

**Совет по правам человека**

Двадцать вторая сессия

Пункт 3 повестки дня

**Поощрение и защита всех прав человека,
гражданских, политических, экономических,
социальных и культурных прав,
включая право на развитие****Доклад Специального докладчика по
вопросу о пытках и других жестоких,
бесчеловечных или унижающих
достоинство видах обращения
и наказания Хуана Э. Мендеса***Резюме*

Настоящий доклад посвящен отдельным видам злоупотреблений в медицинских учреждениях, которые по своей степени могут приравниваться к неправомерному обращению, равносильному пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению и наказанию. В нем указаны принципы политики, способствующие этой практике, и выявлены существующие пробелы в области защиты.

Путем демонстрации некоторых из таких злоупотреблений в медицинских учреждениях в докладе сделана попытка пролить свет на часто скрытые формы нарушений, которые совершаются под прикрытием программ охраны здоровья, и разъяснить, каким образом некоторые виды обращения могут нарушать запрет на применение пыток и жестокого обращения. В докладе определен круг обязанностей государств по регламентации, регулированию и надзору за деятельностью системы здравоохранения в целях предупреждения злоупотреблений под любым предлогом.

Специальный докладчик рассматривает некоторые виды злоупотреблений, распространенных в медицинских учреждениях, и описывает, каким образом применяются в таких случаях нормативные акты о пытках и жестоком обращении. Примеры пыток и жестокого обращения, затронутые в настоящем докладе, представляют лишь небольшую часть этой глобальной проблемы.

Содержание

	<i>Пункты</i>	<i>Стр.</i>
I. Введение	1–2	3
II. Деятельность Специального докладчика	3–10	3
A. Предстоящие посещения стран и ожидаемые ответы на обращения	3–4	3
B. Основные аспекты ключевых выступлений и консультаций	5–10	3
III. Применение нормативной основы по защите от пыток и жестокого обращения в медицинских учреждениях	11–38	4
A. Эволюция толкования определения пыток и жестокого обращения	14–16	4
B. Возможность применения рамочной основы противодействия пыткам и жестокому обращению в медицинских учреждениях	17–26	5
C. Интерпретационные и руководящие принципы	27–38	7
IV. Растущее признание различных форм злоупотреблений в медицинских учреждениях	39–80	10
A. Принудительная госпитализация	40–44	10
B. Нарушение репродуктивных прав	45–50	12
C. Отказ от предоставления обезболивающих средств	51–56	13
D. Лица с психосоциальными отклонениями	57–70	15
E. Маргинальные группы	71–80	19
V. Выводы и рекомендации	81–90	23
A. Важность отнесения злоупотреблений в медицинских учреждениях к категории пыток и жестокого обращения	81–84	23
B. Рекомендации	85–90	24

I. Введение

1. Настоящий доклад представляется Совету по правам человека в соответствии с резолюцией 16/23 Совета.
2. Доклады о посещении Таджикистана и Марокко содержатся в документах A/HRC/22/53/Add.1 и Add.2, соответственно. В документе A/HRC/22/53/Add.3 содержится обновленная информация о последующих мерах, а в документе A/HRC/22/53/Add.4 приводятся замечания Специального докладчика в отношении некоторых дел, речь о которых идет в докладах по сообщениям A/HRC/20/30, A/HRC/21/49 и A/HRC/22/67.

II. Деятельность Специального докладчика

A. Предстоящие посещения стран и ожидаемые ответы на обращения

3. Специальный докладчик планирует посетить Бахрейн в мае 2013 года и Гватемалу во второй половине 2013 года и активно сотрудничает с правительствами этих стран с целью согласования приемлемых для обеих сторон сроков. Специальный докладчик принял приглашение посетить Таиланд в феврале 2014 года. Он также с удовлетворением отмечает наличие постоянного приглашения посетить Ирак.
4. Специальный докладчик повторяет, что он все также заинтересован в посещении ряда стран, которые пока не ответили на его запрос о возможности организации визита: Кубы, Эфиопии, Ганы, Кении, Соединенных Штатов Америки, Узбекистана, Венесуэлы (Боливарианской Республики) и Зимбабве. Специальный докладчик также недавно направил просьбы о посещении Чаду, Кот-д'Ивуару, Доминиканской Республике, Грузии, Мексике и Вьетнаму.

B. Основные аспекты ключевых выступлений и консультаций

5. 10 сентября 2012 года Специальный докладчик принимал участие в мероприятии под эгидой "Чатем-хауса" под названием "Исполнение абсолютного запрещения пыток", проведенном организацией REDRESS.
6. 26 сентября 2012 года Специальный докладчик встретился с Генеральным директором Национальной комиссии по правам человека Республики Кореи, который находился с визитом в Вашингтоне О.К.
7. В период 22–24 октября 2012 года Специальный докладчик представил свой промежуточный доклад (A/67/279) Генеральной Ассамблее и принял участие в двух параллельных мероприятиях: одно было посвящено вопросу о "репрессиях в отношении жертв пыток и других видов жестокого обращения" и состоялось в Постоянном представительстве Дании при Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке, а второе, организованное совместно Всемирной организацией против пыток, Международной тюремной реформой, Центром конституционных прав и Организацией по наблюдению за соблюдением прав человека, было посвящено теме "Смертная казнь и права человека: дальнейшие шаги". Он также встретился с представителями Постоянных представительств Гватемалы и Уругвая.

8. 17 ноября 2012 года Специальный докладчик принял участие в организованном Нью-Йоркским университетом симпозиуме, посвященном проблеме одиночного заключения, "Одиночное заключение: искаженные представления и суровая реальность (Solitary: wry fancies and stark realities)".

9. Со 2 по 6 декабря 2012 года Специальный докладчик повторно посетил Уругвай (A/HRC/22/53/Add.3) по приглашению правительства с целью оценки улучшений и выявления нерешенных проблем в отношении пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания.

10. С 13 по 14 декабря 2012 года Специальный докладчик провел в Центре прав человека и гуманитарного права Американского университета в Вашингтоне О.К. совещание экспертов, посвященное проблематике пыток в медицинских учреждениях.

III. Применение нормативной основы по защите от пыток и жестокого обращения в медицинских учреждениях

11. Вопросу о неправомерном обращении в медицинских учреждениях¹ уделяется мало внимания в рамках мандата Специального докладчика, так как отказ в предоставлении медицинских услуг относится, как правило, к нарушению "права на здоровье".

12. Хотя различные аспекты пыток и жестокого обращения в медицинских учреждениях ранее уже изучались докладчиками и другими механизмами Организации Объединенных Наций, Специальный докладчик считает, что необходимо уделить внимание конкретным масштабам и уровню проблемы, которая зачастую остается нераспознанной; выявлению злоупотреблений, которые выходят за пределы нарушений права на здоровье и могут приравниваться к пыткам и жестокому обращению; и укреплению механизмов ответственности и возмещения вреда.

13. Специальный докладчик признает, что искоренению пыток в медицинских учреждениях препятствуют особые проблемы, связанные, в частности, с тем, что некоторые виды практики в системе здравоохранения, хотя и не являются оправданными, могут защищаться властями на основании административной эффективности, изменений поведения или медицинской необходимости. Цель настоящего доклада состоит в том, чтобы проанализировать все формы ненадлежащего обращения, осуществляемые под общим предлогом оказания "медицинской помощи", которые основаны на медицинских программах или под которые их пытаются подвести, и в том, чтобы определить сквозные вопросы, актуальные для всех или для большей части таких методов лечения.

A. Эволюция толкования определения пыток и жестокого обращения

14. Европейский суд по правам человека (ЕСПЧ) и Межамериканский суд по правам человека отмечали, что определение пыток необходимо постоянно пере-

¹ Под медицинскими учреждениями понимаются больницы, государственные и частные клиники, хосписы и другие учреждения, в которых оказывают медицинские услуги.

смагивать с учетом современных условий и меняющихся ценностей демократических обществ².

15. Отнесение нарушений в медицинских учреждениях к категории пыток и жестокого обращения – относительно новое явление. В настоящей главе Специальный докладчик рассматривает продолжающееся изменение представлений, в результате которого различные виды нарушений в медицинских учреждениях все чаще рассматриваются в контексте пыток. Он отмечает, что если изначально запрет пыток касался главным образом контекста допросов, наказаний или запугиваний задержанного, то в настоящее время международное сообщество признает, что пытки могут иметь место и в других обстоятельствах.

16. Рассмотрение злоупотреблений в медицинских учреждениях через призму пыток и жестокого обращения основано на определении этих нарушений, предусмотренного Конвенцией против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания и источниками ее официального толкования. Чтобы продемонстрировать, каким образом злоупотребления в медицинских учреждениях подпадают под определение пытки, в следующей главе представлен обзор основных элементов этого понятия.

В. Возможность применения рамочной основы противодействия пыткам и жестокому обращению в медицинских учреждениях

1. Обзор основных элементов определения пыток и жестокого обращения

17. Определение пытки, содержащееся в пункте 1 статьи 1 Конвенции против пыток, включает как минимум четыре ключевых элемента: причинение сильной боли или страдания, физического или психологического; умысел; наличие конкретной цели; и причастность государственного должностного лица, по крайней мере, в форме молчаливого согласия (A/HRC/13/39/Add.5, пункт 30). Действия, не подпадающие под данное определение, могут представлять собой жестокие, бесчеловечные или унижающие достоинство виды обращения и наказания согласно статье 16 Конвенции против пыток (A/63/175, пункт 46). Предыдущие Специальные докладчики подробно рассматривали основные элементы определения пытки. Вместе с тем есть несколько важных аспектов, которые следует изучить для целей настоящего доклада.

