществ в организме (подозрение на употребление наркотика, совершение правонарушения)?
 52. Применяется ли конфискация имущества в делах, связанных с наркотиками?
 53. Применяется ли досудебное задержание по делам, связанным с наркотиками?

Пожалуйста, составьте таблицу, отражающую степень ответственности за совершение деяний, связанных с наркотиками, с указанием минимального и максимального наказания. Там, где тяжесть наказания зависит от типа наркотика, пожалуйста, укажите конкретные наркотические вещества (например, героин, кокаин, и другие наиболее часто употребляемые наркотические вещества).

54. Существует ли уголовная или административная ответственность за уклонение от тестирования/ освидетельствования на ВИЧ, ИППП, наркотики и лечения ВИЧ-инфекции, ИППП, /наркомании?
55. Существует ли уголовная или административная ответственность за секс работу/ проституцию?
56. Существует ли уголовная или административная ответственность за сексуальные отношения по обоюдному согласию между двумя взрослыми лицами одного пола?
57. Существует ли уголовная или административная ответственность за заражение /поставление в опасность заражения ВИЧ и ИППП?
58. Перечислите другие виды административной ответственности за правонарушения, связанные с наркотиками (например, появление в общественном месте в состоянии наркотического опьянения и др.).

V. Медицинские услуги для людей, потребляющих наркотики

Общая информация и статистические данные:

Пожалуйста, укажите, сколько человек находится на наркологическом учете по поводу наркотической зависимости и потребления наркотиков, сколько получают лечение по поводу наркотической зависимости, в том числе ОЗТ. Сколько человек в стране получает антиретровирусную (АРВ) терапию? Сколько человек из получающих АРВ-терапию являются потребителями наркотиков? Сколько человек получают лечение от вирусных гепатитов? Количество женщин среди пациентов наркологических диспансеров (включая получающих ОЗТ) и среди пациентов с наркотической зависимостью, получающих АРВ-терапию. Есть ли СПИД-центры и наркологические учреждения в сельской местности? Какова их доступность, есть ли листы ожидания?

59. Каким законодательством и каким образом закреплено право на здоровье в национальном законодательстве?
60. Гарантировано ли бесплатное медицинское обслуживание для всех?
61. Какие документы необходимы для получения бесплатной медицинской помощи (регистрация по месту жительства (прописка), страховой полис).
62. Каков порядок доступа к медицинским услугам, для людей, не имеющих регистрации по определенному месту жительства (прописки)?
63. Насколько доступны адекватные медицинские услуги для безработных и лиц без идентификационных документов (паспорта)?

64. Имеют ли иностранцы, иммигранты и беженцы доступ к медицинской помощи? Какие медицинские услуги предоставляются им на бесплатной основе?
65. Предоставляются ли АРВ терапия, лечение вирусных гепатитов и наркотической зависимости бесплатно в вашей стране?
66. Существуют ли какие-либо подзаконные акты или рекомендации исполнительной власти, которые могут быть использованы для отказа в предоставлении АРВ-терапии лицам, употребляющим наркотики?
67. Может ли употребление наркотиков быть причиной отказа в приеме на лечение или причиной исключения из программы лечения по поводу вирусного гепатита, туберкулеза, наркотической зависимости?
68. Существует ли партнерство между учреждениями, предоставляющими лечение ВИЧ-инфекции, наркотической зависимости, туберкулеза, вирусного гепатита С? Как регулируется/организовывается перенаправление из одной такой структуры в другую? Возможно ли получение лечения по поводу указанных заболеваний одновременно/в комплексе?
69. Какова ответственность медицинского персонала за отказ в предоставлении медицинских услуг/ лечения? Были ли случаи привлечения к ответственности, если да, с каким исходом?
70. Как законодательно регулируются вопросы прав пациентов, включая конфиденциальность медицинской документации ? Существует и работает ли система привлечения медицинского персонала к ответственности за нарушение конфиденциальности медицинской документации (разглашение их содержания)?

Тестирование (медицинская экспертиза, освидетельствование) на наличие наркотиков в организме

71. При каких обстоятельствах и кем (какими органами) лицо направляется на медицинскую экспертизу и освидетельствование на наличие наркотиков в организме? Какие документы это регулируют?
72. В каких случаях экспертиза/освидетельствование на наркотики проводится без согласия лица? К чему ведет отказ от прохождения экспертизы/освидетельствования?
73. Проводится ли тестирование на наличие наркотиков в организме в школах, университетах и других учебных заведениях? К чему ведет отказ от тестирования?
74. Проводится ли тестирование на наличие наркотиков в организме на рабочем месте ? К чему ведет отказ от тестирования по требованию работодателя?
75. Пожалуйста, опишите, существуют ли ограничения прав лиц, употребляющих наркотики, в следующих областях: (а) получение водительских прав, (б) усыновление/удочерение, (в) право на занятие определенных должностей, (г) право голосовать, (д) право посещать определенные районы города и др. Составьте, пожалуйста, список таких ограничений с указанием периода времени, в течение которого эти ограничения действуют.

Лечение наркотической зависимости

76. Проводились ли исследования эффективности работы наркологической службы и используемых методов лечения наркотической зависимости в стране?
77. Как трактуется зависимость от наркотиков в национальном законодательстве (преступление, болезнь, инвалидность)?
78. Существует ли единый нормативный акт о лечении наркотической зависимости? Если нет, то какими нормативными актами регулируется лечение наркотической зависимости?
79. Существуют ли стандарты лечения наркотической зависимости? Если да, пожалуйста, опишите эти стандарты (входит ли в них опиоидная заместительная терапия, поддержка/уход после проведения собственно лечения, реабилитация)?
80. Как регулируется оплата лечения наркотической зависимости? За какие услуги по лечению наркотической зависимости требуется дополнительная плата (официально и неофициально).
81. Существует ли учет потребителей наркотиков и лиц, с зависимостью от наркотиков? Какова продолжительность пребывания на учете, условия постановки и снятия с наркологического учета. Какие ограничения прав влечет за собой постановка на наркологический учет?
82. Какой орган/учреждение ведет регистрационную базу лиц, потребляющих наркотики, и лиц, зависимых от наркотиков?
83. Как обеспечивается конфиденциальность информации, содержащейся в базах данных о лицах, потребляющих наркотики? Какие организации и должностные лица имеют к ней доступ? В каких

случая закон разрешает обмен информацией между медицинскими органами и правоохранительными структурами, если вообще такой обмен разрешается.

84. Обязаны ли медицинские работники сообщать в органы внутренних дел об обращении к ним людей с передозировкой наркотиков и/ли за лечением наркотической зависимости?
85. Какие организации (частные/государственные) могут осуществлять лечение наркотической зависимости (в том числе ОЗТ).
86. Требуется ли лицензия, или другие подтверждающие квалификацию документы для оказания следующих услуг: стационарного лечения, амбулаторного лечения, детоксификации, терапии бупренорфином/метадонем, других видов заместительной терапии, психологических методов, метода двенадцати шагов и др.?
87. Опишите, какие элементы лечения наркотической зависимости могут проводиться амбулаторно, а какие – стационарно?
88. Существуют ли положения о принудительном тестировании на наличие наркотиков в организме при прохождении лечения наркотической зависимости? Может ли положительный тест на наличие наркотиков служить поводом исключения из программ лечения?
89. Имеются ли в стране программы заместительной терапии (поддерживающей терапии опиоидами)? Есть ли в законодательстве положения, регламентирующие осуществление заместительной терапии (ОЗТ)? Если да, пожалуйста, опишите показания/условия принятия в программу, сроки лечения, какие лица и органы предоставляют лечение, условия завершения программы лечения и исключения из программы?
90. Если заместительной терапии не существует, есть ли в законе (и национальных программах) возможность для ее введения? Дайте оценку возможности ее внедрения.
91. Обеспечивается ли участие пациента, получающего ОЗТ, в обсуждении лечения, выборе дозы? Может ли лечащий врач принять решение о выдаче определенных доз лекарства на дом?

Принудительное лечение наркотической зависимости

92. Осуществляется ли в стране принудительное лечение наркотической зависимости за пределами тюрем/и в тюрьмах? Каковы юридические предпосылки назначения принудительного лечения и какой орган уполномочен принимать решение?
93. Каковы юридические последствия несоблюдения правил принудительного лечения или отказа от лечения?
94. Пожалуйста, опишите сроки и условия прекращения принудительного лечения?
95. Поводились ли в стране исследования эффективности принудительного лечения наркотической зависимости? Каковы критерии успешности лечения?

Лечение передозировок

96. Какие законы/акты/инструкции регулируют применение налоксона для лечения передозировок? Может ли налоксон легально предоставляться аутрич-работниками потребителям наркотиков, как часть программ снижения вреда (для профилактики передозировок)?
97. Есть ли государственные или не- государственные программы (шелтеры, убежища), которые оказывают помощь потребителям наркотиков без определенного места жительства?

Таблица 5. Виды лечения наркотической зависимости

Тип лечения	Доступность (да/нет) и охват (количество человек, проходящих лечение)	Тип мед. учреждений (государственные или частные)	Форма лечения (амбулаторное или стационарное)	Доступность лечения в учреждениях пенитенциарной системы
Детоксикация/детоксификация				
Применение опиоидов для детоксикации				

ОЗТ с использованием метадона				
ОЗТ с использованием бупренорфина				
Выдача препарата, используемого для ОЗТ на дом				
Реабилитация				
Консультирование и психосоциальная поддержка				
Программы 12-ти шагов и другие подобные методы (например, используемые «Анонимными наркоманами»)				
Другие методы, направленные на предупреждение возобновления употребления наркотиков (противорецидивное лечение)				
Другие методы, направленные на снижение потребления наркотиков или на их потребление под наблюдением медперсонала				
Другое				

Тестирование, лечение и поддержка в связи с ВИЧ

98. Есть ли в стране специальный Закон о ВИЧ/СПИДе? (Пожалуйста, приложите).
99. Есть ли в Законе о ВИЧ положение о профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков? Есть ли в других законах положения, которые могут быть использованы для расширения мер по профилактике распространения ВИЧ среди групп риска?
100. Есть ли в законе о ВИЧ положения о профилактике распространения ВИЧ среди заключенных?
101. Предусмотрено ли бесплатное предоставление АРВ-терапии для всех нуждающихся? Предоставляется ли АРВ-терапия лицам, потребляющим наркотики, и заключенным (пожалуйста, если возможно, укажите сколько таких людей находится в программах АРВ терапии)?
102. Есть ли в законодательстве понятие «социально значимых заболеваний» и/или «заболеваний, представляющих опасность для окружающих»? Если да, какие документы дают определения этих понятий? Входят ли в такие перечни ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит, зависимость от наркотиков, туберкулез. Какие права и ограничения прав влечет диагноз «социально значимого заболевания»?
103. Проводится ли просвещение школьников по вопросам профилактики заражения ВИЧ и потребления наркотиков в школах? Если да, какие документы это предусматривают?
104. Привлекаются ли к работе по профилактике распространения ВИЧ люди с личным опытом употребления наркотиков и ЛЖВ. Существует ли законодательство, регулирующее это (на основании каких документов это осуществляется)?
105. Существуют ли в законодательстве положения о недобровольном тестировании на ВИЧ следующих категорий людей: (а) военнослужащих; (б) работников общественного транспорта; (в) работников сферы отдыха и туризма; (г) секс работников; (д) других групп? Существуют ли положения в законодательстве об обязательном прохождении тестирования на ВИЧ в связи с трудоустройством, поступлением на учебу или назначением социальных пособий?
106. Оговаривает ли закон необходимость получения информированного согласия на тестирование на ВИЧ? Как определяется информированное согласие в законе? Как оно документируется?
107. Согласно закону, предоставляется ли обязательное до- и после-тестовое консультирование во всех случаях освидетельствования на ВИЧ? Какие лица могут предоставлять консульти-

рование? Возможно ли проведение тестирования и консультирования силами неправительственных организаций?

108. Проводится ли бесплатное анонимное тестирование и консультирование в стране?
 109. Может ли ВИЧ-инфекция или наркотическая зависимость служить основанием для насильственного прерывания беременности и стерилизации?
 110. Существуют ли законодательные положения о недобровольном (обязательном и принудительном) тестировании на ВИЧ? Какие категории людей могут подвергаться тестированию на ВИЧ без их согласия? Какие акты/инструкции это предписывают? Опишите, какие органы могут назначить недобровольное тестирование, каковы последствия отказа от тестирования. Пожалуйста, заполните нижеприведенную таблицу.
 111. Какие услуги, касающиеся ВИЧ-инфекции, оказываются бесплатно, а какие на платной основе?
 112. Как осуществляется сохранение конфиденциальности медицинской информации? Какие лица имеют право доступа к базам данных?

Таблица 6. Категории населения, подлежащие недобровольному тестированию на ВИЧ

Категории лиц	Подлежат недобровольному тестированию или нет	Комментарии
Люди, потребляющие наркотики		
Пациенты, проходящие лечение по поводу наркотической зависимости		
Пациенты, лечащиеся от туберкулеза		
Пациенты, лечащиеся от вирусного гепатита		
Пациенты, имеющие заболевания, передающиеся половым путем		
Заклученные		
Секс работники		
Мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами		
Иностранцы		
Иммигранты		
Беженцы, вынужденные переселенцы		
Беременные женщины		
Новорожденные		
Сироты		
Государственные служащие		
Работники здравоохранения		
Работники правоохранительных органов		
Военные		
Призывники		
Студенты (каких специальностей)		
Другие категории населения, (пожалуйста, дополните)		

Права пациентов

113. Есть ли упоминание прав пациентов в Конституции, законодательных и нормативных актах? Есть ли положения о правах пациентов в законах об охране здоровья, о системе здравоохранения, о правах потребителей? Какие права пациентов перечислены в этих законах?
 114. Определено ли законодательно право на обжалование действий администрации медицинского учреждения в вышестоящие инстанции или в суд?
 115. Предусматривает ли законодательство защиту следующих прав: (а) частной жизни; (б) конфиденциальности медицинской или личной информации, в том числе информации о ВИЧ-статусе? Есть ли положения, предусматривающие обеспечение действенной охраны данных о ВИЧ статусе пациентов?
 116. Как составляются и поддерживаются базы данных СПИД-центров? Как обеспечивается конфиденциальность информации? Какие органы и организации имеют доступ к этим данным?
 117. Какова ответственность за разглашение врачебной тайны/конфиденциальных сведений о пациенте? Имеются ли случаи привлечения к ответственности за нарушение конфиденциальности?
 118. В каких случаях медицинская информация о ВИЧ-статусе может быть раскрыта, без согласия пациента (например, органам и учреждениям здравоохранения, лицам, подвергающимся риску заражения ВИЧ, членам семьи пациента, сексуальным партнерам, правоохранительным органам и др.)?
 119. Закреплено ли в законодательстве право прекратить лечение в любое время по собственному желанию? Для каких категорий лиц предусматривается принудительное лечение ВИЧ-инфекции? Каковы последствия уклонения/отказа от лечения?
 120. Существуют ли какие-либо обязанности граждан, касающиеся их здоровья (например, обязанность граждан проходить профилактические обследования)?

Программы предоставления стерильных игл и шприцев

121. Есть ли в законодательстве положения, разрешающие существование программ предоставления стерильных игл и шприцев? Если да, какой орган несет ответственность за разработку таких программ и их выполнение?
 122. Есть ли государственное финансирование программ предоставления стерильных игл и шприцев? Является ли финансирование удовлетворительным?
 123. Существуют ли законодательные положения, ограничивающие продажу игл и шприцев в аптеках (например, запрет продажи в ночное время, несовершеннолетним, определенное количество шприцев в одни руки и т.д.)?
 124. Пожалуйста, опишите положения по сбору и утилизации использованных игл и шприцев.
 125. Как ведется учет клиентов в программах игл и шприцев? Как обеспечивается сохранение конфиденциальности в программах?
 126. Какие законы и регуляции могут затруднять работу программ игл и шприцев?
 127. Разрешено ли работать в программах игл и шприцев людям, употребляющим наркотики (например, как консультанты «равный- равному» или аутрич-работники)?
 128. Пожалуйста, опишите функции аутрич-работников (например, информирование о ВИЧ-инфекции, СПИДе и лечении наркотической зависимости, направление в медицинские учреждения, оказание социальной и правовой поддержки, помощь в решении жилищных вопросов, помощь при передозировках, т.е. применение опиоидных антагонистов для нейтрализации опиоидов).
 129. Как регулируется законодательно деятельность аутрич услуг? Обеспечивается ли защита аутрич-работников и волонтеров от возможного уголовного или административного преследования в связи с выполнением их функций?
 130. Другие меры снижения вреда: есть ли в законодательстве положения, дающие возможность организации мест для потребления наркотиков под контролем медперсонала (помещения для более безопасных инъекций)? Если нет, существуют ли в законодательстве положения, которые могут быть интерпретированы, как разрешающие наличие таких мест?

Группы с особыми потребностями

Женщины

131. Существуют ли какие-либо положения, которые на практике могут ограничить доступ женщин к лечению наркотической зависимости (например, отсутствие или недостаток женских отделений, боязнь лишиться родительских прав в случае диагноза наркомания)? Пожалуйста, проведите интервьюирование людей, работающих в этой области.
132. Каково количество женщин, зарегистрированных как потребители наркотиков, по отношению к числу мужчин, или их оценочное число?
133. Сколько имеется программ/женских отделений в системе наркологической службы? Могут ли дети быть при женщинах (их матерях) в период лечения?
134. Распространяют ли программы снижения вреда информацию о профилактике ВИЧ-инфекции, предназначенную специально для женщин? Есть ли какие-либо услуги, предоставляемые специально для женщин?
135. Что может являться юридической причиной лишения родительских прав? Может ли употребление наркотиков или ВИЧ-статус повлиять на решение о лишении/сохранении родительских прав или назначении/лишении опекуна?
136. Может ли ВИЧ-инфекция или употребление наркотиков стать препятствием для усыновления/удочерения?
137. Где живут сироты с ВИЧ или дети людей, живущих с ВИЧ? Помещаются ли ВИЧ-положительные сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, в общие или отдельные детские дома?

Секс работники

138. Как национальное законодательство определяет секс работу и связанную с ней активность, которая может быть отнесена к сфере действия административного или уголовно законодательства (например, оплата секс услуг, проституция, сводничество, организация борделей, непристойное поведение)?
139. Существуют ли какие-то нормативно-правовые документы о мерах по профилактике ВИЧ среди секс работников? Проводит ли государство или НПО какую-либо работу в этой области (например, раздача презервативов, стерильных шприцев, предоставление информации о профилактике заражения ВИЧ)?
140. Существуют ли положения, санкционирующие принудительное освидетельствование на ИППП и ВИЧ и лечение болезней, передающихся половым путем, для секс работников?

Молодежь и студенты

141. Существует ли ограничение на хранение или продажу презервативов? Разрешена ли продажа презервативов несовершеннолетним?
142. Может ли несовершеннолетний законно получить стерильный шприц в программах обмена шприцев, приобрести в аптеках или в других местах?
143. Возможно ли принудительное лечение несовершеннолетних по поводу наркотической зависимости, ИППП, ВИЧ-инфекции?
144. Существует ли обязательное тестирование на наличие наркотических веществ в организме или на ВИЧ в учебных заведениях? Сообщается ли о положительном результате теста родителям? Каковы последствия отказа от тестирования на ВИЧ?

