

**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**

Управление ООН по наркотикам и преступности  
Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу

2010

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 заключают в себе: контроль наркотиков преимущественно путем применения преобладание 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 проведению законодательных реформ и совершенствованию 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](http://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

<b>СПИСОК АББРЕВИАТУР .....</b>	<b>6</b>
<b>ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ .....</b>	<b>7</b>
<b>КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ .....</b>	<b>11</b>
<b>I. СВОДНЫЙ ОТЧЕТ .....</b>	<b>22</b>
<b>1. ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>22</b>
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
<b>2. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНАХ ПРОЕКТА .....</b>	<b>36</b>
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
<b>3. ВОПРОСЫ АДМИНИСТРАТИВНОГО И УГОЛОВНОГО ПРАВА .....</b>	<b>49</b>
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
<b>4. СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ .....</b>	<b>63</b>
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
<b>5. ТЮРЬМЫ .....</b>	<b>132</b>
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
<b>6. ЗАКОНОДАТЕЛЬНО ЗАКРЕПЛЕННЫЕ ДИСКРИМИНАЦИЯ И ОГРАНИЧЕНИЕ ПРАВ .....</b>	<b>159</b>
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
<b>7. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ООН И ДРУГИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОДДЕРЖКУ В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ .....</b>	<b>178</b>
<b>II. ОТЧЕТЫ СТРАН .....</b>	<b>181</b>
АЗЕРБАЙДЖАН .....	183
КАЗАХСТАН .....	229
КЫРГЫЗСТАН .....	283
ТАДЖИКИСТАН .....	329
ТУРКМЕНИСТАН .....	371
УЗБЕКИСТАН .....	421
<b>III. ПРИЛОЖЕНИЯ .....</b>	<b>466</b>
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

<b>ВДПЧ</b>	Всеобщая декларация прав человека
<b>ВИЧ</b>	Вирус иммунодефицита человека
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ГФСТМ</b>	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
<b>ЕС</b>	Европейский Союз
<b>ИОО</b>	Институт «Открытое общество»
<b>КНС</b>	Комиссия по наркотическим средствам
<b>КПЧ</b>	Комиссия по правам человека
<b>КЭСКО</b>	Комитет по экономическим, социальным и культурным правам
<b>МАСВ</b>	Международная ассоциация снижения вреда
<b>МПГПП</b>	Международный пакт о гражданских и политических правах
<b>МПС</b>	Межпарламентский союз
<b>МПСВ</b>	Международная программа снижения вреда
<b>МПЭСКО</b>	Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах
<b>ПИН</b>	Потребление (или потребители) инъекционных наркотиков
<b>ПРООН</b>	Программа развития ООН
<b>СНГ</b>	Содружество Независимых Государств
<b>СПИД</b>	Синдром приобретенного иммунодефицита
<b>ССГАООН</b>	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН
<b>ТБ</b>	Туберкулез
<b>УВКПЧ</b>	Управление Верховного комиссара ООН по правам человека
<b>ХРВ</b>	Хьюмэн Райтс Уотч
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ
<b>UNODC</b>	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 трудовым и социальным вопросам Законодательной Палаты Олий Мажлиса (Парламент)
Джамиля Ниязова	Юрист, депутат, член Комитета по трудовым 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
Жамолiddин Нуритдинов	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 наркотиков<sup>1</sup> и по недавним оценкам агентств ООН, в Восточной Европе и Центральной Азии инъекционное потребление наркотиков является причиной более чем 80% всех случаев заражения ВИЧ.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup> Кроме того, по мнению местных и международных экспертов, вполне возможно, что официальные данные занижены по сравнению с реальным уровнем эпидемии примерно в десять раз.<sup>4</sup>

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 распространен 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.<sup>5</sup> 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".<sup>6</sup> 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 услугами<sup>7</sup>, 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 низкопороговыми 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).<sup>8</sup> 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 всех<sup>9</sup> - 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.<sup>10</sup> 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.

.....  
<sup>9</sup> *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).

<sup>10</sup> *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.<sup>11</sup>

В законодательстве большинства стран-участниц проекта проводится различие между людьми, потребляющими 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".<sup>12</sup> 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).<sup>13</sup>

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.<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup>

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.<sup>16</sup>

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-

<sup>16</sup> 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, предусмотрено треть 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.<sup>17</sup>

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.

<sup>17</sup> 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 докладом 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.<sup>18</sup> 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 перед этой инфекцией. В Конституциях и законодательстве всех шести стран-участниц проекта

<sup>18</sup> 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)

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 сопровождается (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 ВИ-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 завершает-

ся 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 заключения (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, участвовавших в проекте, пересмотреть существующие законодательство и политику, регулирующие до-

ступность 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.<sup>19</sup> 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-инфекций происходит через инъекционное потребление наркотиков.<sup>20</sup> Во всех этих странах наблюдаются концентрированные эпидемии ВИЧ с уровнем распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, достигающим 33 процентов в некоторых городах.<sup>21</sup>

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.<sup>22</sup> 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.<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup> Более того, по мнению местных и международных экспертов, в реальности, распространенность ВИЧ-инфекции в 10 раз выше, чем официальные показатели.<sup>25</sup> 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.<sup>26</sup>

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.<sup>27</sup> В Узбекистане самый высокий уровень распространенности ВИЧ наблюдается среди заключенных.<sup>28</sup> 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.<sup>29</sup>

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.<sup>30</sup> 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,<sup>31</sup> 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».<sup>32</sup> 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.<sup>33</sup>

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.<sup>34</sup> 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.<sup>35</sup>

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.<sup>36</sup> 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.<sup>37</sup>

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.<sup>38</sup>

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.<sup>39</sup>

«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.<sup>40</sup> 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.<sup>41</sup> 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 правительствам* [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](http://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». <sup>42</sup>
- 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». <sup>43</sup>
- 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». <sup>44</sup> 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». <sup>45</sup> 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». <sup>46</sup>
- *Международный пакт о гражданских и политических правах* гласит, что право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека. <sup>47</sup> Комитет по правам человека,

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, 3<sup>rd</sup> 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.

