НЕОФИЦИАЛЬНЫЙ ПЕРЕВОД

АУТЕНТИЧНЫЙ ТЕКСТ РАЗМЕЩЕН НА САЙТЕ   
ЕВРОПЕЙСКОГО СУДА ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

[www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int) В РАЗДЕЛЕ HUDOC

БЫВШАЯ ТРЕТЬЯ СЕКЦИЯ

ДЕЛО «АБДЮШЕВА И ДРУГИЕ ПРОТИВ РОССИИ»

(Жалобы № 58502/11 и 2 другие — см. список в приложении)

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

Статья 8 • Уважение личной жизни • Отказ в доступе к опиоидной заместительной терапии • Охрана здоровья • Необходимая медицинская помощь • Не превышенные широкие пределы усмотрения

Статья 34 • Отсутствие препятствий для реализации права на подачу индивидуальной жалобы

Г. СТРАСБУРГ

26 ноября 2019 года

ВСТУПИЛО В СИЛУ

15/04/2020

*Данное постановление вступило в силу в порядке, установленном в пункте 2 статьи 44 Конвенции. Оно может быть подвергнуто редакционной правке.*



По делу «Абдюшева и другие против России»

Европейский Суд по правам человека (бывшая третья секция), заседая Палатой,  
в состав которой вошли:

Георгиос А. Сергидес, *председатель,* Хелен Келлер, Дмитрий Дедов, Бранко Лубарда, Алена Полачкова, Жильберто Феличи, Эрик Веннерстрем, *судьи,*

и Стефен Филлипс, *секретарь секции*,

Заседая за закрытыми дверями 25 июня и 22 октября 2019 года,

вынес следующее постановление, утвержденное в тот же день:

1. ПРОИЗВОДСТВО

1. Дело было инициировано на основании трех жалоб, поданных 18 октября 2010 года, 25 августа 2011 года и 1 августа 2013 года в Европейский Суд против Российской Федерации тремя гражданами Российской Федерации: Алексеем Владимировичем Курманаевским, Ириной Николаевной Абдюшевой и Иваном Васильевичем Аношкиным (далее по тексту — «заявители») на основании статьи 34 Конвенции о защите прав человека и основных свобод (далее по тексту - «Конвенция»).

2. В Суде их интересы представляла И. Хрунова, адвокат из г. Казани, а также  
М. Голиченко, адвокат из г. Москвы. Интересы Властей Российской Федерации (далее по тексту — «Власти») представлял сначала Г. Матюшкин, занимавший на тот момент должность Уполномоченного Российской Федерации при Европейском Суде по правам человека, а затем его преемник М. Гальперин.

3. Председатель разрешил участвовать в письменном производстве в качестве третьей стороны (пункт 2 статьи 36 Конвенции и пункт 3 статьи 44 Регламента) следующим лицам и организациям: Специальному докладчику ООН по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания, International Doctors for Healthier Drug Policies, Специальному посланнику ООН по СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии, *Human Rights Watch*, *Europad/European Opiate Addiction Treatment Association*, Канадской правовой сети по ВИЧ/СПИДу, *Harm Reduction International* *and Eurasian Harm Reduction Network* и Объединенной программе ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), *Independant Narcological Guild*, Национальной ассоциации реабилитационных центров, областной общественной организации «Ставропольский край в добром здравии», ассоциации северокавказских реабилитационных центров и столичному реабилитационному центру Святого Иоанна Кронштадтского.

4. Заявители, в частности, утверждали, что запрет заместительной терапии метадоном и бупренорфином нарушил их право на уважение частной жизни и являлся примером дискриминационного обращения.

5. 12 мая 2014 года жалобы на невыполнение статей 8 и 14 Конвенции были переданы Властям, а часть жалобы, основанная на статье 3 относительно методов лечения в медицинских центрах России, которые, по утверждению заявителей, противоречат настоящей статье, была объявлена неприемлемой в соответствии с пунктом 3 статьи 54 Регламента Суда.

1. ФАКТЫ
   1. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА

6. Список заявителей с их датами рождения и местом проживания представлен в приложении.

7. Заявители являются героинозависимыми. У них чередуются периоды употребления наркотиков и ремиссии. Отмечается, что их несколько раз госпитализировали в медицинские центры для детоксикации, и сразу же после выхода из указанных центров у них происходил рецидив.

* + 1. Что касается А. Курманаевского

8. А. Курманаевский употребляет наркотики, а именно стимуляторы и героин, с 1994 года. Со слов Властей, с 1997 года он находился под присмотром врачей токсикологического диспансера Татарстана, государственного медицинского учреждения для лечения лиц, страдающих наркоманией (далее по тексту — «Диспансер»). Заявитель утверждает, что он регулярно посещал это учреждение в период с 1996 по 2000 год для прохождения курсов детоксикации и в общей сложности пребывал там двенадцать раз.

9. В декабре 2010 года А. Курманаевский направил в диспансер запрос о заместительной терапии опиатов метадоном. Медицинской комиссии, рассматривавшей его просьбу, он заявил, что ВОЗ рекомендовала заместительную опиоидную терапию в качестве эффективного метода борьбы с наркоманией и СПИДом. Он утверждал, что воспользовался всеми доступными в России методами лечения наркомании. Медицинская комиссия также заслушала психиатра из Казанского медицинского университета, который поддержал позицию заявителя. 26 января 2011 года комиссия отклонила ходатайство А. Курманаевского на том основании, что ни федеральный закон от 8 января 1998 года (см. ниже раздел «применимое национальное законодательство»), ни приказ Федерального министерства здравоохранения № 140 от 28 апреля 1998 года в отношении стандартов (протоколов) лечения наркозависимых не предусматривают заместительную терапию метадоном и бупренорфином.

10. Заявитель обжаловал решение медицинской комиссии от 26 января 2011 года.  
7 июня 2011 года Советский районный суд г. Казани отклонил его жалобу. Суд отклонил аргументы, что рекомендации ВОЗ относительно использования опиоидной заместительной терапии носят обязательный характер для России. Он счел, что эта рекомендация носит факультативный характер. Ссылаясь на пункт 6 статьи 31 и пункт 4 статьи 55 Закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ, суд заявил, что использование метадона и бупренорфина для лечения наркомании запрещено. 11 июля 2011 года Верховный суд Татарстана оставил в силе это решение по той же причине.

11. В сентябре 2015 года Власти сообщили Суду, что в 2014-2015 годах  
А. Курманаевский, который одиннадцать раз посещал диспансер в рамках лечения, был подвергнут скринингу мочи на наркотики; получен отрицательный результат. Власти добавили, что заявитель говорил, что в тот период не употреблял наркотики и не хотел их употреблять. Стороны также указывают, что в 2014 году А. Курманаевский провел два месяца в реабилитационном центре и прошел трехмесячный противорецидивный курс лечения в диспансере.

12. В 1998 году у А. Курманаевского был диагностирован вирус гепатита С, а в 2001 году — ВИЧ. По его словам, заражение произошло в результате использования бывших в употреблении шприцев.

* + 1. Что касается И. Абдюшевой

13. И. Абдюшева употребляет опиоиды с 1984 года. Она говорит, что прошла несколько курсов лечения в различных токсикологических центрах в период с 1984 по 2009 год.

14. Власти представляют следующие медицинские данные. С 1984 года заявительница, у которой был диагностирован «синдром средней опиоидной зависимости», находилась под наблюдением врачей Калининградского токсикологического диспансера. Тем не менее, она нерегулярно посещала диспансер до 2014 года. Например, она ходила туда пять раз в 1989 и 1990 годах, дважды в 2000 году и один раз в 2008 и 2010 годах. Эти посещения были связаны с синдромом отмены. Была госпитализирована один раз в 1984 году.

15. Заявительница обратилась в Министерство здравоохранения Калининградской области с просьбой о доступе к опиоидной заместительной терапии метадоном и бупренорфином. 27 января 2011 года областная токсикологическая больница сообщила ей, что эти вещества запрещены законом от 8 января 1998 года, и посоветовала ей обратиться в токсикологическую больницу за информацией о современных методах лечения наркомании.

16. Заявитель оспорила данное решение в суде. 27 мая 2011 года Ленинградский районный суд г. Калининграда отклонил ее жалобу. Ссылаясь на пункт 6 статьи 31 и пункт 4 статьи 55 Закона от 8 января 1998 года, суд заявил, что использование метадона и бупренорфина для лечения наркомании запрещено. По мнению суда эти положения соответствовали Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года, на которую ссылалась заявительница в поддержку своей позиции.

17. 3 августа 2011 года Калининградский областной суд, рассмотрев жалобу в апелляционном порядке, оставил решение в силе по тем же причинам.

18. В 1989 году у заявительницы был диагностирован вирус гепатита С, а в 2000 году — ВИЧ. Она утверждает, что заразилась в результате использования бывших в употреблении шприцев.

19. Заявительница представила справку от 27 сентября 2012 года, составленную медицинской комиссией, состоящей из двух токсикологов и психиатра из Украинского института исследований общественного здравоохранения, неправительственной организации (далее по тексту — «Медицинская комиссия»). Согласно этому отчету медицинская комиссия, по просьбе адвоката заявительницы, осмотрела последнюю и предоставленные ею медицинские документы, а именно «медицинскую карту амбулаторного пациента» и выписку из медицинской карты (в вышеупомянутом отчете не указано, каким медицинским учреждением выданы эти документы).

20. В своем отчете медицинская комиссия установила следующие факты, заявив, что при отсутствии соответствующих медицинских документов она опиралась на показания самой заявительницы. Заявительница употребляла опиоиды с 17 лет, пыталась как минимум 12 раз лечить свою зависимость, периоды воздержания длились всего две-три недели и она возобновляла употребление опиоидов. Она никогда не хотела избавляться от своей зависимости и начинала вышеуказанные лечения из-за давления со стороны семьи. Ее несколько раз приговаривали к заключению за преступления, связанные с наркотиками, но после выхода из тюрьмы она возобновляла употребление опиоидов. Из-за этих рецидивов она теряла работу. В 2010 году, находясь в командировке в Литве, она начала опиоидную заместительную терапию бупренорфином. В 2011 году она прошла трехмесячный реабилитационный курс в г. Киеве, после чего у нее была двухмесячная ремиссия с последующим рецидивом. В 2012 году заявительница приняла решение прекратить употребление запрещенных наркотиков и перейти на заместительную терапию метадоном. Для этого она обосновалась в г. Полтаве, Украина, где областной токсикологический диспансер предоставил ей указанное вещество. Она была довольна результатами лечения, поскольку перестала употреблять запрещенные опиоиды. Однако, это лечение вызвало побочные эффекты (сонливость и боль в суставах).

21. Медицинская комиссия пришла к заключению, что заявительница страдала от опиоидной зависимости, вызывавшей сильное желание употреблять эти наркотики, ослабившей способность контролировать их употребление и количество, заявительница приобрела повышенную толерантность и страдала от синдрома отмены в случае прекращения употребления веществ, которые она принимала в течение 20 лет, как следствие употребление опиоидов нанесло ущерб семейной жизни, но она продолжала их употреблять, несмотря на пагубные для нее последствия (потеря работы, ухудшение социального статуса, уголовное преследование и заражение болезнями, передаваемыми через кровь).