Мигранты

145. Доступны ли медицинские услуги и программы профилактики ВИЧ-инфекции для иммигрантов и беженцев?
146. Проводится ли принудительное тестирование на ВИЧ иностранных граждан? Каковы процедуры тестирования на ВИЧ для этой категории людей? Каковы последствия ВИЧ-положительного теста или отказа от освидетельствования на ВИЧ для иностранных граждан?

VI. Тюрьмы

Фактическая ситуация и статистическая информация

Укажите, пожалуйста, следующую информацию (включая источники и год получения информации):

- (а) система исполнения наказаний (количество учреждений исполнения наказания, виды); режим, наполняемость;
 - (б) количество заключенных в стране и соотношение к общему населению; какой процент отбывает наказание за преступления, связанные с наркотиками (ненасильственные, не представляющие большой общественной опасности), включая уровень строгости этих учреждений;
 - (в) данные о распространенности ВИЧ и гепатита С, туберкулеза, в местах лишения свободы. Статистика потребления наркотиков, в том числе инъекционным путем, в местах лишения свободы.
147. Систему подотчетности органов и учреждений исполнения наказаний.
 148. Кому подотчетны медицинские службы учреждений уголовно-исполнительной системы (УИС)? Какой орган отвечает за предоставление медицинских услуг в учреждениях уголовно-исполнительной системы, в предварительном заключении?
 149. Существуют ли где-либо рабочие группы/комитеты по проблемам ВИЧ/СПИДа в учреждениях уголовно-исполнительной системы?
 150. Пожалуйста, опишите программы и стратегии по ВИЧ в учреждениях УИС. Входят ли туда элементы профилактики заражения ВИЧ, в том числе профилактика передачи ВИЧ инъекционным путем?
 151. Существуют ли механизмы вовлечения НПО в работу по профилактике ВИЧ-инфекции в тюрьмах?
 152. Пожалуйста, укажите количество людей, находящихся под домашним арестом (если такая мера существует в уголовном законодательстве страны), количество освобожденных условно, досрочно, отбывающих альтернативные меры наказания за преступления, связанные с наркотиками (не представляющие большой общественной опасности)?
 153. В каких случаях медицинское состояние исключает уголовную ответственность?
 154. Может ли суд заменить наказание на более мягкое, отсрочить отбывание наказания или освободить от отбывания наказания в связи с болезнью? Применяется ли эта мера к людям, живущим с ВИЧ и наркотической зависимостью?
 155. В каких случаях происходит досрочное освобождение от отбывания наказания по медицинским показаниям, входит ли туда ВИЧ-инфекция?
 156. Подлежат ли лица, осужденные за преступления, связанные с наркотиками, условно-досрочному освобождению, амнистии, переводу в учреждение с лучшими условиями содержания, меньшей строгости за хорошее поведение или по другим соображениям. Какие законы/документы регулируют это?
 157. По каким преступлениям, связанным с делами о наркотиках, предусматривается предварительное заключение?
 158. Пожалуйста, укажите законодательные акты, регламентирующие предварительное заключение. Как часто оно применяется в делах о преступлениях, связанных с наркотиками?
 159. Каков максимальный срок предварительного заключения?

Предоставление медицинских услуг в тюрьмах

160. Адекватно ли обеспечены медицинские учреждения в местах предварительного заключения и в местах лишения свободы медицинскими принадлежностями, оборудованием и лекарствами? (Пожалуйста, проинтервьюируйте людей, находящихся в тюрьме или находившихся там в прошлом).
161. Предоставляются ли медицинские услуги на уровне, сравнимом с услугами, получаемыми населением на свободе?
162. Были ли случаи отказа в предоставлении медицинской помощи в учреждениях УИС? Возможно ли обжалование отказа в суде?
163. Существует ли возможность получения специализированной медицинской помощи в местах

- заклучения и предварительного заключения (например, в связи с ВИЧ)?
164. Если квалифицированная медицинская помощь недоступна в УИС, возможно ли ее получение для заключенных за пределами учреждения, исполняющего наказания (в обычной больнице)?
 165. Есть ли в рамках пенитенциарных систем и до-судебного задержания положения по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции?
 166. Как осуществляется сохранение конфиденциальности в медицинских учреждениях УИС? Есть ли правила, которые гарантируют конфиденциальность медицинской информации заключенных, например, указания, чтобы документация и дела в тюрьмах не помечались и не маркировались образом, раскрывающим ВИЧ статус заключенного.
 167. Есть ли правила, которые обеспечивают, чтобы заключенные не подвергались принудительной сегрегации и/или изоляции на основании их ВИЧ-статуса, или другим мерам, которые могут раскрыть их ВИЧ-статус?
 168. Каковы условия содержания ВИЧ-положительных людей в тюрьмах? Есть ли нормативно-правовые акты, предоставляющие ВИЧ-положительным лицам особые условия содержания?
 169. Содержатся ли заключенные с ВИЧ или туберкулезом отдельно? Есть ли еще какие-либо категории заключенных, которые содержатся раздельно с основным населением.
 170. Предоставляется ли АРВ-терапия в учреждениях УИС?
 171. Предоставляется ли лечение туберкулеза, вирусных гепатитов Б и С в учреждениях УИС?
 172. Доступно ли добровольное лечение наркотической зависимости в местах лишения свободы и предварительного заключения? Какие формы лечения/программы используются?
 173. Существует ли принудительное лечение осужденных в учреждениях УИС? Где оно осуществляется? Какие болезни подлежат принудительному лечению (наркотическая зависимость, ВИЧ, ИППП, др.) Пожалуйста, приведите статистические данные, в особенности о принудительном лечении наркотической зависимости. Проводились ли исследования об эффективности такого лечения?
 174. Существуют ли специальные лечебно-исправительные учреждения для лиц, зависимых от наркотиков (и алкоголя) системе Министерства внутренних дел, Министерства юстиции или Министерства здравоохранения? Какие нормативно-правовые документы регулируют отбывание наказания в лечебно-исправительном учреждении?
 175. Какой орган выносит решение о принудительном лечении наркотической зависимости и об его отмене. Какие нормативные акты регулируют лечение?
 176. Пожалуйста, опишите срок, порядок проведения, и виды принудительного лечения, проводимого в тюрьмах.
 177. Налагает ли факт принудительного лечения дополнительные ограничения на заключенных?
 178. Подлежат ли переводу в учреждения с лучшими условиями осужденные, которым предписано принудительное лечение?
 179. К каким последствиям приводит уклонение от принудительного лечения?
 180. Что происходит в случае невозможности закончить принудительное лечение до освобождения заключенного?
 181. Есть ли возможность продолжать лечение (наркотической зависимости, ВИЧ-инфекции, гепатитов Б и С), начатое в тюрьме, после освобождения без перерыва? Как это регулируется? Как обеспечивается связь и обмен информацией между тюремными и общегражданскими медицинскими учреждениями?
 182. Если ли доступ к ОЗТ в местах предварительного заключения и в местах лишения свободы? Укажите, пожалуйста, документы, которые гарантируют, или которые могут интерпретироваться, как гарантирующие это.
 183. Пожалуйста, опишите существующие программы ОЗТ и другие новые методы лечения наркотической зависимости в учреждениях УИС.

ВИЧ-инфекция и ИППП

184. Проводится ли обязательное/принудительное освидетельствование (тестирование) заключенных на ВИЧ? Если нет, есть ли правила, которые обеспечивают, чтобы заключенные и персонал не подвергались принудительному прохождению обследования на наличие ВИЧ?
185. Если существует обязательное освидетельствование на ВИЧ, проводится ли до- и после-те-

стовое консультирование?

186. Есть ли правила, которые обеспечивают, без применения мер принуждения, получение осознанного согласия заключенных на обследование на наличие ВИЧ? Проводится ли при этом до- и после-тестовое консультирование?
187. Есть ли правила, которые обеспечивают, чтобы заключенные не подвергались принудительному или произвольному обследованию на предмет употребления наркотиков?
188. Предоставляются ли особые трудовые условия заключенным с ВИЧ, гепатитом или страдающим от зависимости от наркотиков? Есть ли какие-то положения о предоставлении осужденным работы в соответствии с их состоянием здоровья?

Профилактика распространения ВИЧ в тюрьмах

189. Предоставляется ли информация о ВИЧ и мерах профилактики заражения ВИЧ в местах предварительного заключения и в местах лишения свободы? На основании каких нормативно-правовых документов это осуществляется? Какие меры по профилактике ВИЧ-инфекции осуществляются государственными органами и учреждениями?
190. Разрешается ли работа консультантов «равный-равному» из числа заключенных в сфере профилактики ВИЧ?
191. Какие меры профилактики заражения ВИЧ предоставляются в местах предварительного заключения и в местах лишения свободы? Заполните, пожалуйста, таблицу (см. ниже). На основании каких нормативно-правовых актов это производится?
192. Если нет специального нормативно-правового акта, гарантирующего проведение мер по профилактике ВИЧ-инфекции в местах предварительного заключения и лишения свободы, возможна ли интерпретация существующего законодательства, как разрешающего эти меры?
193. Имеют ли заключенные доступ к стерильному инъекционному оборудованию в местах лишения свободы и предварительного заключения? Если да, то на основании каких документов это обеспечивается?
194. Имеют ли заключенные бесплатный доступ к средствам гигиены (включая бритвенные принадлежности)?
195. Имеют ли заключенные доступ к стерильному оборудованию для проведения татуировок? Если да, то какие документы регулируют их предоставление?
196. Имеют ли заключенные доступ к презервативам (не только в комнатах свиданий)?
197. Имеют ли заключенные доступ к дезинфицирующим средствам?
198. Что входит в перечень вещей и предметов, которые лицам в предварительном заключении и в местах лишения свободы запрещено иметь при себе? (например, колюще-режущие предметы, часы и др.).
199. Есть ли правила, которые гарантируют возможность заключенным с ВИЧ участвовать в различных тюремных программах, работах, развлекательных или социальных мероприятиях наравне с другими заключенными (запрещают дискриминацию по причине их ВИЧ-статуса)?
200. Есть ли правила, которые признают, что сексуальные контакты по взаимному согласию имеют место в тюрьмах и обеспечивают, чтобы сексуальные контакты по взаимному согласию не подлежали наказанию?
201. Существуют ли специальные положения о защите заключенных от сексуального насилия?
202. Предоставляются ли питание, одежда, коммунально-бытовые услуги и индивидуальные средства гигиены осужденным бесплатно или на платной основе? Если на платной, то, что происходит, если заключенный не в состоянии их оплатить?
203. Есть ли возможность осужденным приобретать продукты питания на свои деньги без ограничения?
204. Обеспечивается ли улучшенное питание для ВИЧ-положительных осужденных, которые не обладают средствами для приобретения дополнительного питания? Разрешается ли людям с ВИЧ получать дополнительные посылки?
205. Как обеспечивается содержание осужденных, больных туберкулезом? Где проводится лечение от туберкулеза - в специальных отделениях медицинской системы или в общей больнице?
206. В каких случаях заключенные изолируются (находятся на карантине)? Предусматривается ли помещение на карантин ВИЧ-положительных заключенных, больных туберкулезом?
207. Есть ли положения в законодательстве и в подзаконных актах, разрешающие проведение

следующих мероприятий в УИС:

- а) распространение информации о ВИЧ;
- б) обеспечение презервативами;
- в) обеспечение дезинфицирующими средствами;
- г) обеспечение стерильными иглами и шприцами;
- д) обеспечение одноразовыми бритвенными принадлежностями, и др.;
- е) добровольное тестирование на ВИЧ с консультированием;
- ж) проведение ОЗТ;
- з) других мер по профилактике ВИЧ.

208. Что входит в просветительскую/воспитательную работу с заключенными? Есть ли нормативные инструкции о том, что должна включать данная воспитательная работа? Предписывают ли они предоставление информации о здоровье и о профилактике заражения ВИЧ?
209. Существуют ли программы реабилитации до- и после- освобождения из мест лишения свободы? Какие документы это регулируют? В чем заключаются реабилитационные программы? Оказывается ли заключенным помощь в нахождении работы, жилья, адаптации? Входит ли туда социальная реабилитация людей, потребляющих наркотики/больных наркоманией?
210. Существуют ли какие либо нормативные акты, программы, рекомендации, которые запрещают стигматизацию и дискриминацию по признаку ВИЧ в тюрьмах?
211. Существуют ли регулярные государственные (бесплатные) программы по формированию толерантности и информирование тюремного персонала о ВИЧ-инфекции (например, освещающие вопросы, связанные с дискриминацией по признаку ВИЧ статуса, профилактикой заражения ВИЧ среди заключенных, конфиденциальностью и неразглашением ВИЧ-статуса и медицинской информации, гомофобией, гуманным обращением)?
212. Существуют ли специальные учреждения для содержания несовершеннолетних? Какие условия содержания создаются ВИЧ-положительным несовершеннолетним?
213. Если существуют принудительные меры медицинского характера для несовершеннолетних, как обеспечивается их исполнение?
214. Есть ли положения о предоставлении информации о профилактике ВИЧ в воспитательных колониях для несовершеннолетних?
215. Существуют ли положения/регуляции, касающиеся обеспечения особых потребностей женщин-заключенных в отношении их здоровья в целом, профилактики заражения ИППП, ВИЧ, гепатитами Б и С, лечения зависимости от наркотиков? Пожалуйста, перечислите эти регуляции.
216. Какие нормативно-правовые акты (их толкование или правоприменение) потенциально могут препятствовать профилактике ВИЧ-инфекции и доступу к лечению в учреждениях исполнения наказаний?
217. Есть ли правовые акты, положения, оговаривающие проведение общественного контроля за состоянием учреждений УИС, в том числе контроль гражданского общества за соблюдением прав людей, живущих с ВИЧ и потребителей наркотиков?

Таблица 7. Наличие медицинских услуг в учреждениях исполнения наказаний (УИН) и предварительного следствия (УПС)

Медицинские услуги	Антиретровирусная терапия	Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза	Профилактика, диагностика и лечение ИППП	Профилактика, диагностика и лечение вирусных гепатитов Б и С	Профилактика, диагностика и лечение зависимости от наркотиков
Наличие услуг для общего населения					
Наличие услуг в УПС					

Наличие услуг в УИН					
Возможность продолжать лечение, начатое до попадания в УИН					
Возможность продолжать лечение после освобождения (не прерывать лечение)					
Комментарии					

Таблица 8. Программы профилактики и ухода в связи с ВИЧ-инфекцией в системе исполнения наказаний и предварительного следствия

Мера профилактики ВИЧ-инфекции	Наличие в тюрьме Да/Нет	Наличие в учреждениях предварительного заключения	Доступность / охват/ кто предоставляет	Комментарии
Распространение информации о ВИЧ и о профилактике заражения ВИЧ				
Распространение презервативов				
Распространение индивидуальных средств гигиены				
Доступность дезинфицирующих растворов				
Наличие стерильного мед. оборудования в медицинских частях				
Программы предоставления стерильных игл и шприцев				
Реабилитация до освобождения				
Реабилитация после освобождения				
Лечение и уход за больными ВИЧ-инфекцией, гепатитом и туберкулезом				
Доступ к АРВ терапии				
Добровольное тестирование и консультирование на ВИЧ				
ОЗТ				
Другое				

VI. Анти-дискриминационные положения

218. Как защита от дискриминации/ гарантии равных прав определены в законодательстве страны? Есть ли понятие прямой и косвенной дискриминации? Существуют ли судебные дела по дискриминации на основе ВИЧ-статуса, наркотической зависимости (или состояния здоровья в общем)?
219. Существуют ли специальные положения, запрещающие дискриминацию на основании ВИЧ-статуса и наркотической зависимости?
220. Как определено понятие инвалидности в национальном законодательстве? Входит ли ВИЧ-инфекция и/или наркотическая зависимость в определение инвалидности?
221. Существуют ли механизмы возмещения ущерба в делах о дискриминации? Знаете ли вы о случаях применения их на деле?
222. Существует ли специальный орган, обеспечивающий выполнение законов в области защиты от дискриминации? Какие органы (агентства) ответственны за защиту от дискриминации?
223. Какие законы, программы и подзаконные акты могут оказать влияние на риск дискриминации или стигматизации людей, потребляющих наркотики, и заключенных?
224. Есть ли в нормативных актах или в законодательстве положения о запрещении создания негативного образа потребителей наркотиков и/или заключенных?
225. Есть ли в стране самоорганизации (организации самопомощи) людей, потребляющих или употреблявших наркотики?
226. Опишите и приложите законы и подзаконные акты, которые могут влиять на способность НПО работать по вопросам ВИЧ-инфекции и потребления наркотиков, в том числе в учреждениях уголовно-исполнительной системы?

ПРИЛОЖЕНИЕ 3:

Пособие по проведению тренинга

Содержание

- I. Введение:
- II. Цели тренинга
- III. Методические основы
- IV. Методические рекомендации по проведению занятий
- V. Модули тренинга:

- 1) *Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе* и Инструмент оценки законодательства.
- 2) Стандарты прав человека и концепция снижения вреда.
- 3) Вопросы административного и уголовного права и международные конвенции по наркотикам.
- 4) Услуги здравоохранения, лечение ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости.
- 5) Отдельные меры снижения вреда: программы предоставления стерильных игл и шприцев и места для потребления наркотиков под контролем медперсонала.
- 6) Тюрьмы.
- 7) Анти-дискриминационные положения и расширение участия людей, живущих с ВИЧ, и людей, потребляющих наркотики, в процессе принятия решений.
- 8) Работа в группах по составлению стратегического плана работы по оценке и анализу национального законодательства.

VI. Информация для тренера

- Приложение 3А. Нормативные материалы и литература**
- Приложение 3Б. Примерная программа тренинга**
- Приложение 3В. Упражнение по анализу законодательства**
- Приложение 3Г. Анкета оценки тренинга**

I. Введение

Одной из задач проекта Управления ООН по наркотикам и преступности *Эффективная профилактика и лечение ВИЧ среди уязвимого населения в странах Центральной Азии и Азербайджане* являлось оказание поддержки шести странам, участвующим в проекте, в работе по совершенствованию национального законодательства, норм и стандартов, касающихся ВИЧ, потребления наркотиков и тюрем, и их гармонизации с соответствующими документами ООН. Для этой цели, как описывалось выше, в каждой из шести стран была сформирована группа экспертов, которая, по составленной Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу методологии, провела анализ законодательства и оценку того, насколько адекватно оно обеспечивает доступность услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики, и людей, находящихся в местах лишения свободы.

Для ознакомления экспертов, участвовавших в проекте Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) *Эффективная профилактика и лечение ВИЧ среди уязвимого населения в странах Центральной Азии и Азербайджане (2006-2010)*, с международными стандартами прав человека, правовыми принципами профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, и доступности услуг здравоохранения в целом для людей, потребляющих наркотики, и заключенных в начале проекта в 2007 году был проведен пятидневный тренинг. Данное Пособие по проведению тренинга содержит основную информацию, представленную во время тренинга, и его методологию. Пособие составлено с целью информирования заинтересованных лиц с методологией проекта и для облегчения проведения подобных проектов в будущем. Предназначенное для преподавателей (тренеров), оно представляет собой подробную схему проведения тренинга по стандартам прав человека и методам оценки национального законодательства по вопросам регулированию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

II. Цель тренинга

Тренинг проводился в рамках технической помощи странам в работе по совершенствованию национального законодательства и нормативных документов для устранения правовых барьеров, препятствующих доступности служб профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и заключенных. Конечная цель обзора законодательства и его оценки - это выработка рекомендаций для внесения поправок в соответствующие законы, подзаконные акты и другие нормативные документы, а также обеспечение их одобрения соответствующими национальными структурами.