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.<sup>48</sup>

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.<sup>49</sup>

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».<sup>50</sup> 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.<sup>51</sup> 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.<sup>52</sup>

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

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](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.<sup>53</sup>

### **Вставка 1: ЮНЭЙДС: Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и заключенных<sup>54</sup>**

#### ***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.

#### ***Заклученные***

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.<sup>55</sup>

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.<sup>56</sup>

Существует ряд полезных инструментов, которые помогают выполнить задачу по пересмотру и реформе законодательства.<sup>57</sup> 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 документированный «передовой опыт».<sup>58</sup> 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).<sup>59</sup>

## **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](http://www.aidslaw.ca/modellaw)) и на русском языке ([www.aidslaw.ca/modellaw-ru](http://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.<sup>60</sup>

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 правами, ограничивающими предоставление услуг по снижению вреда или доступ к уходу и лечению для заключенных, или людей, живущих с ВИЧ, которые потребляют наркотики.<sup>61</sup>

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».<sup>62</sup>

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 Министерством 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 эффектив-

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.<sup>63</sup>

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, потребляющих 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, потребляющих 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, анти-дискриминационное 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.<sup>64</sup> 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-

<sup>64</sup> 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](http://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, потребляющих 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, потребляющих 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, потребляющих 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](http://www.aidslaw.ca/modellaw) (на английском языке) и [www.aidslaw.ca/modellaw-ru](http://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.<sup>65</sup>

Общая численность населения стран Центральной Азии и Азербайджана в середине 2009 года составляла около 70 млн. человек.<sup>66</sup> 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 из 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).<sup>67</sup> 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.<sup>68</sup> 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.<sup>69</sup> С 1991 по 2001 год в Кыргызстане количество людей, потребляющих наркотики, увеличилось на 340%.<sup>70</sup> ПРООН отмечает, что употребление наркотиков становится все более опасным, при этом наиболее часто употребляется героин низкого качества, вводимый внутривенно.<sup>71</sup> 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).<sup>72</sup>

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.<sup>73</sup> 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.<sup>74</sup> 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.<sup>75</sup> Хотя заключенные имеют половые контакты в тюрьмах, лишь очень немногие из них пользуются презервативами.<sup>76</sup>

## 2.3 ЭПИДЕМИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

До 1994 года в странах региона было зарегистрировано лишь несколько случаев ВИЧ-инфекции.<sup>77</sup> 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,<sup>78</sup> а в период с 2002 по 2004 год рост числа инфицированных составил 1600%.<sup>79</sup> 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.<sup>80</sup>

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.<sup>81</sup> 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 неодобряемым, 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.<sup>82</sup>

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.<sup>83</sup> 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.<sup>84</sup>

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.<sup>85</sup> Резко контрастируя с остальными странами региона, официальные источники Туркменистана сообщают только о двух случаях заражения ВИЧ-инфекцией в стране.<sup>86</sup>

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 году<sup>87</sup>; в 2005 году в тюрьмах Таджикистана было зарегистрировано 23 случая ВИЧ, из них 95% приходилось на потребителей инъекционных наркотиков.<sup>88</sup> 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.<sup>89</sup> Согласно самым последним данным UNODC, оценка распространенности ВИЧ среди заключенных составляет 3,5%, а вируса гепатита С (ВГС) – 40,3%.<sup>90</sup> 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.<sup>91</sup>

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 проекта<sup>92</sup>**

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

## 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:

<sup>a</sup> Данные, предоставленные национальными сотрудниками UNODC [неопубликованные данные].

<sup>b</sup> 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. Kanaef, *Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics*] (London: International Harm Reduction Program, 2008).

<sup>c</sup> 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).

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

<sup>e</sup> 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 переизбрания 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*.<sup>93</sup> 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.<sup>94</sup> 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.<sup>95</sup> В каждой стране международные договоры автоматически вступают в силу после их ратификации национальным парламентом,<sup>96</sup> 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).<sup>97</sup>

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.<sup>98</sup>

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](http://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.<sup>99</sup>

## 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.<sup>100</sup> 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 помощи 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 судебные слушания проходят перед коллегией в составе трех судей.

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:

3 по требованию подозреваемого или обвиняемого;

4 если в момент совершения преступления подозреваемый или обвиняемый был несовершеннолетним;

5 при невозможности самостоятельного осуществления подозреваемым или обвиняемым своего права на защиту в силу физической или психической инвалидности;

6 при не владении подозреваемым или обвиняемым языком, на котором ведется уголовное судопроизводство;

7 если подозреваемому или обвиняемому вменяется совершение особо тяжкого преступления;

8 если подозреваемый или обвиняемый является военнослужащим срочной военной службы;

9 в случае принудительного помещения подозреваемого или обвиняемого в специальное медицинское (стационарное лечебно-психиатрическое) учреждение.

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.<sup>101</sup> 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.<sup>102</sup>

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.<sup>103</sup> 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».<sup>104</sup> Эти категории присутствуют в законодательстве всех стран, участвовавших в проекте, за исключением Кыргызста-

101 См., например: ПРООН, *Как обратить эпидемию вспять* (2004), *выше*; Хьюмэн 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).

на. 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).<sup>105</sup> 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.<sup>106</sup> 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.<sup>107</sup>

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.<sup>108</sup> 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).<sup>109</sup>

#### **Вставка 4: Закон СССР «О профилактике заболевания СПИД»**

В Закон СССР «О профилактике заболевания СПИД» 1990 года<sup>110</sup> 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, лечение основано на детоксификации с ограниченным использованием реабилитационных и психоло-

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](http://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.).

гических 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 эпохи<sup>111</sup>**

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.<sup>112</sup> 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 информацию о психическом здоровье пациентов и их диагнозах. Такую информацию разрешалось со-

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.).

общать 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.<sup>113</sup> 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.<sup>114</sup>

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.

По данным национальных экспертных групп, информация о профилактике ВИЧ-инфекции рас-

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.

пространяется 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.<sup>115</sup> 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.<sup>116</sup> 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.<sup>117</sup> В августе 2008 года, в Кыргызстане были введены пилотные проекты по предоставлению опиоидной заместительной терапии (с использованием метадона) в системе исполнения наказаний.<sup>118</sup> 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.<sup>119</sup>

## 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.<sup>120</sup> 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.<sup>121</sup> 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); Азербайджан также ратифицировал *Европейскую конвенцию о правах человека*. Однако, согласно

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* (2<sup>nd</sup> ed.)], (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2006), стр. 41, см. на сайте: [www.aidslaw.ca/prisons](http://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.