18. Судебная практика и официальное толкование международных органов по защите прав человека служат важным ориентиром в отношении применения четырех элементов определения пытки в контексте медицинских учреждений. ЕСПЧ отмечал, что нарушение статьи 3 может иметь место в том случае, когда унижение, оскорбление или наказание жертвы, хоть и не было целью или намерением государства, но стало результатом его действий³.

19. Применение критериев сильной боли и страданий, умысла и причастности государственного должностного лица или иного лица, выступающего в официальном качестве, в форме молчаливого согласия, к злоупотреблениям в меди-

² World Organization Against Torture (OMCT), *The Prohibition of Torture and Ill-treatment in the Inter-American Human Rights System: A Handbook for Victims and Their Advocates* (2006), p. 107, citing Inter-American Court of Human Rights, *Cantoral-Benavides v. Peru*, Series C, No. 69 (2000) para. 99; ECHR, *Selmouni v. France*, Application No. 25803/94 (1999), para. 101.

³ См. *Peers v. Greece*, Application No. 28524/95 (2001), paras. 68, 74; *Groni v. Albania*, Application No. 25336/04 (2009), para. 125.

цинских учреждениях относительно понятно. Однако критерий наличия конкретной цели требует некоторого изучения⁴.

20. Мандатарии ранее уже отмечали, что требование о наличии умысла, установленное в статье 1 Конвенции против пыток, может фактически подразумеваться, если лицо подвергается дискриминации по признаку инвалидности. Это имеет особое значение в контексте медицинского лечения инвалидов, когда серьезные нарушения и дискриминация в отношении инвалидов могут маскироваться как "благие намерения" специалистов в области здравоохранения. Чисто пренебрежительное поведение не сопряжено с умыслом, наличие которого требуется согласно статье 1, и может представлять собой жестокое обращение, если оно ведет к причинению сильной боли и страдания (A/63/175, пункт 49).

21. Кроме того, в статье 1 перечислены цели, с которыми могут применяться пытки: получение признания; получение сведений от жертвы или третьего лица; наказание, запугивание или принуждение; и дискриминация. Вместе с тем общепризнано, что перечень указанных целей носит ориентировочный характер и не является исчерпывающим. В то же время применимыми являются только те цели, которые имеют "что-то общее с перечисленными" (A/HRC/13/39/Add.5, пункт 35).

22. Хотя в некоторых случаях сложно доказать, что целью совершения деяния была дискриминация, поскольку вероятнее всего будет заявлено, что лечение проводится в интересах "пациента", это требование можно удовлетворить несколькими способами⁵. Говоря точнее, описание приведенных ниже нарушений свидетельствует о том, что явная или подразумеваемая цель наказания или запугивания часто идет рука об руку с якобы терапевтическими целями.

2. Основные обязательства государства в соответствии с запрещением пыток и жестокого обращения

23. Комитет против пыток толкует обязательства государств в отношении предупреждения пыток как неделимые, взаимозависимые и взаимосвязанные с обязательством предотвращать жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение или наказание, поскольку "условия, приводящие к жестокому обращению, часто способствуют пыткам"⁶. Он постановил, что "каждое государство-участник должно запрещать и предупреждать пытки и жестокое обращение и предусматривать в этой связи соответствующее возмещение в любых ситуациях, связанных с содержанием лиц под стражей или под надзором, например в тюрьмах, в больницах, в школах, в учреждениях по уходу за детьми, престарелыми, психически больными или инвалидами, на военной службе и в других учреждениях, а также в обстоятельствах, когда невмешательство государства провоцирует и повышает угрозу ущерба, причиняемого частными лицами"⁷.

24. Действительно, запрещение пыток относится не только к государственным должностным лицам, таким как сотрудники правоохранительных органов в строгом смысле, но может относиться и к врачам, специалистам в области здравоохранения и работникам системы социального обеспечения, включая тех лиц,

⁴ Open Society Foundations, *Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers* (2011), p. 10.

⁵ Ibid., p. 12.

⁶ Замечание общего порядка № 2 (2007 год), пункт 3.

⁷ Там же, пункт 15.

которые работают в частных больницах, других учреждениях и центрах содержания под стражей (A/63/175, пункт 51). Как подчеркивал Комитет против пыток, пытки должны быть запрещены во всех типах учреждений, а государства должны проявлять должное усердие для целей предупреждения и расследования нарушений и привлечения к ответственности и наказания негосударственных должностных лиц или частных субъектов⁸.

25. В деле *да Сильва Пиментел против Бразилии* Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин отметил, что "государство несет прямую ответственность за действия частных учреждений в тех случаях, когда оно передает на подряд оказание медицинских услуг, и более того государство всегда регулирует и контролирует деятельность частных медицинских учреждений"⁹. Межамериканский суд по правам человека рассматривал вопрос об ответственности государства за действия частных субъектов в контексте оказания медицинской помощи в деле *Шсименеш Лопеш против Бразилии*¹⁰.

26. Обеспечение особой защиты меньшинств и маргинальных групп и лиц является важным компонентом обязательства по предотвращению пыток и жестокого обращения. Комитет против пыток и Межамериканский суд по правам человека подтвердили, что государства обязаны придавать большее значение защите уязвимых и маргинальных лиц от пыток, поскольку такие лица, как правило, в большей степени подвержены риску пыток и жестокого обращения¹¹.

С. Интерпретационные и руководящие принципы

1. Дееспособность и осознанное согласие

27. Во всех правовых системах дееспособность является условием свободного осуществления своей воли и выбора, а также того, чтобы действия влекли юридические последствия. Дееспособность – это опровержимая презумпция; следовательно, "недееспособность" должна быть доказана, прежде чем лицо будет признано неспособным принимать решения. После признания лица недееспособным его мнение перестает восприниматься серьезно. Один из основных принципов Конвенции о правах инвалидов заключается в "уважении присутствующего человеку достоинства, его личной самостоятельности, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости" (статья 3 а)). Комитет по правам инвалидов истолковал основное требование статьи 12 как замену субститутивного режима принятия решений на суппортивный режим принятия решений, уважающий автономию, волю и предпочтения соответствующего лица¹².

28. Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья отметил, что осознанное согласие представляет собой не просто отсутствие возражений против медицинского вмешательства, а принятое добровольно и на основе дос-

⁸ Замечание общего порядка № 2, пункты 15, 17 и 18. См. также Комитет против пыток, сообщение № 161/2000 *Дземайль и др. против Сербии и Черногории*, пункт 9.2; Комитет по правам человека, Замечание общего порядка № 20 (1992), пункт 2.

⁹ Communication No. 17/2008, para. 7.5.

¹⁰ Inter-American Court of Human Rights. (Series C) No. 149 (2006), paras. 103, 150; см. также Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 19 (1992), пункт 9.

¹¹ Комитет против пыток, замечание общего порядка № 2, пункт 21; *Шсименеш Лопеш против Бразилии*, пункт 103.

¹² См. CRPD/C/ESP/CO/1.

таточной информации решение. Соблюдение принципа осознанного согласия – это один из основных элементов обеспечения уважения к личной автономии, самоопределению и человеческому достоинству индивидуума в рамках непрерывной цепочки предоставляемых на добровольной основе медицинских услуг (A/64/272, пункт 18).

29. Как отметил Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье, хотя принцип осознанного согласия, как правило, закреплен в нормативно-правовых документах на национальном уровне, он часто нарушается в системе здравоохранения. Структурное неравенство, такое как дисбаланс в положении врача и пациента, усугубляемое стигматизацией и дискриминацией, приводит к тому, что представители некоторых групп особенно сильно страдают от несоблюдения их права на осознанное согласие (там же, пункт 92).

30. Тесная взаимосвязь между принудительным лечением, основанным на дискриминации, и лишением дееспособности подчеркивалась и Комитетом по правам инвалидов и предыдущим Специальным докладчиком по вопросу о пытках¹³.

2. Беспомощность и доктрина "медицинской необходимости"

31. Пациенты медицинских учреждений находятся в зависимости от медицинских работников, оказывающих им услуги. Как отмечал предыдущий Специальный докладчик: "Пытка, как наиболее серьезное нарушение права человека на уважение личной неприкосновенности и достоинства, предполагает наличие ситуации беспомощности, когда жертва находится под полным контролем другого лица"¹⁴. Лишение дееспособности, когда лицо не может самостоятельно принимать решения, является одним из таких обстоятельств, наряду с лишением свободы в тюрьмах или других местах (A/63/175, пункт 50).

32. Мандатарий признает, что медицинское лечение инвазивного и необратимого характера, когда оно не преследует терапевтической цели, может представлять собой пытку и жестокое обращение, если оно совершается или применяется без свободного и осознанного согласия соответствующего лица (там же, пункты 40, 47). Наиболее ярким примером этого является инвазивное и необратимое лечение пациентов из маргинальных групп, таких как инвалиды, без их осознанного согласия, несмотря на утверждения о благих намерениях и медицинской необходимости. Например, мандатарий утверждает, что дискриминационный характер принудительного психиатрического лечения лиц с психосоциальными отклонениями соответствует требованиям о наличии умысла и цели, установленным в статье 1 Конвенции против пыток, несмотря на "благие намерения" специалистов в области здравоохранения (там же, пункты 47, 48). В других примерах лечение медицинскими препаратами без согласия пациента или принудительная стерилизация часто преподносятся как необходимое лечение в так называемых наилучших интересах соответствующего лица.

33. Вместе с тем в ответе на доклад о стерилизации женщин за 2011 год Международная федерация гинекологии и акушерства подчеркнула, что "стерилизация в целях предотвращения беременности в будущем не может быть этически оправдана медицинской необходимостью. Даже если будущая беременность может представлять угрозу для жизни женщины, необходимо предоставить ей время и поддержку для принятия взвешенного решения. Выбор женщины дол-

¹³ Конвенция о правах инвалидов, статья 25 d); см. также CRPD/C/CHN/CO/1 и Согг. 1, пункт 38; A/63/175, пункты 47, 74.