Тренинг предназначен для аудитории, состоящей из мульти-дисциплинарной группы экспертов, занимающихся законотворчеством, работающих в правоохранительных органах, исполнительной системе наказания (пенитенциарной системе), общественном здравоохранении и других областях, соприкасающихся с проблемой ВИЧ.

Ожидается, что по окончании тренинга участники:

- повысят уровень знаний о международных стандартах прав человека, связанных с профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики, и заключенных;
- ознакомятся с содержанием *Модельного закона о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, разработанного Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИД, в качестве пособия для будущих законодательных реформ;
- получат знания и навыки по использованию Инструмента оценки законодательства для изучения национальных законов и стратегических документов, связанных с обеспечением доступности услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и людей, находящихся в местах заключения;
- подготовят (или доработают) первоначальный план и график работы по обзору законодательства и его пересмотру, а также по подготовке рекомендаций по внесению поправок в национальное законодательство.

III. Методические основы

Как пользоваться данным пособием: Пособие задумано как руководство для тех, кто хочет реплицировать проект Управления ООН по наркотикам и преступности по оценке законодательства и подзаконных актов, касающихся доступности услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики, и заключенных. Это пособие, и принцип, использованный для структурированной оценки законодательства, также могут быть использованы для проведения оценки законодательства и соответствующих тренингов для специалистов в других областях, связанных с профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции среди других групп населения. Подобные оценка и анализ законодательства и правоприменительной практики могут быть использованы как первый шаг к изменению политики и правоприменения в той или иной области. В этих случаях, естественно, будет необходима, адаптация содержания занятий и Инструмента оценки.

Структура пособия: Пятидневный тренинг состоит из 8 модулей. Содержание модулей структурировано таким образом, что в начале рассматриваются общие принципы и парадигмы, такие как права человека, в особенности право на здоровье, политика по контролю наркотиков, необходимость защиты здоровья заключенных в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Затем обсуждаются научно-обоснованные подходы к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции через призму концепции всеобщей доступности услуг здравоохранения с фокусом на правах и нуждах людей, потребляющих наркотики, и заключенных. Далее дается правовая база концепции всеобщей доступности профилактики лечения ВИЧ-инфекции. Таким образом, закладывается философия дальнейшей работы по оценке законодательства, а именно обнаружении юридических барьеров, препятствующих доступности услуг здравоохранения и социальной защиты, необходимых для эффективной профилактики и лечения ВИЧ среди людей, потребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы. Специальное занятие посвящено вопросам использования (и возможной адаптации) Инструмента оценки законодательства, которым должны руководствоваться эксперты при проведении анализа национального законодательства.

Каждый модуль тренинга включает в себя план занятий, формулирует цели и методы обучения, представляет краткий план презентаций, рекомендуемые упражнения и работу в группах. Программа тренинга состоит из сессий, в которых сочетаются лекции/презентации и работы в группах. При адаптации программы тренинга его проведение следует сделать по возможности интерактивным и занимательным. Участники тренинга должны не только получить новые знания и информацию о праве, правах человека и профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, но и иметь возможность применить приобретаемые знания и умения при анализе законодательства и составлении стратегического плана реформирования законодательства.

Участники тренинга могут различаться по профессиональному составу и предыдущему опыту работы. Это могут быть юристы государственных учреждений, работники прокуратуры, правоохранительных органов, пенитенциарной системы, агентств по контролю наркотиков, органов и учреждений здравоохранения, сотрудники неправительственных организаций. В целом, слушатели могут обладать юридическими знаниями, но незначительным опытом применения права в сфере профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, часто не знакомы с принципами и методами эффективных научно-обоснованных вмешательств и могут иметь искаженные представления о концепции снижения вреда от употребления наркотиков. Их объединяет интерес к международному праву, правам человека, вопросам гуманизации уголовного права (в том числе по отношению к людям, потребляющим наркотики), реформам уголовно-исполнительной системы, включая опыт других стран.

Тренерами должны быть юристы, знающие:

- международное право/принципы прав человека, в особенности права на здоровье;
- международные нормы, регулирующие контроль наркотиков;
- правовые принципы ООН, касающиеся уголовно-исполнительной системы;
- имеющие опыт правоприменения по вопросам, связанным с правами людей, потребляющих наркотики, и заключенных, в том числе с правом на доступность эффективных услуг здравоохранения по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции; а также
- иметь представление о профилактических и лечебных вмешательствах, эффективность которых научно доказана и подтверждена практикой.

Среди тренеров полезно иметь работников неправительственных организаций (НПО), имеющих непосредственный опыт работы с людьми, потребляющими наркотики, и лицами, находящимися в учреждениях системы исполнения наказаний, а также сотрудников международных организаций, представителей Организации Объединенных Наций, работающих по проблемам ВИЧ и СПИДа.

Также рекомендуется привлечь к участию в обучении работников национальных государственных органов и законодателей, поскольку именно они в дальнейшем могут быть вовлечены в процесс реформирования законодательства - от инициации изменений в законах до принятия поправок к ним и/или разработки новых законов. Желательно также, чтобы один из преподавателей обладал знаниями в медицинской сфере, и практическими знаниями в сфере контроля наркотиков, мог рассказать о трудностях и препятствиях, с которыми могут столкнуться люди, потребляющие наркотики, и заключенные в процессе получения услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

Для того чтобы дать слушателям полное представление о нуждах лиц, потребляющих наркотики, и заключенных, и проблемах их доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, желательно приглашение представителей НПО, и представителей организаций людей, живущих с ВИЧ, людей, потребляющих наркотики, и бывших заключенных. Этим встречам можно выделить до двух часов в третий и/или четвертый день тренинга.

Интерактивное обучение является сутью этого тренинга. Преподаватели должны использовать разнообразные методы и приемы, включая мозговой штурм, дискуссии, ситуационные задачи (упражнения, основанные на конкретном законодательстве в изучаемой сфере), работу в группах. Слушателям можно раздать материалы для самостоятельной работы, в частности, тексты международных конвенций по наркотикам и соглашений по правам человека, международных рекомендации, касающихся профилактики и лечения ВИЧ и СПИДа среди заключенных и людей, потребляющих наркотики, а также выдержки из соответствующих законодательных актов. (Примеры упражнений и перечень раздаточных материалов представлены в е Приложениях А и В к этому Пособию).

При планировании презентаций нужно оставлять время на вопросы и ответы. В рамках тренинга предусматривается работа над (по крайней мере одним) упражнением, которое прилагается к данному Пособию (Приложение В). Также предполагается три-четыре сессии групповой работы, в процессе которых участники тренинга обсуждают полученную информацию и непосредственно применяют знания, полученные во время тренинга. Ожидается, что по завершении тренинга его участники смогут провести оценку законодательства и подзаконных актов своей страны, используя Инструмент оценки, написать отчет и сформулировать рекомендации по совершенствованию законодательства (внесению изменений или дополнений в законы и другие нормативные документы).

Необходимое оборудование для проведения занятия:

- Компьютер-ноутбук;
- Флешкарты (портативные запоминающие устройства);
- Флипчарты;
- Фломастеры, маркеры;
- Оборудование для представления презентаций, проектор.

IV. Методические рекомендации по проведению занятий:

Представление участников и их ожидания: В начале тренинга важно дать участникам познакомиться друг с другом и создать дружескую атмосферу в группе. Для этого следует попросить участников представиться, и узнать, что они ждут от тренинга. Это поможет каждому более четко осознать собственные цели и понять, насколько они совпадают с целями других членов группы, а тренерам – понять, на что обратить внимание в процессе занятий. Желательно, чтобы каждый участник записал свои ожидания, чтобы в конце тренинга участники могли оценить, удалось ли их реализовать. Предполагается, что будет обозначена одна общая цель – получение знаний и навыков по проведению оценки национального законодательства, используя стандартный инструментарий, и идентификации положений законодательства, препятствующих всеобщей доступности профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики, и людей, находящихся

в местах лишения свободы, и разработке рекомендаций для реформирования законодательства.

Если в тренинге участвуют представители разных стран с разными национальными правовыми системами, предоставляемая информация не должна концентрироваться на особенностях национальных правовых систем. Вместо этого следует обратить внимание на международное право (принципы прав человека), международные конвенции по контролю наркотиков и дать информацию о том, как те или иные вопросы профилактики и лечения наркомании, ВИЧ-инфекции и доступности здравоохранения в тюрьмах регулируются в странах, которые достигли хороших результатов.

Если тренинг проводится для международной команды экспертов, возможно включение презентаций национальных команд о ситуации в их стране. Для этого, рекомендуется, до начала тренинга попросить национальные команды подготовить 15-20 минутные презентации, освещающие следующие вопросы: национальное законодательство и правоприменительная практика в сфере потребления наркотиков; законодательное обеспечение лечения наркотической зависимости и доступности здравоохранения для заключенных; законодательное регулирование снижения вреда; возможные препятствия для проведения эффективной профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди уязвимых категорий населения.

Если тренинг проводится для представителей одной страны, для проведения тренинга необходимо пригласить национальных юристов (адвокатов), имеющих практический опыт работы в сфере прав человека, опыт работы с людьми, потребляющими наркотики, и деяниями, связанными с наркотиками. Если возможно, рекомендуется пригласить юристов НПО, работающих в сфере снижения вреда, или оказывающих юридическую помощь лицам, живущим с ВИЧ, и лицам, потребляющим наркотики.

Это делается для того, чтобы дать участникам тренинга понятие о национальной системе законодательства и о непосредственном правоприменении в сфере деяний, связанных с наркотиками и уголовно-правовом преследовании лиц, потребляющих наркотики.

Примерный план занятий по национальному законодательству:

День	Тема	Рекомендации
3	Административное и уголовное право	Рекомендуется рассмотреть основы административного и уголовного законодательства и правоприменительной практики в области потребления, хранения, склонения к потреблению и пропаганде наркотиков. Преподавателю необходимо обратить внимание на практические моменты.
4	Медицинское право/право на здоровье	Практика в области медицинского права, юридические основы лечения зависимости от наркотиков, в том числе терапии опиоидной зависимости агонистами опиоидов (заместительная терапия- ОЗТ); права пациентов, ответственность в случае отказа от оказания медицинских услуг; ответственность в случае заражения или поставления в опасность заражения ВИЧ. Преподавателю необходимо рассказать, имели или не имели место возбуждение уголовных дел и судебные разбирательства по указанным составам преступления. Следует осветить юридические основы принудительного лечения наркотической зависимости.
5	Проблемы защиты прав людей, потребляющих наркотики, и людей, живущих с ВИЧ	Право и правоприменительная практика в работе по защите от дискриминации. Отношение правоохранительных органов, судей и прокуроров.

Эти занятия должны быть основаны на правоприменительной практике, и детально рассматривать вышеизложенные вопросы. Нужно учитывать, что большое количество участников могут быть юристами, которые не нуждаются в теоретических основах рассматриваемых проблем, а заинтересованы в тонкостях правоприменительной практики, и в том, в какой степени существующее

законодательство может препятствовать (или содействовать) успешной профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики, и заключенных.

В случае, если большинство участников является работниками неправительственных организаций (НПО), или специалистами других областей, организаторам тренинга рекомендуется изменить структуру тренинга в соответствии с нуждами аудитории. Так, если в тренинге участвует большое количество представителей НПО (которые, скорее всего, не являются юристами), рекомендуется предоставить больше информации о юридических аспектах и национальной правовой системе, и меньше информации о практических аспектах снижения вреда и о вопросах ВИЧ и СПИДа.

V. Модули тренинга Рекомендуемая структура каждого модуля, является следующей:

1. Введение;
2. Презентации; вопросы и ответы;
3. Упражнения, работа в группах, дискуссии.

Данный тренинг построен на основе *Модельного закона о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе*, и составлен в соответствии со структурой Инструмента оценки, используемого для оценки законодательства и правоприменительной практики. В целях экономии времени и наиболее эффективного построения материала, модули тренинга не следуют строго модулям Модельного закона. Некоторые модули Модельного закона опущены из тренингового материала, некоторые объединены вместе. Тем не менее, тренерам рекомендуется подробно и тщательно ознакомиться с Модельным законом и с Инструментом оценки.

День	Модуль	Структура	Время
День 1	Модуль 1: Модельный закон и Инструмент оценки	1 Презентация: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе. Международный опыт ¹	1 час
		2 Презентация: Инструмент оценки законодательства и правоприменительной практики	40 мин
		Самостоятельная работа: знакомство с Инструментом оценки и Модельным законом	50 мин
		Общее время	2 часа 30 мин
День 1	Модуль 2: Стандарты прав человека и концепция снижения вреда	1 Презентация: Что такое снижение вреда	1 час
		2 Презентация: Права человека и политика по контролю наркотиков	1 час
		Дискуссия: Препятствия для реализации на практике подходов, основанных на правах человека, в профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых слоев населения	1 час
		Общее время:	3 часа
День 2	Модуль 3: Вопросы уголовного права и международные конвенции по наркотикам	1. Конвенции ООН о наркотиках	30 мин
		2. Вопросы административного и уголовного права	1 час
		3. Упражнение. Анализ гипотетического законодательства (в Приложении)	2 часа
		Общее время	

1393
Время указано включая вопросы и ответы.

День 2-3	Модуль 4: Лечение наркотической зависимости и другие услуги здравоохранения	1 Презентация: Модели наркотической зависимости, принципы организации лечения наркотической зависимости и стандарты прав человека	1,5 часа
		2. Презентации; ОЗТ и другие методы лечения наркотической зависимости. Работа в группах по Инструменту оценки	1,5 часа
		Общее время	1 час
			4 часа
День 3	Модуль 5: Программы игл и шприцев и помещения контролируемого потребления наркотиков	1. Презентация: Программы предоставления стерильных игл и шприцев	40 мин
		2. Презентация: Места контролируемого потребления наркотиков	20 мин
		Дискуссия: Моральные соображения или принципы прав человека и доказательств эффективности. Общее время	2 часа 40 мин.
День 4	Модуль 6: Тюремь	Презентация: Стандарты здравоохранения, обеспечивающие равноправие в пенитенциарной системе	1 час 20 мин
		Работа в группах. Задание: а) определите 2-3 наиболее важные препятствия для инициации или расширения масштабов одного из эффективных вмешательств по профилактике распространения ВИЧ-инфекции в тюрьмах б) предложите 2-3 стратегии для преодоления этих препятствий	1 час 20 мин
		Общее время	2 часа 40 мин.
День 4	Модуль 7: Дискриминация и расширение участия людей, живущих с ВИЧ, и людей, потребляющих наркотики в принятии решений.	Презентация: Защита от дискриминации и расширение участия. Аутрич-работа	1 час
		Дискуссия с участием людей, живущих с ВИЧ и потребителей наркотиков и НПО, работающих в сфере снижения вреда. Необходимо попросить их рассказать о реальных трудностях в доступе к профилактике и лечению ВИЧ инфекции, с которыми они сталкиваются, и обсудить пути преодоления этих препятствий в группе.	1 час
		Общее время	2 часа
День 5	Модуль 8: Работа в группах: разработка плана работы по оценке законодательства, определение приоритетов в реформировании законодательства	Общее время: в зависимости от потребности	

МОДУЛЬ 1: Модельный закон и Инструмент оценки

В первом модуле необходимо дать слушателям представление о том, что такое Модельный закон, и как он должен быть использован при проведении оценки соответствия национального законодательства и правоприменительных практик международным нормам прав человека; а также ознакомить слушателей с Инструментом оценки.

Презентация № 1: Модельный закон

Для проведения этой презентации, тренеру рекомендуется тщательно изучить модельный закон. В презентации необходимо осветить положения модельного закона, и, по возможности, и некоторые положения национальных законов, на которых он основан, для того, чтобы дать слушателям представление об эффективном регулировании в других странах профилактики ВИЧ среди людей, потребляющих наркотики.

Презентация № 2: Инструмент оценки

В этой презентации рекомендуется рассказать о цели разработки Инструмента оценки, его структуре и моментах, на которые следует обратить внимание при его заполнении.

1. Структура Инструмента оценки
2. Как с помощью Инструмента оценки определить приоритеты реформы законодательства в каждой конкретной стране.
3. Рекомендации по заполнению Инструмента оценки, какие документы включить, каких лиц проинтервьюировать.
4. Написание отчета, составление рекомендаций по реформированию законодательства. Проведение консультаций с экспертами.
5. Продолжение работы: работа с людьми, принимающими решения, информирование о результатах оценки законодательства.

Задание: ознакомиться с Инструментом оценки, подготовить вопросы.

МОДУЛЬ 2: Стандарты прав человека и снижение вреда

В этом модуле необходимо дать слушателям представление, о том, что такое снижение вреда, и соотношение между снижением вреда и правами человека, каково отношение к этим вопросам международных организаций и органов системы ООН, как эти вопросы регулируются законодательно. Если тренинг проводится для представителей одной страны, необходимо осветить законодательное регулирование программ снижения вреда в национальном законодательстве. Также необходимо дать слушателям представление о научно-обоснованной политике по контролю наркотиков, основанной на правах человека, и политики по контролю наркотиков с профилактикой ВИЧ-инфекции.

Для этого, в этом модуле предлагается сделать две презентации и провести обсуждение/дискуссию.

В Презентации № 1 **Что такое снижение вреда** рекомендуется рассмотреть следующие вопросы:

1. Понятие, определение, философия снижения вреда от потребления наркотиков;
2. Какие вмешательства включает снижение вред:
 - программы предоставления стерильных игл и шприцев;
 - ОЗТ;
 - распространение презервативов;
 - распространение дезинфицирующих средств;
 - другое
3. В каких странах применяется снижение вреда.
4. Снижение вреда в регионе, правовое регулирование снижения вреда в национальном законодательстве.
5. Снижение вреда в тюрьмах.

Детализацию информации предоставляемой в данной презентации рекомендуется менять в зависимости от целей тренинга и подготовки аудитории.

В презентации № 2 **Права человека и политика по контролю наркотиков** рекомендуется рас-

смотреть следующие вопросы:

1. Эффективная политика по контролю наркотиков и эффективная профилактика ВИЧ-инфекции. Рекомендуется упомянуть, что исключительно уголовно-правовой подход к потреблению наркотиков является неэффективным, подчеркнуть необходимость баланса правоохранительных мер с подходами, гарантирующими улучшение здоровья населения (подходы, основанные на приоритете здравоохранения).
2. Права человека, право на здоровье, международные документы, регулирующие право на здоровье.
3. Если тренинг проводится для представителей одной страны, осветите законодательство в сфере здравоохранения, основы медицинского права, прецеденты в этой области.
4. Международные и национальные документы о ВИЧ, СПИДе и правах человека.

Дискуссия: Препятствия для реализации подходов, основанных на защите прав человека, в профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых слоев населения.

Модератору рекомендуется начать дискуссию с вопроса о том, что аудитория думает о возможности внедрения мер снижения вреда через их регулирование в национальной правовой системе, какие препятствия могут возникнуть.

МОДУЛЬ 3: Международные конвенции по наркотикам и вопросы уголовного права

В данном модуле необходимо рассказать о Международных конвенциях по наркотикам и их влиянии на национальное законодательство, касающееся преступлений, связанных с наркотиками. Тренеру рекомендуется тщательно изучить Модуль 1 Модельного закона о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, и все три конвенции ООН о наркотиках.

В Презентации №1 **Конвенции ООН о наркотиках** рекомендуется осветить следующие моменты:

1. Конвенции ООН о наркотиках
2. Правовая интерпретация: гибкость положений Конвенций.