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 жизненную важность расширения услуг по снижению вреда).<sup>122</sup>

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.<sup>123</sup> 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 Хьюмэн 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.<sup>124</sup> 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 попытках задержанных. На основе бесед с потребителями наркотиков в Казахстане, Хьюмэн Райтс Уотч сообщает о случаях произвольных арестов, вербальных и физических оскорблений, физического насилия, в некоторых случаях представляющего собой пытки, вымогательства, подбрасывания ложных уликов людям, употребляющим наркотики, или секс работникам, принудительного секса и «выбивания» признательных показаний.<sup>125</sup> 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.<sup>126</sup> 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.<sup>127</sup> Представители органов здравоохранения и работники программ снижения вреда высказывают

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/CO/1 (24 ноября 2006 г.), п. 70.

123 Более подробное обсуждение см. в: Дж. Чете и Д. Козн «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. Элли от 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 Хьюмэн 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 Хьюмэн 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](http://www.aidslaw.ca/drugpolicy).



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.<sup>128</sup> 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.<sup>129</sup> 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.<sup>130</sup>

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.<sup>131</sup>

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.<sup>132</sup> 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.<sup>133</sup> 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.<sup>134</sup> В тюрьмах широко распространена коррупция, и заключенные вынуждены платить тюремным охранникам за привилегии, а иногда за медицинскую помощь.<sup>135</sup>

---

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](http://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, 37<sup>th</sup> 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/backgrounder/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.<sup>136</sup> 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.<sup>137</sup>

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»).<sup>138</sup> 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,<sup>139</sup> и в настоящее время подход данной страны к определению подобных размеров является самым либеральным в регионе.<sup>140</sup> 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».<sup>141</sup> Законодательством других стран не предусматриваются понятия хранения для «личного пользования» или хранения 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 серьезной 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.<sup>142</sup> Согласно данным национальной экспертной группы из Кыргызстана, не исключена возможность осуществления выборочных проверок и задержания для проведения освидетельствования на наркотики.<sup>143</sup> 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. отчет по Кыргызстану в Части II.

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

### 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.<sup>145</sup>

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](http://www.aidslaw.ca/modellaw) (на английском языке) и [www.aidslaw.ca/modellaw-ru](http://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 наркотики, не должны преследоваться по закону и нести уголовную ответственность.)<sup>146</sup>

Тремя основными конвенциями ООН по контролю за наркотиками являются:

- *Единая конвенция о наркотических средствах 1961г.*<sup>147</sup>
- *Конвенция о психотропных веществах, 1971г.*<sup>148</sup>
- *Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ, 1988г.*<sup>149</sup>

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 определенной гибкость (см. Вставку 6).

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.<sup>150</sup>

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 предоставляется 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.<sup>151</sup> 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».<sup>152</sup> Как отмечается ниже (см. Вставку 6), 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.*<sup>153</sup>

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 хранении 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.<sup>154</sup>

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.<sup>155</sup>

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 Werdnich 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, проведённое 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.<sup>156</sup> 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.<sup>157</sup>

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».<sup>158</sup>

### **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».<sup>159</sup> 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 4<sup>th</sup> 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](http://www.aidslaw.ca/modellaw)) и русском ([www.aidslaw.ca/modellaw-ru](http://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».<sup>160</sup> 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».<sup>161</sup> Для достижения этой цели были определены ключевые реформы, проведение которых рекомендовано для некоторых или всех шести стран проекта. (Отчёты по отдельным странам проекта, которые являются частью данной публикации, содержат подробное изложение рекомендаций по реформированию законодательства и политики для каждой из них.)*

#### **Рекомендация 1: Декриминализовать и/или депенализовать 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»)<sup>162</sup> 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 запрещённого 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.<sup>163</sup>

## **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-

163 См. Отчет по Кыргызстану, Рекомендация 4.



ществ.<sup>164</sup> 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.<sup>165</sup> 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.<sup>166</sup>

## **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 средств<sup>167</sup>, либо «вовлечение в потребление наркотических средств».<sup>168</sup> В некоторых странах существуют положения, запрещающие «рекламу» или «пропаганду» потребления запрещенных наркотиков.<sup>169</sup> 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/СПИДе, 2006). Интернет: на английском ([www.aidslaw.ca/modellaw](http://www.aidslaw.ca/modellaw)) и русском ([www.aidslaw.ca/modellaw-ru](http://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».

ния рассматривается «организация и содержание притонов для потребления наркотических средств».<sup>170</sup> 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.<sup>171</sup>

### **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.<sup>172</sup>

**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.<sup>173</sup>

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: *Провотворчество 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](http://www.aidslaw.ca/modellaw)) и русском ([www.aidslaw.ca/modellaw-ru](http://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.<sup>174</sup> 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.<sup>175</sup> 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».<sup>176</sup> 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.<sup>177</sup> 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 серьёзную 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.<sup>178</sup> 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.<sup>179</sup>

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.<sup>180</sup> В соответствии с рекомендациями, представленными в *Международных руководящих принципах по ВИЧ/СПИДу и правам человека*, данные положения законов Узбекистана и Туркменистана должны быть отменены.<sup>181</sup>

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.<sup>182</sup>

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(с).

приговора и/или более суровых мер наказания».<sup>183</sup> 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.<sup>184</sup>

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).<sup>185</sup> 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).

.....  
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.



## 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, лечащие 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-

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»)<sup>186</sup>. 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.<sup>187</sup> 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 *Законе «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.<sup>188</sup>

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».<sup>189</sup> 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».<sup>190</sup> 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.<sup>191</sup> Лечение наркотической зависимости также предоставляется бесплатно в рамках гарантированной бесплатной медицинской помощи, так как наркотическая зависимость считается «социально значимым заболеванием».<sup>192</sup> 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, утерявшими 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.<sup>193</sup>

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.<sup>194</sup>

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.<sup>195</sup> 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.<sup>196</sup>

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 АРТ<sup>197</sup>, 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.<sup>198</sup>

В Узбекистане государством установлен гарантированный объем медицинских услуг, предоставляемых бесплатно в лечебно-профилактических учреждениях государственной системы здравоохранения.<sup>199</sup> 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.<sup>200</sup> 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).<sup>201</sup> 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.<sup>202</sup>