¹⁴ A/63/175, пункт 50.

жен уважаться даже в том случае, если он может привести к негативным последствиям для ее здоровья"¹⁵.

34. В этих случаях для оправдания медицинского лечения инвазивного и необратимого характера, проводимого без полного и осознанного согласия пациентов, использовались неоднозначные аргументы в виде медицинской необходимости. В свете этого было бы разумно изучить доктрину "медицинской необходимости", установленную ЕСПЧ в деле *Херцегфальви против Австрии* (1992 год)¹⁶, в котором суд постановил, что методы лечения в виде постоянного воздействия седативными препаратами и принудительного кормления пациента, который на протяжении двух недель был привязан к кровати, не противоречат статье 3 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод, поскольку их использование было необходимо с медицинской точки зрения и соответствовало принятой в то время практике психиатрического лечения.

35. Доктрина медицинской необходимости по-прежнему является препятствием на пути защиты от злоупотреблений в медицинских учреждениях. Поэтому важно пояснить, что лечение, противоречащее положениям Конвенции о правах инвалидов из-за аспекта принуждения или дискриминации, не может считаться законным или быть оправданным на основании доктрины о медицинской необходимости.

3. Лица, подверженные стигматизации

36. В докладе за 2011 год (A/HRC/19/41) Верховный комиссар по правам человека Организации Объединенных Наций рассмотрела дискриминационные законы и практику и акты насилия в медицинских учреждениях в отношении лиц по признаку их сексуальной ориентации и гендерной идентичности. Она отметила, что складывается картина нарушений прав человека, для борьбы с которыми необходимы соответствующие меры реагирования. Приняв в июне 2011 года резолюцию 17/19, Совет по правам человека официально выразил свою "глубокую озабоченность" по поводу насилия и дискриминации по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

37. Многие политические и практические меры, ведущие к злоупотреблениям в медицинских учреждениях, объясняются дискриминацией в отношении маргинальных лиц. Дискриминации отведено важное место в анализе нарушений репродуктивных прав как формы пыток и жестокого обращения, поскольку в основе таких нарушений, как правило, лежат предубеждения, связанные с половой принадлежностью и гендерной идентичностью. Мандатарий отмечал в отношении определения пытки с учетом гендерного аспекта, что для гендерного насилия в отношении женщин всегда характерен элемент цели, что такое насилие неизбежно является дискриминационным и что одной из возможных целей, упомянутых в Конвенции, является дискриминация (A/HRC/7/3, пункт 68).

38. В контексте придания приоритетного значения осознанному согласию как важному элементу добровольного консультирования, тестирования и лечения Специальный докладчик по вопросу о праве на здоровье также подчеркнул, что особое внимание должно уделяться уязвимым группам. Так, в принципах 17 и 18 Джекьякартских принципов подчеркивается важность защиты права сексуальных меньшинств на осознанное согласие. Медицинские работники должны сознавать и учитывать особые потребности лесбиянок, гомосексуалистов, бисексуалов, транссексуалов и интерсексуалов (A/64/272, пункт 46). Комитет по

¹⁵ *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (2012), pp. 123–124.

¹⁶ Application No. 10533/83, paras. 27, 83.

экономическим, социальным и культурным правам указал на то, что Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах запрещает любую дискриминацию по признаку сексуальной ориентации и гендерной идентичности в отношении доступа к основным услугам здравоохранения и основополагающим предпосылкам здоровья, а также к средствам и возможностям для их получения¹⁷.

IV. Растущее признание различных форм злоупотреблений в медицинских учреждениях

39. В многочисленных докладах зафиксировано большое количество злоупотреблений в отношении пациентов и лиц, находящихся под медицинским наблюдением. Медицинские работники, по имеющимся сообщениям, отказывают в оказании врачебной помощи или осуществляют лечение, которое преднамеренно или в силу халатности причиняет пациенту сильную боль или страдания и которое не оправдано медицинскими показаниями. Лечение, напрасно причиняющее сильные страдания, можно считать жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство обращением или наказанием, а при наличии причастности государства и конкретного намерения – пыткой.

A. Принудительное лишение свободы по медицинским показаниям

40. Принудительное лишение свободы наркоманов обычно осуществляется в так называемых реабилитационных центрах. Эти учреждения, именуемые иногда центрами лечения наркомании или центрами или лагерями "трудового перевоспитания", обычно управляются военными или полувоенными органами, полицией или силами безопасности, или частными компаниями. Лица, принимающие наркотики или подозреваемые в этом, которые не желают добровольно проходить лечение от наркомании и реабилитацию, заключаются в такие центры, где они проходят различные виды лечения¹⁸. В некоторых странах в таких центрах, по сообщениям, содержатся представители многих других маргинальных групп, в частности беспризорные дети, лица с психосоциальными отклонениями, работники секс-индустрии, бездомные и больные туберкулезом¹⁹.

41. Как следует из многочисленных докладов, содержащиеся в таких центрах лица, принимающие запрещенные наркотики, проходят через болезненный процесс отвыкания от наркотической зависимости без медицинской помощи, а также подвергаются лечению неизвестными или экспериментальными препаратами, санкционированным государством побоям, телесным наказаниям и порке, принудительному труду, сексуальному насилию и намеренному унижению²⁰. Также имеются сообщения о таких нарушениях, как "лечение поркой", "содержание на хлебе и воде", применение электрошока, вызывающее припадки, и все

¹⁷ Замечание общего порядка № 14 (2000), пункт 18.

¹⁸ См. World Health Organization (WHO), *Assessment of Compulsory Treatment of People Who Use Drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam* (2009).

¹⁹ Human Rights Watch (HRW), *Torture in the Name of Treatment: Human Rights Abuses in Vietnam, China, Cambodia and LAO PDR* (2012), p. 4.

²⁰ См. Daniel Wolfe and Roxanne Saucier, "In rehabilitation's name? Ending institutionalized cruelty and degrading treatment of people who use drugs", *International Journal of Drug Policy*, vol. 21, No. 3 (2010), pp. 145–148.

это под предлогом реабилитации. В таких условиях помощь профессиональных медицинских работников, обученных лечить связанные с наркотической зависимостью расстройства как медицинские заболевания²¹, часто оказывается недоступной.

42. В программах принудительного лечения, в которых в основном используются меры дисциплинарного воздействия, зачастую включая муштру армейского типа, не учитываются медицинские показания (A/65/255, пункты 31, 34). По информации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Управления ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК), "ни заключение под стражу, ни принудительный труд не признаются наукой в качестве методов лечения наркотической зависимости"²². Содержание под стражей, часто без медицинских показаний, возможности судебного надзора или права на апелляцию, является научно необоснованным²³ и неэффективным лечением. Следовательно, принудительный труд и одиночное содержание представляют собой нарушение международного права в области прав человека и являются незаконными заменителями таких научно обоснованных видов помощи, как заместительная терапия, меры психологического вмешательства и другие виды лечения, проводимого при полном информированном согласии (A/65/255, пункт 31). По имеющимся данным, произвольное и необоснованное заключение под стражу часто сопровождается и является благоприятной средой для жестокого физического и психологического насилия.

Обзор произошедших изменений

43. Многочисленные призывы международных и региональных организаций закрыть центры принудительного содержания наркоманов²⁴, а также предписания и рекомендации, содержащиеся в недавно изданных ВОЗ руководящих принципах по вопросу о медикаментозном лечении наркотической зависимости²⁵, стратегические рекомендации ЮНОДК об обязанностях организации в центрах принудительного заключения наркоманов²⁶ и резолюции Комиссии по наркотическим средствам²⁷, как правило, игнорируются²⁸. Эти центры продолжают работать часто с прямой или косвенной поддержкой международных доноров и без достаточного надзора со стороны правозащитных организаций²⁹.

44. Несмотря на провозглашенное обязательство вместо карательных подходов все более активно использовать метадоновую терапию и применять научно обоснованные виды лечения, количество лиц, подвергающихся принудительному лечению в карательных центрах реабилитации наркозависимых, по-

²¹ Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК) и ВОЗ, "Principles of drug dependence treatment", discussion paper, 2008.

²² Там же, стр. 15.

²³ См., например, ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС, *Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков* (ВОЗ, 2009 год).

²⁴ World Medical Association, "Call for compulsory drug Detention centers to be closed", press statement, 17 May 2011; Совместное обращение учреждений Организации Объединенных Наций "Центры принудительного содержания и реабилитации для лиц, употребляющих наркотики", март 2012 года.

²⁵ См. Wolfe and Saucier, "In rehabilitation's name".

²⁶ "UNODC and the promotion and protection of human rights", position paper, 2012, p. 8.

²⁷ Например, резолюции 55/12 (2012 год); 55/2 (2012 год) и 55/10 (2012 год).

²⁸ См. Wolfe and Saucier, "In rehabilitation's name".

²⁹ HRW, submission to the Special Rapporteur on the question of torture, 2012.

прежнему значительно превышает количество лиц, проходящих научно обоснованное лечение от наркомании³⁰.

В. Нарушение репродуктивных прав

45. Специальный докладчик уже не раз обращался к вопросу о различных инициативах в области включения гендерных проблем в основные направления деятельности и пресечения насилия в отношении женщин, в частности путем изучения гендерных форм пыток, с тем чтобы обеспечить учет гендерного фактора в рамках защиты от пыток³¹. Специальный докладчик стремится дополнить эти усилия за счет выявления практики в области репродуктивных прав в медицинских учреждениях, которая, по его мнению, может быть приравнена к пыткам и жестокому обращению.