В Презентации № 2: **Вопросы административного и уголовного права** рекомендуется осветить следующие вопросы:

1. Недостатки исключительно уголовно-правового подхода к потреблению наркотиков
2. Необходимость реформы и гуманизации уголовного права. Вопросы прав человека и подход, направленный на охрану общественного здоровья и профилактику ВИЧ инфекции.
3. Возможности гуманизации:
 - Альтернативы уголовному преследованию
 - Альтернативы лишению свободы
4. Примеры из Модельного закона и законодательных актов других стран.

Упражнение:

В конце данного модуля участникам тренинга предлагается провести анализ гипотетического законодательства. Упражнение составлено на основе реального законодательства разных стран мира. Участникам предлагается проанализировать статьи закона и дать им оценку с точки зрения их эффективности для профилактики ВИЧ-инфекции и охраны общественного здоровья. Законодательные положения для упражнения взяты из законодательств Российской Федерации, Канады, Соединенных Штатов Америки, Беларуси (пример упражнения можно найти в Приложении к данному пособию).

МОДУЛЬ 4: Лечение наркотической зависимости и профилактика ВИЧ

В начале презентации этого модуля можно кратко повторить информацию о праве на здоровье, упомянуть Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, о вытекающем из права на здоровье праве на получение медицинских услуг, в том числе услуг по лечению наркотической зависимости. Необходимо подробно остановиться на стандартах лечения наркотической зависимости, праве пациента участвовать в принятии решений, и влиять на процесс лечения. Необходимо подробно осветить такой метод лечения как лечение опиоидными агонистами длительного действия (опиоидная заместительная терапия (ОЗТ), процедуры и стандарты ее предо-

ставления, ее важность в профилактике ВИЧ-инфекции среди людей, зависимых от опиоидов.

Если тренинг проводится для представителей одной страны, необходимо осветить стандарты лечения наркотической зависимости в данной стране, а также процедуры и правила предоставления ОЗТ (включая доступ, охват).

План презентаций:

- 1) Каким образом стандарты прав человека, особенно в отношении права на здоровье, могут применяться при организации лечения наркотической зависимости?
- 2) Как измерить доступность ОЗТ и качество лечения (стандарты предоставления услуг, клинические протоколы). В тех странах, где не существует правовой основы ОЗТ, рекомендуется заострить внимание участников на том, что агентства системы ООН рекомендуют внедрение ОЗТ как одного из эффективных методов профилактики ВИЧ-инфекции и лечения опиоидной наркотической зависимости, и осветить правовое регулирование доступности ОЗТ в других странах.
- 3) Другие методы и стандарты лечения наркотической зависимости. Их законодательное регулирование.

Работа в группах по Инструменту оценки:

В этом упражнении, участникам предлагается разделить на несколько тематических групп и обсудить различные вопросы Инструмента оценки, например, часть, посвященную доступу к медицинским услугам. Перед группами рекомендуется поставить следующие вопросы: а) какие документы нужно включить в оценку; б) какие группы людей интервьюировать для сбора дополнительной информации; в) на что необходимо обратить особое внимание.

МОДУЛЬ 5: Программы предоставления стерильных игл и шприцев и учреждения контролируемого потребления наркотиков

Данный модуль посвящен двум вмешательствам в рамках снижения вреда. Наиболее популярным и широко распространенным методом снижения вреда от употребления наркотиков являются программы предоставления стерильных игл и шприцев. Помещения или учреждения контролируемого потребления наркотиков являются менее широко распространенными, но, по заявлениям международных организаций, не противоречат международному праву.

Презентация №1. Программы предоставления стерильных игл и шприцев

1. Цели и задачи программ обмена/распространения шприцев. Методы распространения.
2. Международные документы по легальности программ предоставления стерильного инструментария для инъекций. Регулирование программ предоставления стерильного инструментария для инъекций в национальном законодательстве (если тренинг проводится для представителей одной страны).
3. Модуль Модельного закона о предоставлении стерильного инструментария для инъекций (Модуль 3).

Презентация №2: Учреждения контролируемого потребления наркотиков

1. Важность наличия учреждений контролируемого потребления наркотиков;
2. Международные документы о легальности учреждений контролируемого потребления наркотиков
3. Модельный закон об учреждениях контролируемого потребления наркотиков

Информация об учреждениях контролируемого потребления наркотиков дается в данном тренинге для того, чтобы слушатели могли получить представление о широте стратегий профилактики ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Помещения для безопасного потребления наркотиков существуют в нескольких странах, однако, до сих пор этот подход остается спорным. Не рекомендуется предлагать введение подобных стратегий без принятия во внимание конкретной политической и общественной ситуации в стране.

Дискуссия: *Опасения и моральные соображения или принципы прав человека и доказательства*

эффективности вмешательства. Начать дискуссию можно с обсуждения такого противоречивого подхода, как открытие помещений для безопасного потребления наркотиков. Во многих странах, существуют люди уверенные в том, что устрашение и наказание за потребление наркотиков эффективно для снижения распространения потребления наркотиков и соответственно снижения риска распространения ВИЧ. Этот подход подразумевает требование немедленного прекращения потребления нелегальных наркотических средств. Насколько реальны эти требования? Согласно данным ВОЗ зависимость от наркотиков является хронической болезнью. Потребители наркотиков не являются преступниками, а такими же гражданами, со всеми правами и обязанностями. Необходимо подчеркнуть не только составляющую прав человека, но и составляющую общественного здоровья. Насколько существующая репрессивная политика по отношению к потребителям наркотиков способствует сохранению общественного здоровья и общественному благополучию, является ли она эффективной?

МОДУЛЬ 6: Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Тюрьмы

Данный модуль призван дать представление о мерах профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Детализацию данной презентации предлагается варьировать в зависимости от подготовки аудитории, и ее интересов. В понятие «тюрьмы» в данном документе включается все учреждения уголовно-исполнительной системы, включая колонии и изоляторы временного содержания.

- План презентации:**
1. Опасность распространения ВИЧ-инфекции в тюрьмах. Почему важно внедрять подходы по снижению вреда в тюрьмах?
 2. Права заключенных: заключенные и лица в предварительном заключении лишаются свободы, при этом сохраняя за собой все остальные права. Они должны получать медицинские услуги на уровне, сопоставимом с таковым для населения в целом.
 3. Статистика заболеваемости в тюрьмах: ВИЧ инфекция, туберкулез, гепатиты, БППП, психические расстройства; гендерные различия.
 4. Профилактики ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний в местах лишения свободы.

Если тренинг проводится для представителей одной страны, рекомендуется ознакомить слушателей с ситуацией по распространенности ВИЧ-инфекции и подходами к профилактике ВИЧ-инфекции и сопутствующих заболеваний в системе исполнения наказаний данной страны.

Работа в группах: Участникам рекомендуется разделить на 6 групп. Тема обсуждения «Здоровье в тюрьмах: правовые и нормативные аспекты».

- Задание: а) определите 2-3 наиболее важные препятствия для инициации или расширения масштабов одного из эффективных вмешательств по профилактике распространения ВИЧ-инфекции в тюрьмах;
- б) предложите 2-3 стратегии для преодоления этих препятствий

Группы: 1) Программы распространения/обмена шприцев; 2) Опиоидная заместительная терапия и др. методы лечения наркотической зависимости; 3) ИППП-Презервативы; 4) Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ; 5) Лечение и поддержка для ЛЖВ; 5) Гепатиты и туберкулез; б) Меры предупреждения насилия и особенно сексуального насилия.

МОДУЛЬ 7: Защита от дискриминации и расширение участия людей, живущих с ВИЧ, и людей, потребляющих наркотики, в процессе принятия решений

В данном модуле и соответствующей презентации рекомендуется обсудить такую важную гарантию соблюдения прав, как защита от дискриминации. Дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ-инфекцией и людей, потребляющих наркотики, может проявляться по-разному (дать определение дискриминации и стигматизации и привести примеры). Тема расширения участия людей, живущих с ВИЧ, и людей, потребляющих наркотики, в процессе принятия решений объединена с темой защиты от дискриминации, поскольку участие является одним из прав человека, и формой

защиты собственных прав. В этом модуле также необходимо затронуть тему аутрич-работы, проводимой бывшими или активными потребителями наркотиков, и указать на большую эффективность такой работы, по сравнению с тем, когда ее проводят люди, не имевшие опыта употребления наркотиков, или медицинские работники.

Презентация:

1. Понятия дискриминации, дискредитации и стигмы.
2. Как бороться с дискриминацией и стигматизацией. Документы ООН, юридическая защита.
3. Расширение участия людей, живущих с ВИЧ, и людей, потребляющих наркотики в процессе принятия решений.
4. Аутрич-работа

Дискуссия с участием людей, живущих с ВИЧ и потребителей наркотиков и работников НПО, работающих в сфере снижения вреда. Необходимо попросить их рассказать о реальных трудностях в доступе к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, с которыми они сталкиваются, и обсудить в группе пути преодоления этих препятствий.

МОДУЛЬ 8: Разработка плана работы по оценке законодательства, определение приоритетов в реформировании законодательства

В последний день тренинга, рекомендуется организовать работу в малых группах, для планирования дальнейшей действий по улучшению доступности профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики и людей в заключении. Работа в группах должна быть нацелена на достижение конечной цели тренинга и принимать во внимание ожидания участников тренинга. В случае, если конечной целью тренинга является проведение оценки законодательства (как в случае, представленном в этом пособии), то в последний день тренинга необходимо спланировать деятельность по достижению этого результата. Если конечной целью тренинга является что-то другое, необходимо спланировать деятельность в соответствии с этой целью (создание профессиональной группы, сети организаций, развитие стратегического плана и так далее).

Задание для групповой работы:

- обсудить, на каких направлениях модернизации законодательства страна должна сконцентрироваться, выделить приоритеты для реформ (в соответствии с Инструментом оценки);
- обсудить какие могут быть сложности, описать предполагаемые трудности и пути их преодоления;
- разработать стратегический план дальнейшей работы;
- спланировать координацию между участниками команды (группы экспертов) и временные рамки проведения работы;
- подготовить презентацию по результатам групповой работы

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: По завершении тренинга необходимо проанализировать его процесс и результаты, сформулировать извлеченные уроки, проанализировать успехи и недочеты, составить отчет о проведении тренинга. На основании содержания заполненных анкет оценки тренинга необходимо проанализировать, что требуется участникам проекта для дальнейшей эффективной деятельности по реформированию законодательной системы. Пожелания участников могут включать: получение дополнительного материала, проведение дополнительных тренингов, семинаров, совещаний за круглым столом и др. Необходимо поддерживать регулярную связь с участниками тренинга и координировать их дальнейшую деятельность по реформированию системы законодательства и правоприменения в сфере профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

ПРИЛОЖЕНИЕ ЗА

Перечень документов, использованных для тренинга

1. *Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека*. Управление Верховного комиссара ООН по правам человека, ЮНЭЙДС. (2006 консолидированная версия), публикация в Интернете: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/JC1252-InternGuidelines_en.pdf.
 2. *Руководство для законодателей по вопросам ВИЧ/СПИДа, законодательства и прав человека* (Руководство№ 15). ЮНЭЙДС, ПРООН и Межпарламентский союз (2007). публикация в Интернете: <http://www.ipu.org/English/handbks.htm#aids07>
 3. *Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, Генеральная ассамблея ООН (2001), публикация в Интернете: <http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/Goals/UNGASS/default.asp>
 4. *Меморандум ООН о предотвращении распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков* (2002), публикация в Интернете: http://www.aidslex.org/site_documents/J036E.pdf or <http://www.cicad.oas.org/en/Resources/UNHIVaids.pdf>
 5. *Совместная позиция ВОЗ/UNODC/ЮНЭЙДС: Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа* (2004), публикация в Интернете: http://www.who.int/hiv/pub/idu/position_paper_substitution_opioid/en/index.html
 6. *Программа ООН по международному контролю за наркотиками (UNDCP), гибкость положений международных договоров по отношению к программам снижения вреда, Решение 74/10*, 30 сентября 2002 года, публикация в Интернете: http://www.aidslex.org/site_documents/Z121E.pdf.
 7. *Руководящие принципы ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах WHO/GPA/DIR,93.3* (1993), публикация в Интернете : http://www.who.int/hiv/idu/WHO-Guidel-Prisons_en.pdf
- Профилактика ВИЧ/СПИДа, уход, лечение и поддержка в условиях тюрем*. UNODC,ВОЗ, ЮНЭЙДС, публикация в Интернете: http://www.who.int/hiv/pub/idu/prison_framework/en/index.html.
9. *ВИЧ/СПИД в тюрьмах стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза*, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу (2006), публикация в Интернете: <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=174>.
 10. *Обмен игл в тюрьмах: уроке всестороннего изучения международного опыта и подтвержденных доказательствами результатов (2-ое издание)*, R. Lines et al., Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу (2006), публикация в Интернете: <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=184>.
 11. *Опиоидная заместительная терапия в исправительных учреждениях: обзор фактов*, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу (2008), публикация в Интернете: <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=163>

Документы Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу находятся на сайте www.aidslaw.ca/ru (см. Публикации)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3Б

Примерная программа тренинга

Первый день

9.00 Регистрация участников

9.30 Открытие. Практические вопросы и план работы

10.00 Представление участников, ожидания и области интересов

1.45 Рамки и цель тренинга. Задачи и ожидаемые результаты семинара

11.00 Кофе-брейк

11.20 О проекте: Анти-наркотическая политика и всеобщая доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции: стратегии UNODC

11.50 Модуль 1: Модельный закон и международное право

Вопросы

12.50 Модуль 1: Инструмент оценки, рекомендации по применению и использованию.

Вопросы

13.30 Обед

14.30 Модуль 2: Снижение вреда

Вопросы

15.30 Кофе-брейк

15.45 Модуль 2: Права человека и снижение вреда

Вопросы

16.40 Общая дискуссия: препятствия для реализации подходов, основанных на защите прав человека, в профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых слоев населения

17.30 Закрытие сессии

Задание: Ознакомиться с Инструментом оценки, подготовить вопросы.

Второй день

9.00 Обзор занятий предыдущего дня

9.10 Если тренинг проводится для представителей разных стран, Презентации стран о ситуации в их стране (15-20 минут каждая).¹³⁹⁴

11.00 Кофе-брейк

11.20 Продолжение презентаций

13.00 Обед

.....
¹³⁹⁴ Если тренинг проводится для представителей одной страны: следует провести Модули 2 и 3, а потом провести занятия по правовому регулированию этих вопросов в национальном законодательстве.

14.00 Модуль 3: Международные конвенции по наркотикам
Вопросы

15.00 Модуль 3: Вопросы уголовного права
Вопросы

15.45 Кофе-брейк

16.00 Работа в группах (6 групп, по странам): упражнение по анализу гипотетического законодательства

16.45 Презентации групп по анализу гипотетического законодательства (5 минут для презентации каждой группы)

17.30 Закрытие сессии

Третий день

9.00 Обзор занятий предыдущего дня

9.20 Модуль 4: Лечение наркотической зависимости

Вопросы и ответы

10.30 Работа в группах по Инструменту оценки (доступность лечения, тестирование на ВИЧ и наркотики, ОЗТ) 6 тематических групп:

а) какие документы нужно включить в оценку?

б) какие группы людей проинтервьюировать для сбора дополнительной информации?

в) что иметь в виду при реализации законодательных/нормативных документов

11.30 Кофе-брейк

11.50 Презентации результатов (6 групп по 10 минут)

13.00 Обед

14.00 Модуль 5: Программы обмена шприцев

Вопросы и ответы

14.40 Модуль 5: Помещения контролируемого потребления наркотиков

Вопросы и ответы

15.00 Кофе-брейк

15.20 Дискуссия: Опасения и моральные соображения vs. принципы прав человека и доказательств эффективности

16.00 Закрытие

Четвертый день

9.00 Обзор занятий предыдущего дня

1.10 Модуль 6: Тюрьмы

Вопросы и ответы

10.30 Работа в группах (6 групп): Здоровье в тюрьмах: правовые и нормативные аспекты
Задание:

- а) определите 2-3 наиболее важные препятствия для инициации или расширения масштабов одного из эффективных вмешательств по профилактике распространения ВИЧ-инфекции в тюрьмах
б) предложите 2-3 стратегии для преодоления этих препятствий

Тематические группы: 1) Программы распространения/обмена шприцев; 2) ОЗТ и другие методы лечения наркотической зависимости; 3) ИППП-Презервативы; 4) ДКТ; 5) Лечение и поддержка для ЛЖВС; 5) Гепатиты и ТБ; 6) Меры предупреждения насилия и особенно сексуального насилия.

11.30 Кофе-брейк

11.50 Отчеты групп

13.00 Обед

14.00 Модуль 7: Анти-дискриминационные положения и расширение участия людей, живущих с ВИЧ, и людей, потребляющих наркотики в процесс принятия решений

15.00 Кофе-брейк

15.20 Встреча с организациями людей, потребляющих наркотики и/или людьми, живущими с ВИЧ, или организациям предоставляющими услуги по снижению вреда. Дискуссия

17.00 Закрытие

Пятый день

9.00 Обзор предыдущего дня

9.10 Работа в группах (6 групп, или по странам)

Задание:

- обсудить, на каких направлениях страна должна сконцентрироваться, выделить приоритеты для реформ (в соответствии с Инструментом оценки);
- обсудить какие могут быть сложности, описать предполагаемые трудности и пути их преодоления;
- разработать стратегический план для дальнейшей работы;
- спланировать координацию между участниками команды (группы экспертов) и своевременность проведения работы;
- подготовить презентацию

11.00 Кофе-брейк

11.20 Продолжение работы в группах

12.00 Презентации групп

Вопросы

13.00 Обед

14.00 Презентации групп (продолжение)

Вопросы и ответы

15.15 Результаты тренинга

15.30 Оценка тренинга (заполнение оценочных форм участниками)

15.45 Закрытие тренинга

ПРИЛОЖЕНИЕ 3В

УПРАЖНЕНИЕ по анализу законодательства

Пожалуйста, ознакомьтесь с частью законодательства государства X, подготовьте его краткий анализ в соответствии с международными стандартами прав человека. Пожалуйста, отметьте позитивные (если есть) и проблематичные, с точки зрения прав человека, моменты. Пожалуйста, оцените, какие положения подлежат отмене, изменению, реформированию.

1. Закон о наркотических средствах и психотропных веществах государства X

...

Статья 2. Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в [X]

1. Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, подлежащие контролю в [X], включаются в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в [X] (далее - Перечень), и в зависимости от применяемых государством мер контроля вносятся в следующие списки:

- Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в [X] запрещен в соответствии с законодательством [X] и международными договорами [X] (далее - Список I);
[Метадон входит в Список I].

- Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в [X] ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством [X] и международными договорами [X] (далее - Список II);
[Бупренорфин входит в Список II].

- Список психотропных веществ, оборот которых в [X] ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством [X] и международными договорами [X] (далее - Список III);

- Список прекурсоров, оборот которых в [X] ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством [X] и международными договорами [X] (далее - Список IV).

....

Статья 31. Использование наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях

6. В [X] запрещается лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в Список II.

2. Уголовный кодекс X

...

Статья 230. Склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ - наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до пяти лет.

...