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-I (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.<sup>203</sup> В этом кратком списке не учитываются, помимо прочих, 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 потреблении 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 правоохрательным 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)..<sup>204</sup> 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 правоохрательные 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 правоохрательные 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.<sup>205</sup>

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, желательно 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.<sup>206</sup> 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.<sup>207</sup>

По данным проводившегося 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.<sup>208</sup>

Во всех шести странах лечение наркотической зависимости направлено в основном на полное воздержание от наркотиков. В Азербайджане, например, единственными доступными вариантами лечения являются детоксификация 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 «детоксификации, сенсibiliзирующей терапии и комплексной психотерапии», но стандартные протоколы этих процедур не разработаны. В Таджикистане, в дополнение к государственным программам детоксификации, 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.<sup>209</sup> 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. Постановка на наркологический учет может повлечь лишение родительских прав судом.<sup>210</sup> В Туркменистане, учет в наркологическом учреждении может быть основанием для аннулирования вида на жительство иностранного гражданина или лица без гражданства.<sup>211</sup> 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.<sup>212</sup> 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.<sup>213</sup>

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).<sup>214</sup> 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.<sup>215</sup> В Туркменистане медицинские работники обязаны информировать правоохранительные органы о людях, обращающихся за помощью в случаях передозировок или с целью лечения наркотической зависимости.<sup>216</sup>

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

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 постановки 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.<sup>217</sup> 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.<sup>218</sup>

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.<sup>219</sup> 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 наркотической зависимости и медицинская комиссия рекомендует принудительное лечение, суд назначает лечение наркотической зависимости в учреждении пенитенциарной системы в дополнение к приговору о лишении свободы.<sup>220</sup>

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.<sup>221</sup> 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 тех, 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](http://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 наркотических 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.
<b>Азербайджан</b> 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 году 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.
<b>Казахстан</b> 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.
<b>Кыргызстан</b> 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.

<b>Таджикистан</b>	По информации, предоставленной национальной экспертной группой, принудительное лечение наркотической зависимости проводится только в рамках уголовно-исполнительной системы.			
<b>Туркменистан</b> 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.	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.
<b>Узбекистан</b> 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 составил 13,3%.	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 наркотики<sup>222</sup>, 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».<sup>223</sup> 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.<sup>224</sup>

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.<sup>225</sup> 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.<sup>226</sup> 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](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 бупренорфина<sup>227</sup>

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-IIQ, 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-IIQ, 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 Правительственный 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 одnorазовом импорте ограниченного количества метадона.	Ввозится ежегодно, с поддержкой Глобального Фонда.

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

<b>Таджикистан</b>	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.
<b>Туркменистан</b>	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
<b>Узбекистан</b>	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 наличием 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

<b>Страна</b>	<b>Правовой статус</b>	<b>Входит ли в перечень жизненно важных лекарственных средств</b>	<b>Законодательные положения по импорту: национальные правила</b>	<b>Комментарии</b>
<b>Азербайджан</b>	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-IIQ, 28 июня 2005 г.</i> ).	Нет	Нет специальных положений	Бупренорфин не ввозится
<b>Казахстан</b>	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.

<b>Кыргызстан</b>	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.
<b>Таджикистан</b>	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.
<b>Туркменистан</b>	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.
<b>Узбекистан</b>	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 законами 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 институализирован, 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.<sup>228</sup>

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.<sup>229</sup> 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.)**<sup>230</sup>

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 городская 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
<b>Всего в 6 странах</b>	-	-	<b>20 проектов</b>	<b>1060 пациентов</b>	<b>23 проекта</b>	<b>1092 пациента</b>	

### **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.<sup>231</sup> 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.<sup>232</sup> 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.<sup>233</sup> Он включен в Примерный перечень основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения.<sup>234</sup> 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](http://www.who.int).

лактики смертности от передозировки без отрицательных побочных эффектов или последствий.<sup>235</sup> 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).<sup>236</sup>

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 Казахстане<sup>237</sup> и Кыргызстане<sup>238</sup> налоксон включен в национальные перечни основных лекарственных средств и применяется как антидот при отравлениях и для оказания неотложной помощи. В Таджикистане<sup>239</sup> 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.<sup>240</sup> В Азербайджане, согласно отчету экспертной группы, налоксон официально не импортируется в страну, и правительство не осуществляет его закупки.<sup>241</sup> 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».<sup>242</sup> 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.<sup>243</sup> В Туркменистане закон гарантирует каждому доступ к «добровольному, конфиденциальному, анонимному тестированию на ВИЧ»<sup>244</sup>, 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.<sup>245</sup> 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.<sup>246</sup> 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..<sup>247</sup>

### Консультирование

Консультирование, сопровождающее тестирование на ВИЧ, предусмотрено в законах или правоприменительных документах большинства из стран, участвовавших в проекте<sup>248</sup>, 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.<sup>249</sup> 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.<sup>250</sup>

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 многочисленное обстоятельство, 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.<sup>251</sup> 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. Такой подход 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.<sup>252</sup>
- 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).<sup>253</sup>

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.<sup>254</sup> 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).<sup>255</sup> 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.<sup>256</sup> Военнослужащие и кадеты военных училищ также подлежат обязательному тестированию.<sup>257</sup> 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.<sup>258</sup>

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).<sup>259</sup> Лица, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (к которым относятся ВИЧ, вирусный гепатит и туберкулез)<sup>260</sup>; а также лица, страдающие психическими расстройствами и совершившие общественно опасное деяние (т.е. административные или уголовные преступления), также подлежат принудительному тестированию.<sup>261</sup> 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.<sup>262</sup> Необходимо отметить, что в Казахстане все законодательство, касающееся здравоохранения, пересматривается, поскольку в сентябре 2009 года был принят новый кодекс о здоровье.<sup>263</sup>

- 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).<sup>264</sup> 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.<sup>265</sup> Кроме того, принудительное тестирование на ВИЧ может проводиться по запросу правоохранительных органов. Тестированию часто подвергаются секс работники и люди, употребляющие наркотики.<sup>266</sup>

### 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 документа 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.<sup>267</sup> 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 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-XII (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.<sup>268</sup> 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.<sup>269</sup>
- 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.<sup>270</sup>

### **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.<sup>271</sup>

### **Профилактика ВИЧ инфекции среди людей, употребляющих наркотики: программы предоставления стерильных игл и шприцев и аутрич 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.<sup>272</sup>