46. Международные и региональные органы по правам человека стали признавать, что насилие и злоупотребления в отношении женщин, обращающихся за услугами в области репродуктивного здоровья, могут причинять сильные и продолжительные физические и психологические страдания, обусловленные гендерной принадлежностью³². Примеры таких нарушений включают жестокое обращение и унижение в лечебных учреждениях³³; недобровольную стерилизацию; отказ от предоставления положенных по закону медицинских услуг³⁴, таких как аборт и уход после аборта; принудительные аборт и стерилизацию³⁵; калечение женских половых органов³⁶; нарушение врачебной тайны и конфиденциальности в медицинских учреждениях, например осуждение женщин медицинским персоналом, в случае если стало известно о незаконном аборте; и практику попыток получения признаний в качестве условия для оказания медицинской помощи, способной спасти жизнь женщины после аборта³⁷.

47. В деле *R.P. против Польши*, например, ЕСПЧ признал нарушение статьи 3 в отношении женщины, которой было отказано в доступе к пренатальному генетическому тестированию, когда ультразвуковое обследование показало вероятность порока развития плода. Суд признал, что "заявительница находилась в ситуации большой уязвимости"³⁸ и что решение о необходимости проведения генетического тестирования "было омрачено промедлением, путаницей и отсутствием надлежащего консультирования и информирования заявительницы"³⁹. Доступ к информации о репродуктивном здоровье необходим для того, чтобы женщина могла пользоваться репродуктивной автономией и осуществлять права на здоровье и физическую неприкосновенность.

48. Некоторые женщины могут подвергаться множественной дискриминации на основании их пола и другого статуса или идентичности. Все большую актуальность приобретает глобальная проблема, связанная с тем, что жертвами при-

³⁰ См. Wolfe and Saucier, "In rehabilitation's name".

³¹ См. A/54/426, A/55/290.

³² CAT/C/CR/32/5, пункт 7 m); Замечание общего порядка № 28 Комитета по правам человека (2000 год), пункт 11.

³³ См. Center for Reproductive Rights, *Reproductive Rights Violations as Torture and Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment: A Critical Human Rights Analysis* (2011).

³⁴ См. CAT/C/PER/CO/4, пункт 23.

³⁵ E/CN.4/2005/51, пункты 9, 12.

³⁶ A/HRC/7/3, пункты 50, 51, 53; CAT/C/IDN/CO/2, пункт 16.

³⁷ CAT/C/CR/32/5, пункт 6 j).

³⁸ ECHR, *R.R. v. Poland*, Application No. 27617/04 (2011), para. 159.

³⁹ *Ibid.*, para. 153.

нудительной стерилизации⁴⁰ становятся представительницы этнических и расовых меньшинств, женщины из маргинальных общин⁴¹ и женщины-инвалиды⁴² на основании дискриминационных убеждений, что они "недостойны" права на деторождение⁴³. Принудительная стерилизация – это разновидность насилия⁴⁴, форма социального контроля и нарушение права не подвергаться пыткам и другим видам жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения и наказания⁴⁵. Обладатель мандата уже отмечал, что "насильственные аборты или стерилизация, осуществляемые государственными должностными лицами в соответствии с принудительными законодательными и практическими мерами в области планирования семьи, могут представлять собой пытки"⁴⁶.

49. Для многих жертв изнасилования доступ к безопасным абортam практически закрыт из-за целого комплекса административных барьеров, а также халатности должностных лиц и чинимых ими препятствий. В прецедентном решении по делу *К.Н.Л.У. против Перу* Комитет по правам человека пришел к выводу о том, что отказ произвести аборт по медицинским показаниям является нарушением права лица не подвергаться жестокому обращению⁴⁷. В деле *П. и С. против Польши* ЕСПЧ постановил, что "общая стигматизация, связанная с абортами и насилием сексуального характера... причиняет глубокие физические и духовные страдания"⁴⁸.

50. Комитет против пыток неоднократно выражал обеспокоенность в связи с ограничениями доступа к абортam и абсолютным запрещением абортов, которые представляют собой нарушение запрета пыток и жестокого обращения⁴⁹. Органы Организации Объединенных Наций также не раз высказывали озабоченность по поводу того, что женщинам отказывают в доступе к уходу после аборта⁵⁰ или требуют выполнения определенных условий часто в качестве недопустимого наказания или для получения признаний⁵¹. Комитет по правам человека конкретно указал, что к нарушениям статьи 7 Международного пакта о гражданских и политических правах относятся принудительные аборты, а также отказ в доступе к безопасным абортam для женщин, забеременевших в результате изнасилования⁵², и выразил обеспокоенность в связи с тем, что законным абортam могут чиниться препятствия.

С. Отказ в предоставлении обезболивающих препаратов

51. В 2012 году по оценкам ВОЗ 5,5 млрд. людей живут в странах, где доступ к контролируемым лекарственным средствам сильно ограничен или вообще отсутствует или где нет доступа или имеется недостаточный доступ к средствам

⁴⁰ See ECHR, *V.C. v. Slovakia*, Application No. 18968/07 (2011).

⁴¹ A/64/272, пункт 55.

⁴² A/67/227, пункт 28; A/HRC/7/3, пункт 38.

⁴³ См. Open Society Foundations, *"Против ее воли: насильственная и принудительная стерилизация женщин во всем мире"* (2011 год).

⁴⁴ См. Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин, общая рекомендация № 19, пункт 22; Комитет по правам человека, замечание общего порядка № 28, пункты 11, 20.

⁴⁵ A/HRC/7/3, пункты 38, 39.

⁴⁶ Там же, пункт 69.

⁴⁷ Сообщение № 1153/2003 (2005), пункт 6.3.

⁴⁸ ECHR, Application No. 57375/08 (2012), para. 76.

⁴⁹ См. CAT/C/PER/CO/4, пункт 23.

⁵⁰ CAT/C/CR/32/5, пункт 7 m); A/66/254, пункт 30.

⁵¹ CAT/C/CR/32/5, пункт 7 m).

⁵² Замечание общего порядка № 28, пункт 11. См. также CCPR/CO.70/ARG, пункт 14.

лечения средней и острой боли⁵³. Несмотря на неоднократные напоминания государствам об их обязательствах Комиссией по наркотическим средствам⁵⁴, 83% населения земли не имеет доступа или имеет недостаточный доступ к средствам лечения средней и острой боли. Десятки миллионов людей, в том числе около 5,5 млн. больных, находящихся на последней стадии рака, и 1 млн. больных на последней стадии ВИЧ/СПИДа ежегодно страдают от средней и острой боли, не имея средств обезболивания⁵⁵.

52. Во многих странах не обеспечены адекватные условия для поставок этих медикаментов⁵⁶. На страны с низким и средним уровнем дохода приходится 6% всего используемого в мире морфина, хотя на долю этих стран приходится половина всех больных раком и 95% всех новых случаев ВИЧ-инфекции⁵⁷. В 32 странах Африки морфин практически отсутствует⁵⁸. В Соединенных Штатах более трети пациентов не получают адекватного облегчения боли⁵⁹. Проведенное во Франции исследование показало, что врачи недооценивают тяжесть болевого синдрома у более чем половины своих пациентов, больных СПИДом⁶⁰. В Индии в более чем половине региональных онкологических центров отсутствует морфин или врачи, обладающие навыками по его применению. И это несмотря на то, что 70% или более пациентов находятся на поздних стадиях рака и очевидно нуждаются в обезболивании⁶¹.

53. Хотя относительно недорогие и высоко эффективные лекарственные препараты, такие как морфин и другие наркотические средства, необходимы "для облегчения боли и страданий"⁶², более чем в 150 странах такие средства практически недоступны⁶³. Факторы, необоснованно препятствующие доступу к морфию и обуславливающие его практическое отсутствие, включают неоправданно ограничительное нормативно-правовое регулирование в области контроля за наркотиками⁶⁴ и, еще чаще, неверное толкование надлежащих норм⁶⁵, недостатки в системе организации снабжения лекарственными средствами, неадекватную инфраструктуру⁶⁶, недостаточное значение, придаваемое паллиативной помощи⁶⁷, укоренившиеся предрассудки в отношении использования опиоидов в медицинских целях⁶⁸ и непринятие мер по выработке политики в области лечения боли для медицинских работников⁶⁹.

⁵³ WHO, "Access to Controlled Medicines Programme", briefing note (2012), p. 1.

⁵⁴ Резолюции 53/4 (2010) и 54/6 (2011).

⁵⁵ WHO, "Access", p. 1.

⁵⁶ See HRW, "Please Do Not Make Us Suffer Any More...": Access to Pain Treatment as a Human Right (2009).

⁵⁷ Open Society Foundations, "Palliative care as a human right", Public Health Fact Sheet, 2012.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ HRW, *Unbearable Pain: India's Obligation to Ensure Palliative Care* (2009), p. 3.

⁶² Единая конвенция о наркотических средствах, 1961 год, преамбула.

⁶³ Joseph Amon and Diederik Lohman, "Denial of pain treatment and the prohibition of torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment", *INTERIGHTS Bulletin*, vol. 16, No. 4 (2011), p. 172.

⁶⁴ See HRW, "Please Do Not Make Us Suffer".

⁶⁵ E/INCB/1999/1, p. 7.

⁶⁶ A/65/255, пункт 40.

⁶⁷ Паллиативная терапия – это подход, призванный улучшить качество жизни пациентов, у которых диагностированы опасные для жизни болезни, посредством предупреждения и облегчения страданий. WHO Definition of Palliative Care (см. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/).

⁶⁸ E/INCB/1999/1, p. 7.

⁶⁹ HRW, "Please Do Not Make Us Suffer", p. 2.