3. Модель Закона об атрибутах для наркотиков X

Статья I

Термин «атрибуты для наркотиков» - означает любое оборудование, продукты и материалы любого типа, которые используются, предназначены или рассчитаны для посева, размножения, культивирования, сбора урожая, смешивания, переработки, производства, обработки, подготовки, испытания, проведения анализа, упаковки, расфасовки, хранения, содержания, скрытия, инъекционного применения, заглывания, вдыхания или введения в организм иным способом, запрещенного вещества, в нарушение данного Закона (означающего Закон о запрещенных веществах данного государства). Он включает, но не ограничивается следующими предметами:

...
(11) Шприцы для подкожных инъекций, иглы и другие предметы используемые, предназначенные и рассчитанные для парентерального введения запрещенных веществ в организм человека.

....

Статья II

Пункт (А) Хранение атрибутов для наркотиков

Применение атрибутов для наркотиков или хранение атрибутов для наркотиков с целью применения является противозаконным

Любое лицо, нарушающее данный пункт Закона, является виновным в преступлении и может быть заключен в тюрьму в соответствии с вынесенным приговором на срок не более (), оштрафован на сумму не более (), или понести наказание, включающее и тюремное заключение, и уплату штрафа.

Пункт (В) Изготовление или доставка атрибутов для наркотиков.

Доставка, хранение с целью доставки или производство с целью доставки атрибутов для наркотиков является противозаконным....

Любое лицо, нарушающее данный пункт Закона, является виновным в преступлении и может быть заключен в тюрьму в соответствии с вынесенным приговором на срок не более (), оштрафован на сумму не более (), или понести наказание, включающее и тюремное заключение, и уплату штрафа

...

4. Закон о запрещенных веществах и наркотиках

....

Статья 2:

(2) В данном Законе,

(a) ссылка на запрещенные вещества включает ссылку на любое вещество, содержащее запрещенное вещество; и

(b) ссылка на запрещенное вещество включает ссылку на

(i) все синтетические и натуральные формы вещества и

(ii) все, что содержит или имеет в себе запрещенное вещество и, это используется или предназначено или рассчитано для применения

(А) в производстве вещества или

(В) для введения в организм человека.

....

Статья 4: (1) За исключением случаев, разрешенных положениями закона, ни одно лицо не имеет права хранить запрещенное вещество, включенное в Список I, II или III.

.....

5. Уголовно-исполнительный кодекс X

...

Статья 69. Изменение вида исправительного учреждения и условий режима

1. В зависимости от поведения и отношения к труду осужденных к лишению свободы им могут быть изменены вид исправительного учреждения и условия режима.

2. Осужденные к лишению свободы, ставшие на путь исправления, могут быть переведены для

дальнейшего отбывания наказания:

1) из тюрьмы в исправительную колонию – по отбытии не менее половины срока наказания, назначенного по приговору или определению суда;

2) из исправительной колонии особого режима в исправительную колонию для лиц, ранее отбывавших наказание в виде лишения свободы, с отбыванием наказания в условиях строгого режима – по отбытии не менее половины срока наказания, назначенного по приговору суда.

3. Осужденные к лишению свободы, твердо ставшие на путь исправления, могут быть переведены из исправительных колоний для лиц, впервые отбывающих наказание в виде лишения свободы, и исправительных колоний для лиц, ранее отбывавших наказание в виде лишения свободы, в исправительную колонию-поселение по отбытии:

1) не менее одной трети срока наказания, назначенного судом за преступление, не представляющее большой общественной опасности, или менее тяжкое преступление;

...

4. Не подлежат переводу в исправительную колонию-поселение осужденные:

1) которым смертная казнь в порядке помилования заменена пожизненным заключением;

2) которым назначено наказание в виде пожизненного заключения;

3) которым пожизненное заключение заменено в порядке помилования лишением свободы;

4) которым назначены принудительные меры безопасности и лечения, больным открытой формой туберкулеза, ВИЧ-инфицированным, больным СПИДом либо не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания;

...

Статья 90. Условия и порядок передвижения осужденных к лишению свободы без конвоя или сопровождения

1. Осужденным за преступления, не представляющие большой общественной опасности, менее тяжкие преступления, впервые осужденным за тяжкие преступления, отбывающим наказание в виде лишения свободы в исправительных колониях, твердо ставшим на путь исправления, по отбытии не менее одной трети срока наказания может быть разрешено передвижение без конвоя или сопровождения за пределами исправительного учреждения, если это необходимо по характеру выполняемой ими работы.

2. Осужденным, содержащимся в воспитательных колониях, твердо ставшим на путь исправления, передвижение за пределами колонии без конвоя или сопровождения может быть разрешено по отбытии ими не менее шести месяцев срока наказания.

1. Не допускается передвижение без конвоя или сопровождения за пределами исправительных учреждений осужденных при особо опасном рецидиве преступлений; осужденных за совершение особо тяжких преступлений; осужденных, которым смертная казнь в порядке помилования заменена пожизненным заключением; осужденных к пожизненному заключению; осужденных за умышленные преступления, совершенные в период отбывания наказания; осужденных, больных открытой формой туберкулеза или не прошедших полного курса лечения венерического заболевания, алкоголизма, токсикомании, наркомании, ВИЧ-инфицированных, больных СПИДом, психически больных, признанных уменьшенно вменяемыми; осужденных, которые пользовались правом передвижения без конвоя или сопровождения, но были лишены его в связи с допущенными нарушениями; осужденных, не имевших постоянного места жительства; осужденных иностранцев и лиц без гражданства.

...

Статья 92. Выезды осужденных к лишению свободы за пределы исправительных учреждений

1. Осужденным к лишению свободы...могут быть разрешены краткосрочные выезды за пределы исправительных и воспитательных учреждений продолжительностью до семи суток, не считая времени, необходимого для проезда туда и обратно...

2. Осужденным, содержащимся в исправительных колониях-поселениях, в порядке поощрения могут быть разрешены краткосрочные выезды к близким родственникам не более двух раз в год продолжительностью до пяти суток без учета времени, необходимого для проезда туда и обратно.

...

4. Выезды по основаниям, указанным в частях первой, второй и третьей настоящей статьи, не разрешаются осужденным при особо опасном рецидиве преступлений; осужденным за тяжкие

преступления на срок свыше пяти лет и особо тяжкие преступления, за исключением осужденных, отбывающих наказание в исправительных колониях-поселениях; осужденным к пожизненному заключению; осужденным, которым смертная казнь в порядке помилования заменена пожизненным заключением; осужденным, больным открытой формой туберкулеза; осужденным, не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, алкоголизма, токсикомании, наркомании, ВИЧ-инфицированным, больным СПИДом, психически больным, признанным уменьшенно вменяемыми.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3Г: ОЦЕНКА ТРЕНИНГА

Опросник для участников

1. Как, в целом вы оцениваете качество тренинга?

отлично хорошо удовлетворительно неудовлетворительно

2. Насколько, по вашему мнению, тренинг достиг поставленных целей?

отлично хорошо удовлетворительно неудовлетворительно

3. Как вы оцениваете программу тренинга?

отлично хорошо удовлетворительно неудовлетворительно

4. Пожалуйста, оцените проведение тренинга

отлично хорошо удовлетворительно неудовлетворительно

5. Насколько полезна для вас была работа в группах?

отлично хорошо удовлетворительно неудовлетворительно

6. Каково качество материалов, предоставленных до- и вовремя тренинга?

отлично хорошо удовлетворительно неудовлетворительно

7. Что для Вас было наиболее *полезной* частью тренинга?

8. Что для вас было *наименее* полезной частью тренинга?

9. Повысил ли тренинг ваши знания о профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков?

Да Нет

10. Повысил ли тренинг ваши знания о профилактике ВИЧ-инфекции в пенитенциарной системе?

Да Нет

11. Повысил ли тренинг ваши знания о международных стандартах по правам человека?

Да Нет

12. Повысил ли тренинг ваши знания о законодательном регулировании мер по профилактике ВИЧ-инфекции?

Да Нет

13. Какую дополнительную информацию вы хотели бы получить для успешной работы по совершенствованию законодательства, касающегося профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди людей, потребляющих наркотики и заключенных:

14. Если вам необходима техническая поддержка или тренинги, укажите, в какой области:

15. Дополнительные комментарии и предложения:

Большое спасибо за то, что вы заполнили анкету. Ваши ответы помогут нам при планировании будущих мероприятий. Пожалуйста, не сомневайтесь, что информация будет использована конфиденциальным образом.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Перечень вопросов для самооценки соответствия национального законодательства страны международным стандартам по правам человека

Перечень состоит из 100 вопросов и составлен для того, чтобы помочь странам оценить свой прогресс в проведении реформ законодательства и правоприменительной практики в целях усиления профилактики, ухода, лечения и поддержки в связи с ВИЧ для людей, потребляющих наркотики, и заключенных.

Примечание: В данном перечне вопросов термин «закон» употребляется в широком смысле слова и включает не только закон как таковой, но и любые другие дополнительные/вспомогательные юридически обязательные правила, предписанные правительством/структурами власти, такие, как постановления, указы, приказы и инструкции.

Пожалуйста, отмечайте только положительные ответы.

Национальные планы и стратегии

ДА

Гарантии предоставления вмешательств по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции уязвимым группам населения

1. Содержат ли национальные планы и стратегии по ВИЧ/СПИДу положения о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции для людей, потребляющих наркотики?
2. Содержат ли национальные планы и стратегии по ВИЧ/СПИДу положения о профилактике и лечении ВИЧ-инфекции для заключенных?
3. Содержит ли национальная программа/стратегия по контролю наркотиков положения о снижении вреда от употребления наркотических средств?
4. Содержит ли национальная программа/стратегия по контролю наркотиков положения, касающиеся доступности добровольного лечения наркотической зависимости?

Просвещение и предупреждение стигматизации

5. Имеются ли нормативные акты, планы и стратегии, предписывающие регулярное проведение тренингов/обучения для правоохранительных органов по вопросам профилактики заражения ВИЧ среди уязвимых групп, в том числе лиц, потребляющих наркотики и заключенных?
6. Имеются ли нормативные акты, планы и стратегии, предписывающие включение в профессиональное обучение медицинских работников вопросы профилактики ВИЧ-инфекции и другие меры снижения вреда среди уязвимых групп, таких как люди, употребляющие наркотики и заключенные?
7. Содержат ли программы и стратегии положения, позволяющие предупредить негативное освещение в средствах массовой информации вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией, и формирование стигматизирующего отношения к лицам, живущим с ВИЧ (имеются ли санкции, если эти положения нарушаются)?
8. Содержат ли программы и стратегии положения, позволяющие предупредить создание негативного образа и стигматизацию лиц, потребляющих наркотики или страдающих наркотической зависимостью, в средствах массовой информации (имеются ли санкции, если эти положения нарушаются)?

9. Содержат ли программы и стратегии положения, позволяющие предупредить стигматизацию заключенных в средствах массовой информации (имеются ли санкции, если эти положения нарушаются)?

Финансирование программ и стратегий

10. Содержит ли действующая национальная программа/стратегия по ВИЧ бюджет с указанием источников финансирования?
11. Содержит ли действующая национальная программа/стратегия по контролю наркотиков бюджет с указанием источников финансирования?

Обеспечение профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы

12. Имеется ли в стране программа/стратегия по реформированию системы исполнения наказания, в которой, в том числе, содержатся задачи соблюдения прав человека и следования передовым практикам сохранения и защиты здоровья заключенных?
13. Если такая программа/стратегия существует, содержит ли она положения, предписывающие проведение мер профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы и предварительного заключения?
14. Содержит ли эта программа/стратегия положения, предписывающие наличие и доступность добровольного лечения наркотической зависимости в местах лишения свободы?
15. Содержит ли эта программа/стратегия по реформированию системы исполнения наказания бюджет с указанием источников финансирования?

Мониторинг и оценка эффективности программ

16. Предусматривает ли законодательство (включая саму программу/стратегию по ВИЧ), положения о мониторинге выполнения и оценке эффективности программы/стратегии по ВИЧ/СПИДу?
17. Предусматривает ли законодательство (включая саму программу/стратегию по наркотикам) положения о мониторинге выполнения и оценке эффективности программы/стратегии по контролю над наркотиками?
18. Предусматривает ли законодательство (включая саму программу/стратегию) положения о мониторинге выполнения и оценке эффективности программы/стратегии по реформе системы исполнения наказаний?

Вовлечение людей живущих с ВИЧ и уязвимых групп

19. Имеются ли в законодательстве (включая национальную стратегию по ВИЧ/СПИДу) положения, предписывающие участие лиц, живущих с ВИЧ, и уязвимых групп в разработке, выполнении и оценке программ по ВИЧ/СПИДу?
20. Имеются ли в законодательстве (включая национальную стратегию по наркотикам) положения, предписывающие участие лиц, потреблявших (или потребляющих наркотики) в разработке, выполнении и оценке программ по лечению наркотической зависимости и профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа?

Вопросы уголовного и административного права

Депенализация потребления наркотиков и снижение строгости наказания

21. Отменена ли уголовная ответственность за потребление наркотиков как таковое?
22. Отменена ли административная ответственность за потребление наркотиков как таковое?
23. Отменена ли уголовная ответственность за хранение небольших количеств наркотических веществ без целей сбыта (т.е. для личного потребления)?
24. Предусматривает ли законодательство возможность направления лица с наркотической зависимостью на лечение вместо назначения уголовного наказания за деяния, не представляющие большой общественной опасности?
25. Предусматривает ли законодательство возможность применения альтернатив лишению свободы (назначения наказания, не связанного с лишением свободы) за ненасильственные уголовные преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков (например, направление на лечение, штрафы, лишение определенных прав, без тюремного заключения)?
26. Отменены ли положения законодательства о том, что состояние наркотического/алкогольного опьянения в момент совершения преступления/правонарушения, является отягчающим обстоятельством и ведет к более суровому приговору?

Предупреждение юридической ответственности программ снижения вреда и их работников

27. Предусматривает ли законодательство защиту от уголовного преследования и уголовной ответственности (например, за «пропаганду/склонение к потреблению наркотиков» на основании наличия остаточных количеств наркотика в использованных шприцах и т.п.) для сотрудников программ снижения вреда за распространение просветительских и информационных материалов и материалов, используемых для снижения риска передачи ВИЧ и другого вреда для людей, потребляющих наркотики (например, распространение стерильных игл и шприцев или другого оборудования, используемого при потреблении наркотиков)?
28. Предусматривает ли законодательство освобождение программ и сотрудников снижения вреда от административной ответственности (например, за «пропаганду/склонение к потреблению наркотиков») за распространение просветительских и информационных материалов и материалов для снижения вреда, в том числе для снижения риска передачи ВИЧ (например, стерильных игл и шприцев или другого оборудования, используемого при потреблении наркотиков)?

Отмена уголовной и административной ответственности групп, уязвимых перед ВИЧ и нарушениями прав человека

29. Отменена ли в законодательстве уголовная ответственность за проституцию (секс-работу, не связанную с принуждением или торговлей людьми)?
30. Отменена ли в законодательстве административная ответственность за проституцию (секс-работу, не связанную с принуждением или торговлей людьми)?
31. Отменена ли в законодательстве уголовная ответственность за вступление в гомосексуальные отношения по взаимному согласию?
32. Отменена ли в законодательстве административная ответственность за вступление в гомосексуальные отношения по взаимному согласию?

33. Отменена ли в законодательстве административная и уголовная ответственность за поставление в опасность и непреднамеренное заражение ИППП?

34. Отменены ли в законодательстве административная и уголовная ответственность за поставление в опасность и непреднамеренное заражение ВИЧ?

Ограничение недобровольного тестирования и лечения

35. Отменена ли в законодательстве принудительное освидетельствование на наличие наркотиков в организме для лиц, не совершивших противоправных деяний, но в отношении которых имеются подозрения, что они употребили наркотическое вещество?

36. Отменена ли в законодательстве административная ответственность за уклонение от освидетельствования на наркотики?

37. Отменена ли в законодательстве административная ответственность за уклонение от лечения по поводу наркотической зависимости?

38. Отменена ли в законодательстве административная ответственность за уклонение от освидетельствования на ВИЧ и другие ИППП?

39. Отменена ли в законодательстве административная ответственность за уклонение от лечения по поводу ВИЧ-инфекции и других ИППП?

Медицинские услуги

40. Исключены ли ВИЧ-инфекция и СПИД из списка «заболеваний, представляющих опасность для окружающих» / «социально значимых заболеваний» или другого подобного перечня?

41. Исключена ли наркотическая зависимость из списка «социально значимых заболеваний» или другого подобного перечня?

Лечение наркотической зависимости

42. Имеются ли национальные стандарты/протоколы лечения наркотической зависимости, принятые государственным органом?

43. Ограничивает ли законодательство принудительное лечение наркотической зависимости, крайними случаями, например, если лицо представляет *значительный риск причинения серьезного вреда*¹³⁹⁵ себе или третьим лицам?

44. Если принудительное лечение наркотической зависимости существует, применяется ли направление на лечение в качестве альтернативы назначению административного взыскания?

45. Если принудительное лечение наркотической зависимости существует, применяется ли направление на лечение в качестве альтернативы назначению уголовного наказания?

46. Если принудительное лечение наркотической зависимости существует, имеются ли в законодательстве положения, дающие возможность создания работающего механизма подачи жалоб на нарушения прав в процессе принудительного лечения наркотической зависимости вне тюрем (например, в ЛТП или подобных учреждениях)?

¹³⁹⁵ См. определение «значительного риска причинения серьезного вреда» в Глоссарии в Приложении 5,

47. Если принудительное лечение существует, имеются ли в законодательстве положения, дающие возможность подачи жалоб на нарушения прав в процессе принудительного лечения наркотической зависимости в тюрьмах?

48. Предписывает ли законодательство обязательное наличие всего спектра услуг по лечению наркотической зависимости, предоставляемых государством (например, детоксификации, реабилитации и др.)?

49. Предписывает ли законодательство предоставление опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в качестве одного из элементов комплексного подхода к лечению наркотической зависимости (и как важный элемент профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики)?

50. Входит ли метадон в список веществ, разрешенных к применению в медицине, в частности, для лечения наркотической зависимости?

51. Входит ли бупренорфин в список веществ, разрешенных к применению в медицине, в частности для лечения наркотической зависимости?

52. Входит ли метадон в список жизненно важных лекарственных средств (или подобного национального списка)?

53. Входит ли бупренорфин в список жизненно важных лекарственных средств (или подобного национального списка)?

54. Предписывает ли законодательство необходимость наличия программ лечения наркотической зависимости, учитывающих потребности женщин (например, нахождение с детьми), в том числе беременных?

55. Если законодательство предусматривает платное анонимное лечение наркотической зависимости, существует ли возможность прохождения бесплатного анонимного лечения наркотической зависимости (т.е. когда от лица не требуется предоставления полного имени и другой идентифицирующей информации)?¹³⁹⁶

56. Отменены ли учет / регистрация лиц, потребляющих наркотики, и лиц, зависимых от наркотиков?

57. Если учет/регистрация существуют, позволяет ли законодательство защитить конфиденциальность пациента, разрешая раскрытие информации только в строго ограниченных обстоятельствах? В частности, отменены ли положения законодательства о требовании сообщать правоохранительным органам о случаях передозировок от наркотиков и другие положения, предписывающие раскрытие врачами информации о пациентах по требованию правоохранительных органов?

Тестирование и лечение ВИЧ-инфекции и ИППП

58. Требуется ли законодательство предоставление до- и после-тестового консультирования, в том числе и в случаях недобровольного освидетельствования?

59. Предусматривает ли законодательство получение письменного информированного согласия на освидетельствование на ВИЧ?