22. Адвокат заявительницы предложил медицинской комиссии ответить на вопросы о том, имеются ли какие-либо противопоказания для заместительной терапии метадоном и является ли адекватным лечение опиоидной зависимости, предлагаемое в Российской Федерации.

23. В ответ на первый вопрос врачи указали, что заявительница нуждается в заместительной терапии метадоном и бупренорфином. В частности, они утверждали, что применили рекомендации Министерства здравоохранения Украины о том, что показаниями для назначения подобного лечения является опиоидная зависимость и желание пациента следовать этому лечению. Они указали, что, согласно этой инструкции, назначение вышеупомянутой терапии рекомендуется, если пациент является носителем вируса гепатита С или ВИЧ, как это было в случае заявительницы. Они добавили, что у заявительницы нет противопоказаний к этому лечению: не представлено доказательств нарушения ее умственных способностей, что могло бы помешать ей выразить информированное согласие при наличии печеночной недостаточности. Медицинская комиссия заявила, что заместительная терапия должна назначаться без ограничений и длиться до тех пор, пока пациент чувствует в ней необходимость. Заявила, что в случае заявительницы, отказ от заместительной терапии может иметь неблагоприятные последствия для ее социальной жизни, такие как совершение преступлений для финансирования покупки запрещенных наркотиков и заключение под стражу в результате этих преступлений, что приведет к прекращению антиретровирусной терапии, которой придерживается женщина, и, наконец, к смерти последней от СПИДа.

24. В ответ на второй вопрос, заданный адвокатом заявительницы, медицинская комиссия проанализировала инструкцию Министерства здравоохранения России № 140 от 28 апреля 1998 года и пришла к заключению, что лекарственные средства, используемые согласно протоколу лечения наркомании, не имеют желаемого терапевтического эффекта.

25. Из медицинской справки от 15 сентября 2015 года, составленной комиссией, в состав которой вошли врачи-токсикологи из Калининградского областного диспансера, следует, что они раскритиковали заключение своих украинских коллег и заявили, что заместительная терапия, которая, по их утверждению, состоит в употреблении наркотиков, не приведет ни к избавлению от зависимости, ни к ремиссии. Согласно этой справке, медицинская помощь наркозависимым лицам подразумевает использование медико-социальных методов реабилитации, и если эти методы используются правильно, они эффективны независимо от стадии зависимости. Вышеупомянутая комиссия рекомендовала заявительнице лечение на основе медико-социальной реабилитации, а именно госпитализацию в областном токсикологическом диспансере с последующим пребыванием в центре социальной реабилитации.

* + 1. Что касается И. Аношкина

26. И. Аношкин употребляет опиоиды с 1994 года. В период с 1996 по 2012 год он пытался побороть свою зависимость, регулярно посещая Тольяттинский токсикологический диспансер, государственное медицинское учреждение, расположенное в Самарской области (далее по тексту — «диспансер»), для прохождения курса детоксикации. Заявитель указал, что является носителем ВИЧ и вируса гепатита С.

27. 11 апреля 2012 года И. Аношкин обратился в Министерство здравоохранения Самарской области с такой же просьбой, с которой обращались И. Абдюшева  
и А. Курманаевский, а именно о доступе к опиоидной заместительной терапии метадоном и бупренорфином. 16 мая 2012 года министерство, указав, что вышеуказанные вещества запрещены, предложило ему продолжить лечение традиционными методами. 23 августа 2012 года И. Аношкин обжаловал это решение. Постановлением от 7 ноября 2012 года Центральный районный суд г. Тольятти отклонил жалобу заявителя на тех же основаниях, что и жалобы по делам  
А. Курманаевского и И. Абдюшевой. 5 февраля 2013 года Самарский областной суд оставил в силе это решение по тем же причинам.

28. И. Аношкин представил отчет от 6 ноября 2013 года, составленный медицинской комиссией, состоящей из токсиколога и психиатра из Украинского института исследований общественного здравоохранения, неправительственной организации. Согласно этому отчету вышеупомянутые врачи по запросу адвоката И. Аношкина осмотрели заявителя и представленные им медицинские документы, включая выдержки из его медицинской карты, предоставленные Тольяттинским токсикологическим диспансером. Осмотр показал следующее: И. Аношкин, который употреблял наркотики с 16 лет, прекратил их употребление, находясь под стражей, а затем следовал программе реабилитации под названием «Двенадцать шагов» ; заявитель каждый раз возвращался к употреблению опиоидов, приобрел повышенную толерантность к этим веществам, имел синдром отмены в случае прекращения употребления веществ, как следствие употребление опиоидов нанесло ущерб семейной и профессиональной жизни, но он продолжала их употребление, несмотря на пагубные для него последствия (потеря работы, ухудшение социального статуса, уголовное преследование и заражение болезнями, передаваемыми через кровь). В своем отчете комиссия сделала заключение, что И. Аношкин зависим от опиоидов.

29. В сентябре 2015 года Власти сообщили Суду, что И. Аношкин находится в стадии ремиссии с января 2014 года. По утверждению Властей, анализы мочи, сделанные во время посещений заявителем тольяттинского диспансера, показали отсутствие следов опиоидов.

* + 1. Факты, возникшие после передачи жалоб Властям
       1. Факты о И. Абдюшевой

30. По данным Властей, 12 августа 2014 года в 23:30 заявительница была задержана полицией за административное правонарушение (нарушение общественного порядка и сквернословие в общественном месте), была доставлена в отделение полиции в 00:10 и вышла оттуда после того, как подписала протокол об административном правонарушении в 00:55. Власти представили протокол об административном правонарушении, составленный в полицейском участке, и выписку из реестра лиц, доставленных в отделение полиции. В части протокола, предназначенной для объяснений задержанного, написано слово «согласна», а также стоит подпись заявительницы. Внизу страницы также проставлена подпись заявительницы.

31. По ее словам она была задержана в 23:00 для установления личности и доставлена в отделение полиции в качестве разыскиваемого лица. Она провела там всю ночь и никаких документов относительно нее не было составлено. Рано утром, по прибытии адвоката, ее освободили после того как адвокат пообещал доставить ее в прокуратуру для дачи объяснений.

32. 13 августа 2014 года в 11:00 заявительница явилась в прокуратуру Калининградской области. В присутствии своего адвоката она ответила на вопросы прокурора, касающиеся ее обращения в Суд, ее доходов и средств к существованию. После беседы она покинула прокуратуру.

* + - 1. Факты о И. Аношкине

33. В декабре 2014 года компетентный орган проверял неправительственную организацию, на которую работал И. Аношкин, на соблюдение требований пожарной безопасности. 15 января 2015 года указанная организация получила письмо из прокуратуры, в котором сообщалось об открытии производства по делу об административном правонарушении за несоблюдение норм пожарной безопасности, а также уведомление от прокурора об устранении недостатков, обнаруженных во время контроля. 16 января 2015 года было вынесено решение по делу об административном правонарушении против неправительственной организации и ее директора.

* 1. ПРИМЕНИМОЕ НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО И ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА

34. В постановлении Правительства Российской Федерации № 681 от 30 июня 1998 года о наркотических средствах и психотропных веществах и их регламентируемых прекурсорах предусмотрено три списка наркотических средств и психотропных веществ. В списке I перечислены вещества, использование которых запрещено. Метадон находится в этом списке. В списке II перечислены вещества, использование которых ограничено и предусматривает контроль за их использованием. Бупренорфин является одним из них.

35. Пункт 1 статьи 31 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ о наркотических средствах и психотропных веществах разрешает использование наркотических средств и психотропных веществ из списка II для медицинских целей. Тем не менее, пункт 6 этой статьи запрещает использование наркотических средств и психотропных веществ из списка II для лечения наркомании. Согласно статье 14 того же закона оборот наркотических средств и психотропных веществ из списка I запрещен, за исключением научных исследований (статья 34 указанного закона), судебно-медицинской экспертизы (статья 35 указанного закона) и следственной деятельности полиции (статья 36 указанного закона).

36. В соответствии с пунктом 1 статьи 54 закона государство гарантирует наркозависимым лицам медицинскую помощь, а именно обследования, консультации, диагностику, лечение и реабилитацию. В пункте 2 этой статьи указывается, что помощь предоставляется наркозависимым при условии их свободного и осознанного согласия. Согласно статье 55 того же закона только государственные и муниципальные больницы имеют право оказывать медицинскую помощь пациентам, страдающим наркозависимостью (пункт 2). Для лечения наркозависимости эти учреждения могут использовать только методы и лекарства, разрешенные Федеральным министерством здравоохранения (пункт 4).

37. Согласно статье 20 Закона от 1 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» предварительным условием для предоставления медицинской помощи является свободное и осознанное согласие пациента на основе полной информации, предоставленной медицинским работником в доступной форме, о целях и методах медицинского вмешательства, о возможных рисках, а также последствиях и результатах вмешательства. В соответствии с пунктами 3 и 7 этой же статьи пациент может отказаться от помощи, о чем вносится запись в медицинские документы, которая подтверждается подписью соответствующего лица.

* 1. Применимые международные документы

38. Единая Конвенция Организации Объединенных Наций о наркотических средствах 1961 года[[1]](#footnote-1) направлена на борьбу с употреблением наркотиков посредством скоординированных международных действий. Во-первых, она стремится ограничить владение, потребление, торговлю, распространение, импорт, экспорт, производство и изготовление наркотиков исключительно медицинскими и научными целями. Также ее целью является пресечение незаконного оборота наркотиков путем международного сотрудничества, направленного на сдерживание и подавление торговцев наркотиками. Статьи конвенции по настоящему делу гласят:

«Статья 2

(...) 5. Наркотические средства, включенные в Список IV, включаются также в Список I и подлежат всем мерам контроля, применимым к наркотическим средствам в этом последнем списке, и кроме того:

A) каждая Сторона принимает любые специальные меры контроля, которые, по ее мнению, необходимы, учитывая особо опасные свойства какого-нибудь включенного таким образом наркотического средства; и

B) каждая Сторона, если, по ее мнению, существующие в ее стране условия делают это наиболее подходящим способом охраны народного здоровья и благополучия, запрещает производство, изготовление, вывоз и ввоз любого такого наркотического средства, торговлю им и его хранение или применение, за исключением лишь количеств, которые могут быть необходимы для медицинской и научно–исследовательской работы, включая клинические испытания, проводимые под непосредственным наблюдением и контролем данной Стороны или подлежащие такому непосредственному наблюдению и контролю.

Статья 4

ОБЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

Стороны принимают такие законодательные и административные меры, какие могут быть необходимы для того, чтобы:

а) ввести в действие и выполнять постановления настоящей Конвенции в пределах их собственных территорий;

b) сотрудничать с другими государствами в выполнении постановлений настоящей Конвенции; и

с) при условии соблюдения постановлений настоящей Конвенции ограничить исключительно медицинскими и научными целями производство, изготовление, вывоз, ввоз, распределение наркотических средств, торговлю ими и их применение и хранение.

Статья 12

(...) 5. Комитет с целью ограничения использования и распределения наркотических средств достаточным количеством, необходимым для медицинских и научных целей, и для обеспечения их наличия для таких целей в кратчайший по возможности срок утверждает исчисления, в том числе дополнительные исчисления, или, с согласия заинтересованных Властей, может изменить такие исчисления. В случае разногласий между Властями и Комитетом последний будет иметь право составлять, сообщать и публиковать свои собственные исчисления, в том числе дополнительные исчисления»;

39. В резолюции № 2004/40 «Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением», принятой на 47-м пленарном заседании 21 июля 2004 года, Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций предложил ВОЗ определить и опубликовать минимальные требования, а также международные рекомендации по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением.