Возможность применения нормативных рамок по борьбе с пытками и жестоким обращением

54. Как правило, отказ в лечении боли представляет деяние в форме бездействия, а не совершения каких-либо действий⁷⁰, и является скорее результатом халатности и неэффективной политики правительства, нежели намерения причинить страдания. Вместе с тем не каждый случай, когда лицо испытывает острую боль и не имеет доступа к надлежащей помощи, может быть приравнен к жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению или наказанию. Об этом речь идет только в случае сильных страданий, степень которых соответствует минимальному уровню в рамках запрета пыток и жестокого обращения; когда государство осведомлено или должно быть осведомлено о страданиях, в том числе тогда, когда не было обеспечено надлежащей помощи; и когда государство не приняло всех разумных мер⁷¹ для защиты физической и психологической неприкосновенности⁷².

55. Обеспечение наличия и доступности медикаментов, включенных в "Типовой перечень основных лекарственных средств" ВОЗ, – это не только разумная мера, но и юридическая обязанность, предусмотренная Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года. В том случае, когда непринятие государством позитивных мер или невмешательство в предоставление медицинских услуг приводит к напрасным мучениям человека от боли, речь идет не только о нарушении государством права на здоровье, но и, возможно, о нарушении запрета пыток и жестокого обращения (A/HRC/10/44 и Согг.1, пункт 72).

56. В заявлении, принятом совместно со Специальным докладчиком по вопросу о праве на здоровье, Специальный докладчик по вопросу о пытках вновь подтвердил, что неспособность обеспечить доступ к контролируемым лекарственным препаратам для снятия боли и мучений угрожает фундаментальным правам на здоровье и защиту от жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения. Правительства обязаны предоставлять жизненно важные лекарственные средства, включающие, помимо прочих, опиоидные анальгетики, как часть обязательного минимума в рамках их обязательств соблюдать право на здоровье и принимать меры по защите своего населения от бесчеловечного и унижающего достоинство обращения⁷³.

D. Лица с психосоциальными отклонениями

57. В соответствии со статьей 1 Конвенции о правах инвалидов к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. Это – лица, либо лишенные ухода, либо содержащиеся в психиатрических больницах и учреждениях социальной защиты, изоляторах в психиатрических клиниках, молитвенных лагерях, светских и религиозных ле-

⁷⁰ Amon and Lohman, "Denial", p. 172.

⁷¹ См., например, ECHR, *Osman v. United Kingdom*, Application No. 23452/94 (1998), paras. 115-122; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14.

⁷² Amon and Lohman, "Denial", p. 172.

⁷³ Совместное письмо Председателю пятьдесят второй сессии Комиссии по наркотическим средствам, 2008 год.

чебных интернатах, исправительных лагерях, частных стационарах и центрах традиционной медицины⁷⁴.

58. В 2008 году мандатарием были предприняты значительные шаги по разработке норм, запрещающих принудительное психиатрическое лечение на основании одной только инвалидности как форму пыток и жестокого обращения (см. A/63/175). Конвенция о правах инвалидов также содержит авторитетные руководящие принципы в отношении прав инвалидов и запрещает принудительное лечение и произвольное лишение свободы на основании инвалидности, заменяя такие прежние стандарты, как Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи 1991 года (Принципы 1991 года).

59. Такие серьезные нарушения, как халатность, психологическое и физическое насилие и насилие сексуального характера, продолжают совершаться в отношении лиц с психосоциальными отклонениями и умственно неполноценных лиц в медицинских учреждениях⁷⁵.

60. В некоторых областях Специальный докладчик хотел бы предложить принять дополнительные меры, помимо тех, которые уже были предложены мандатарием в рамках усилий по поощрению Конвенции о правах инвалидов как новой нормативной системы, и призвать к принятию мер по борьбе с безнаказанностью.

1. Новая нормативная система

61. Неоднократные призывы мандатария к проведению обзора рамок борьбы против пыток, применяемых в отношении инвалидов⁷⁶, не утратили своей актуальности. Поэтому необходимо вновь подтвердить, что Конвенция о правах инвалидов содержит наиболее всеобъемлющий комплекс стандартов, касающихся прав инвалидов, в частности в контексте медицинского лечения, когда мнения инвалидов игнорируются под предлогом их "наилучших интересов", а серьезные нарушения и дискриминация в отношении инвалидов могут маскироваться как "благие намерения" специалистов в области здравоохранения (A/63/175, пункт 49).

62. Важно выделить дополнительные меры, необходимые для предотвращения пыток и жестокого обращения в отношении инвалидов, путем объединения стандартов и координации действий в соответствии с положениями Конвенции о правах инвалидов⁷⁷.

2. Абсолютный запрет использования мер ограничения свободы движений и одиночного содержания

63. Мандатарий уже ранее заявлял о том, что не может быть никакого терапевтического оправдания для одиночного содержания и длительного ограничения свободы движений, поскольку длительное одиночное содержание и ограничение свободы движений могут быть равнозначными пытке или жестокому об-

⁷⁴ См. HRW, *"Like a Death Sentence": Abuses against Persons with Mental Disabilities in Ghana* (2012).

⁷⁵ В ноябре 2012 года Межамериканская комиссия по правам человека утвердила предупредительные меры в целях защиты 300 лиц в психиатрической лечебнице Гватемалы, где были зарегистрированы отвратительные формы злоупотреблений.

⁷⁶ См. A/58/120; A/63/175, пункт 41.

⁷⁷ См., например, Организация Американских государств, Комитет по ликвидации всех форм дискриминации в отношении инвалидов, резолюция CEDDIS/RES.1 (I-E/11) (2011), приложение.

рашению (A/63/175, пункты 55–56). Что касается одиночного содержания, то Специальный докладчик отметил, что использование такого содержания любой продолжительности в отношении лиц с психическими расстройствами является жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видом обращения (A/66/268, пункты 67–68, 78). Более того, любое ограничение свободы лица с психическим расстройством даже на непродолжительное время может составлять пытку или жестокое обращение⁷⁸. Важно отметить, что абсолютный запрет всех принудительных и насильственных мер, включая ограничение свободы движений и одиночное содержание лиц с психическими или умственными расстройствами, должен действовать во всех местах лишения свободы, в том числе в психиатрических лечебницах и учреждениях социальной помощи. Состояние беспомощности пациента и жестокое обращение с инвалидами, сопровождающееся ограничением свободы движений и одиночным содержанием, могут приводить к другим видам лечения без согласия, например к принудительному приему лекарственных препаратов и применению электрошока.

3. Национальное законодательство, допускающее применение медицинских мер принудительного характера

64. Мандатарий продолжает получать сообщения о систематическом применении во всем мире медицинских мер принудительного характера. И мандатарий, и договорные органы Организации Объединенных Наций признали принудительное лечение и другие меры психиатрического вмешательства в медицинских учреждениях формами пыток и жестокого обращения⁷⁹. Меры принудительного характера, часто неверно оправдываемые недееспособностью лица и терапевтической необходимостью, что не соответствует положениям Конвенции о правах инвалидов, признаются правомерными национальным законодательством и могут поддерживаться широкой общественностью как применяемые якобы в "наилучших интересах" соответствующего лица. Вместе с тем в той мере, в какой они причиняют острую боль и страдания, они нарушают абсолютный запрет пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения (A/63/175, пункты 38, 40, 41). Руководствуясь озабоченностью в отношении автономии и достоинства инвалидов, Специальный докладчик призывает пересмотреть национальное законодательство, допускающее принудительные меры медицинского характера.

4. Абсолютное уважение дееспособности каждого лица как первый шаг на пути предупреждения пыток и жестокого обращения

65. Миллионы людей по всему миру лишаются дееспособности из-за стигматизации и дискриминации на основании судебного постановления о признании их недееспособными или просто решения врача о том, что у данного лица "отсутствует способность" принимать решения. Лицам, лишенным дееспособности, назначают опекуна или другое лицо, ответственное за принятие решений, согласие которого считается достаточным для проведения принудительного лечения (E/CN.4/2005/51, пункт 79).

66. Как уже отмечалось ранее мандатарием, критерии, на основании которых определяется возможность проведения лечения в отсутствие свободного и осознанного согласия, должны быть установлены в законе, при этом не должно

⁷⁸ См. CAT/C/CAN/CO/6, ECHR, *Bures v. Czech Republic*, Application No. 37679/08 (2012), пара. 132.

⁷⁹ A/63/175, пункты 44, 47, 61, 63; Комитет по правам человека, сообщение № 110/1981, *Вьяна Акоста против Уругвая*, пункты 2.7, 14, 15.

проводиться различия между инвалидами и лицами без инвалидности⁸⁰. Только в случае, когда существует угроза жизни и когда отсутствие дееспособности не вызывает сомнений, медицинский работник может приступить к оказанию скорой помощи, не получив осознанного согласия⁸¹. С этой точки зрения, некоторые из Принципов 1991 года могут потребовать пересмотра как противоречащие положениям Конвенции о правах инвалидов (A/63/175, пункт 44).

5. Недобровольное помещение в психиатрическое учреждение

67. Во многих странах, где существуют политика и законодательство в отношении охраны психического здоровья, они уделяют основное внимание помещению лиц с психическими расстройствами в специализированные учреждения, но недостаточно обеспечивают защиту их прав человека⁸².