60. Согласно международным стандартам недобровольное освидетельствование на ВИЧ, должно ограничиваться только применением его к донорам крови, органов и тканей; во всех остальных случаях оно может проводиться только по постановлению суда. Ограничивает ли законодательство случаи недобровольного тестирования только этими случаями?

¹³⁹⁶ См. Глоссарий в Приложении 5, для уточнения разницы между «анонимными» и «конфиденциальными» услугами здравоохранения.

61. Отменено ли в законодательстве положение о недобровольном/принудительном освидетельствовании на ВИЧ лиц, в отношении которых есть основания полагать, что они являются ВИЧ-положительными?
62. Отменено ли в законодательстве положение о недобровольном тестировании на ВИЧ потребителей наркотиков (и лиц, подозреваемых в потреблении наркотиков)?
63. Отменено ли в законодательстве положение о недобровольном тестировании на ВИЧ секс работников (и лиц, подозреваемых в занятии секс работой)?
64. Отменено ли в законодательстве положение о недобровольном тестировании на ВИЧ заключенных?
65. Создает ли законодательство возможность прохождения бесплатного анонимного тестирования на ВИЧ и ИППП (т.е. когда не требуется предоставления имени и другой идентифицирующей лицо информации)?
66. Создает ли законодательство возможность бесплатного анонимного лечения ИППП?

Профилактика распространения ВИЧ среди лиц, потребляющих наркотики: услуги по снижению вреда

67. Имеются ли в законодательстве положения, прямо предписывающие наличие и доступность профилактических вмешательств в отношении ВИЧ для лиц, потребляющих наркотики?
68. Имеются ли в законодательстве положения, прямо предусматривающие реализацию программ по распространению (обмену) стерильных игл и шприцев, как части мер по профилактике ВИЧ-инфекции для лиц, потребляющих наркотики?
69. Имеются ли в законодательстве положения, предписывающие полиции способствовать (или по крайней мере не препятствовать) работе программ по снижению вреда?
70. Имеются ли в законодательстве положения, регулирующие деятельность аутрич-работников (описывающие их обязанности) в рамках программ снижения вреда?
71. Имеются ли в законодательстве положения, разрешающие (или, по крайней мере, не запрещающие) лицам, потребляющим наркотики, работать в программах по профилактике распространения ВИЧ (например, в качестве аутрич-работников)?

Права пациентов, включая право на конфиденциальность

72. Имеются ли в законодательстве *работающие* положения, предписывающие сохранение конфиденциальности при оказании медицинских услуг (в том числе касающейся информации о ВИЧ-статусе, потреблении наркотиков или зависимости от наркотиков), и предусматривающие ответственность за нарушение конфиденциальности без юридических на то оснований?
73. Содержит ли законодательство четко сформулированные положения о правах пациента в процессе получения медицинских услуг, включая право на участие в выборе методов лечения, право на прекращение лечения, и право на использование механизмов обжалования действий, нарушающих их права?

Дискриминация и другие ограничения прав

74. Имеется ли государственный орган (учреждение), в чьи функции входит защита от дискриминации, в том числе, по признаку здоровья?

Дискриминация людей, живущих с ВИЧ

75. Запрещает ли законодательство проведение тестирования на ВИЧ в общих целях, связанных с трудоустройством или поступлением на учебу?
76. Отменены ли в законодательстве нормы, согласно которым, лица с ВИЧ не могут быть усыновителями?
77. Отменены ли в законодательстве дискриминационные ограничения прав лиц, живущих с ВИЧ (например, запрет на работу в сфере медицинских услуг, пищевом секторе, вооруженных силах, образовательных учреждениях и др.)?
78. Отменены ли в законодательстве нормы, согласно которым, лица с ВИЧ не могут получить визу для въезда в страну или долгосрочную визу?
79. Отменены ли правила, запрещающие лицам, живущим с ВИЧ, оставаться на территории страны, или предусматривающие депортацию лиц, по причине их ВИЧ статуса?

Дискриминация лиц, потребляющих наркотики

80. Запрещает ли законодательство недобровольное тестирование на наличие наркотиков в организме в учебных заведениях и на рабочем месте (за исключением крайне редких случаев, определяемых на индивидуальном уровне)?
81. При рассмотрении дел о злоупотреблениях по отношению к детям или пренебрежении их воспитанием, или о ситуациях риска злоупотреблений или пренебрежения в отношении детей, позволяет ли законодательство четко определять, что решение о родительских правах, должно приниматься, основываясь на индивидуальной оценке наилучших интересов ребенка; и имеется ли четкое указание для судей, что такое решение не может быть основано на общих предположениях о том, что лицо, употребляющее наркотики или зависимое от наркотиков, неспособно исполнять родительские обязанности соответствующим образом?
82. Отменены ли правила, согласно которым лица, поступающие в образовательные учреждения должны предоставить доказательства того, что они не находятся на наркологическом учете?
83. Отменены ли правила, согласно которым, лица, потребляющие наркотики, не могут получить въездную визу или въехать в страну?

Доступ к привилегиям в связи с инвалидностью

84. Имеются ли в законодательстве положения о предоставлении инвалидности (в связи с физической нетрудоспособностью) лицам с ВИЧ-инфекцией?
85. Имеются ли в законодательстве положения о предоставлении инвалидности (в связи с физической нетрудоспособностью) лицам с наркотической зависимостью?

Тюрьмы

86. Имеются ли в законодательстве положения, прямо предписывающие наличие и доступность профилактических вмешательств в отношении ВИЧ для заключенных?
87. Имеются ли нормативные акты, предписывающие бесплатное предоставление презервативов в целях профилактики распространения ВИЧ в местах лишения свободы?

88. Имеются ли нормативные акты, предписывающие бесплатное предоставление в местах лишения свободы дезинфицирующих средств в целях профилактики распространения ВИЧ среди людей, потребляющих наркотики?
89. Имеются ли нормативные акты, предписывающие бесплатное предоставление в местах лишения свободы стерильных игл и шприцев в целях профилактики распространения ВИЧ среди людей, потребляющих наркотики?
90. Имеются ли нормативные акты, предписывающие распространение информации о ВИЧ с описанием способов защиты от инфицирования ВИЧ среди заключенных в местах лишения свободы?
91. Имеются ли нормативные акты, предписывающие распространение информации о ВИЧ с описанием способов защиты от инфицирования ВИЧ среди работников пенитенциарной системы/штата тюрем?
92. Имеются ли нормативные акты, обеспечивающие сохранение конфиденциальности медицинской информации, касающейся заключенного, в т.ч. ВИЧ статуса и потребления наркотиков или зависимости от наркотиков?
93. Имеются ли нормативные акты, предписывающие наличие и доступность в тюрьмах такого же спектра и качества медицинских услуг, какие предоставляются за пределами тюрем?
94. Имеются ли нормативные акты, предписывающие доступность АРВ-терапии для заключенных с ВИЧ в учреждениях пенитенциарной системы?
95. Имеются ли нормативные акты, предписывающие наличие и доступность добровольного лечения наркотической зависимости в тюрьмах?
96. Имеются ли нормативные акты, предписывающие наличие и доступность ОЗТ в учреждениях пенитенциарной системы?
97. Обеспечивают ли нормативные акты доступность стерильного инструментария для инъекций (игл и шприцев) для заключенных в целях профилактики распространения ВИЧ (обеспечивая такой же уровень доступности игл и шприцев, как и за пределами тюрем)?
98. Имеются ли нормативные акты, предписывающие обеспечение заключенных с ослабленной иммунной системой, в том числе заключенных с ВИЧ, адекватным питанием?
99. Отменены ли дискриминационные меры по отношению к заключенным с ВИЧ-инфекцией или с зависимостью от наркотиков, такие как их сегрегация (содержание отдельно от других заключенных) или запрет на перевод в учреждение с менее жесткими условиями содержания?
100. Имеются ли нормативные акты, разрешающие неправительственным (общественным) организациям проведение работы по профилактике распространения ВИЧ и социальной поддержке в тюрьмах?

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Словарь терминов

Примечание: многие из приведенных здесь терминов и понятий взяты из следующих словарей и глоссариев ООН: Управление ООН по наркотикам и преступности, Снижение спроса на наркотики: Словарь терминов (2000), Руководство ЮНЭЙДС по терминологии (2008); Управление ООН по наркотикам и преступности «Лечение наркомании и реабилитация: практическое руководство по планированию и осуществлению» (2003). В некоторых случаях ниже приведенные термины или понятия несколько отличаются от таковых, приведенных в упомянутых источниках, за счет небольшой адаптации.

Абстиненция

Термин относится к состоянию воздержания от употребления алкоголя или других психоактивных веществ, будь то по причинам состояния здоровья, личным, социальным, религиозным, моральным, правовым или другим причинам.

Абстинентный синдром

Абстинентный синдром или «синдром отмены» определяется как группа симптомов различной тяжести, возникающих при прекращении или уменьшении употребления наркотика, который принимался в течение длительного периода и/или в больших дозах. Синдром может сопровождаться признаками как психологических, так и физиологических расстройств. Абстинентный синдром является одним из признаков синдрома зависимости.

Агонист

Вещество, при воздействии которого на рецепторные зоны (головного мозга) возникают определенные реакции; например, метадон и героин являются агонистами для опиоидных рецепторов.

Альтернативы наказанию, связанному с лишением свободы

Назначение наказания в виде лишения свободы за деяния, связанные с потреблением наркотиков (включая хранение наркотиков не с целью сбыта), является проблематичным с точки зрения профилактики распространения ВИЧ. Заключенные обычно имеют доступ к наркотикам, но не имеют доступа к опиоидной заместительной терапии (метадон или бупренорфин), либо же этот доступ является ограниченным. Также они обычно не имеют доступа к стерильному инъекционному оборудованию, что увеличивает риск заражения болезнями, передаваемыми через кровь, такими как ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты. Это делает тюрьмы местами повышенного риска заражения ВИЧ и других расстройств здоровья, связанных с употреблением наркотиков. Таким образом, практика помещения людей, потребляющих наркотики в тюрьмы, может способствовать более быстрому распространению ВИЧ, не только в тюрьмах, но и во всем обществе. Альтернативы наказанию, связанному с лишением свободы, включают административное наказание вместо уголовного лишения свободы; прекращение дела судом, до или после предъявления обвинения (и направление на лечение и применение других мер), или применение наказания, не связанного с лишением свободы (если лицо признано виновным).¹³⁹⁷

Антагонист

Вещество, которое противодействует эффекту другого препарата. В фармакологическом плане антагонист взаимодействует с рецептором нейронов, подавляя действие агентов (агонистов), которые вызывают характерную физиологическую или поведенческую реакцию за счет их воздействия на эти рецепторы. Например, препарат налоксон является антагонистом опиоидов, быстро блокирующим рецепторы опиоидов, таким образом быстро сводя на нет эффект передозировки такими опиоидами, как героин.

¹³⁹⁷ Для более подробной информации см. Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе, Модуль 1: Вопросы уголовного права (Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006), русский текст на www.aidslaw.ca/modellaw-ru.

Аутрич-работа

Общественная деятельность, проводимая для установления контакта и предоставления информации отдельным людям или группам населения, подверженным риску заболеваний, передающихся через кровь, в частности тем, с кем нет постоянного контакта, и кто выпадает из сферы услуг и предоставления информации через традиционные каналы здравоохранения. Программы равной-равному пользуются услугами людей, принадлежащих к целевой группе (например, людей, употреблявших или употребляющих наркотики) в качестве добровольцев (волонтеров) и оплачиваемого персонала.

Бупренорфин

Полусинтетический препарат с функциями частично агониста и частично антагониста опиоидов, который может использоваться при заместительной терапии. Широко используется во многих странах для кратковременного лечения умеренной и сильной боли. Совместное опиодоподобное и блокирующее действие делает бупренорфин безопасным в смысле меньшей вероятности передозировки, и возможно, менее притягательным для перепродажи, чем другие опиоиды. При его использовании этап абстиненции может проходить легче, а благодаря более длительному действию, его можно принимать через день.

Вирусы, передаваемые с кровью

Вирусы, которые могут быть переданы от инфицированного человека другому, через контакт крови с кровью, например, через переливание крови, совместное использование инъекционного оборудования или другого оборудования, связанного с проколами кожи (при татуировке). ВИЧ, вирусы гепатита В и С являются вирусами, передаваемыми с кровью.

Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ)

Схемы лечения, направленные на активное подавление репликации вируса у людей, живущих с ВИЧ, и, таким образом, замедление прогрессирования заболеваний, связанных с ВИЧ. Лечение также снижает возможность передачи ВИЧ другим лицам, так как сильно снижает уровень вирусной нагрузки ВИЧ-инфицированного человека (в крови или других жидкостях тела). Обычная схема ВААРТ включает использование трех и более антиретровирусных препаратов (АРТ).

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)

Вирус, который ослабляет иммунную систему и в конечном итоге приводит к СПИДу. Выделены вирусы иммунодефицита человека типа 1 и типа 2 (ВИЧ-1 и ВИЧ-2), которые схожи по вирусной структуре, способу передачи и вызываемым оппортунистическим инфекциям, но имеют различные географические особенности распространения и отличаются различной предрасположенностью к развитию заболевания и смерти. По сравнению с ВИЧ-1, ВИЧ-2 обнаруживается в основном в Западной Африке и имеет замедленное и менее тяжелое клиническое течение. ВИЧ передается определенным образом, через жидкости тела, включая кровь (например, через переливание крови, совместное использование инъекционного оборудования для употребления наркотиков, совместное использование оборудования для нанесения татуировок, или неправильно стерилизованное медицинское оборудование), сексуальным путем, когда происходит контакт со значительным количеством жидкостей тела (например, через генитальные выделения), и от матери к ребенку во время беременности, родов или при кормлении грудью.

Гендер и пол

Под термином «пол» понимаются биологически определяемые различия, в то время как под термином «гендер» понимаются различия в социальных ролях и отношениях между мужчинами и женщинами. Гендерные роли усваиваются в социальной среде и имеют значительные различия в рамках одной культуры или между культурами. Гендерные роли также зависят от возраста, класса, расы, этнической принадлежности и религии, а также от географической, экономической и политической среды.

Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, созданный в 2001 году, представляет собой независимое партнерство между частным и государственным секторами. Его целью

является привлечение дополнительных средств для внесения устойчивого и значительного вклада в смягчение воздействия ВИЧ, туберкулеза и малярии и управление процессом их выделения нуждающимся странам, а также для содействия снижению уровня нищеты в рамках Целей Развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.

Группы населения с повышенным риском контакта с источником ВИЧ

Согласно рекомендации ЮНЭЙДС, следует воздерживаться от употребления терминов «группы риска» и «группы высокого риска», поскольку они могут усиливать стигматизацию и дискриминацию. Они также могут вызывать ложное чувство безопасности у людей, которые не отождествляют себя с такими группами. Термин «группа высокого риска» также подразумевает, что риск существует в пределах группы, хотя фактически все социальные группы являются взаимосвязанными. Предпочтительнее говорить о «более высоком риске контакта с источником ВИЧ», «сексе без презерватива», «незащищенном сексе», «использовании нестерильного инъекционного инструментария», а не использовать обобщающий термин «группа высокого риска».

Декриминализация и депенализация

Декриминализация – это изъятие деяния из перечня уголовно наказуемых преступлений. Совершение этого деяния может, но не обязательно должно, вести к наложению административного наказания. Депенализация – это более широкое понятие, означающее отмену административного или уголовного наказания за совершение определенных деяний. Эти деяния могут оставаться запрещенными, но санкции за их совершение не налагаются.

Детоксификация (детоксикация)

Процесс, посредством которого индивид с зависимостью от того или иного психоактивного вещества прекращает его употребление таким способом, который сводит к минимуму симптомы абстиненции и риск вреда здоровью. В то время как термин буквально означает снятие токсического воздействия при употреблении наркотика, фактически его стали употреблять в смысле вмешательства, направленных на смягчение симптомов нейроадаптации, то есть для купирования абстиненции и любых связанных с этим проблем физического и психического здоровья.

Дискредитация (очернение, создание негативного образа)

Этот термин означает любое публичное действие, направленное на лишение доверия к субъекту. Дискредитацией может являться любое действие, которое может возбудить в других ненависть, презрение или жестокое осмеяние людей, только потому, что они принадлежат к отдельной группе или имеют особенную характеристику (например, люди, живущие с ВИЧ, или люди, потребляющие или зависимые от наркотиков).

Заболеемость

Заболеемость ВИЧ (иногда называемая кумулятивной заболеемостью) указывает на число новых инфекций за определенный период времени. ЮНЭЙДС обычно подразумевает число людей (всех возрастов) или детей (0–14 лет), которые заразились за последний год. В отличие от этого, распространенность ВИЧ означает число инфекций на некий определенный момент времени (по типу моментального снимка). При проведении специальных наблюдений и испытаний средств профилактики для описания заболеемости на сто человеко-лет наблюдения используется термин “показатель заболеемости”.

Заболевания, связанные с ВИЧ

Симптомы ВИЧ-инфекции могут наблюдаться как на начальной стадии заражения ВИЧ, так и после наступления стадии нарушения иммунитета, что приводит к СПИДу. На начальной стадии заражения ВИЧ, когда вирус попадает на поверхность слизистой оболочки, он находит восприимчивые клетки-мишени и проникает в лимфоидную ткань, где начинается массовое продуцирование вируса. Это приводит к высокому уровню вирусемии (наличие вируса в крови) и широкому распространению вируса. У некоторых людей на этой стадии могут отмечаться гриппоподобные симптомы, которые в целом являются симптомами первичной инфекции, а не заболеванием, связанным с ВИЧ. Иммунный ответ лишь частично эффективен в подавлении вируса, при этом некоторая часть вируса ускользает и может оставаться необнаруженной в течение нескольких месяцев или лет. В

конечном итоге, обширная циркуляция вируса приводит к разрушению иммунной системы, что иногда называют продвинутой стадией развития ВИЧ-инфекции. Таким образом, связанные с ВИЧ заболевания характеризуется постепенным ослаблением иммунной функции. В ходе развития инфекции важнейшие иммунные клетки, называемые клетками CD4+ Т-лимфоцитами, подавляются и уничтожаются, а их количество постепенно уменьшается.

«Заболевания, представляющие риск для окружающих»/ «социально значимые заболевания»

Термины, используемые в законодательстве некоторых стран Содружества Независимых Государств (СНГ), обычно содержащиеся в законах об охране здоровья населения, и имеющие определенные правовые последствия. Перечни этих заболеваний обычно составляются Министерством здравоохранения. Список «заболеваний, представляющих опасность для окружающих» обычно включают такие инфекционные болезни, как ВИЧ-инфекция, туберкулез и другие. В перечни «социально значимых заболеваний» часто входят болезни, передающиеся половым путем, ВИЧ-инфекция, наркотическая и алкогольная зависимости. Наличие у человека диагноза болезни, включенной в эти перечни, обычно означает получение бесплатного медицинского обслуживания и лекарств, и иногда оплату расходов на проезд к месту прохождения лечения. Также на людей с этими заболеваниями могут налагаться определенные ограничения в правах, и дополнительные юридические обязательства, такие как обязанность прохождения лечения или раскрытия определенной информации.

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)

Ранее называемые венерическими заболеваниями, это инфекции, которые распространяются в результате передачи микроорганизмов от человека человеку во время полового контакта. Помимо «традиционных» ИППП (сифилиса и гонореи), спектр ИППП в настоящее время включает ВИЧ, который вызывает СПИД, вирус папилломы человека, который может вызывать рак шейки матки или ануса, герпес половых органов, шанкр, гепатит В и другие. С 1980 годов понятие об инфекциях, передаваемых половым путем, значительно расширились, и их перечень значительно увеличился; сейчас в эту категорию входят более 20 микроорганизмов и синдромов.