40. В документе ВОЗ «Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ»[[2]](#footnote-2) в разделе 24.5 говорится, что метадон и бупренорфин являются лекарственными средствами[[3]](#footnote-3), которые применяются в программах лечения зависимости[[4]](#footnote-4). В этом дополнительном списке указано, что метадон и бупренорфин должны применяться только как часть кодифицированной программы лечения.

1. ПРАВО
   1. По вопросу объединения жалоб

41. Учитывая сходство жалоб, Суд считает целесообразным рассмотреть их вместе в одном постановлении.

* 1. О ПРЕДПОЛАГАЕМОМ НАРУШЕНИИ СТАТЬИ 8 КОНВЕНЦИИ

42. Заявители утверждают, что отсутствие опиоидной заместительной терапии метадоном и бупренорфином равносильно нарушению их права на уважение частной жизни. Они ссылаются на статью 8 Конвенции, которая гласит:

«1. Каждый имеет право на уважение его личной и семейной жизни, его жилища и его корреспонденции.

2. Не допускается вмешательство со стороны публичных властей в осуществление этого права, за исключением случаев, когда такое вмешательство предусмотрено законом и необходимо в демократическом обществе в интересах национальной безопасности и общественного порядка, экономического благосостояния страны, в целях предотвращения беспорядков или преступлений, для охраны здоровья или нравственности или защиты прав и свобод других лиц.»

* + 1. Доводы сторон
       1. Власти
          1. Возражение, имеющее целью признать неисчерпание внутригосударственных средств правовой защиты

43. Власти утверждали, что А. Курманаевский обратился с жалобой в национальные суды в 2011 году, то есть после обращения в Суд. Власти настаивали, что заявитель не исчерпал внутригосударственные средства правовой защиты, и предлагает Суду объявить его жалобу неприемлемой в соответствии с пунктом 1 статьи 35 Конвенции.

* + - * 1. Информация, касающаяся здоровья заявителей

44. По данным Властей, состояние здоровья А. Курманаевского стабилизировалось к 2015 году, он находится в ремиссии продолжительностью не менее четырех лет. В связи с этим Власти предоставили следующую информацию: 11 анализов мочи  
А. Курманаевского на наркотики в период с 2014 года по 2015 год были отрицательными (см. выше пункт 11); заявитель провел два месяца в реабилитационном центре и прошел трехмесячный курс лечения от рецидива в диспансере Республики Татарстан. Власти считают, что долгосрочная ремиссия  
А. Курманаевского доказывает, что традиционное лечение наркомании, предлагаемое в России, является эффективным.

45. Что касается аргументов А. Курманаевского о том, что он заразился вирусом гепатита С после использования бывших в употреблении шприцев, Власти считают, что обвинять в этом государство и общество абсурдно. Оно настаивает, что заявитель сам должен нести ответственность за свое здоровье.

46. Что касается И. Аношкина, Власти сообщили Суду, что в период с 2010 года по 2013 год этот заявитель был госпитализирован для лечения с целью детоксикации, но покинул больницу, не завершив лечение и подписав заявление об отказе от продолжения лечения. Однако, по данным Властей, И. Аношкин находился в состоянии ремиссии с января 2014 года, поскольку анализы мочи, сделанные во время его посещений Тольяттинского диспансера, были отрицательными (см. выше пункт 29).

47. Что касается И. Абдюшевой, Власти предоставили Суду следующую информацию: она внесена в реестр опиатозависимых в Калининградском диспансере с 1984 года; получала нерегулярное лечение; единственный раз была госпитализирована в 1984 году, не регулярно посещала врача в рамках регулярного наблюдения, именуемого «амбулаторными посещениями» (см. выше пункт 14). Власти полагали, что такое отношение со стороны заявительницы к своему здоровью доказывает ее нежелание избавиться от этой зависимости.

48. Власти ставят под сомнение медицинские отчеты украинских врачей относительно И. Абдюшевой и И. Аношкина. Во-первых, они не согласны с выбором специалистов, которые сделали эти отчеты, а также не признает их компетенцию. Во-вторых, Власти считают, что эти отчеты плохо обоснованы, поскольку их авторами не представлена информация об изученных ими медицинских документах (даты, период наблюдения и т. д.). Таким образом, Власти настаивают, что заключение о том, что в России не существует адаптированного протокола лечения, является ложным. В этой связи Власти заявляли, что отказ в лечении заявителей по настоящему делу объясняется тем фактом, что последние сами отказались от него. Оно утверждает, что это лечение оказалось эффективным для многих других пациентов, чьи показания были представлены Суду в материалах дела. Помимо этого, Власти настаивали на том, что эксперты опирались на устаревшие медицинские стандарты. Дело в том, что эксперты ссылались на инструкцию Министерства здравоохранения России от 1998 года, тогда как в силе уже была инструкция 2012 года. Наконец, Власти оспаривали заключение украинских врачей о том, что используемые в России методы не имеют желаемого терапевтического эффекта и что их применение не может привести к улучшению здоровья, и считает, что это заключение не имеет под собой никаких оснований и недопустимо с медицинской точки зрения.

49. Власти указывали, что заявители не прошли все доступные в России этапы лечения опиоидной зависимости, в том числе реабилитацию. Поэтому они не могут утверждать, что эти методы неэффективны. Кроме того, Власти отметили, что заявители не доказали наличия причинно-следственной связи между отказом в заместительной терапии и их неудачными попытками избавиться от опиоидной зависимости.

50. Наконец, Власти заявляли, что методы лечения заболевания являются сложным вопросом, решением которого занимаются национальные учреждения. Власти указали, что вопросами медицинского обслуживания должны заниматься компетентные медицинские эксперты с большим опытом работы в этой области, а не пациенты или юристы, которые не имеют необходимых знаний в соответствующей медицинской области и даже не знакомы с особенностями методов лечения.

* + - * 1. Информация о рассматриваемых веществах

51. Во-первых, Власти заявляли, что метадон и бупренорфин, принадлежащие к семье опиатов, являются наркотиками и вызывают такую же зависимость, как и другие опиоиды. Далее Власти утверждали, что метадон является очень токсичным веществом, нарушающим функции внутренних органов, он выводится из организма медленнее, чем героин, что может увеличить риск передозировки в случае одновременного приема метадона и героина. Ссылаясь на пример Соединенных Штатов Америки, где процент смертности от опиоидов, назначенных по предписанию врачей, увеличился на две трети, Власти утверждали, что метадон несет повышенный риск для общественного здравоохранения. Добавляет, что синдром отмены метадона длится дольше, а его лечение сложнее, чем при отмене героина. По его мнению, прием метадона приведет к другой форме зависимости: зависимости от метадона.

52. Далее Власти заявляли, что, поскольку метадон и бупренорфин — это не лекарственные средства, а наркотики, они вряд ли лечат наркоманию, а, наоборот, провоцируют и усугубляют ее. По данным Властей, метадон и бупренорфин не вызывают эйфорического эффекта, поэтому пациенты потребляют его вместе с героином для достижения этого состояния. Одновременный прием этих двух веществ и других наркотиков усугубит психические и поведенческие расстройства, увеличив при этом риск смертельной передозировки. Таким образом, метадон приводит не к длительной ремиссии, а к политоксикомании.

Опираясь на обширные медицинские исследования и статистику, Власти утверждали, что уровень смертности среди лиц, употребляющих метадон и бупренорфин выше, чем среди героиновых зависимых.

53. Власти указали, что заместительная терапия запрещена в Андорре и Монако. А также, что, несмотря на европейский консенсус, некоторые страны, такие как Эстония, Литва, Сербия, Италия, Румыния и Болгария, сокращают свои программы замещения опиатов, в то время как другие (например, Швейцария и Германия) отмечают неэффективность заместительной терапии метадоном и предлагают в качестве замены медицинский героин диаморфин. По мнению Властей, это доказывает неэффективность программы по замене опиатов метадоном и бупренорфином.

54. Власти считали, что программа замещения опиатов не оказывает положительного влияния на профилактику ВИЧ. Приводит научные данные, доказывающие, что метадон вызывает репликацию ВИЧ и подавляет гуморальный и клеточный иммунитет. Тогда как предлагаемое в России традиционное лечение наркомании, основанное на воздержании, полностью исключает риск передачи ВИЧ.

55. Власти утверждали, что запрещение метадона и бупренорфина продиктовано обязательством государства защищать жизнь и здоровье лиц, находящихся под его юрисдикцией, путем контроля доступа к наркотическим веществам. Утверждает, что абсолютный запрет этих наркотиков соразмерен вышеупомянутой цели защиты здоровья лиц, находящихся под юрисдикцией государства, поскольку Россия предоставляет лицам доступ к лечению, которое может вылечить наркозависимость.

56. Власти считали, что просьба об отмене запрета на использование метадона и бупренорфина для опиоидных зависимых должна рассматриваться как просьба легализации наркотиков. Однако полагает, что эта мера находится в пределах его усмотрения в области общественного здравоохранения.

57. Власти утверждали, что дела заявителей единичны, и что последние не воспользовались всеми имеющимися в России методами лечения. По его словам, их неудачное лечение не может поставить под сомнение эффективность применяемого в России лечения героиновой зависимости. Власти заявляли, что это лечение подразумевает несколько этапов: прежде всего, это детоксикация в комплексе с медикаментозным лечением, для этого необходима госпитализация на 21 день; для закрепления лечения предусмотрена социальная реабилитация, которая проводится в реабилитационном центре и длится от шести месяцев до двух лет; наконец, последний шаг — социальная реинтеграция, состоящая из профессионального обучения, поиска работы и т. д. Власти указали, что для получения желаемого результата, то есть для избавления от зависимости, необходимо пройти все вышеупомянутые этапы. Согласно статистическим данным, предоставленным Властями, в реабилитационных центрах, существующих, в частности, в регионах проживания заявителей, показатель успешности лечения, то есть продолжительности ремиссии более одного года, равен 67 % и 80 %. Также, согласно статистическим данным, предоставленным Властями, 85 % опиоидозависимых лиц, находящихся под наблюдением в токсикологических диспансерах, нуждаются только в детоксикационной терапии, и только 15 % пациентов этих диспансеров получают полное лечение, направленное на прекращение приема наркотиков. Власти указали, что лечение опиоидозависимым лицам предоставляется с их согласия. Наконец, Власти заявили, что разрешение на употребление метадона и бупренорфина является не чем иным, как капитуляцией перед наркоманией, и никак не ее лечением.