68. Задokumentировано множество случаев помещения лиц в психиатрические учреждения против их воли⁸³. Имеется масса примеров того, как люди всю свою жизнь проводят в таких психиатрических лечебницах или учреждениях социальной защиты⁸⁴. Комитет по правам инвалидов открыто призвал запретить лишение свободы на основании инвалидности, т.е. ограничение свободы в рамках гражданского права и принудительное помещение в специальное учреждение или лишение свободы на основании инвалидности⁸⁵. Он постановил, что жизнь инвалида в обществе, при оказании ему поддержки, уже давно является не просто результатом проведения благоприятной политики, а признанным на международном уровне правом⁸⁶. Конвенция радикально отступает от этого подхода и устанавливает запрет на лишение свободы на основании наличия любого вида инвалидности, включая психическое или умственное расстройство. В пункте 1 b) статьи 14 Конвенции содержится недвусмысленное положение о том, чтобы "наличие инвалидности ни в коем случае не становилось основанием для лишения свободы". Законодательство, разрешающее помещение инвалидов в лечебные учреждения на основании их инвалидности без получения их свободного и информированного согласия, должно быть отменено. Такая мера должна включать в себя отмену положений, разрешающих помещение инвалидов в лечебные учреждения для осуществления ухода за ними и их лечения без получения с их стороны свободного и информированного согласия, а также положений, разрешающих превентивное задержание инвалидов на таких основаниях, как вероятность возникновения опасности с их стороны для них самих или других лиц во всех случаях, при которых такие основания, связанные с уходом, лечением и общественной безопасностью, увязаны в законодательстве с очевидным или выявленным психическим заболеванием (A/HRC/10/48, пункты 48, 49).

69. Лишение свободы на основании психического заболевания является неоправданным, если оно сопряжено с дискриминацией или предрассудками в от-

⁸⁰ См. также A/64/272, пункт 74.

⁸¹ Там же, пункт 12.

⁸² WHO, "Mental health legislation and human rights – denied citizens: including the excluded", p. 1.

⁸³ См. Thomas Hammarberg, "Inhuman treatment of persons with disabilities in institutions", Human Rights Comment (2010).

⁸⁴ См. Dorottya Karsay and Oliver Lewis, "Disability, torture and ill-treatment: taking stock and ending abuses", *The International Journal of Human Rights*, vol. 16, No. 6 (2012), pp. 816–830.

⁸⁵ См. также CRPD/C/HUN/CO/1, пункты 27–28.

⁸⁶ См. CRPD/C/CHN/CO/1 и Corr.1, пункты 92–93.

ношении инвалидов. В соответствии с Европейской конвенцией о правах человека психическое расстройство должно иметь определенную степень, чтобы им можно было оправдать лишение свободы⁸⁷. Специальный докладчик считает, что степень психического заболевания сама по себе не является достаточным основанием заключения под стражу; государство должно также продемонстрировать, что такая мера необходима для обеспечения безопасности данного лица или других лиц. За исключением экстренных ситуаций, лицо не должно лишаться свободы, если только не будет достоверно подтверждено, что оно страдает "психическим заболеванием"⁸⁸. Поскольку помещение в психиатрическую клинику может приводить к принудительному психиатрическому лечению⁸⁹, мандатарий пришел к выводу, что лишение свободы на основании инвалидности, причиняющее сильную боль или страдание, может входить в сферу применения Конвенции против пыток (A/63/175, пункт 65). При проведении такого анализа необходимо учитывать такие факторы, как страх и тревога, вызываемые лишением свободы на неопределенный срок, принудительным медикаментозным лечением или электрошоком, ограничением свободы движений и одиночным содержанием, разлукой с семьей и общиной и т.д.⁹⁰.

70. Кроме того, последствия помещения в психиатрическую больницу лица с нарушением установленных критериев госпитализации, что имеет место в большинстве медицинских учреждений, в отношении которых не проводится мониторинг и отсутствует строгий судебный контроль за процедурами госпитализации⁹¹, вызывают озабоченность в контексте запрещения пыток и жестокого обращения. Ненадлежащее или не вызванное необходимостью принудительное помещение в специализированное учреждение без согласия соответствующего лица может представлять собой пытку или жестокое обращение в виде применения силы, выходящее за рамки строго необходимой⁹².

Е. Маргинальные группы

1. Лица, живущие с ВИЧ/СПИДом

71. Во многих докладах отмечается, что лица, живущие с ВИЧ/СПИДом, подвергаются неправомерному обращению или получают отказ в лечении со стороны медицинских работников⁹³. По имеющимся сообщениям, их отказываются принимать в больницах, выписывают в упрощенном порядке, отказывают в доступе к медицинским услугам, пока они не согласятся на стерилизацию⁹⁴, и оказывают услуги низкого качества, что негуманно и причиняет вред их и без

⁸⁷ См. Peter Bartlett, "A mental disorder of a kind or degree warranting confinement: examining justifications for psychiatric detention", *The International Journal of Human Rights*, vol. 16, No. 6 (2012), pp. 831–844.

⁸⁸ См. ECHR, *Winterwerp v. The Netherlands*, Application No. 6301/73 (1979) and ECHR, *E v. Norway*, Application No. 11701/85 (1990).

⁸⁹ См. Bartlett, "A mental disorder".

⁹⁰ Stop Torture in Healthcare, "Torture and ill-treatment of people with disabilities in healthcare settings", Campaign Briefing, 2012.

⁹¹ См. CAT/C/JPN/CO/1, пункт 26.

⁹² ECHR, *Mouisel v. France*, Application No. 67263/01 (2002), para. 48; see also Nell Monroe, "Define acceptable: how can we ensure that treatment for mental disorder in detention is consistent with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities?", *The International Journal of Human Rights*, vol. 16, No. 6 (2012).

⁹³ Campaign to Stop Torture in Health Care, "Torture and ill-treatment in health settings: a failure of accountability", *Interights Bulletin*, vol. 16, No. 4 (2011), p. 162.

⁹⁴ Open Society Foundations, "Against Her Will" (сноска 43 выше).

того хрупкому здоровью⁹⁵. Принудительное или обязательное тестирование на ВИЧ также является распространенным нарушением, которое может представлять собой унижающее достоинство обращение, если оно "проводится на дискриминационной основе без согласия и соблюдения необходимых требований" (A/HRC/10/44 и Corr.1, пункт 65). Незаконное разглашение ВИЧ-статуса сексуальным партнерам, членам семьи, работодателям и другим медицинским работникам представляет собой распространенное нарушение прав лиц, живущих с ВИЧ, которое может приводить к физическому насилию.

2. Лица, принимающие наркотики

72. Лица, принимающие наркотики, подвергаются сильной стигматизации и рассматриваются как преступники, а в области здравоохранения они, как правило, сталкиваются с унижениями, наказанием и жестокостью. Наркоманам, живущим с ВИЧ, нередко отказывают в неотложной медицинской помощи⁹⁶. В некоторых случаях в законодательстве статус наркозависимых конкретно указан в качестве отдельного основания для лишения лица права опеки или других родительских прав. Использование реестров наркоманов, в которых потребители наркотиков идентифицируются и заносятся в список, а их гражданские права ограничиваются, является нарушением врачебной тайны⁹⁷, которое ведет к дальнейшему неправомерному обращению со стороны медицинских работников.

73. Особой формой жестокого обращения и, возможно, пыток в отношении наркозависимых является отказ в доступе к опиумозаместительной терапии, в том числе как способ получения признательных показаний с использованием мучительных ощущений синдрома абстиненции (A/HRC/10/44 и Corr.1, пункт 57). Отсутствие доступа к метадоновой терапии в условиях лишения свободы в определенных обстоятельствах признается нарушением права не подвергаться пыткам и жестокому обращению (там же, пункт 71). Такое же обоснование должно применяться в случаях, не связанных с лишением свободы, в частности тогда, когда в государстве запрещены заместительная терапия и меры по снижению вреда⁹⁸. Обычная практика отказа ВИЧ-инфицированным наркозависимым в доступе к антиретровирусному лечению по той причине, что они не смогут соблюдать режим терапии, приравнивается к жестокому и бесчеловечному обращению, если учесть физические и психологические страдания, причиняемые развитием заболевания; кроме того, это представляет собой неправомерное обращение, основанное на дискриминации, касающейся исключительно состояния здоровья.

74. Посредством отказа в эффективном лечении наркозависимости государственная политика в области наркотиков целенаправленно подвергает большую группу лиц сильной физической боли, страданиям и унижению, по сути, наказывая их за использование наркотиков и пытаясь принудить их к абстиненции, совершенно не учитывая хронический характер зависимости и научные доказательства неэффективности карательных мер.

⁹⁵ См. HRW, *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS* (2006).

⁹⁶ Ibid., p. 44.

⁹⁷ A/65/255, пункт 20.

⁹⁸ См. HRW, *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation* (2004).

3. Работники сферы сексуальных услуг

75. В докладе, посвященном работникам сферы сексуальных услуг, есть информация о том, что медицинские работники часто относятся к ним негативно и с предубеждением, в том числе отказывают в предоставлении необходимых медицинских услуг⁹⁹. Соображения охраны общественного здоровья в некоторых случаях приводили к принудительному тестированию на ВИЧ и разглашению ВИЧ-статуса в сочетании с карательными мерами¹⁰⁰. Нарушения тайны и конфиденциальности – еще одна форма унижающего достоинство обращения, которому работники секс-индустрии подвергаются в медицинских учреждениях¹⁰¹. Совсем недавно Комитет против пыток отметил сообщения "о предположительно страдающих отсутствием неконфиденциальности и унижительных условиях медицинских осмотров, равносильных унижающему достоинство обращению"¹⁰². Мандатарий отмечал, что действия, направленные на оскорбление жертвы, являются унижающими достоинство видами обращения и наказания даже в тех случаях, когда они не причиняют сильной боли, поскольку влекут нравственные страдания (E/CN.4/2006/6, пункт 35).