Инъекционное оборудование

Оборудование, используемое для инъекционного потребления наркотиков. Может включать иглы и шприцы, а также ложки для смешивания, воду или кислоту для разведения порошкового наркотика, фильтровочный материал (например, кусок сигаретного фильтра, вата, бумага), тампоны, смоченные в алкоголе, чтобы очистить место инъекций, жгут и другие приспособления.

Лечение наркотической зависимости

Согласно ВОЗ, термин "лечение" относится к "процессу, который начинается, когда лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, обращаются в медицинское учреждение или любую другую службу на местном уровне и может продолжаться при последовательных конкретных мерах вмешательства до достижения возможно высокого уровня здоровья и благополучия". Более конкретно, лечение может быть определено "...как всеобъемлющий подход к выявлению лиц, у которых имеются проблемы, связанные с употреблением любого психоактивного вещества, оказанию им медицинской помощи и их социальной реинтеграции... Это определение лечения использует широкую концепцию реабилитации, принятую таким агентствами ООН как Международная организация труда (МОТ), ЮНЕСКО и ВОЗ. Оно включает понятия равных возможностей и вовлечение структур местного уровня. Это определение также сопоставимо с целью конституции ВОЗ, а именно, целью «достижения всеми людьми наивысшего возможного уровня здоровья». Целью лечения в рамках этого широкого контекста является улучшение здоровья и качества жизни людей с проблемами вследствие потребления ими психоактивных веществ».¹³⁹⁸ Лечебные услуги и предоставляемые возможности могут включать детоксикацию, замещающее лечение (в том числе долгосрочную поддерживающую терапию) и/или психосоциальные вмешательства и консультирование. Лечение направлено на уменьшение зависимости от психоактивных веществ, а также на смягчение отрицательных последствий для здоровья и социальных последствий, непосредственно или опосредованно вызываемых потреблением таких веществ.

1398 WHO Expert Committee on Drug Dependence, Thirtieth Report., WHO Technical Report Series No. 873 (Geneva, 1998), стр. 3, на http://www.who.int/substance_abuse/right_committee/en/index.html.

Люди, живущие с ВИЧ

Согласно рекомендациям ЮНЭЙДС, следует избегать выражения "люди, живущие с ВИЧ и СПИДом" и сокращения ЛЖВС. Говоря о людях, живущих с ВИЧ, предпочтительно избегать определенных терминов: термин "больной СПИДом" следует употреблять только в медицинском контексте (чаще всего человек, имеющий СПИД, не находится в роли пациента); термин "жертва СПИДа" или "лицо, страдающее от СПИДа" подразумевает, что конкретный человек является беспомощным и не может контролировать свою жизнь.¹³⁹⁹ Предпочтительно употреблять термин "люди, живущие с ВИЧ" (ЛЖВ), поскольку это отражает тот факт, что инфицированный человек может иметь хорошую и продуктивную жизнь в течение многих лет. Говорить о людях, живущих с ВИЧ, как о *невинных жертвах* (что часто используется для описания ВИЧ-положительных детей или людей, которые заразились ВИЧ в результате медицинских действий) означает неправильно подразумевать, что люди, инфицированные другим путем, в некоей мере заслуживают наказания, таким образом способствуя стигматизации и дискриминации, окружающей ВИЧ, и влияющей на особые уязвимые группы.

Люди, потребляющие наркотики, и люди, зависимые от наркотиков

Для некоторых людей эти термины являются предпочтительными по сравнению с терминами «наркозависимые» или «наркоманы», которые считаются уничижительными и иногда приводят к отчуждению вместо того, чтобы создавать доверие и уважение, необходимое при общении с людьми, употребляющими наркотики. Также как и в случае с термином «люди, живущие с ВИЧ», термин «люди, потребляющие наркотики» не ограничивает людей одной характеристикой, потребления наркотиков или зависимости от них. Вместо этого, этот термин подчеркивает, что они, прежде всего, являются личностями, и поясняет, что потребление наркотиков, или зависимость от них, является только одним аспектом их жизни. Принимая во внимание широко распространенный взгляд на людей, потребляющих наркотики, или зависимых от наркотиков, как бесчеловечных, акцентирование их человечности и достоинства, является важным напоминанием, в том числе для людей, разрабатывающих законодательство и политику, реализация которых значительно влияет на жизнь людей, потребляющих наркотики.

Метадон

Синтетический опиоидный препарат, используемый в поддерживающей терапии лиц, зависимых от опиоидов. У него длительный период полураспада, и его можно принимать перорально (внутри) один раз в день под наблюдением. Такое лечение наиболее широко используется при зависимости от опиоидов во многих странах. Если лица с опиоидной зависимостью принимают метадон в адекватной дозе, он, как правило, приводит к снижению желания использовать героин и другие опиаты, устраняет абстинентный опиоидный синдром и блокирует эйфорические эффекты других опиоидных препаратов. Метадон также используется для купирования боли.

Мужчины, имеющие сексуальные контакты с мужчинами (МСМ)

Термин включает не только мужчин, которые отождествляют себя с «геями» или гомосексуалистами и имеют половые контакты только с мужчинами, но также бисексуальных мужчин и гетеросексуальных мужчин, которые иногда могут иметь половые контакты с другими мужчинами.

Налоксон

Опиоидный антагонист, который противостоит дыхательному, седативному и гипотензивному эффектам передозировки героина. Он может вводиться внутримышечно, внутривенно или подкожно. В некоторых странах он доступен также в форме назального спрея. Это блокатор рецептора опиоидов, который противостоит действию опиоидных наркотических средств. Он вызывает обратный эффект опиатной интоксикации и назначается для лечения передозировки при употреблении этой группы наркотиков.

Налтрексон

Препарат, который нейтрализует действие опиоидных наркотиков. Его воздействие аналогично

1399 C Cornu, K Attawell. *The Involvement of People Living with HIV/AIDS in Community-based Prevention, Care and Support Programs in Developing Countries. A Multi-country Diagnostic Study.* Washington, DC, and London, UK: The Populations Council Inc and the International HIV/AIDS Alliance, 2003, стр. 22, с отсылкой к "Денверским принципам." На www.aidsalliance.org/sw7442.asp.

воздействию налоксона, но он более эффективен и имеет большую длительность действия. Он применяется разными способами при лечении опиоидной и алкогольной зависимости. Наиболее распространенный вид использования – назначение его в дозе, которая будет блокировать психоактивные эффекты всех опиоидов. Цель такого лечения - снижение риска рецидива потребления опиоидов.

Наркологический учет

Во многих странах Содружества Независимых Государств (СНГ), наркологические учреждения «ставят на учет» обращающихся к ним людей, потребляющих наркотики и людей, с зависимостью от наркотиков. Существует «профилактический учет», на который ставятся люди, потребляющие наркотики, но без признаков зависимости, обычно на срок в один год. Другая система учета содержит информацию о людях, с диагнозом наркотической зависимости, срок этого учета обычно дольше и составляет не менее 3-5 лет. Постановка на учет обычно связана с рядом юридических последствий, включая ограничения определенных прав. Часто работодатели и образовательные учреждения запрашивают от потенциального работника или студента предоставление справки о том, что лицо не находится на наркологическом учете. Также есть информация о частых нарушениях конфиденциальности информации, включенной в регистры наркологического учета. Во многих случаях, законодательство непосредственно предоставляет возможность легкого доступа к этой информации со стороны собственно правоохранительных органов или в целях, связанных с правоохранительными действиями, что вызывает опасения нарушения прав человека, что и обсуждалось в данном отчете.

Наркотик, наркотическое средство

Вид контролируемого психоактивного вещества (см. *психоактивное вещество*) естественного или синтетического происхождения, производство и распространение которого регулируется соответствующими конвенциями ООН и национальным законодательством. В этом отчете и в общепринятом юридическом смысле этот термин часто употребляется для обозначения любых незаконных наркотических средств и психотропных веществ, независимо от их фармакологии.

Недобровольное или принудительное лечение

Общий основополагающий принцип вмешательств системы здравоохранения заключается в их добровольности и получении информированного согласия пациента на медицинскую процедуру. В некоторых случаях лечение наркотической зависимости (и других заболеваний) может не соответствовать этим принципам добровольности. Лечение может быть *принудительным*, когда оно налагается какой-либо структурой (властью), без возможности пациента отказаться – например, лечение наркотической зависимости в системе исполнения наказаний в некоторых странах. Лечение также может быть *недобровольным* по закону – например, когда суд направляет лицо на какое-либо лечение наркотической зависимости, как альтернативу приговору в виде лишения свободы. Это лечение является недобровольным, поскольку если лицо не начнет это лечение, или не закончит программу лечения, или не выполнит все ее требования и правила, оно может получить стандартное уголовное наказание. Все формы недобровольного лечения вызывают озабоченность с точки зрения прав человека; *принудительное* лечение, вероятно, может быть оправдано только в исключительных обстоятельствах. И даже деятельность (более мягких) систем *недобровольного* лечения (например, судов по делам о наркотиках) должна тщательно контролироваться на предмет соблюдения таких прав как свобода, неприкосновенность частной жизни, и неприкосновенность личности.

Низкопороговые и высокопороговые программы или услуги

Низкопороговые программы ставят своей целью как можно более раннее достижение контакта с как можно большим количеством людей, нуждающихся в их услугах (например, людей, потребляющих наркотики), и длительный контакт с ними, для предотвращения вреда их здоровью. Это достигается за счет «снижения барьеров» при пользовании услугами (например, предоставление услуг не требует воздержания от потребления наркотиков или выполнения строгих правил режима). Низкопороговые программы и услуги создают уникальную возможность для предоставления специфических услуг здравоохранения, например, информирования о возможностях снизить риски, ассоциированные с потреблением наркотиков, проведение прививок, и, все чаще – лечение инфекционных заболеваний. Высокопороговые программы налагают на участников (клиентов/пациентов) гораздо большее количество требований.

Опиат

Опиат – согласно опубликованному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, «опиат» определяется следующим образом: один из группы алкалоидов, получаемых из опийного мака и обладающих способностью вызывать анальгезию, эйфорию и (в больших дозах) ступор, кому и угнетение дыхания. Термин «опиат» не включает синтетические опиоиды, такие как героин и метадон.

Опиоид

Опиоид, согласно *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам* ВОЗ, определяется, следующим образом: родовой термин, применяемый к алкалоидам из опийного мака, их синтетическим аналогам и соединениям, синтезируемым в организме, которые взаимодействуют с одними и теми же специфическими рецепторами в головном мозге, обладают способностью облегчать боль и вызывают ощущение благополучия (эйфорию). Опиумные алкалоиды и их синтетические аналоги в больших дозах также вызывают ступор, кому и угнетение дыхания. Со временем, опиоиды вызывают привыкание и нейроадаптивные изменения, которые приводят к перевозбудимости, когда наркотик не поступает в организм (проявляется как синдром отмены).

Опиоидная заместительная терапия (или лечение) (ОЗТ)

Метод фармакологического лечения опиоидной наркотической зависимости, эффективность которого доказана и который широко применяется во многих странах в течение десятилетий. В дополнении к терапевтической ценности этого метода при лечении зависимости от нелегальных опиоидов (например, героина), ОЗТ рекомендуется ООН и другими международными организациями и национальными органами здравоохранения как эффективное и важное вмешательство для предотвращения распространения ВИЧ и других передающихся через кровь инфекций среди людей, потребляющих наркотики. ОЗТ - это назначение аккредитованным (лицензированным) специалистом хорошо изученного и применяемого в медицине опиоидного агониста людям, страдающим опиоидной зависимостью, для достижения определенных терапевтических целей. Другими словами, человеку с опиоидной зависимостью назначается определенное лекарство (опиоидный агонист), приобретенное законными путем и прописанное квалифицированным медицинским работником. При этом это лекарство принимается менее рискованным способом (например, метадон принимается внутрь в виде раствора, а бупренорфин в виде таблетки под язык) и вместо нелегально добытого опиоида, который часто потребляется способами, способствующими передаче инфекций (например, путем инъекций с использованием нестерильного инструментария), на агонист опиоида, полученный легально по рецепту врача. Программы фармакотерапии агонистами опиоидов могут быть двух общих типов: а) программы детоксификации, где дозы агониста со временем снижаются до достижения свободного от наркотиков состояния; и б) программы поддерживающей терапии, которые предоставляют более высокие дозы препарата-заместителя на более долгий период времени.¹⁴⁰⁰

Оппортунистические инфекции

Это заболевания, вызываемые различными микроорганизмами, некоторые из которых обычно не вызывают расстройств здоровья у людей, имеющих здоровую иммунную систему. Люди, живущие с продвинутой ВИЧ-инфекцией, могут страдать от оппортунистических инфекций легких, головного мозга, глаз и других органов. Оппортунистические заболевания, распространенные у людей, имеющих диагноз СПИД, включают пневмонию, криптоспориоз,, другие бактериальные, паразитные, вирусные и грибковые инфекции, а также некоторые виды рака. Туберкулез является ведущей оппортунистической инфекцией, связанной с ВИЧ, в развивающихся странах.

Передозировка

Согласно *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам* ВОЗ: употребление любого наркотического лекарственного средства в количестве, вызывающем острые расстройства физического или психического здоровья. Передозировка может вызвать кратковременное или длительное расстройство здоровья либо смерть; смертельная доза конкретного лекарственного средства различается в зависимости от состояния индивида и обстоятельств (включая концентрацию потребляемого наркотика).

1400 WHO, *Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users* (2005), на: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-drug/en/index.html>.

Перенаправление дел из суда

Программы лечения, переобучения или общественные работы для лиц, перенаправляемых из судов после предъявления обвинения в совершении уголовно наказуемых деяний, связанных с наркотиками (например, за незначительные преступления, связанные с наркотиками). Лица передаются в ведение программ замены уголовного преследования, которое обычно откладывается до успешного завершения программы. Также возможно перенаправление до предъявления обвинения, которое состоит в направлении лиц правоохранительными органами (полицией), в альтернативные программы, вместо уголовного или административного преследования (см. также *Альтернативы наказанию, связанному с лишением свободы, и суды, по делам о наркотиках*).

ПМР

Сокращение для термина «передача ВИЧ от матери ребенку» (термин ППМР является сокращением для термина «профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку»).

Подход, основанный на правах человека

Подход к разработке и приведению в жизнь законодательства и политики (на разных уровнях), который основан на международных стандартах прав человека, и направлен на защиту и уважение прав человека. В отношении ВИЧ, подход, основанный на правах человека, признает, что принципы прав человека должны лежать в основе всех усилий по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, включая влияние на законодательство и политику, касающихся наркотиков, тюрем и других мест заключения. Подход, основанный на правах человека, признает, что доступ к медицинским товарам, услугам и информации о профилактике, уходе, лечении и поддержке в связи с ВИЧ, является вопросом прав человека, и что отказ в правах или их нарушение повышает уязвимость перед ВИЧ на индивидуальном и общественном уровнях, и подрывает усилия по эффективному ответу на эпидемию. Этот подход признает, что уважение, защита и исполнение прав человека, и в особенности прав, наиболее маргинализированных и уязвимых групп, является ключевым необходимым элементом эффективных программ и политики. Подход, основанный на правах человека, должен применяться международными и национальными государственными учреждениями и структурами, а также организациями гражданского общества, занимающимися вопросами ВИЧ-инфекции.

Политика по контролю наркотиков

Совокупность направлений политики и правоприменительных практик, используемых для влияния на предложение и спрос на незаконные наркотические вещества, и снижения вреда, от их употребления. Политика по контролю наркотиков включает ряд стратегий, направленных на такие вопросы, как информирование, лечение, законодательство в области наркотиков, правоохранительные меры и таможенный и пограничный контроль. Сбалансированная политика по контролю наркотиков должна включать снижение предложения наркотиков, снижение спроса на наркотики и снижение вреда от приема наркотиков.

Право на здоровье

Право на здоровье является одним из фундаментальных прав человека, признаваемым во многих международных документах, включая Всеобщую декларацию прав человека 1948 года. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966), являющийся одним из основных договоров по правам человека системы ООН, и ратифицированный большинством государств мира, признает «право каждого на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». Право на здоровье включает такие «основополагающие детерминанты здоровья» как безопасная питьевая вода, адекватная пища и жилье, доступ к основным медицинским препаратам, безопасные условия труда и природная среда, образование предоставление информации в области здоровья, и гендерное равенство. Доступ к медицинским препаратам для лечения в связи с ВИЧ и туберкулезом неоднократно признавался государствами-членами ООН в качестве основного элемента права на здоровье. Право на здоровье предусматривает доступность медицинских товаров, услуг здравоохранения и информации, касающейся здоровья, без какой-либо дискриминации. Право на здоровье включает право не подвергаться недобровольному лечению, право не подвергаться пыткам и другому жестокому, бесчеловечному или унижающему обращению и наказанию.¹⁴⁰¹

¹⁴⁰¹ См. более подробную информацию о праве на здоровье в международном праве, Управление Верховного Комиссара по правам человека и ВОЗ, *The Right to Health: Fact Sheet No. 31* (июнь 2008), на: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>.

Программы предоставления стерильных игл и шприцев, программы обмена шприцев

Меры, проводимые в целях снижения опасности передачи инфекционных заболеваний через кровь при повторном и совместном использовании игл и шприцев. Впервые эта стратегия была разработана в ответ на появление ВИЧ и быстро распространилась на многие страны, в которых употребление наркотиков инъекционным путем представляло собой проблему. В строгом смысле, программа обмена шприцев предусматривает предоставление чистых игл и шприцев в обмен на использованные, которые затем безопасно уничтожаются. Практика, показывает, что ограничение таких программ только «обменом», и особенно обменом одного использованного шприца (с иглой) на один стерильный, подрывает эффективность таких программ, без надобности ограничивая доступ к стерильному инъекционному инструментарию. В результате, многие программы игл и шприцев не требуют строгого «обмена», а распространяют стерильные иглы и шприцы, согласно просьбам нуждающихся, без строгих ограничений, в интересах максимизации доступа людей, потребляющих наркотики, к стерильному инъекционному оборудованию. Многие программы предоставляют не только иглы и шприцы, но и сопутствующие материалы (например, ложки, ватные тампоны и другие материалы) необходимые для снижения риска передаваемых через кровь инфекций, и других расстройств здоровья, связанных с потреблением наркотиков, а также предоставляют презервативы и информацию о ВИЧ и доступных услугах. Другими способами обеспечения доступа к стерильному инъекционному оборудованию являются аппараты, распространяющие шприцы, и распространение шприцев и игл через аптеки (а также возможность дешево купить шприцы в аптеке).

Программы равный-равному

Программа или услуга, оказываемая обученным человеком, который близок по полу, возрастной группе или другим социально-экономическим характеристикам к целевой группе (например, обладает личным опытом потребления наркотиков).

Проституция/секс работа

Проституция – согласно рекомендациям ЮНЭЙДС, этот термин следует употреблять только в отношении проституции несовершеннолетних. В отношении лиц старшего возраста следует употреблять термин секс-работник, который не должен подразумевать суждения, а подчеркивать лишь продажу секс услуг.