58. Что касается международных обязательств Российской Федерации, на которые ссылаются заявители, Власти напомнили, что они вытекают из Единой конвенции Организации Объединенных Наций о наркотических средствах 1961 года, которая обязывает подписавшие государства запрещать свободное обращение некоторых наркотических веществ, перечисленных в этой конвенции, включая метадон (список I) и бупренорфин (список II) (см. выше пункт 38). Ссылаясь на подпункты «а» и «b» пункта 5 статьи 2 и пункт 2 статьи 4 настоящей Конвенции, Власти заявили, что в соответствии со своими международными обязательствами Россия включила эти стандарты в свое национальное законодательство. Что касается рекомендаций ВОЗ, Власти утверждали, что эти стандарты не носят обязательный характер и не обязывают Россию применять их. Ссылаясь на статьи 21 и 22 Устава ВОЗ, Власти утверждали, что эта организация через Ассамблею здравоохранения обладает юрисдикцией в отношении нормативных актов, касающихся случаев, перечисленных в статье 21 Устава. При этом, указывается, что нормативные акты, принятые в соответствии со статьей 21, вступят в силу во всех государствах-членах (при должном уведомлении об их принятии Ассамблеей здравоохранения), за исключением тех государств-членов, которые, в течение предусмотренных в уведомлении сроков, сообщат Генеральному директору о своем несогласии с этими нормативными актами или об оговорках к ним (статья 22 указанного Устава). Власти настаивали, что Примерный перечень основных лекарственных средств, созданный для того, чтобы служить руководством при создании национальных перечней, не является одним из юридически обязательных стандартов, разработанных группой экспертов и одобренных Генеральным директором Организации. В поддержку своей позиции Власти сослались на предупреждение в Примерном перечне основных лекарственных средств ВОЗ о том, что «(...) опубликованные здесь материалы распространяются без каких-либо гарантий, как явных, так и подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование материала лежит на читателе. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет никакой ответственности за какой-либо ущерб, причиненный в результате его использования.»

Что касается резолюции № 2004/40 Экономического и Социального Совета Организации Объединенных Наций, принятой на 47-м пленарном заседании 21 июля 2004 года, Власти заявили, что она адресована ВОЗ и не касается Российской Федерации.

59. Наконец, анализируя прецедентную практику Суда, Власти усматривают, что Суд всегда с осторожностью выносил решения по медицинским вопросам и предоставлял государствам-членам широкие пределы усмотрения. Так, ссылаясь на постановление Европейского Суда по делу «Христозов и другие против Болгарии» (*Hristozov et autres c. Bulgarie*), жалобы № 47039/11 и 358/12, CEDH 2012 (выдержки), Власти заявили, что «[Суд] не уполномочен выражать мнение относительно того, показано ли то или иное лечение в конкретном случае» (*ibidem*, см. решение Европейского Суда от 19 ноября 2013 года по делу «Родион Федосеев против Латвии» (*Rodions Fedosejevs c Lettonie*), жалоба № 37546/06, пункт 105). Ссылаясь на упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», а также на решение Европейского Суда от 6 мая 2014 года по делу «Дурисотто против Италии» (*Durisotto c. Italie*), жалоба № 62804/13, Власти заявляют, что «международный суд не должен заниматься вопросами, входящими в компетенцию национальных органов, для определения приемлемого уровня риска в таких обстоятельствах». Возвращаясь к обстоятельствам дела, утверждает, что проблема, поднятая заявителями, носит чисто медицинский характер. По его словам, заявители имели доступ к традиционному лечению наркозависимости, но не захотели проходить все этапы программы. Власти добавили, что оба вещества, упомянутые заявителями в жалобах, являются наркотиками, они запрещены для сбыта в России и российские органы здравоохранения имеют серьезные возражения по части опасности этих продуктов. Заявляет, что право на доступ к этим веществам не вытекает из какого-либо документа международного права, имеющего обязательную силу для России, и утверждает, что Российская Федерация не превысила допустимые пределы усмотрения в этом вопросе. Поэтому Власти просят Суд соблюсти свою прецедентную практику и признать жалобу явно необоснованной.

* + - 1. Заявители
         1. А. Курманаевский

60. А. Курманаевский не согласен с возражением Властей о неисчерпании внутригосударственных средств правовой защиты. Он утверждает, что в любом случае юридические средства правовой защиты абсолютно бессмысленны ввиду полного запрета рассматриваемых веществ. Считает свою жалобу приемлемой.

61. А. Курманаевский оспаривает факты, представленные Властями, в частности касающиеся его четырехлетней ремиссии. Сообщает, что в 2011–2012 годах время от времени употреблял героин и стимуляторы — мефедрон и метилендиоксипировалерон (MDPV). Он добавляет, что не пользовался медицинской помощью токсикологического диспансера, поскольку опасался, что его имя будет внесено в специальный реестр, а это ограничит его права.

62. Настаивает, что отказ в предоставлении надлежащей медицинской помощи является нарушением его права, гарантированного статьей 8 Конвенции. Он выражает свое несогласие с параллелью, проведенной государством-ответчиком между его ситуацией и ситуацией с заявителями по упоминавшемуся выше постановлению по делу «Христозов и другие против Болгарии», в котором речь шла об экспериментальном лечении. Считает, что заместительная терапия, о которой он ходатайствует в рамках настоящей жалобы, является общепризнанным методом лечения в большинстве государств-членов Совета Европы и рекомендована ВОЗ. Добавляет, что 75 стран мира разрешают такое лечение, и что Россия является одной из немногих стран, где оно запрещено.

* + - * 1. И. Абдюшева и И. Аношкин

63. И. Абдюшева и И. Аношкин не согласны с аргументами Властей о том, что заместительная терапия сопряжена с опасными для жизни рисками. В подтверждение своего довода они приводят письмо президента Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA), а также мнение британской специалистки Крис Форды, в котором она рассказывает о положительном воздействии метадона и бупренорфина.

64. Признавая, что эти вещества несут высокий риск смертности, заявители считают, что доказанные риски должны вести к регулированию, а не к запрету этих веществ.

65. Заявители ставят под сомнение эффективность применяемого в России лечения опиоидной зависимости, поскольку, с одной стороны, оно противоречит рекомендациям ВОЗ, а с другой, поскольку «достаточно доказательств, подтверждающих, что большинство методов [этого лечения] имеют ограниченную эффективность или вовсе неэффективны. Они добавляют, что в любом случае эти методы были для них абсолютно неэффективными и что, «как видно из доказательств, эти методы были также неэффективны и для многих других [людей]».

66. Ссылаясь на определение зависимости, сделанное Всемирной организацией здравоохранения[[5]](#footnote-5), заявители отмечают, что это заболевание вызвано не отсутствием воли, а воздействием, оказываемым на мозг наркозависимых, которое парализует их волю. Они не согласны с доводами Властей, в которых максимально упрощенно описываются традиционные методы борьбы с наркозависимостью.

67. По словам заявителей, запрет России на заместительную терапию противоречит европейскому консенсусу, поскольку, насколько им известно, это лечение разрешено в 45 государствах-членах Совета Европы.

68. Ссылаясь на упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», заявители утверждают, что их жалобы отличаются от этого дела. Они утверждают, что, в отличие от лечения, упомянутого в вышеупомянутом деле, которое было экспериментальным, заместительная терапия была предметом исследований и испытаний, и что риски и побочные эффекты хорошо известны и прокомментированы специалистами.

69. Заявители также утверждают, что рассматриваемое лечение имеет для России общественную пользу, в частности, с точки зрения положительного воздействия на профилактику ВИЧ. Они сообщают, что увеличение случаев заражения этим вирусом связано с использованием бывших в употреблении шприцев, а этого, по их мнению, можно избежать в случае применения заместительной терапии.

70. Заявители считают, что государство очень узко смотрит на заместительную терапию с учетом того, что рассматриваемое лечение хорошо изучено. Они думают, что риски, перечисленные Властями, носят спекулятивный характер и не подтверждаются доказательствами. Однако, признавая, что существует риск передозировки или утечки продуктов заместительной терапии на незаконный рынок наркотических средств, заявители указывают, что эти риски требуют проведения кампаний по регулированию, обучению и повышению осведомленности, а не запрета вышеупомянутой терапии.

71. Заявители рассматривают запрещение указанных веществ как нарушение обязанности государства не нарушать право на неприкосновенность частной жизни. В то же время они утверждают, что запрет на заместительную терапию не способствует обеспечению неприкосновенности их частной жизни. Считают, что статья 8 Конвенции также включает в себя позитивную обязанность России «предоставить доступ к заместительной терапии и облегчить его (доступ) с помощью соответствующих нормативных актов».

* + - 1. Третья сторона в деле

72. Одиннадцать сторон в деле представили свои замечания. Они разделились на две группы: с одной стороны, те, кто поддерживает заместительную терапию рассматриваемыми веществами (International Doctors for Healthier Drug Policies, Специальный посланник ООН по СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии, *Human Rights Watch*, *Europad/European Opiate Addiction Treatment Association*, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, *Harm Reduction International* *and Eurasian Harm Reduction Network* и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), а с другой стороны, те, кто негативно к ней относится (*Independant Narcological Guild*, Национальная ассоциация реабилитационных центров, областная общественная организация «Ставропольский край в добром здравии», ассоциация северокавказских реабилитационных центров и столичный реабилитационный центр Святого Иоанна Кронштадтского).

* + - * 1. Сторонники заместительной терапии

73. Аргументы сторонников имеют много общего и могут быть подытожены следующим образом. Сторонники заместительной терапии указывают, что метадон и бупренорфин входят в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ. Считают, что рекомендация ВОЗ использовать опиоидную заместительную терапию обязательна для России, и она обязана отразить эту рекомендацию в национальном законодательстве, чтобы сделать эти вещества доступными для использования опиоидозависимыми лицами. Ссылаясь на три Конвенции ООН о наркотиках, они отмечают, что метадон и бупренорфин, как уже упоминалось, «находятся под международным контролем». По их словам, эти Конвенции не допускают полного запрещения наркотических веществ, но обязывают государства контролировать их использование. Так, сторонники утверждают, что Комиссия ООН по наркотическим средствам (CND) учитывает рекомендации ВОЗ и определяет вещества, подлежащие международному контролю. Они считают, что, будучи связанной этими тремя Конвенциями, Россия обязана соблюдать баланс между контролем наркотиков и их доступностью для медицинских нужд.

74. Они также указывают, что заместительная терапия метадоном и бупренорфином является неоднозначной, но имеет много преимуществ, включая следующие: снижение потребления запрещенных наркотиков опиоидозависимыми, снижение риска заражения ВИЧ, что очень часто встречается среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, снижение риска смерти от передозировки и снижение уровня правонарушений, совершаемых опиоидозависимыми. Кроме того, по их мнению такое лечение может улучшить физическое и психическое здоровье наркозависимых, поскольку оно эффективно облегчает страдания, вызванные отказом от наркотических средств, а также мотивирует присоединиться к антиретровирусному лечению.

75. Следующие стороны дополнили эту таблицу информацией и изложенными ниже аргументами.

International Doctors for Healthier Drug Policies

76. Эта сторона дает определение опиоидной зависимости. По ее словам, это состояние здоровья, которое одновременно имеет социальные, психологические и биологические причины и последствия. Считает, что причиной зависимости от опиоидов не может быть простая слабость характера или отсутствие воли.

77. Организация «*International Doctors for Healthier Drug Policies*» указывает, что опиоидная заместительная терапия — это не замена одного наркотика, героина, другим. Утверждает, что лечение состоит в том, чтобы один раз в день принимать перорально вещество, продолжительность действия которого больше, чем у героина, который вводится 4–6 раз в день. Добавляет, что метадон является опиатом, но его эйфорический эффект менее выражен, чем у героина. Именно поэтому наркозависимые теряют интерес к метадону, если у них есть доступ к героину. Действительно, согласно данным этой организации, 80 % людей, которые прекращают заместительную терапию метадоном вопреки медицинским показаниям, возвращаются к употреблению героина.