4. Лесбиянки, гомосексуалисты, бисексуалы, трансгендеры и интерсексуалы

76. Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) постановила, что жестокое обращение по гомофобским мотивам со стороны медицинских работников является недопустимым и должно быть запрещено и осуждено¹⁰³. Имеется масса сообщений и показаний лиц об отказе в медицинской помощи, словесных оскорблениях и публичном унижении, психиатрических освидетельствованиях, различных принудительных процедурах, таких как стерилизация, медицинские осмотры анальной области, проводимые за государственный счет с целью преследования за гомосексуальную деятельность, а также об инвазивной проверке девственности врачами¹⁰⁴, гормональной терапии и операциях по изменению гениталий под предлогом так называемой "восстановительной терапии"¹⁰⁵. Указанные процедуры редко бывают необходимыми с медицинской точки зрения¹⁰⁶, могут оставлять шрамы, становиться причиной утраты сексуального влечения, причинять боль, вызывать недержание и пожизненную депрессию, кроме того, они критикуются как ненаучные, потенциально вредные и усиливающие стигматизацию (A/HRC/14/20, пункт 23). Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин выразил озабоченность в связи с тем, что лесбиянки, бисексуалы, транссексуалы и женщины-интерсексуалы являются "жертвами злоупотреблений и жестокого обращения со стороны сотрудников медицинских учреждений" (A/HRC/19/41, пункт 56).

77. Дети, родившиеся с нетипичными половыми признаками, зачастую подвергаются необратимым операциям по изменению пола, принудительной стерили-

⁹⁹ Campaign to Stop Torture in Health Care, "Torture", p. 163; см. также A/64/272, пункт 85.

¹⁰⁰ WHO and the Global Coalition on Women and AIDS, "Violence against sex workers and HIV prevention" (WHO, 2005), p. 2.

¹⁰¹ Campaign to Stop Torture in Health Care, "Torture", p. 163.

¹⁰² CAT/C/AUT/CO/4-5, пункт 22.

¹⁰³ РАНО, «"Cures" for an illness that does not exist» (2012), p. 3.

¹⁰⁴ See HRW, *In a Time of Torture: The Assault on Justice in Egypt's Crackdown on Homosexual Conduct* (2003).

¹⁰⁵ РАНО/WHO, «"Therapies" to change sexual orientation lack medical justification and threaten health», news statement, 17 May 2012; и представление организации Advocates for informed choice Специальному докладчику по вопросу о пытках, 2012 год.

¹⁰⁶ РАНО/WHO, "Therapies".

лизации, принудительным операциям по нормализации гениталий, производимым без их информированного согласия или согласия их родителей с целью "фиксации их половой принадлежности"¹⁰⁷, в результате чего они становятся бесплодными и испытывают сильные психологические страдания.

78. Во многих странах трансгендеры должны проходить процедуру зачастую недобровольной стерилизации в качестве условия для юридического признания предпочитаемого ими пола. В Европе в 29 государствах для признания половой принадлежности трансгендера требуется процедура стерилизации. В 11 странах, в которых отсутствует законодательство, регламентирующее процедуру официального признания пола¹⁰⁸, принудительная стерилизация также практикуется. По состоянию на 2008 год, в 20 штатах Соединенных Штатов Америки трансгендеры были обязаны проходить "хирургическую операцию по подтверждению пола" или "хирургическую операцию по изменению пола", прежде чем они могли изменить свою официальную половую принадлежность¹⁰⁹. В Канаде только в провинции Онтарио отсутствует практика "операций по изменению пола" для исправления записи о половой принадлежности в свидетельстве о рождении¹¹⁰. Некоторые национальные суды постановили, что принудительные операции не только приводят к бесплодию и необратимым изменениям в организме, но также являются вмешательством в семейную и репродуктивную жизнь и представляют собой грубое посягательство на физическую неприкосновенность лица. В 2012 году Шведский административный апелляционный суд постановил, что требование о принудительной стерилизации, посягающее на физическую неприкосновенность лица, не может считаться добровольным¹¹¹. В 2011 году Конституционный суд Германии принял решение о том, что требование о проведении операции по изменению пола нарушает право на физическую неприкосновенность и самоопределение¹¹². В 2009 году Австрийский высший административный суд также постановил, что обязательное изменение пола как условие для законного признания гендерной идентичности неправомерно¹¹³. В 2009 году бывший Комиссар по правам человека Совета Европы отметил, что "[требование стерилизации] явно противоречит уважению физической неприкосновенности человека"¹¹⁴.

79. Мандатарий отмечал, что "члены сексуальных меньшинств в непропорциональной степени подвергаются пыткам и другим формам грубого обращения, поскольку они не соответствуют социально принятым представлениям о взаимоотношениях полов. Действительно, дискриминация по признаку половой ориентации и гендерной индивидуальности может зачастую способствовать процессу обезличивания жертвы, что часто является одним из обязательных условий применения пыток и грубого обращения"¹¹⁵. Комитет против пыток, Специальный докладчик по вопросу о пытках и Рабочая группа по произвольным

¹⁰⁷ A/HRC/19/41, пункт 57.

¹⁰⁸ Commissioner for Human Rights of the Council of Europe, *Discrimination on Grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in Europe* (2011), pp. 86–87.

¹⁰⁹ D. Spade, "Documenting gender", *Hastings Law Journal*, vol. 59, No. 1 (2008), pp. 830–831.

¹¹⁰ *XY v. Ontario*, 2012 HRTO 726 (CanLII), judgement of 11 April 2012.

¹¹¹ Mål nr 1968-12, Kammarrätten i Stockholm, Avdelning 03, http://du2.pentagonvillan.se/images/stories/Kammarrttens_dom_-_121219.pdf, p. 4.

¹¹² Federal Constitutional Court, *1 BvR 3295/07*. Available from www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110111_1bvr329507.html.

¹¹³ Administrative High Court, No. 2008/17/0054, judgement of 27 February 2009.

¹¹⁴ "Human rights and gender identity", issue paper (2009), p. 19.

¹¹⁵ A/56/156, para. 19. See also E/CN.4/2001/66/Add.2, para. 199.

задержаниям осудили "бесполезную медицинскую" практику, связанную с прохождением мужчинами, подозреваемыми в гомосексуализме, принудительного осмотра анальной области с целью "подтверждения" их гомосексуальной наклонности¹¹⁶, и постановили, что такая практика нарушает запрет пыток и жестокого обращения (A/HRC/19/41, пункт 37).

5. Инвалиды

80. Инвалиды в особой степени страдают от принудительных мер медицинского характера и подвергаются принудительному лечению (A/63/175, пункт 40). Что касается детей в медицинских учреждениях, то фактическая или предполагаемая инвалидность может снижать значение, придаваемое мнению ребенка¹¹⁷ при определении наилучших интересов или может быть использована как основание для того, чтобы решения за ребенка принимали родители, опекуны, попечители или должностные лица¹¹⁸. Женщинам-инвалидам, в особенности имеющим психиатрические заболевания, угрожает множественная дискриминация и нарушения в медицинских учреждениях. Принудительная стерилизация девочек и женщин – инвалидов широко задокументирована¹¹⁹. В Испании, среди других стран¹²⁰, национальное законодательство допускает стерилизацию несовершеннолетних, у которых диагностированы серьезные умственные отклонения. Парламент Египта не включил в закон о защите пациентов положение о запрещении использования стерилизации в качестве меры "лечения" психических заболеваний. В Соединенных Штатах в 15 штатах действуют законы, не содержащие положений о защите женщин-инвалидов от принудительной стерилизации¹²¹.

V. Выводы и рекомендации

A. Важность отнесения злоупотреблений в медицинских учреждениях к категории пыток и жестокого обращения

81. Приведенные примеры пыток и жестокого обращения в медицинских учреждениях представляют собой, вероятно, лишь небольшую часть этой глобальной проблемы. Такие меры всегда представляют собой как минимум бесчеловечное и унижающее достоинство обращение, зачастую могут соответствовать критериям пытки и во всех случаях запрещены международным правом.

82. Запрет пыток – одно из нескольких абсолютных и неотменяемых прав человека¹²², императивная норма (*jus cogens*)¹²³, безусловная норма обычного международного права. Изучение вопроса о злоупотреблениях

¹¹⁶ Working Group on Arbitrary Detention, opinion No. 25/2009 (2009), para. 29.

¹¹⁷ Committee on the Rights of the Child, general comment No. 12 (2009), para. 21.

¹¹⁸ See A/HRC/20/5, para. 53 (d); A/63/175, para. 59.

¹¹⁹ See Independent Expert for the Secretary-General's Study on Violence against Children, *World Report on Violence against Children* (2009).

¹²⁰ Open Society Foundations, *Against Her Will* (footnote 43 above), p. 6, A/64/272, para. 71.

¹²¹ Open Society Foundations, *Against Her Will*, p. 6.

¹²² Конвенция против пыток, статья 2, пункт 2, Международный пакт о гражданских и политических правах, статья 7.

¹²³ See International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia, *Prosecutor v. Furundzija*, case No. IT-95-17/1-T, judgement (1998).

в медицинских учреждениях с точки зрения рамок защиты от пыток дает возможность укрепить понимание этих нарушений и выделить позитивные обязательства государств по предупреждению, уголовному преследованию этих нарушений и возмещению причиненного вреда.

83. Право на достаточный уровень здравоохранения ("право на здоровье") определяет обязательства государств по отношению к лицу, страдающему каким-либо заболеванием. В свою очередь, абсолютный и не допускающий ограничений характер права на защиту от пыток и жестокого обращения устанавливает объективные ограничения отдельных видов лечения. В контексте нарушений в сфере здравоохранения уделение основного внимания запрету пыток усиливает необходимость ответственности и обеспечивает надлежащий баланс между индивидуальной свободой и достоинством и вопросами общественного здоровья. В этой связи внимание, уделяемое рамочной основе защиты от пыток, гарантирует, что системные недостатки, нехватка ресурсов или услуг не будут использоваться для оправдания жестокого обращения. Хотя ограниченность ресурсов может оправдать лишь частичное осуществление некоторых аспектов права на здоровье, государство ни при каких обстоятельствах не может оправдать несоблюдение таких своих ключевых обязательств, как абсолютный запрет пыток¹²⁴.