Профилактика

Вмешательство, направленное на то, чтобы избежать или значительно уменьшить риск получения или дальнейшего развития расстройств здоровья и межличностных проблем. Программы профилактики вредоносного (проблемного) потребления наркотиков широко различаются по содержанию и философии. Наиболее эффективными являются разносторонние программы, содержащие комплекс образовательных мероприятий о наркотиках и потреблении наркотиков, умений управления стрессом, личностными и межличностными проблемами, а также обучения навыкам воздержания от наркотиков. Содержание программ может быть адаптировано к особенностям и нуждам целевой группы. Профилактика ВИЧ-инфекции включает меры снижения вреда, такие как программы предоставления стерильных игл и шприцев, опиоидная заместительная терапия, места потребления наркотиков под контролем медицинского персонала, распространение презервативов, а также распространение информации о ВИЧ и облегченный доступ к услугам здравоохранения.

Профилактика рецидива

Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "предупреждение (профилактика) рецидива" определяется следующим образом: комплекс терапевтических процедур, применяемых для людей с зависимостью от алкоголя или наркотиков, чтобы помочь индивиду избежать срывов (единичных случаев неконтрольного употребления веществ) или рецидивов, либо быстро их купировать. Эти процедуры могут применяться при лечении, направленном на умеренное потребление психоактивного средства (например, алкоголя) или полное воздержание, и в сочетании с другими терапевтическими подходами. Пациентов обучают стратегиям контроля, которые можно использовать, чтобы избежать ситуаций, способных привести к рецидивам, и показывают им (посредством мысленного проигрывания ситуации и других методик), как свести к минимуму употребление психоактивного вещества в случае рецидива (см. также *Рецидив*).

Психоактивное вещество

Согласно *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам ВОЗ* это вещество, которое при потреблении изменяет психические процессы, например, мышление и эмоции. Этот термин, является самым нейтральным и описательным термином для целого класса веществ, применяемых законно и незаконно.

Пункты контролируемого потребления наркотиков/пункты менее опасного потребления наркотиков

Пункты контролируемого потребления наркотиков - это медико-социальные учреждения, которым разрешено на законных основаниях предоставлять условия для потребления заранее приготовленных наркотиков с помощью применения стерильного оборудования и под контролем медицинских специалистов, для оказания помощи в случае надобности, например, при передозировке. Пункты контролируемого потребления наркотиков - это специальная мера по охране здоровья населения, являющаяся составной частью более широкой сети услуг для людей, потребляющих наркотики. Цели пунктов контролируемого потребления наркотиков заключаются в снижении риска распространения инфекций, передающихся через кровь, в особенности ВИЧ и вируса гепатита; снижении риска расстройств здоровья и смерти в результате передозировки. В идеальных случаях, такие учреждения также предоставляют необходимые медицинские услуги для несложных медицинских проблем, которые могут возникнуть у людей, потребляющих наркотики (например, абсцессы на местах инъекций), и предоставляют возможность направления людей на получение других услуг здравоохранения и социальной поддержки (лечение наркотической зависимости, получение питания и жилища).

Распространенность

Этот показатель обычно приводится в виде процента. Распространенность ВИЧ-инфекции определяет количественно пропорцию людей в группе населения, которые имеют ВИЧ на определенный момент времени. ЮНЭЙДС обычно указывает распространенность ВИЧ среди взрослых в возрасте 15–49 лет. Мы не употребляем термин "коэффициент распространенности", поскольку временной период наблюдения, как правило, не учитывается. Распространенность ВИЧ-инфекции также может обозначать число людей, живущих с ВИЧ, как, например, "к декабрю 2007 года оценочное число людей, живущих с ВИЧ во всем мире, составляло 33,2 миллиона человек".

Расширение участия людей живущих с ВИЧ (GIPA или РУЛС) и расширение участия людей, потребляющих наркотики

РУЛС (GIPA) – акроним, используемый для обозначения термина «расширение участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или пострадавших от него» - впервые появился в Декларации Парижского саммита по проблемам СПИДа в 1994 году. Расширение участия людей, живущих с ВИЧ, людей, потребляющих наркотики, пострадавших от этих явлений, или людей, предположительно живущих с ВИЧ, или потребляющих наркотики, в национальных и международных ответных действиях на распространение ВИЧ-инфекции и гепатита С, важно для уважения и защиты прав человека и охраны индивидуального и общественного здоровья. Значимое вовлечение людей, входящих в затронутые сообщества, в разработку, выполнение, мониторинг и оценку национальных стратегий, законодательства и программ по ВИЧ/СПИДу и другим вопросам, необходимо во исполнение основных прав человека, таких как право на участие в принятии решений, относящихся к жизни человека. Это участие также положительно сказывается на качестве и эффективности услуг.¹⁴⁰²

Реабилитация

Согласно *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам ВОЗ*, реабилитация, это процесс, с помощью которого индивид с проблемами вследствие употребления психоактивного вещества достигает оптимального состояния здоровья, психологического и социального благополучия. Реабилитация обычно следует за первоначальным

1402 Более подробно см.: UNAIDS, *Policy Brief: Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA)* (март 2007) и другие документы на <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/GIPA/default.asp>; и "Ничего для нас без нас" – Расширение значимого участия людей, имеющих опыт употребления наркотиков, в борьбе с ВИЧ-инфекцией и гепатитом С – насущная потребность с точки зрения охраны здоровья, этики и прав человека, (Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине, Институт Открытое Общество) на www.aidslaw.ca/ru.

этапом лечения, при котором проводятся детоксификация, и при необходимости другие виды медицинского и психиатрического лечения. В процессе реабилитации применяются разнообразные подходы, включая групповую терапию, специальные формы поведенческой терапии для предотвращения рецидива, вовлечение в группу взаимопомощи, проживание в терапевтической общине (коммуне), профессиональное обучение и трудовую деятельность. Предполагается, что эти меры будут способствовать социальной реинтеграции людей с алкогольной или наркотической зависимостью.

Ремиссия

Заболевание считается находящимся в стадии ремиссии, если его симптомы временно исчезают при том, что основная причина/состояние, вызывающее заболевание не была устранена. Что касается наркотической зависимости, то считается, что ремиссия у людей, зависимых от наркотиков, это состояние, когда они находятся в периоде воздержания от приема наркотиков.

Рецидив

Согласно изданному ВОЗ *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам*, "рецидив" определяется следующим образом: возврат к употреблению алкоголя или наркотических веществ после периода воздержания, часто сопровождающийся восстановлением симптомов зависимости. Некоторые авторы проводят различие между рецидивом и «срывом» (единичным случаем), понимая под последним отдельный случай употребления алкоголя или наркотика. Считается, что быстрота, с которой возвращаются признаки зависимости, является ключевым показателем степени наркотической зависимости (см. также *Профилактика рецидива*).

Риск причинения вреда себе или третьим лицам

Основания, на которых лицо оправданно может быть подвергнуто недобровольному лечению (например, в отношении наркотической зависимости). То, представляет ли лицо непосредственный и значительный риск причинения вреда себе или третьим лицам, должно устанавливаться на индивидуальной основе, независимыми судами, на основе доказанного фактами экспертного медицинского заключения. Это заключение должно определить серьезность возможного вреда, и то, поможет ли человеку с наркотической зависимостью проведение лечения имеющимися методами, и таким образом, ответить на вопрос даст ли назначение лечения возможность избежать вреда.

Синдром зависимости

Согласно *Словарю терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам ВОЗ*, «зависимость» или «синдром зависимости» определяется, как необходимость в повторных дозах наркотиках, чтобы чувствовать себя хорошо или избежать плохого состояния; зависимость также определяется как «кластер когнитивных, поведенческих и психологических симптомов, которые указывают на то, что индивид не в состоянии контролировать потребление психоактивного вещества и продолжает его прием, несмотря на вредные последствия».

Снижение вреда

Снижение вреда в контексте потребления алкоголя и наркотиков относится к политике и программам, направленным непосредственно на снижение вреда от их потребления. В частности, имеются в виду политика и программы, направленные на снижение вредных последствий приема психоактивных средств, но не предусматривающих в обязательном порядке воздержания от их приема. Вместе с тем, некоторые стратегии снижения вреда, направленные на обеспечение менее опасного употребления психоактивных веществ, могут предшествовать последующим попыткам достижения полной абстиненции. Примеры снижения вреда включают программы распространения стерильных игл и шприцев для снижения уровня совместного использования инъекционного инструментария, заместительную терапию и места контролируемого приема наркотиков. Термин «снижение вреда» начал широко использоваться в связи с необходимостью снижения риска распространения ВИЧ среди людей, потребляющих наркотики, в начале 1980х годов. Степень усилий по мотивации клиентов на прекращение приема наркотиков зависит от философии людей, предоставляющих услуги в рамках программ снижения вреда. Программы снижения вреда обычно определяют иерархию рискованного поведения (от поведения очень высокого риска до поведения минимального риска), и поощряет клиентов и сообщества, придерживаться того поведения в этой иерархии, которое

приемлемо для них и которое в то же время, снижает риск вреда от приема наркотиков. Широкое определение термина «снижение вреда» может включать и программы, направленные на полное прекращение употребления наркотиков, если они на практике снижают вред от употребления наркотиков, вместо того, чтобы снижать лишь потребление наркотиков, и если они не являются принудительными или карательными по своей сути. Принцип снижения вреда является нейтральным по отношению к вопросу о том правильно или неправильно, нравственно или безнравственно потребление наркотиков, и не должен рассматриваться как призыв к легализации, декриминализации или поощрению потребления наркотиков.

Снижение предложения

Широкое понятие, используемое для обозначения ряда мероприятий, применяемых для того чтобы остановить производство и распространение незаконных наркотиков. Усилия по снижению предложения часто включают уничтожение посевов растений, содержащих наркотические вещества, программы развития альтернативного получения дохода для людей, ранее занимавшихся выращиванием этих растений; а также уничтожение незаконных лабораторий, контроль за производством химических прекурсоров, правоохранительные мероприятия, направленные на прекращение местного и трансграничного распространения и трафик наркотиков. В некоторых случаях, усилия по снижению предложения включают в себя широкомасштабные военные операции. Термин снижение предложения часто используется для обозначения деятельности правоохранительных и таможенных органов.

Снижение спроса

Международные конвенции по контролю над наркотиками используют этот термин по отношению к достижению цели снижения потребительского спроса на контролируемые вещества. Стратегии снижения спроса дополняют стратегии снижения предложения и снижения вреда. Снижение спроса является общим термином, включающим различные программы и практики, направленные на снижение желания и готовности искать и потреблять нелегальные наркотики. Спрос на наркотики может быть снижен путем профилактических и образовательных программ, направленных на разубеждение потребителей, или потенциальных потребителей, от экспериментов с нелегальными наркотиками, или продолжения употребления; программы заместительной терапии (например, матадоном); программы лечения, направленные на прекращение употребления, снижение частоты или количества употребляемого наркотика; программы перенаправления дел из суда (court diversion programmes) на обучение или лечение в качестве альтернатив лишению свободы; социальные программы, направленные на уменьшение факторов, способствующих потреблению наркотиков, такие как безработица, отсутствие жилья или прогулы занятий в образовательных учреждениях. Успех программ снижения спроса обычно оценивается снижением распространенности потребления наркотиков (то есть увеличением пропорции людей, не принимающих наркотики).

Стигма и дискриминация¹⁴⁰³

Поскольку в традиционном значении стигма означает клеймо, знак позора или дискредитации, правильно употреблять термин “стигматизация” и “дискриминация”. Стигматизация и дискриминация в связи с ВИЧ – это процесс «обесценивания» людей, живущих или ассоциируемых с ВИЧ. Стигма часто берет начало в стигматизации секса и потребления инъекционных наркотиков. Дискриминация следует за стигмой, и представляет собой несправедливое или неоправданное отношение к человеку на основе его или ее действительного или предполагаемого ВИЧ статуса. Стигма и дискриминация нарушают основные права человека, и могут происходить на различных уровнях, включая политический, экономический, социальный, психологический и институциональный. Стигма и страх дискриминации могут быть сильными побуждениями для уклонения от тестирования на ВИЧ. Это может вести к риску более быстрого прогрессирования болезни для людей, живущих с ВИЧ, а также повысить риск распространения инфекции среди других людей. Стигма, связанная с ВИЧ, основывается и усиливает существующие стереотипы и предубеждения. Она также усиливает существующее социальное неравенство – особенно на основе гендера, сексуальной ориентации и расы (например, стигматизация и дискриминация мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, или секс работников).

1403 Это определение основано на UNAIDS fact sheet “Stigma and Discrimination” (декабрь 2003).

Суды по делам о наркотиках

Направление лиц, зависимых от наркотиков, которым предъявлено обвинение в совершении определенных деяний (таких как хранение или оборот небольших количеств наркотического вещества) на лечение наркотической зависимости, под надзором суда, вместо обычной процедуры уголовного преследования. Условия, при которых лицо может участвовать в программе, могут различаться в зависимости от устройства системы судов по делам о наркотиках и от того, как их функции определены в законодательстве. В некоторых правовых системах для участия в программе лицу должно быть предъявлено обвинение, но до признания его виновным; в других - лицо должно признать свою вину в совершении преступления. Обычно, обвиняемый участвует в структурированных амбулаторных программах, с ведением его дела специалистами, включая регулярный контроль за прогрессом лечения со стороны работников суда. Обычно, если лицо заканчивает программу успешно, уголовное наказание не налагается; если же лицо не смогло завершить программу лечения (по оценке суда), в его отношении возобновляется уголовное преследование и на него налагается обычное уголовное наказание. Суды по делам о наркотиках существуют в Австралии, Канаде, Соединенных Штатах, Великобритании, и некоторых других странах.

Суды по делам о наркотиках пытаются снизить вред для лиц, обвиняемых в совершении ненасильственных преступлений, связанных с наркотическими веществами, путем освобождения их от прохождения наказания в рамках пенитенциарной системы, и помогая их реабилитации. Однако тот факт, что нарушители вынуждены начинать лечение от наркотической зависимости под угрозой тюремного заключения, или воздерживаться от потребления наркотиков во избежание наказания, существенно затрагивает, как права человека, так и процессуальные права обвиняемых. Право на надлежащую правовую процедуру в судах по делам о наркотиках может быть нарушено вследствие недостаточной состязательности сторон, характерной для таких судов; также может быть нарушен принцип презумпции невиновности – при создании таких судов эти моменты должны учитываться. Существуют опасения, что суды по делам о наркотиках могут быть не особенно эффективными, и что возможно, лучше использовать имеющиеся ресурсы на расширение доступа к добровольному лечению наркотической зависимости, методами, которые доказали свою эффективность, и доступность которых является неадекватной.¹⁴⁰⁴

Тестирование (освидетельствование) на ВИЧ

Согласно ЮНЭЙДС, тестирование на ВИЧ должно проводиться при соблюдении трех обязательных условий: *консультирование, конфиденциальность и информированное согласие*. **Тестирование по инициативе клиента** – термин, который используется для обозначения добровольного консультирования и тестирования (ДКТ). **Тестирование по инициативе тех, кто оказывает услуги** – в определенных обстоятельствах, когда человек обращается за медицинской помощью, ему может быть предложено тестированием на ВИЧ. Оно может проводиться с целью диагностики, если, например, у больного имеются симптомы, которые могут быть обусловлены ВИЧ, или же заболевание, связанное с ВИЧ, например, туберкулез, - или может представлять собой стандартное предложение для человека, не имеющего симптомов. Например, тестирование на ВИЧ может быть предложено в рамках клинического освидетельствования пациентов, имеющих инфекции, передающиеся половым путем, и беременных женщин. Тестирование на ВИЧ может проводиться по принципу «*опт ин*», когда тест проводится только в случаях, когда пациент четко выражает согласие на тестирование. При подходе «*опт-аут*», тестирование проводится рутинно, если пациент не отказывается проходить тестирование. В настоящее время идет дискуссия о том, является ли подход «опт-аут» оправданным и рекомендуемым. Без сомнения, существует консенсус по поводу того, что все случаи тестирования на ВИЧ должны проводиться с уважением трех принципов – конфиденциальности, консультирования и информированного согласия. Тестирование без консультирования оказывает слабое воздействие на поведение и представляет собой значительную упущенную возможность для оказания помощи людям, с тем, чтобы они могли избежать заражения или передачи инфекции.

Анонимное и конфиденциальное тестирование и лечение.

Тестирование или лечение считается *анонимным*, если идентифицирующая лицо информация (такая как имя, адрес и др.) не спрашивается и не известна лицам, предоставляющим услуги. Тестирование или лечение считается *конфиденциальным*, если информация о лице держится в секрете, и

1404 Более подробно см. в «Правотворчество в области здоровья и прав человека: Модельный закон о потреблении наркотиков и ВИЧ/СПИДе». Модуль 1. Вопросы уголовного права.

известна только определенным лицам, например работникам здравоохранения, непосредственно лечащим лицо. По соображениям этичности, прав человека и лучших практик здравоохранения, тестирование и лечение, всегда должны быть, по крайней мере, конфиденциальными. Это означает, что информация, касающаяся данного лица, не может быть передана другим без его согласия. Лишь очень узкие и ограниченные исключения к этому правилу конфиденциальности могут быть допущены в законе, с тщательным и продуманным обоснованием необходимости этих исключений. Широко распространенные стигматизация и дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ и ИППП, показывает особую ценность доступа к по-настоящему анонимному тестированию на эти инфекции, для того, чтобы увеличить количество людей, готовых пройти тестирование, особенно из маргинализированных и подвергающихся высокому риску инфицирования групп.

Обязательное, принудительное и добровольное тестирование

Согласно принципам ЮНЭЙДС тестирование и лечение в отношении ВИЧ должно быть добровольным. Однако, иногда законодательство, политика, и правоприменительные практики некоторых частных и государственных учреждений могут отходить от этого принципа и проводить обязательное или принудительное тестирование и лечение.

Тестирование на ВИЧ считается *обязательным*, если оно является требованием для получения определенного статуса, привилегии, услуги или доступа к определенной ситуации. В то же время, у лица все же сохраняется «выбор» отказаться от тестирования, и тем самым отказаться от статуса, привилегии, услуги или доступа. (Степень, в какой это можно называть свободным «выбором» может отличаться от обстоятельств и ситуации конкретного лица). Например, обязательным является тестирование на ВИЧ для того, чтобы стать донором крови, или если оно необходимо для иммиграции в страну, или трудоустройства. Лицо может избежать тестирования на ВИЧ, отказавшись от трудоустройства, иммиграции или донорства крови. Тестирование на ВИЧ (или наличие наркотиков в организме) является *принудительным*, когда оно требуется законом, судом или правоохранительными органами, и лицо не может отказаться от него (а в случае отказа или уклонения оно может быть подвергнуто наказанию, или к нему может быть применена сила). Согласно рекомендациям ЮНЭЙДС, обязательное тестирование на ВИЧ разрешается только в случае доноров крови и других продуктов тела, все другие случаи обязательного тестирования на ВИЧ (при трудоустройстве или доступе к услугам) не являются оправданными. Принудительное тестирование редко когда-либо является оправданным. Тем не менее, некоторые страны проводят недобровольное тестирование и лечения в широких случаях (в том числе для заключенных), что является нарушением прав человека.

Тюрьмы

Для облегчения восприятия текста, этот отчет использует термин «*тюрьмы*» в широком смысле, для обозначения всех учреждения уголовно-исполнительной системы, включая учреждения содержания при проведении следствия, во время суда и для отбывания наказания. Термин «*заключенный*» также используется в широком смысле, для определения взрослых людей, заключенных в учреждениях уголовно-исполнительной системы до- и во время следствия, и после вынесения приговора.