78. Организация заявляет, что это лечение не оказывает негативного влияния на печень и что побочные эффекты, распространенные при приеме опиоидов, такие как запор и тошнота, незначительны и могут быть уменьшены путем регулирования дозы.

79. Утверждает, что лечение опиоидной зависимости не может быть сведено к очищению организма, а должно быть направлено на нормализацию неврологических и поведенческих нарушений. Считает, что заместительная терапия метадоном и бупренорфином, веществами, которые были изучены наилучшим образом и проходили клинические испытания в течение более чем 40 лет, дает наилучшие результаты в лечении опиоидной зависимости. При этом упоминает, что небольшое количество наркозависимых нуждается в заместительной терапии диаморфином.

Специальный посланник ООН по СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии

80. Специальный посланник ООН по СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии отмечает обеспокоенность национальных властей тем, что одна форма зависимости, а именно героиновая зависимость, заменяется другой, метадоновой зависимостью. Но он считает, что польза от метадона для общества в целом, общественного здравоохранения и отдельных лиц превышает нежелательные последствия. Признавая существование рисков, связанных с использованием метадона вместе с запрещенными наркотиками, Специальный посланник считает, что в подобном случае необходимо исключать пациента из программы. Он выступает за свободный доступ к этим веществам через качественную и доступную медицинскую помощь. Считает, что реестры пациентов (применяемые вместо анонимных служб) вынуждают людей избегать контактов со службами системы здравоохранения.

Human Rights Watch

81. Human Rights Watch считает, что абсолютный запрет опиоидной заместительной терапии в России носит идеологический характер. Ссылаясь на упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», эта организация утверждает, что абсолютный запрет метадона равносилен произвольному вмешательству со стороны государства в осуществление права заявителей на выбор медицинского обслуживания, гарантированного Конвенциями Организации Объединенных Наций и статьей 8 Конвенции. Кроме того, она рассматривает эту меру как нарушение позитивного обязательства России по вышеупомянутым международным документам.

Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, Harm Reduction International and Eurasian Harm Reduction Network

82. Эти участники дела указывают, что российская модель лечения опиоидной зависимости основана на принципе воздержания и характеризуется репрессивным подходом. Кроме того, они считают эту модель лечения неэффективной с частотой рецидивов почти 90 %. Считают, что отказ от заместительной терапии, которой пользуются в 77 странах мира, является ошибкой.

83. Ссылаясь на рекомендацию ВОЗ, эти организации утверждают, что метадон и бупренорфин являются основными лекарственными средствами, используемыми в программах лечения наркозависимых.

84. Наконец, они полагают, что в соответствии с тремя конвенциями ООН о наркотиках Россия имеет фундаментальное обязательство установить баланс между контролем наркотиков и их доступностью для медицинских нужд.

85. Ссылаясь на определение зависимости, эти организации подчеркивают, что после приобретения зависимости от нее трудно избавиться без посторонней помощи. Они указывают, что зависимость вызывает не только физическую и психологическую боль, но также приступы паники и сильное беспокойство. Утверждают, что при отсутствии лечения у наркозависимых возникают мысли о преступлении для приобретения наркотиков и часто эти преступления совершаются для финансирования покупки этих наркотиков.

86. Говорят, что, согласно их статистике, число смертей в России от передозировки наркотиков составляет 100 000 в год. Что касается смертности от метадона, то на основе национальных медицинских данных трудно оценить, насколько метадон «виновен» в смерти пациентов. По их словам, причиной смертей является употребление метадона вместе с другими наркотиками или алкоголем.

87. Стороны добавляют, что цель заместительной терапии может быть разной и зависит от пациента: некоторые придерживаются терапии всю жизнь, другие выбирают «полную детоксикацию».

Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)

88. ЮНЭЙДС указывает на то, что согласно статистическим данным, представленным в исследовании, проведенном в трех крупных городах США (Нью-Йорке, Филадельфии и Балтиморе), 71 % наркозависимых прекратили употреблять опиоиды после приема метадона. С другой стороны, 82 % участников заместительной терапии, которые отказались от нее, снова начинают употреблять опиоиды. По мнению этой стороны, это исследование показывает преимущества заместительной терапии в борьбе с ВИЧ-инфекцией. По данным ЮНЭЙДС заместительная терапия снижает уровень контаминации из-за использования нестерильных шприцев и способствует тому, что возрастает количество пациентов, участвующих в антиретровирусной терапии. Эта заместительная терапия способствует снижению уровня преступности среди наркозависимых на 70 % и увеличивает их уровень занятости.

* + - * 1. Противники заместительной терапии

Independant Narcological Guild

89. Эта сторона заявляет, что речь идет не о лекарственных средствах, а о наркотиках. Считает, что вместо того, чтобы помогать наркозависимым избавиться от зависимости и отказаться от употребления опиоидов, заместительная терапия создает другую зависимость, на этот раз от веществ, используемых при замещении. Кроме того, по данным *Independant Narcological Guild*, эти вещества подрывают весь план лечения, направленного на реабилитацию и социальную реинтеграцию наркозависимых, поскольку «привязывают» их к центрам распространения рассматриваемых веществ. Указывает, что ситуация на российском рынке наркотиков изменилась со времени проведения исследования, на которое ссылаются заявители. В частности, появились новые наркотики, в том числе каннабиноиды и синтетические наркотики. Таким образом, по мнению *Independant Narcological Guild*, ситуация нуждается в новом анализе, а исследование — в обновлении.

Некоммерческая организация «Национальная ассоциация реабилитационных центров»

90. Эта организация отмечает, что система помощи наркозависимым является высокопрофессиональной системой и что ее процесс основан на передовых технологиях, в которых каждый элемент важен для конечного результата — реинтеграции здорового человека в общество, чтобы он имел возможность работать, создавать семью, воспитывать детей и нести ответственность за свою жизнь. Указывает, что существует два этапа в организации медицинской помощи наркозависимым. Первый этап подразумевает детоксикацию и первичную медицинскую помощь и длится 10-15 % времени. Второй этап носит скорее не медицинский, а социальный характер — это реабилитация. Он длится 80-90 % времени. Согласно этой стороне, проблема наркомании заключается не только в употреблении наркотиков; это также, по ее мнению, социальная проблема, которая требует социальных, психологических и физических изменений. Национальная ассоциация реабилитационных центров сообщает, что состоит из более чем ста реабилитационных центров, расположенных в двенадцати регионах России. Информирует, что в этих центрах пациентам предоставляется бесплатное лечение, чередуются амбулаторные консультации и госпитализация с учетом уровня зависимости и, наконец, проводится реабилитация, основанная на вере или светском подходе. Также объясняет, что существует четыре этапа лечения наркозависимости: этап мотивации к прекращению употребления наркотиков, этап лечения и медицинской реабилитации, в ходе которого врачами проводится комплекс мер по детоксикации, направленной на физическое восстановление, уменьшение негативных эффектов, вызванных абстинентным синдромом, а также медикаментозная терапия синдрома. Детоксикация является частью этого этапа и подразумевает лечение психопатологических расстройств, вызванных употреблением наркотиков, а также терапию соматических нарушений (повреждение печени и нарушения сна). На этапе реабилитации наркозависимый помещается в реабилитационный центр, где у него нет доступа к наркотикам, в атмосферу, которая позволяет ему осознать свои внутренние конфликты и осознанно прекратить употребление наркотиков, а затем закрепить этот выбор с помощью сотрудников центра и при поддержке других участников программы.

91. Второй этап — это постреабилитация, которая направлена на реинтеграцию человека в общество; дает человеку возможность самостоятельно решать проблемы повседневной жизни, такие как поиск работы, возобновление учебы, налаживание семейных отношений при сохранении прекращения употребления наркотиков. Этот этап важен для закрепления терапевтических эффектов лечения, а также направлен на то, чтобы помочь человеку справиться с «адаптивным стрессом», вызванным контактом с реальной жизнью. Этот этап, в свою очередь, состоит из трех стадий: первичной, временной и устойчивой адаптации, их цель — помочь бывшему наркозависимому жить в обществе и вести жизнь без наркотиков. По мнению стороны, первый этап — это только начало длительного процесса реабилитации и реинтеграции.

92. Отказ от программы после медикаментозного лечения вызывает рецидив, этот первый этап — только начало длительного процесса восстановления. Опрос, проведенный Национальной ассоциацией реабилитационных центров среди 945 участников, выявил факторы, которые делают эту программу неэффективной, включая раннее прекращение программы реабилитации (так называемый «внутренний» фактор, т. е. зависящий от желания участников), отсутствие индивидуального подхода во время лечения, отсутствие социальной реабилитации после детоксикации и последующей реабилитации (так называемые «внешние» факторы, т. е. независящие от желания участников).

93. Национальная ассоциация реабилитационных центров обеспокоена возможностью применения заместительной терапии метадоном. Утверждает, что занималась лечением пациентов, которые проходили эту программу в других странах, и что их истории болезней показали следующие опасности. По данным ассоциации, дозы метадона постоянно увеличивались, а не уменьшались, порог приема в программу был очень низким, что позволяло обеспечивать метадоном пациентов, которые ранее никогда не лечились от наркотической зависимости, метадон употреблялся вместе с «уличными наркотиками».

Областная общественная организация «Ставропольский край в добром здравии» и ассоциация северокавказских реабилитационных центров

94. Областная общественная организация «Ставропольский край в добром здравии» и ассоциация северокавказских реабилитационных центров — это так называемые «пилотные» центры, которые принимают опиоидных зависимых для реабилитации. В центрах работают клинические психологи и педагоги, консультанты по химической зависимости и социальные работники. Они предоставляют наркозависимым все описанные выше этапы терапии (см. выше пункты 63-92). Также продолжают помогать участникам своей программы после того, как они покидают центры, потому что считают, что период после реабилитации является наиболее опасным, поскольку участникам приходится искать работу и жилье. Указывают, что подобные трудности являются причиной 80 % рецидивов.

95. Сообщают, что из 2 000 человек, обратившихся за лечением в их центры, 600 человек достигли стабильной ремиссии, реинтеграции в общество и здорового образа жизни без наркотиков.

96. Две трети сторон в деле разделяют озабоченность Национальной ассоциации реабилитационных центров в том, что касается заместительной терапии метадоном. Они делятся своим опытом работы с пациентами, которые ранее были допущены к программе заместительной терапии. По их словам, эти пациенты заменили один наркотик, а именно — героин, другим наркотиком — метадоном, а некоторые употребляли оба вещества одновременно. Однако, по мнению этих же сторон, метадон является более опасным веществом, чем героин, поскольку продолжительность синдрома отмены для метадона составляет 40 дней, тогда как для героина 5-7 дней. Наркозависимый вместо того, чтобы избавиться от своей зависимости, приобретает другую, еще более сильную.