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)**<sup>273</sup>

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.<sup>274</sup> 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.<sup>275</sup> Подобные результаты были получены в более раннем исследовании, проводившемся в странах Центральной и Восточной Европы и Центральной Азии.<sup>276</sup> 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.<sup>277</sup> В странах бывшего Советского Союза успешному

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

275 С. Aceijas 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. Aceijas 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, непривлекательно. Кроме того, люди, употребляющие наркотики, сталкиваются с явной или скрытой дискриминацией со стороны медицинского персонала.<sup>278</sup> 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».<sup>279</sup> 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».<sup>280</sup> 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.<sup>281</sup>

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 желательно 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, бесосновательно 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 наркотиках<sup>282</sup>, 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».<sup>283</sup> 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.<sup>284</sup>

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.<sup>285</sup> 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:<sup>286</sup>

- 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).<sup>287</sup>
- 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

<sup>287</sup> *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.<sup>288</sup>

– *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 документах<sup>289</sup>, 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.<sup>290</sup> 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.<sup>291</sup> 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.<sup>292</sup>

В рамках интерпретации сущности права на наивысший достижимый уровень здоровья, гарантируемого *Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах*<sup>293</sup>, 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](http://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/С.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](http://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.<sup>294</sup>

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.<sup>295</sup> 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.<sup>296</sup> 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.<sup>297</sup>

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.<sup>298</sup> Отказ в предоставлении иной медицинской помощи, если лицо не пройдет курс лечения от наркотической зависимости, был признан судами некоторых стран практикой применения изощренного и жестокого наказания.<sup>299</sup> 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).<sup>300</sup>

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](http://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](http://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.<sup>301</sup> 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).<sup>302</sup> 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.<sup>303</sup> (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.<sup>304</sup> 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».<sup>305</sup>

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),<sup>306</sup> 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 meant 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.<sup>307</sup>

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.).<sup>308</sup>

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](http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/86.pdf).

В ряде правовых систем существуют «специальные суды по делам о наркотиках»<sup>309</sup>, призванные перенаправлять лиц, обвиняемых в определённых (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.<sup>310</sup> 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)<sup>311</sup>, ВОЗ также рекомендует предоставление доступа к широкому спектру видов и методов лечения.<sup>312</sup> 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.

ваит 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.<sup>313</sup> 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.<sup>314</sup> 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.<sup>315</sup> ВОЗ включила метадон и бупренорфин, используемые при ОЗТ, в свой Примерный перечень основных лекарственных средств, как альтернативу героину или другим опиатным производным.<sup>316</sup>

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. ВОЗ, *Примерный перечень основных лекарственных средств*, пересмотрен в марте 2005 (русский текст размещен на: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a76618\\_rus.pdf](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:<sup>317</sup>

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 (внутри).
- 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 метадонную 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.<sup>318</sup> 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-ru](http://www.aidslaw.ca/modellaw-ru).

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».<sup>319</sup>

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)».<sup>320</sup>

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.<sup>321</sup> Ими разработано руководство по реализации и оценке программ ОЗТ, включающее следующие рекомендации:<sup>322</sup>

- 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 (достигаемой 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*, пп. 68-69.

322 Там же, пп. 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 запрещённые наркотические средства. Потребление запрещённых наркотиков не должно обозначать обязательное исключение из программ лечения. Лица, которые не могут или не хотят отказаться от потребления запрещённых 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 запрещённых 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.<sup>323</sup>

### **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.<sup>324</sup> 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.<sup>325</sup>

*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.<sup>326</sup> Во всех руководящих принципах ВОЗ и ЮНЭЙДС подчеркивается важность соблюдения прав человека в связи с тестированием на ВИЧ.<sup>327</sup> 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 иницируется 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.<sup>328</sup> 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.<sup>329</sup> 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,<sup>330</sup> 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».<sup>331</sup> 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.<sup>332</sup>

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.<sup>333</sup> 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».<sup>334</sup> 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 серьёзные 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.<sup>335</sup> 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.<sup>336</sup> 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». <sup>337</sup> 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». <sup>338</sup>

- 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». <sup>339</sup> 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». <sup>340</sup> 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. <sup>341</sup> 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. <sup>342</sup> 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, здоровью отдельных людей и общества в целом, их социальному и экономическому благополучию».<sup>343</sup>

### **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.<sup>344</sup> Применение этих мер, согласно UNODC, не только разрешено международными Конвенциями по наркотическим средствам,<sup>345</sup> 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.<sup>346</sup>

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.<sup>347</sup> *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.<sup>348</sup> 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».<sup>349</sup> 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».<sup>350</sup> 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 шприцев [и] ... рассмотреть возможность предоставления широкого доступа к подобным средствам, используя для этого различные способы их предоставления, включая торговые автоматы, устанавливаемые в соответствующих местах ...».<sup>351</sup> 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 обеспечения содействия их реализации, (б) отмены законов, рассматривающих в качестве правонарушения хранение, распространение и раздачу игл и шприцев».<sup>352</sup>

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.<sup>353</sup>

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.<sup>354</sup> 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.<sup>355</sup>

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](http://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 «содействии» 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 серьёзное препятствие на пути предотвращения распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков»;<sup>356</sup>
- 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 запрещённого 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 запрещённых наркотиков.<sup>357</sup>

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 избавляются от использованных шприцев небезопасными способами.<sup>358</sup> Распространение опасных практик потребления наркотиков снижается в тех правовых системах, где покупка и хранение шприцев не запрещены.<sup>359</sup>

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.<sup>360</sup> 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 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](http://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.<sup>361</sup> 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.<sup>362</sup> 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 правоохранительные 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.<sup>363</sup> 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.<sup>364</sup>

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,<sup>365</sup> включая дискриминацию и другие нарушения прав.<sup>366</sup>

## **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.<sup>367</sup> 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](http://www.aidslaw.ca/modellaw)) и русском языках ([www.aidslaw.ca/modellaw-ru](http://www.aidslaw.ca/modellaw-ru)).