84. Признание актов насилия и других злоупотреблений в медицинских учреждениях в качестве запрещенного жестокого обращения предоставляет жертвам и адвокатам более надежную правовую защиту и возмещение в связи с нарушениями прав человека. В этой связи в недавно принятом замечании общего порядка № 3 (2012) о праве на правовую защиту и возмещение Комитет против пыток дает ценное руководство в отношении превентивных мер, необходимых для предупреждения принудительного медицинского вмешательства. В частности, Комитет считает, что обязанность обеспечить компенсацию и возмещение распространяется на все акты жестокого обращения¹²⁵, поэтому неважно, соответствовало ли само по себе нарушение, совершенное в медицинском учреждении, критериям пытки. Эти рамки открывают новые возможности для холистических социальных процессов, способствующих признанию опыта людей, включая меры сатисфакции и гарантии неповторения, а также отмену противоречащих им положений законодательства.

В. Рекомендации

85. Специальный докладчик призывает все государства:

а) обеспечивать запрет пыток во всех медицинских учреждениях, как в государственных, так и в частных, путем признания, в частности, того, что нарушения, совершенные в контексте медицинской помощи, могут быть приравнены к пыткам или к жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство видам обращения и наказания; путем регулирования деятельности в системе здравоохранения с целью предотвращения противозаконного обращения под любым предлогом; и путем включения поло-

¹²⁴ См. замечание общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам.

¹²⁵ Замечание общего порядка № 3, пункт 1.

жений о предупреждении пыток и жестокого обращения в программы здравоохранения;

b) способствовать привлечению к ответственности за акты пыток и жестокое обращение в медицинских учреждениях посредством выявления законодательных норм, политики и практики, ведущих к нарушениям; предоставить национальным превентивным механизмам возможности для систематического мониторинга, получения жалоб и возбуждения уголовного преследования;

c) проводить оперативные, объективные и тщательные расследования всех утверждений о пытках и жестоким обращении в медицинских учреждениях; при наличии доказательств привлекать к ответственности нарушителей и принимать в отношении них соответствующие меры; обеспечивать жертвам эффективные средства правовой защиты и компенсации, включая меры по возмещению, сатисфакцию и гарантии неповторения, а также меры по реституции, компенсации и реабилитации;

d) осуществлять надлежащее образование по правам человека и проводить информационные кампании для медицинских работников по вопросу о запрещении пыток и жестокого обращения, а также о масштабах, серьезности и последствиях различных ситуаций, приравниваемых к пыткам и жестокому, бесчеловечному или унижающему достоинство обращению и наказанию; поощрять культуру уважения неприкосновенности и достоинства личности, многообразия и искоренения патологизирования и гомофобии. Проводить обучение врачей, судей, прокуроров и сотрудников полиции по стандартам, касающимся свободного и осознанного согласия;

e) гарантировать свободное и осознанное согласие на основе равенства всем лицам без какого-либо исключения посредством принятия соответствующих законов и внедрения судебных и административных механизмов, в том числе в рамках политики и практики защиты от нарушений. Любые противоречащие этому законодательные положения, такие как положения, допускающие лишение свободы и принудительное лечение в медицинском учреждении, в том числе через опекунство и другие опосредованные механизмы принятия решений, должны быть пересмотрены. Принять политику и законодательство, поддерживающие автономию, самоопределение и человеческое достоинство. Обеспечивать, чтобы медицинская информация всегда имела в наличии, была приемлемой, доступной и высококачественной и чтобы она распространялась и усваивалась с использованием таких механизмов поддержки и защиты, как широкий диапазон общинных услуг и каналов оказания помощи (A/64/272, пункт 93). Случаи лечения без осознанного согласия необходимо расследовать; жертвам такого лечения должна предоставляться компенсация;

f) обеспечить особую защиту меньшинств и маргинальных групп и лиц в качестве важного компонента обязательства в отношении предупреждения пыток и жестокого обращения¹²⁶, в частности путем инвестиций в различные каналы добровольной поддержки для маргинальных лиц, которые помогают им осуществлять свою правоспособность и уважают их индивидуальную автономию, волю и предпочтения.

¹²⁶ См. замечание общего порядка № 14 Комитета по экономическим, социальным и культурным правам, пункт 43 а)–f).

1. Отказ от предоставления обезболивающих препаратов

86. Специальный докладчик призывает все государства:

а) в первоочередном порядке принять основанный на концепции прав человека подход к контролю над наркотиками, с тем чтобы предотвратить продолжающиеся нарушения прав, вытекающие из нынешних подходов к ограничению предложения и спроса (A/65/255, пункт 48). Обеспечить, чтобы национальное законодательство о контроле за наркотиками признавало огромное значение наркотических и психотропных средств для облегчения боли и страданий; пересмотреть национальные законы и административные процедуры, с тем чтобы гарантировать адекватную доступность этих препаратов для законных медицинских целей;

б) обеспечить полный доступ к паллиативной помощи и устранить существующие препятствия в областях регулирования, образования и подходов, ограничивающие доступность важных паллиативных медикаментов, особенно морфия, принимаемого перорально. Государствам следует разработать и осуществить программы, поощряющие повсеместное понимание терапевтической пользы контролируемых веществ и их разумного использования;

в) разработать и включить положения о паллиативной помощи во все национальные планы и программы в области здравоохранения, в учебные программы и в программы профессиональной подготовки и разработать необходимые стандарты, руководящие положения и клинические протоколы.

2. Принудительное лишение свободы по медицинским показаниям

87. Специальный докладчик призывает все государства:

а) без промедления закрыть центры принудительного лишения свободы и реабилитации наркоманов и обеспечить предоставление добровольных, научно обоснованных и основанных на правах услуг в социальной сфере и в области здравоохранения. Провести расследования с целью устранения нарушений, в том числе пыток и жестокого, бесчеловечного и унижающего достоинство обращения, в частных центрах лечения наркотической зависимости;

б) прекратить поддержку деятельности существующих центров содержания наркоманов или создания новых центров. Любое решение о предоставлении финансирования должно приниматься только после тщательной оценки рисков. Если решение о предоставлении финансирования все-таки принимается, оно должно иметь четкие временные рамки и осуществляться только при условии, что власти а) обязуются в скором времени закрыть центры содержания наркоманов и направить выделенные средства на активизацию добровольных, общинных, научно обоснованных услуг по лечению наркомании; и б) заменить карательные подходы и принудительные элементы лечения наркомании научно обоснованными усилиями по предотвращению ВИЧ и других вредных последствий употребления наркотиков. Такие центры, действующие до их окончательного закрытия, подлежат независимому мониторингу;

в) создать эффективный механизм мониторинга лечения зависимости и соблюдения международных норм;

d) обеспечить доступность для потребителей наркотиков, особенно находящихся в местах лишения свободы, всех мер по снижению вреда и услуг по лечению от наркотической зависимости, в особенности опиоидной заместительной терапии (A/65/255, пункт 76).

3. Лесбиянки, гомосексуалисты, бисексуалы, трансгендеры и интерсексуалы

88. Специальный докладчик призывает все государства отменить любые законы, допускающие инвазивное и необратимое лечение, включая принудительные операции по изменению гениталий, принудительную стерилизацию, неэтичные эксперименты, медицинские показы, "восстановительную терапию" или "конверсионную терапию", если оно совершается или применяется без свободного и осознанного согласия соответствующего лица. Он также призывает запретить принудительную или недобровольную стерилизацию при любых обстоятельствах и предусмотреть особую защиту маргинальных лиц.

4. Лица с психосоциальными отклонениями

89. Специальный докладчик призывает все государства:

a) провести обзор рамок борьбы против пыток в отношении инвалидов на предмет их соответствия Конвенции о правах инвалидов как авторитетного руководства в области прав инвалидов в контексте здравоохранения;

b) ввести абсолютный запрет всех насильственных и осуществляемых без согласия медицинских мер в отношении инвалидов, включая применение без согласия психиатрии, электрошока и таких психотропных препаратов, как нейролептики, использование кратковременных и долговременных мер ограничения свободы движений и одиночного содержания. Обязательство положить конец принудительным психиатрическим мерам, основанным исключительно на инвалидности, подлежит немедленному осуществлению, а задержки в его выполнении не могут быть оправданы нехваткой финансовых ресурсов¹²⁷;

c) заменить принудительное лечение общинными услугами. Такие услуги должны удовлетворять потребности, выраженные инвалидами, и предоставляться с учетом уважения автономии, выбора, достоинства и частной жизни соответствующего лица с упором на альтернативы медицинской модели психического здоровья, включая поддержку пациентов, повышение уровня осведомленности и подготовку медицинских работников, сотрудников правоохранительных органов и других лиц;

d) пересмотреть положения законодательства, допускающие заключение под стражу на основании психического расстройства или помещение в психиатрическое учреждение, а также любые меры или лечение принудительного характера в психиатрическом учреждении, осуществляемые без осознанного согласия соответствующего лица. Законодательство, разрешающее помещение инвалидов в лечебные учреждения на основании их инвалидности без получения их свободного и информированного согласия, должно быть отменено.

¹²⁷ Конвенция о правах инвалидов, статья 4, пункт 2.

5. Репродуктивные права

90. **Специальный докладчик призывает государства обеспечить женщинам доступ к неотложной медицинской помощи, включая уход после аборта, без угрозы уголовного преследования или репрессий. Государства, национальное законодательство которых разрешает аборт в различных ситуациях, должны обеспечить реальную доступность таких услуг без каких-либо негативных последствий для женщин или медицинских работников.**