Столичный реабилитационный центр Святого Иоанна Кронштадтского

97. Столичный реабилитационный центр Святого Иоанна Кронштадтского признает, что опиоидная зависимость — это хроническое, прогрессирующее и трудно поддающееся лечению заболевание, которое оказывает воздействие на биологическом, психологическом и духовном уровнях. Утверждает, что заботится о наркозависимых с помощью духовного элемента, а именно, через Бога. Информирует, что лечение проводится специалистами-наркологами, и указывает, что пациенты принимаются на добровольной основе. Уверяет, что целью центра является не достижение ремиссии, даже стабильной, а полное исцеление человека, то есть реабилитация, реинтеграция в общество и жизнь без наркотиков. Утверждает, что согласно его статистике, эта программа очень успешна, и что две трети участников возвращаются к жизни без наркотиков.

* + - * 1. Комментарии сторон относительно примечаний третьих сторон

98. Каждая сторона согласна с мнением сторонников заместительной терапии и повторяет основные аргументы, изложенные в этих примечаниях (см. выше пункты 44-71).

* + 1. Оценка Суда
       1. О приемлемости жалобы

99. Суд отмечает, что А. Курманаевский не представил никаких медицинских заключений, подтверждающих, что он нуждается в заместительной терапии по состоянию здоровья. Кроме того, согласно данным Властей, А. Курманаевский находится в состоянии ремиссии более четырех лет, анализы мочи, которые он сдал в диспансере, оказались отрицательными (см. выше пункты 11 и 44).

100. Суд отмечает, что И. Аношкин представил отчет от 6 ноября 2013 года, подготовленный украинскими врачами (см. выше пункт 26). Однако, согласно информации, предоставленной Властями, которая не оспаривалась заявителем, с января 2014 года И. Аношкин находится в состоянии ремиссии, анализы мочи, которые он сдал в диспансере, оказались отрицательными (см. выше пункт 29).

101. Суд обращает внимание на несоответствие между объяснениями, данными  
И. Аношкиным, о том, что его периоды воздержания никогда не длились более двух-трех месяцев, и именно поэтому он ходатайствует о заместительной терапии, и заключением Властей вместе с анализами мочи, подтверждающими, что заявитель не употреблял наркотики в течение более одного года. И. Аношкин никак не объяснил это несоответствие.

102. Суд обращает внимание на примечание А. Курманаевского о том, что он продолжал употреблять опиоиды и другие психоактивные вещества в течение рассматриваемого периода (см. выше пункт 44). Это примечание идет в разрез с отрицательными результатами анализов мочи, подлинность которых не оспаривается заявителем.

103. Таким образом, Суд сталкивается с противоречивыми медицинскими данными. Напоминает, что он не уполномочен принимать решения по вопросам, относящимся исключительно к сфере медицинской экспертизы. Он полагается на медицинские заключения, представленные сторонами. Поэтому Суд считает, что необходимо проводить различие между постановлением от 1 сентября 2016 года по делу «Веннер против Германии» (*Wenner c. Allemagne*), жалоба № 62303/13; в ходе упомянутого дела Суд основывал свой анализ на отчетах, представленных заявителем и не оспариваемых Властями. В том деле Веннер, героинозависимый с более чем сорокалетним стажем, не сумел преодолеть свою зависимость, несмотря на пять программ детоксикации в специализированных структурах; его потребность в метадоне была подтверждена несколькими врачами и судебным органом Германии. Судебный орган подтвердил, что маловероятно, что заявителя можно будет вылечить от наркозависимости или препятствовать приему наркотиков в течение длительного времени, и что заявитель никогда не прекращал употребление героина. Наконец, Веннер проходил заместительную терапию метадоном в течение семнадцати лет, а затем был заключен в тюрьму (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Веннер против Германии», пункты 63-65 и 67).

104. Принимая во внимание субсидиарный характер своих полномочий, по настоящему делу Суд считает, что А. Курманаевский и И. Аношкин не смогли обосновать свои доводы и объяснить несоответствия, выявленные в медицинских заключениях. Поэтому Суд принимает во внимание информацию, предоставленную Властями и не оспариваемую этими двумя заявителями, и приходит к заключению, что они не доказали того, что нуждаются в медицинском лечении, в том числе в заместительной терапии, чтобы преодолеть свою зависимость.

105. Соответственно, Суд считает, что эта часть жалобы, поданной  
А. Курманаевским и И. Аношкиным, является явно необоснованной, и должна быть отклонена в соответствии с подпунктом «а» пункта 3 и пунктом 4 статьи 35 Конвенции.

106. Это заключение освобождает Суд от рассмотрения заявления о неприемлемости по причине неисчерпания внутригосударственных средств правовой защиты в отношении А. Курманаевского.

107. Отмечая, что жалоба, поданная И. Абдюшевой, не является явно необоснованной по смыслу подпункта «а» пункта 3 статьи 35 Конвенции, и что нет никаких других оснований для признания ее неприемлемой, Суд объявляет ее приемлемой.

* + - 1. О существе жалобы
         1. Юрисдикция Суда

108. Суд отмечает, что стороны представили общие комментарии, которые выходят за рамки первоначального запроса, в частности в том, что касается законодательной базы, регулирующей доступ к опиоидной заместительной терапии, эффективности/неэффективности различных форм лечения опиоидной зависимости в России и других государствах. Суд считает необходимым определить предмет его рассмотрения. Прежде всего, он отмечает, что заявители не лишены свободы и здесь не обсуждается вопрос об употреблении наркотиков в местах лишения свободы (см.,  
*a contrario,* упоминавшееся выше постановление по делу «Веннер против Германии»). Суд также подчеркивает, что заявители получают традиционную медицинскую помощь, но считают ее устаревшей и неэффективной (см., *a contrario*, упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», пункт 95). Заявители хотят иметь доступ к выбранному ими лечению, а именно опиоидной заместительной терапии с использованием веществ, которые Власти назвали наркотиками: метадон и бупренорфин, использование которых в лечении наркомании запрещено Федеральным законом (см. выше пункт 35). Таким образом, они требуют отмены запрета, прописанного в законе (см. упоминавшееся выше решение по делу «Дурисотто против Италии», пункт 63), но не жалуются на нехватку государственных средств для финансирования рассматриваемого лечения (см., *a contrario*, решение Европейского Суда от 8 июля 2003 года по делу «Сентгес против Нидерландов» (*Sentges c. les Pays-Bas*), жалоба № 27677/02).

109. При рассмотрении отдельных жалоб Суд не изучает внутреннее законодательство в отрыве от реальности, а учитывает, как это законодательство было применено к заявителю по конкретному делу (см. постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «С.Х. и другие против Австрии» (*S.H. et autres c. Autriche*), жалоба № 57813/00, пункт 92, CEDH 2011). Он должен максимально ограничиваться рассмотрением конкретного дела, с которым к нему обратились (см. постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Зоммерфельд против Германии» (*Sommerfeld c. Allemagne*), жалоба № 31871/96, пункт 86, CEDH 2003‑VIII (выдержки), и упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», пункт 105). Поэтому в настоящем деле Суд не рассматривает нормативную основу, регулирующую доступ к опиоидной заместительной терапии, не выносит решение об эффективности лечения опиоидной зависимости в России, не определяет, совместим ли отказ в доступе к определенным веществам с положениями Конвенции.

110. Суд обладает юрисдикцией только в вопросах применения Конвенции, и его задача не состоит в том, чтобы толковать или контролировать соблюдение других международных документов (см. упоминавшееся выше постановление по делу» Христозов и другие против Болгарии», пункт 105).

* + - * 1. Общие принципы

111. Суд напоминает, что Конвенция не гарантирует право на здоровье как таковое (см. постановление Европейского Суда от 17 марта 2016 года по делу «Васильева против Болгарии» (*Vasileva c. Bulgarie), жалоба № 23796/10, пункт 63), ни на конкретное медицинское лечение, которое хотят получить заявители (см. упоминавшееся выше постановление по делу* «*Веннер против Германии», пункты 55-58).* Тем не менее, в Суд обращались с жалобами на отказ в доступе к определенным видам лечения или лекарств (см. постановление Большой Палаты Европейского Суда от 15 ноября 2016 года по делу «Дубска и Крейзова против Чешской Республики» (Dubská et Krejzová c. République tchèque), жалобы № 28859/11 и 28473/12, упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», постановление Европейского Суда от 28 августа 2012 года по делу «Коста и Паван против Италии» (*Costa et Pavan c. Italie)*, жалоба № 54270/10, пункты 52-57, упоминавшееся выше решение по делу «Дурисотто против Италии», пункт 64, и решение Европейского Суда по делу «А.М. и А.К. против Венгрии» (*A.M. et A.K. c.* *Hongrie*), жалобы № 21320/15 и 35837/15, пункт 39), которые Суд рассмотрел с точки зрения статьи 8 Конвенции, в которой термин «частная жизнь» также охватывает личную автономию.

112. Суд предположил, что вопросы общественного здравоохранения в большинстве своем подпадают под пределы усмотрения национальных властей, которые лучше могут расставить приоритеты, оценить использование имеющихся ресурсов и потребности общества (см. решение Европейского Суда от 4 января 2008 года по делу «Шелли против Великобритании» (*Shelley c. Royaume-Uni*), жалоба № 23800/06, упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», пункт 119, и упоминавшееся выше решение по делу «Дурисотто против Италии», пункт 36). Это зависит от ряда факторов, определяемых обстоятельствами дела. Если государства-члены Совета Европы не могут достигнуть консенсуса, единого мнения относительно рассматриваемого вопроса или способов защиты, то предел усмотрения расширяется, особенно когда дело касается деликатных моральных или этических вопросов (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Дубска и Крейзова против Чешской Республики», пункт 178, и постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Паррилло против Италии» (*Parrillo c. Italie*), жалоба № 46470/11, пункт 169, CEDH 2015, с другими ссылками). Обычно государству предоставляется широкая свобода в принятии общих мер по экономическим или социальным вопросам. Благодаря непосредственному знанию своего общества и его нужд, национальные власти в принципе находятся в более выгодном положении, чем международный суд, и могут лучше определить, что является общественно полезным в том, что касается экономических или социальных вопросах; Суд в принципе придерживается требований государства к общественной полезности, если только решение государства не «явно лишено разумных оснований» (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Дубска и Крейзова против Чешской Республики», пункт 179, упоминавшееся выше решение по делу «Шелли против Великобритании», и упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», пункт 119).

* + - * 1. Применение изложенных принципов

О применимости статьи 8

113. Суд отмечает, что стороны не оспаривают применимость статьи 8 Конвенции в данном деле. Суд не исключает этого анализа (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Паррилло против Италии», пункт 117, упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», пункт 115, упоминавшееся выше решение по делу «А.М. и А.К. против Венгрии», пункт 42, и упоминавшееся выше решение по делу «Дурисотто против Италии», пункт 65).

О вопросе существования позитивной обязанности или имело ли место вмешательство в осуществление права

114. В прошлом у Суда была похожая ситуация, а именно ходатайство о предоставлении доступа к неразрешенным лекарственным средствам. Суд рассмотрел квалификацию этого ходатайства и, в частности то, можно ли рассматривать оспариваемую меру с точки зрения ограничения свободы заявителей в выборе медицинской помощи, ограничения, которое мешает осуществлению их права на уважение частной жизни, или с точки зрения предполагаемого отказа государства создать соответствующую нормативную базу, гарантирующую уважение прав отдельных лиц, находящихся в ситуации заявителей и, следовательно, нарушение государством позитивного обязательства по обеспечению уважения их права на частную жизнь. Суд счел, что нет необходимости принимать решение в пользу того или иного подхода, поскольку границы между положительными и отрицательными обязательствами, возложенными статье 8 Конвенции на государство, не поддаются точному определению, а принципы, применимые к тем и иным обязательствам, одинаковые. Суд постановил, что в обоих случаях необходимо соблюдать надлежащий баланс между интересами человека и общества (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», пункт 117). В данном деле Суд не видит оснований для отступления от этого анализа. Вопрос заключается в том, был ли достигнут такой баланс, учитывая пределы усмотрения государства в этой области.