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.<sup>368</sup> 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.<sup>369</sup> 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).<sup>370</sup> 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.<sup>371</sup> 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](http://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, H. 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 ...». <sup>372</sup> 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...». <sup>373</sup> 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. <sup>374</sup> 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](http://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,<sup>375</sup> 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 серьезному 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 а 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.<sup>376</sup>
- 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 четко выраженное обязательство принятия мер по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди лиц, потребляющих наркотики. Это положение должно четко 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 четко 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.<sup>377</sup> 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 заключенных. 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

<sup>377</sup> 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 отмечают экспертами ряда стран, отсутствие действенных шагов по расширению доступности программ ОЗТ является недалёковидной 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.<sup>378</sup> 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.<sup>379</sup> 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 The Tajik experts called for abolition of the current law on compulsory treatment in favour of more human rights-based provisions that would limit the use of compulsory treatment to rare situations. The Uzbek team recognized the need to limit the legislative latitude to impose treatment – and specifically observed that one source that could be used to guide such reform is Legislating for Health and Human Rights: Model Law on Drug Use and HIV/AIDS – Module 2: Treatment for Drug Dependence (2006), online via [www.aidslaw.ca/modellaw](http://www.aidslaw.ca/modellaw). In Turkmenistan, according to the national expert group, the regulations need to be clearer about when compulsory treatment can be imposed, as current practices may be inefficient and cost-ineffective.

добровольному лечению.<sup>380</sup> Исключения должны составлять только те редкие случаи, когда существует серьёзная угроза причинения лицом непосредственного или неизбежного вреда себе или окружающим (третьим лицам), как было определено резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН о психиатрической помощи.<sup>381</sup> 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 серьёзной 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](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](http://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 выдвинут 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 правоохрнительным или иным органам. Рекомендуется ввести чёткий законодательный запрет на разглашение личной информации о лицах, пользующихся услугами программ предоставления стерильных игл и шприцев.
- **Обеспечить невмешательство правоохрнительных органов:** Рекомендуется, чтобы правоохрнительным 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 правоохрнительными органами и органами здравоохранения либо неправительственными организациями, осуществляющими программы предоставления игл и шприцев, о гарантиях того, что правоохрнительные 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.<sup>382</sup> 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 <sup>383</sup>

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).<sup>384</sup> Из шести стран, участвовавших в проекте, в Кыргызстане отмечается самый высокий процент подследственных, содержащихся в местах предварительного заключения, по отношению к общему числу заключенных; в этой стране число подследственных 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 (включая 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 проекте**<sup>385</sup>

	Общее число людей, в тюрьмах (дата оценки)	Процент женщин-заключенных	Уровень численности заключенных (число заключенных на 100,000 населения)	Процент подследственных, находящихся в заключении от общего числа заключенных	Оценочная вместимость и заполняемость тюрем
<b>Азербайджан</b>	19 559 (декабрь 2006 )	1,9%	229	13,3%	22 470 (79%)
<b>Казахстан</b>	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 подследственных 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](http://www.unodc.org/pdf/india/womens_corner/women_prison_list_2006.pdf).

<b>Кыргызстан</b>	8 427 (март 2008)	4,7%	156	20,8%	16 342 (51.6%)
<b>Таджикистан</b>	7 350 (январь 2008)	1,6%	109	15,0%	11 950 (61.5%)
<b>Туркменистан</b>	10 953 (2006)	12,3%	224	12,4%	12 882 (85%)
<b>Узбекистан</b>	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.<sup>386</sup> 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.<sup>387</sup> 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.<sup>388</sup>

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 путем<sup>389</sup> 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. Likatavicius, "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.<sup>390</sup>

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 употребляют 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.<sup>391</sup> 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 детоксикация)	Добровольное и принудительное (оба – направленные на полное воздержание от наркотиков). На деле очень немногие проходят добровольное лечение	Добровольное и принудительное (включая консультирование, предоставление инъекции, психологическую поддержку. Добровольное лечение – программа Атлантик (12-шаговая программа) и ОЗТ.	Принудительное (только детоксикация)	Принудительное (только детоксикация)	Принудительное (только детоксикация)
Опиоидная заместительная терапия	Нет	Нет	Да, начиная с 2008 года; доступ остается ограниченным	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	Теоретически, но СПИД не упоминается непосредственно как причина освобождения	Теоретически	Теоретически	Теоретически	Теоретически	Теоретически
Возможность перевода в условия лучшего режима ЛЖВ и людей, проходящих принуд. лечение	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет (но, согласно официальным оценкам, нет заключенных с ВИЧ)	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 метанодоновая заместительная терапия.<sup>392</sup> 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. Маматов, 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](http://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.<sup>393</sup>

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.<sup>394</sup> 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].

<b>Казахстан</b>	<p>В 2007 г. официально 5719 заключенных, состояли на учете как люди, потребляющие наркотики. 3169 проходили принудительное лечение.</p> <p>В 2008 г. 6130 заключенных состояли на учете, 3644 из них проходили принудительное лечение Длительность лечения: от 6 месяцев до 2-х лет</p>	<p>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)</p>	<p>Пациенты содержатся вместе с остальными заключенными</p>	<p>По закону «О наркотика» должно проводиться и амбулаторное и стационарное лечение</p>	<p>Пациенты содержатся вместе с остальными заключенными</p>
<b>Кыргызстан</b>	<p>В 2008 г. 391 заключенный проходил принудительное лечение. Длительность лечения – до 12 месяцев. Методы – детоксификация, и медико-психологическая реабилитация.</p> <p>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.)</p>	<p>Стационарное лечение проводится в Наркологическом центре центральной больницы ИК-47, где есть 150 коек.</p> <p>После прохождения стационарного лечения, пациентам предоставляется амбулаторное наблюдение</p>	<p>Стационарное лечение проводится в Центральной больнице. Во время амбулаторного лечения пациенты содержатся с остальными заключенными</p>	<p>Амбулаторное лечение состоит из ОЗТ. Стационарное лечение проводится в двух случаях: (а) в центральной больнице; или (б) реабилитация в центре Атлантис (4-6 месяцев).</p>	<p>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</p>
<b>Таджикистан</b>	<p>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»)</p>	<p>Нет специальных коек</p>	<p>Нет</p>	<p>Только амбулаторное</p>	<p>Нет</p>
<b>Туркменистан</b>	<p>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</p>	<p>В тюрьмах нет специальных коек, предусмотренных для этой категории больных.</p> <p>Когда лицо поступает в тюрьму, оно помещается в карантин на 10 дней. В это время происходит купирование абстинентного синдрома. Другое лечение недоступно.</p>	<p>Лица с наркотической зависимостью содержатся отдельно от остальных заключенных во время карантина</p>	<p>Нет</p>	<p>Нет</p>
<b>Узбекистан</b>	<p>Приблизительно у 10% всех заключенных диагностируется зависимость от наркотиков, они получают лечение принудительно. Длительность лечения: до 18 месяцев</p>	<p>Общее количество коек для всех заболеваний - 1700, нет разделения по диагнозу.</p>	<p>Да</p>	<p>Амбулаторное и стационарное</p>	<p>Содержатся отдельно</p>

### **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» не-добровольное 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.<sup>395</sup> 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 прохождение принудительного лечения 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).

<sup>395</sup> 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.<sup>396</sup> 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).<sup>397</sup>

## 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.<sup>398</sup>

В *Международном пакте о гражданских и политических правах* закреплено право всех лиц, лишенных свободы, на гуманное обращение и уважение достоинства, присущего человеческой личности.<sup>399</sup> 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.<sup>400</sup> 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.<sup>401</sup>

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, 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».<sup>402</sup> 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.<sup>403</sup>

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.<sup>404</sup> 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.<sup>405</sup>

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».<sup>406</sup> 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 заболевания<sup>407</sup>, такого же мнения придерживаются и другие экспертные органы правозащитной системы ООН.<sup>408</sup> 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.unhcr.ch/html/menu3/b/h\\_comp35.htm](http://www.unhcr.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 тюрем: 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.<sup>409</sup> 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.<sup>410</sup> 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 тюрем: основа для принятия эффективных мер на национальном уровне*. Это руководство было составлено с учетом предыдущих документов ООН.<sup>411</sup> ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС выделяют следующие главные принципы, как основу для эффективных мер на национальном уровне по реагированию на ВИЧ/СПИД в тюрьмах.<sup>412</sup>

- 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. Caplinskas & 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 тюрем: 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/СПИ-Ду» 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 подготовленных 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.<sup>413</sup>

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.<sup>414</sup> 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-Beatty, "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.<sup>415</sup>

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.<sup>416</sup> 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.<sup>417</sup> 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.<sup>418</sup> 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.<sup>419</sup> 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.<sup>420</sup>

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.<sup>421</sup> 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.<sup>422</sup>

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.<sup>423</sup> При всестороннем изучении данных о реализации этих программ было установлено следующее:<sup>424</sup>

- 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*, 2<sup>nd</sup> ed.] (Торонто: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДУ, 2006), см. на сайте: [www.aidslaw.ca/prisons](http://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.<sup>425</sup> 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».<sup>426</sup> 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».<sup>427</sup>

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 детоксификации (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.<sup>428</sup>

### **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.<sup>429</sup>

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.<sup>430</sup> 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.<sup>431</sup> 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 наказания<sup>432</sup>, 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.<sup>433</sup>

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).<sup>434</sup> 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.<sup>435</sup> 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.<sup>436</sup> 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».<sup>437</sup>

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.<sup>438</sup> 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, лежащий 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».<sup>439</sup>

### **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.<sup>440</sup> В соответствии с принципом презумпции невиновности, подследственные

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, *Сиразуские 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. Schönteich, "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.>

обычно должны находиться на свободе до суда.<sup>441</sup> Этот основной принцип прав человека приобретает еще более важное значение в свете риска для здоровья, связанных 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.<sup>442</sup> Кроме того, медицинское обслуживание и программы снижения вреда, доступные для заключенных в тюрьмах, часто недоступны для людей, находящихся в предварительном заключении.<sup>443</sup> 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

[justiceinitiative.org/db/resource2?res\\_id=104079](http://justiceinitiative.org/db/resource2?res_id=104079).

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, Хьюмэн 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.: M. 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 с одновременными 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.<sup>444</sup>

- **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, в то 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.<sup>445</sup>

### **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 нарко-

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](http://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://nperc.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 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 соответствует «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.<sup>446</sup>
- **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, проходившего 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

<sup>446</sup> 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».<sup>447</sup>

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.<sup>448</sup> 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.<sup>449</sup> 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 еще 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 пост-советских 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.<sup>450</sup> 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.<sup>451</sup> Нарушение равноправия граждан влечёт уголовную ответственность.<sup>452</sup> Закон о ВИЧ официально запрещает дискриминацию на основании ВИЧ-статуса в сферах трудоустройства, образования и здравоохранения.<sup>453</sup> 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.<sup>454</sup> 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.<sup>455</sup> Национальный закон о СПИДе запрещает любые виды дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ.<sup>456</sup> 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.<sup>457</sup>

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».<sup>458</sup> Согласно Уголовному Кодексу, прямая или косвенная дискриминация наказывается штрафом или «исправительными работами». Конституция также гарантирует право на охрану здоровья.<sup>459</sup> Закон о ВИЧ запрещает дискриминацию ЛЖВ.<sup>460</sup>

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».<sup>461</sup> Она также гарантирует право на охрану здоровья.<sup>462</sup> Согласно Уголовному Кодексу, прямое или косвенное нарушение равноправия граждан наказывается штрафом.<sup>463</sup> Национальный закон о ВИЧ запрещает дискриминацию на основании ВИЧ-статуса в определенных сферах, включая трудоустройство, образование и здравоохранение.<sup>464</sup>

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.<sup>465</sup> 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.<sup>466</sup>

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.<sup>467</sup> Уголовный Кодекс предусматривает ответственность за нарушение равноправия граждан.<sup>468</sup> Он также предусматривает уголовную ответственность работников здравоохранения за неоказание помощи больному без законных оснований.<sup>469</sup> В свою очередь, национальный закон о ВИЧ содержит положения, запрещающие дискриминацию в сферах трудоустройства (за исключением ряда определённых видов профессиональной деятельности), образования и здравоохранения.<sup>470</sup> 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.<sup>471</sup>

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.<sup>472</sup> Людям, живущим с ВИЧ, запрещено заниматься данными видами профессиональной деятельности. Согласно отчету по Казахстану, солдаты и призывники в обязательном порядке проходят обследование на ВИЧ при призыве на службу и шесть месяцев спустя.<sup>473</sup> 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 относятся и работа в сфере здравоохранения.<sup>474</sup> 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.<sup>475</sup>

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 1997 года).