О соответствии оспариваемой меры закону

115. Суд отмечает, что оспариваемая мера была предусмотрена законом, а именно статьей 14 и пунктами 1 и 6 статьи 31 Федерального закона от 8 января 1998 года о наркотических средствах и психотропных веществах (см. выше пункт 35) и что она преследовала законную цель — защиту здоровья. Суду предстоит ответить на вопрос, был ли достигнут справедливый баланс между интересами отдельного человека и общества.

О свободе выбора и балансе интересов в данном деле

116. Прежде всего, Суд констатирует, что предметом спора между сторонами является необходимость в заместительной терапии для заявительницы.

117. И. Абдюшева представила медицинское заключение, составленное украинскими экспертами, которые утвердительно ответили на вопрос о том, нуждается ли она в заместительной терапии, которую заявительница начала ранее (см. выше пункт 20). С другой стороны, существует медицинское заключение российских экспертов, которые, напротив, считают, что заместительная терапия не показана, поскольку пациентка не воспользовалась всеми видами доступного в России традиционного лечения, в частности, реабилитацией и социальной реинтеграцией. Эти эксперты считают, что заявительница может продолжить упомянутое лечение (см. выше пункт 25). Кроме того, Власти утверждали, что, не пройдя все этапы лечения опиоидной зависимости, доступные в России, заявительница не может утверждать, что эти методы неэффективны (см. выше пункты 56 - 50).

118. Таким образом, Суду предъявлены разные медицинские заключения. Напоминая о субсидиарном характере своих полномочий, Суд считает, что не уполномочен принимать решения по вопросам, относящимся исключительно к сфере медицинской экспертизы. В частности, он не может принимать решение о том, была ли медицинская помощь, предоставленная заявительнице, адекватной и полной, не говоря уже о выборе одного из нескольких подходов к лечению зависимости.

119. Однако, принимая к сведению аргументы Властей, Суд отмечает, что медицинские учреждения страны имеют большой опыт в этой области (см. выше пункт 50), занимаются лечением опиоидной зависимости, и, следовательно, заявительница может обратиться к ним, если нуждается в медицинской помощи. Поэтому Суд считает, что дело И. Абдюшевой должно быть изучено специалистами и исключительно они компетентны назначать адекватное лечение. Суд также отмечает, что заявительница не исчерпала все традиционные методы лечения, перечисленные Властями и третьими сторонами, занимающимися программой реабилитации (см. выше пункты 57 и 90-92), и что заявительница всегда может к ним вернуться (см., *a contrario*, упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», в котором заявители исчерпали все традиционные противораковые методы лечения и не добились результатов).

120. Тем не менее, доводы И. Абдюшевой можно понимать как желание следовать заместительной терапии, при этом она отказывается от традиционного лечения, поскольку считает его бесполезным и неэффективным. В обоснование своих доводов И. Абдюшева ссылается на аргументы, основанные, с одной стороны, на европейском консенсусе о заместительной терапии, а с другой — на обязательстве России внедрить эту терапию, вытекающую, по словам заявительницы, из международных конвенций, подписанных этим государством, и, наконец, на преимущества этого лечения для профилактики ВИЧ. Она считает, что, не прибегая к традиционной медицине и пропустив этот этап, сможет добиться лучшего результата, используя метадон или бупренорфин.

121. Сформулированная таким образом жалоба рассматривается Властями как просьба о легализации наркотиков, а это находится в пределах их компетенции (см. выше пункт 56). В обоснование своего отказа в легализации Власти ссылаются на серьезные риски для здоровья населения, в том числе для здоровья заявительницы. Напоминают об опасности метадона и бупренорфина для здоровья, риске возникновения новой зависимости от этих опиоидов и риске политоксикомании, то есть одновременном использовании нескольких опиоидов, что ощутимо повышает риск смерти.

122. Что касается обязательств Российской Федерации по другим международным документам, Суд принимает к сведению доводы Властей о том, что, как видно из анализа соответствующего международного права, Россия выполнила свои международные обязательства в отношении контроля над наркотиками и что ни в одном документе не прописано требование о легализации этих двух веществ (см. выше пункт 58). Суд напоминает, что в его компетенции исключительно применение Конвенции, и что он не может толковать или контролировать соблюдение других международных документов (см. выше пункт 110). Как бы там ни было, заявительница не ссылается на конкретный юридически обязательный документ, однозначно обязывающий Россию проводить лечение наркозависимости метадоном или бупренорфином.

123. Что касается профилактики ВИЧ, Суд напоминает, что он не вправе изучать эффективность меры для других пациентов и сосредоточится на изучении дела заявительницы. По этой причине Суд отмечает, что рассматриваемая мера не сможет предотвратить заражение заявительницы, поскольку она уже является носителем этого вируса (см. выше пункт 18).

124. Что касается европейского консенсуса о лечении опиоидной зависимости метадоном и бупренорфином, Суд отмечает, что этот элемент учитывается при анализе соразмерности, но не является решающим. Возвращаясь к этому консенсусу в упоминавшемся выше постановлении по делу «Веннер против Германии», Суд пришел к заключению, что, хотя этот метод замещения широко распространен в государствах-членах Совета Европы, он является спорным (см. упоминавшееся выше постановление по делу» Веннер против Германии», пункт 61). Этот аргумент актуален и в настоящем деле.

125. Суд внимательно относится к анализу Властями результатов применения этой программы в других странах. Фактически, Власти привели в качестве примера государства, которые, столкнувшись с неэффективностью метадоновой заместительной терапии для некоторых пациентов, предлагают им в качестве альтернативы медицинский героин диаморфин (см. выше пункт 53). Поэтому Власти рассматривали заместительную терапию как капитуляцию перед наркоманией, а не ее лечение (см. выше пункт 57). Власти утверждали, что рассматриваемые вещества не только не являются решением проблемы, но также представляют серьезную угрозу для общественного здравоохранения, которую Власти, как ответственные за жизнь и здоровье лиц, находящихся под их юрисдикцией, не могут игнорировать (см. выше пункт 55). Они настаивают на опасности этих наркотических средств для здоровья пациентов, поскольку их употребление, согласно позиции Властей, приведет к новой зависимости и политоксикомании, ощутимо увеличивающей риск смерти.

126. Основываясь на научных исследованиях, Власти объяснили эти риски фармацевтическими качествами этих веществ, являющихся опиоидами с менее выраженным эйфорическим эффектом. Утверждали, что наркозависимые в поисках этого эйфорического эффекта могут употреблять как метадон, так и запрещенные опиоиды. Добавили, что такое употребление вызывает новую зависимость, оказывает такое же вредное воздействие на здоровье, как и употребление запрещенных опиоидов, и приводит к повышению риска смерти от передозировки (см. выше пункты 51 и 52).

127. Заявительница, которую поддерживают некоторые третьи стороны, не оспаривает ни опасности этих веществ, ни риска применения метадона с запрещенными наркотиками, но утверждает, что преимущества превышают недостатки (см. выше пункты 63, 64 и 80). Эти риски, подтвержденные заявительницей и третьими сторонами (см. выше пункты 70 и 80), также косвенно подтверждены в упоминавшемся выше постановлении Суда по делу «Веннер против Германии». В этом постановлении немецкие суды установили, что «заявитель уже показал, что заместительная терапия, которую он получал, пребывая на свободе, не мешала ему употреблять наркотики или совершать преступления» (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Веннер против Германии», пункт 18). Таким образом, если присутствует риск полинаркомании, все преимущества лечения опиоидной зависимости метадоном и бупренорфином, о которых говорит заявительница, сводятся к нулю.

128. Таким образом, в свете примечаний сторон, Суд считает, что риски, перечисленные Властями, не являются необоснованными. Российские власти, вдохновленные заботой о защите здоровья лиц, находящихся под их юрисдикцией, имеют все основания для принятия мер, иногда таких решительных, как запрет определенных опиоидов, с целью сведения к минимуму причиняемого или вероятного ущерба, вызванного ими. Ведь приоритетный общественный интерес государства заключается в защите здоровья людей, находящихся под его юрисдикцией. Суд уже выносил решение, что органы здравоохранения государства-ответчика, регулируя доступ к лекарствам для пациентов, страдающих от неизлечимых болезней, не выходили за пределы усмотрения, поскольку их целью было защитить пациентов от лечения, которое могло нанести вред их здоровью, см. смертельный вред, даже если их жизнь подходила к концу (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», пункт 122). Эта логика тем более применима в настоящем деле, поскольку заявительница не находится в положении, сравнимом с положением пациентов в конце их жизненного пути.

129. Возвращаясь к доводам заявительницы о том, что риски, которые эти вещества влекут за собой, требуют проведения кампании по регулированию, обучению и повышению осведомленности, а не их запрета (см. выше пункт 70), Суд, осознавая свой субсидиарный характер, не может диктовать российским властям, каким образом им решить эту проблему. Российские власти имеют больше возможностей, чтобы оценить, насколько реалистично осуществлять контроль за потреблением нескольких видов опиоидов. В этом отношении Суд отмечает, что в области общественного здравоохранения в российском законодательстве не предусмотрено медицинское обслуживание против воли пациентов (см. выше пункты 37 и 57), они в любое время могут прервать лечение и отказаться от медицинского наблюдения в токсикологическом диспансере. Принуждение пациентов к лечению или даже изучение соблюдения условий приема в программу лечения равносильно посягательству на личную автономию, которую заявительница стремится защитить, путем подачи жалобы в Суд.

130. Суд считает, что российские власти имеют больше возможностей для определения политики в такой деликатной области, как борьба с незаконным оборотом наркотиков, регулирование рынка наркотиков и оказание медицинской помощи опиоидным зависимым с учетом широкого предела усмотрения властей в вопросах общественного здравоохранения.

131. Наконец, возвращаясь к аргументу заявительницы о том, что заместительная терапия более эффективна, чем традиционное лечение, Суд напоминает, что не может взять на себя роль специалистов в медицинской сфере и судить об эффективности методов лечения наркозависимости. Суд с удовлетворением отмечает, что заявительнице предоставляется традиционная медицинская помощь с учетом научного прогресса, в российских медицинских учреждениях.

Заключение

132. С одной стороны, принимая во внимание риски заместительной терапии для общественного здравоохранения, озвученные Властями, и, с другой стороны, индивидуальную ситуацию заявительницы, которая получает медицинскую помощь, Суд считает, что российские власти не превысили пределов усмотрения и не нарушали права заявительницы на уважение ее личной жизни. Поэтому Суд считает, что статья 8 Конвенции не нарушалась.