473 Совместный приказ Министерства здравоохранения (4 ноября 2005 г.) № 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).<sup>476</sup> 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».<sup>477</sup> В Кыргызстане законом предусматривается тестирование на ВИЧ иностранных граждан и лиц без гражданства по прибытии в страну и впоследствии ежегодно.<sup>478</sup> 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.<sup>479</sup>

В Туркменистане ВИЧ-позитивные лица, не являющиеся гражданами страны, подлежат выдворению за пределы страны. ВИЧ-позитивным лицам, не являющимся гражданами страны, будет отказано в предоставлении визы и вида на жительство.<sup>480</sup> 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».<sup>481</sup> Согласно отчёту по Узбекистану, процедура депортации не регламентирована законом, однако, на практике местные органы здравоохранения передают информацию Министерству иностранных

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», Статья 18 и 15.

481 Закон «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Статья 6 и 12.

дел, которое 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.<sup>482</sup> В Казахстане и Кыргызстане существуют подобные перечни, запрещающие людям, живущим с ВИЧ, (и людям с наркотической зависимостью) усыновлять/удочерять детей.<sup>483</sup> Законодательством Узбекистана предусмотрено обязательное освидетельствование в связи с ВИЧ, ИППП, туберкулезом и наркотической зависимостью перед вступлением в брак.<sup>484</sup> 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.<sup>485</sup> Например, согласно отчёту по Азербайджану, наркотическая зависимость определяется как хроническое заболевание в рамках Закона «О наркологической службе и контроле»<sup>486</sup>, 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.<sup>487</sup> 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.<sup>488</sup> В Казахстане постанова на наркологический учёт связана с запретом заниматься определенными видами профессиональной деятельности.<sup>489</sup> В Кыргызстане школьники старших классов, поступающие в определенные среднее специальные образовательные учреждения, такие как военные школы или училища, обязаны пройти освидетельствование на наркотики,<sup>490</sup> 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.<sup>491</sup> 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».<sup>492</sup> Перечень данных профессий утверждён Кабинетом Министров и включает профессии пилота, водителя, работников железной дороги и специалистов по высотным работам. Согласно отчёту 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.<sup>493</sup>

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) таможенная 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; 6) 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.<sup>494</sup> 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).<sup>495</sup> 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.<sup>496</sup>

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.<sup>497</sup> В Казахстане законом предусматривается лишение лица родительских прав в случаях, если оно «признано в установленном законодательством порядке больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».<sup>498</sup>

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.<sup>499</sup> 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.<sup>500</sup> Такой же подход используется в Узбекистане: лица, состоящие на учёте в связи с потреблением наркотиков или наркотической зависимостью, могут быть лишены судом родительских прав.<sup>501</sup>

## **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.<sup>502</sup> В Кыргызстане лица, получающие водительские права, обязаны пройти медицинский осмотр, включающий и тестирование на наркотики.<sup>503</sup> В Таджикистане решением Кабинета Министров запрещается выдача водительских прав лицам с наркотической зависимостью.<sup>504</sup> В Туркменистане лицам, состоящим на учёте в связи с потреблением наркотиков или наркотической зависимостью, не разрешается получение водительских прав.<sup>505</sup> 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) № 321-1, 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», утвержден 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.<sup>506</sup>

### **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.<sup>507</sup> Сходные положения существуют во всех странах проекта.<sup>508</sup>

### **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.<sup>509</sup>

### **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).<sup>510</sup> 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).<sup>511</sup>

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.<sup>512</sup> 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 сектора в случае, если их работа связана с кровью.

иного обстоятельства».<sup>513</sup> 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».<sup>514</sup>

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.<sup>515</sup> В некоторых правовых системах человек, зависимый от наркотиков, может пользоваться дополнительной правовой защитой. Как указывалось, например, в отчете 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).<sup>516</sup> 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.<sup>517</sup>

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.<sup>518</sup> 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.<sup>519</sup>

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, именуемая 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 широко 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.<sup>520</sup>

*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.<sup>521</sup>

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.<sup>522</sup> 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.<sup>523</sup>

Комиссия ООН по правам человека неоднократно призвала 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.<sup>524</sup>

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.<sup>525</sup> *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 ...».<sup>526</sup>

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, отчеты по странам также демонстрируют наличие целого ряда дискриминационных законов (или практики выполнения законов), способствующих широко распространенной и систематической дискриминации и стигматизации, с которыми

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(а).

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(а) (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.

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 серьёзные 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.<sup>527</sup> 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.<sup>528</sup>

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 определённых целях. Например, согласно Конституции Казахстана определённые 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».<sup>529</sup>

«В первую очередь в качестве основания для ограничения прав человека в контексте ВИЧ государствами 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 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».<sup>530</sup>

На практике ограничения прав людей, живущих с ВИЧ, и людей с наркотической зависимостью зачастую оправдываются с привлечением достаточно широкого и размытого понятия «интересы общества». Например, в связи с людьми, живущими с ВИЧ, «интересы общества» могут быть пред-

527 См. Комитет ООН по правам человека, *General Comment 18: Non-discrimination* (1989), параграф 13, на: [via http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/comments.htm](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.

ставлены 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, распространённых 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 определёнными видами трудовой деятельности абсолютно неоправданно, в том числе и потому, что ВИЧ не передаётся 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».<sup>531</sup>

Тестирование на ВИЧ в связи с приёмом 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 определённые должности является не имеющей оправдания дискриминацией. Решение о способности лица выполнять определённую 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 приёме на работу или работника принуждают пройти обязательное тестирование на ВИЧ, и в случае позитивного результата отказывают данному лицу в приёме 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 приёме 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.<sup>532</sup>

Согласно рекомендациям Международной организации труда (МОТ) «подавшие заявление о приёме 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 субстанциями человеческого организма, должны быть обучены методам профилактики инфекции-

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.

онного заражения при несчастных случаях на производстве и приёмам оказания первой помощи, всеобщим (или стандартным) мерам предосторожности в том числе.<sup>533</sup> 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.<sup>534</sup>

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.<sup>535</sup> 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 своду 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 загрязненного кровью оборудования, надлежащее обращение с грязным постельным бельём.

534 См., например: *Canada (Attorney General) v. Thwaites (Канада (Генеральный прокурор) против Туэйтса)* [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 и 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 ребёнка, 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 ребёнка, 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.<sup>536</sup>

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.<sup>537</sup>

### 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-

<sup>537</sup> 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 находится 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 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.