* 1. О ПРЕДПОЛАГАЕМОМ НАРУШЕНИИ СТАТЬИ 14 КОНВЕНЦИИ СОВМЕСТНО СО СТАТЬЕЙ 8

133. И. Аношкин и И. Абдюшева также жалуются на то, что запрет заместительной терапии носит дискриминационный характер, поскольку проводится различие между хронически больными людьми с наркозависимостью и пациентами с другими хроническими заболеваниями. Они ссылаются на статью 8 Конвенции в сочетании со статьей 14. Статья 14 Конвенции гласит:

«Пользование правами и свободами, признанными в настоящей (...) Конвенции, должно быть обеспечено без какой бы то ни было дискриминации по признаку пола, расы, цвета кожи, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, принадлежности к национальным меньшинствам, имущественного положения, рождения или по любым иным признакам.» ;

134. Власти оспорили этот довод. Считали, что, поскольку употребление наркотиков запрещено, заявители знали об опасности еще когда начинали это незаконное употребление. Таким образом, ущерб их здоровью был нанесен не лечением, за которое государство может нести ответственность, а болезнью, возникшей в результате незаконного и преднамеренного действия. Власти считали, что заявители четко не описали, на какую дискриминацию они жалуются. Тем не менее, Власти указали, что будучи гражданами России, заявители, как и другие граждане, имеют право на лечение от наркомании, ВИЧ, гепатита С, туберкулеза и других заболеваний в соответствии с действующим законом. Но напомнили, что метадон и бупренорфин являются запрещенными веществами для всех лиц в России, без какой-либо дискриминации. Добавив, что сравнение наркозависимых с диабетиками неправильно, потому что те, кто страдает от инсулинозависимого диабета, не могут выжить без инсулина, в то время как опиоидные зависимые могут увеличить свою продолжительность жизни и избавиться от своей зависимости в течение 6-12 месяцев, прекратив прием наркотиков.

135. Заявители основывают свои доводы на примечаниях следующих третьих сторон: Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу и *Eurasian Harm Reduction Network and Harm Reduction International*. Эти третьи стороны утверждают, что оспариваемая мера, а именно абсолютный запрет заместительной терапии, равносильна дискриминации по состоянию здоровья. Они считают, что опиоидная зависимость похожа на другие хронические и рецидивирующие заболевания, такие как диабет, астма или болезни сердца[[6]](#footnote-6). Считают, что с точки зрения доступа к медикаментозному лечению опиоидные зависимые имеют право на защиту, аналогичную защите пациентов с хроническими болезнями. Придерживаются мнения, что в данном случае не существует «разумной соразмерности» между оспариваемой мерой и заявленной целью, которой является защита общественного здоровья.

136. Суд напоминает, что статья 14 Конвенции дополняет другие нормативные положения Конвенции и протоколов. Она не существует в отрыве от других, поскольку относится исключительно к «пользованию правами и свободами», которые они гарантируют. В то же время, она может применяться даже если речь не об исполнении их требований и, в этой связи, имеет автономную сферу действия, но не может применяться, если факты спора не попадают под действие хотя бы одного из указанных положений (см. постановление Европейского Суда по делу «Зарб Адами против Мальты» (*Zarb Adami c. Malte*), жалоба № 17209/02, пункт 42, CEDH 2006‑VIII). Суд считает, что факты дела подпадают под «сферу действия» статьи 8 Конвенции (см. выше пункт 113). Статья 14 не запрещает разного подхода в лечении, но различия должны быть основаны на идентифицируемой, объективной или личной характеристике (далее по тексту — «ситуация»). В этом положении перечислены конкретные элементы «ситуации», такие как пол, раса или состояние и «любая другая ситуация». Состояние здоровья человека считается дискриминацией, подпадающей под действие статьи 14 Конвенции (см. Постановление Европейского Суда по делу «Киютин против России» (*Kiyutin c. Russie)*, жалоба № 2700/10, пункт 57, CEDH 2011).

137. Суд напоминает, что дискриминация означает различное обращение, без объективного и разумного обоснования, с лицами, находящимися в аналогичных или практически аналогичных ситуациях (см., например, постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Д.Х. и другие против Чешской Республики» (*D.H. et autres c. République tchèque*), жалоба № 57325/00, пункты 175 и 184-185, CEDH 2007‑IV).

138. Суд отмечает, что в настоящем деле заявители сравнивают свою ситуацию с ситуацией других лиц, страдающих хроническими и рецидивирующими заболеваниями, такими как диабет, астма или сердечные заболевания (см. выше пункт 135). По данным Властей, метадон и бупренорфин запрещены в России для лечения всех лиц, в том числе тех, кто страдает от вышеупомянутых заболеваний (см. выше пункт 134). Сторона заявительницы не оспорила эту информацию. Поэтому Суд считает, что, даже если предположить, что эти заболевания, с учетом их симптомов и протоколов лечения, сопоставимы с состоянием опиоидной зависимости, от которого страдают или страдали заявители, вещества, о которых идет речь, запрещены во всех случаях.

139. Соответственно, эта часть жалобы является явно необоснованной и должна быть отклонена в соответствии с подпунктом «а» пункта 3 и пунктом 4 статьи 35 Конвенции.

* 1. О ПРЕДПОЛАГАЕМОМ НАРУШЕНИИ СТАТЬИ 34 КОНВЕНЦИИ

140. Наконец, заявители жалуются на то, что арест И. Абдюшевой и проверка документов на территории работодателя И. Аношкина являются препятствием для осуществления их права на подачу индивидуальной жалобы, что гарантировано статьей 34 Конвенции. Указанная статья в части, имеющей отношение к обстоятельствам настоящего дела, гласит:

«Суд может принимать жалобы от любого физического лица, любой неправительственной организации или любой группы частных лиц, которые утверждают, что явились жертвами нарушения одной из Высоких Договаривающихся Сторон их прав, признанных в настоящей Конвенции или в Протоколах к ней. Высокие Договаривающиеся Стороны обязуются никоим образом не препятствовать эффективному осуществлению этого права»

* + - 1. Доводы сторон
         1. Власти

141. Власти оспорили этот довод. Ссылаясь на постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Константин Маркин против России» (*Konstantin Markin c. Russie*), жалоба № 30078/06, CEDH 2012 (выдержки), постановление Европейского Суда от 18 февраля 2010 года по делу «Пузан против Украины» (*Puzan c. Ukraine*), жалоба № 51243/08, и решение Европейского Суда от 15 ноября 2005 года по делу «Эльсанова против России» (Elsanova c. Russie), жалоба № 57952/00), Власти считали, что диалог между государственными должностными лицами и заявителями является обычной практикой, направленной не на запугивание последних, а на сбор актуальной информации с целью подготовки примечаний для Суда в соответствии с принципом равенства сторон. Власти подтвердили, что с И. Абдюшевой проводилась беседа. Заявляют, что не было цели запугать заявительницу, просто требовалось получить актуальную информацию о ее ситуации, в том числе об источниках ее дохода. Власти добавили, что прокурор ранее вызывал И. Абдюшеву и что полиция напомнила ей о вызове во время задержания. По его словам, заявительница ответила на поставленные вопросы, не выразив никаких возражений по этому поводу.

142. Что касается задержания И. Абдюшевой полицией 12 августа 2014 года в 23:30, Власти утверждали, что это не было связано с подачей жалобы в Суд. Говорит, что  
И. Абдюшева была арестована в состоянии алкогольного опьянения за административное правонарушение — нарушение общественного порядка и непристойное поведение в общественном месте — что она была доставлена в полицейский участок в 00:10 и выпущена после подписания протокола об административном правонарушении в полночь пятьдесят пять минут. Власти пришли к заключению, что никоим образом не препятствовали реализации заявительницей ее права на подачу индивидуальной жалобы.

143. Что касается И. Аношкина, Власти утверждали, что он не был жертвой нарушения по смыслу статьи 34 Конвенции. Указывает, что объектом проверок был не И. Аношкин, а его работодатель. Что касается ответственности последнего, Власти утверждали, что проверки помещений работодателя для контроля соответствия системы пожарной безопасности и соблюдения трудового кодекса предусмотрены законом и что перед законом все равны, в том числе работодатель И. Аношкина. Отметается, что тот факт, что И. Аношкин работает в этой компании, не освобождает ее от проверок со стороны компетентных органов. Наконец, утверждается, что нет причинно-следственной связи между предполагаемыми действиями и поданной в Суд жалобой И. Аношкина.

* + - * 1. Заявители

144. И. Аношкин считает, что проверки его работодателя национальными властями являются скрытой формой давления на него с тем, чтобы он отозвал свою жалобу, поданную в Суд. Он заявляет, что чувствует личную ответственность перед своим работодателем, потому что, по его словам, дело не в системе противопожарной защиты, а в том, что он подал жалобу в Суд, а это послужило причиной возникновения проблем у работодателя.

145. И. Абдюшева утверждает, что 12 августа 2014 года была задержана полицией для запугивания. Она утверждает, что провела всю ночь в полицейском участке и покинула его только после вмешательства ее адвоката и обещания последнего, которое он дал сотрудникам полиции, что доставит заявительницу в прокуратуру для дачи объяснений. Ссылаясь на упоминавшееся выше постановление по делу» Константин Маркин против России», она считает, что эта беседа с прокурором относительно ее обращения в Суд является препятствием для осуществления ее права на подачу индивидуальной жалобы, предусмотренной статьей 34 Конвенции, тем более, что речь идет о вызове в прокуратуру по официальному протоколу. Добавляет, что у нее «интуитивный страх перед полицией» и что даже «мягкий» контакт с властями может восприниматься ею как акт запугивания, особенно когда речь идет об аресте и незаконном задержании.

* + - 1. Оценка Суда

146. Суд напоминает, что для того, чтобы механизм индивидуального рассмотрения жалобы, предусмотренный статьей 34 Конвенции, был эффективным, крайне важно, чтобы заявители, уже подавшие жалобу или потенциальные, могли свободно обращаться в Суд, а власти никоим образом не требовали отозвать жалобу или внести в нее изменения. Чтобы определить, является ли общение между властями и заявителем неприемлемым в понимании статьи 34, необходимо учитывать конкретные обстоятельства дела. Допрос местными властями вполне может быть истолкован заявителем как попытка запугивания. Однако нельзя любой осуществляемый властями сбор информации по жалобе, находящейся на рассмотрении, рассматривать как «запугивание». Например, в делах, касающихся допроса заявителя местными властями относительно обстоятельств, послуживших основанием для подачи жалобы, Суд (в отсутствие доказательств давления или запугивания) не обнаружил, чтобы заявителю препятствовали в реализации его права на индивидуальную жалобу (см. решение Европейского Суда от 9 июля 2002 года по делу «Манусос против Чешской Республики и Германии» (*Manoussos c. République tchèque et Allemagne*), жалоба № 46468/99, постановление Европейского Суда 29 марта 2011 года по делу «Владимир Соколов против России» (*Vladimir Sokolov c. Russie)*, жалоба № 31242/05, пункты 80-82, постановление Европейского Суда от 21 июня 2007 года по делу «Битиева и Х. против России» (*Bitieva et X c. Russie*), жалобы № 57953/00 и 37392/03, пункт 166, и постановление Европейского Суда от 11 октября 2016 года по делу «Багдонавичюс и другие против России» (*Bagdonavicius et autres c. Russie*), жалоба № 19841/06, пункты 124-125).

147. Суд также напоминает, что жалоба, поданная в соответствии со статьей 34 Конвенции, носит процедурный характер и не ставит вопрос о приемлемости с точки зрения Конвенции (см. постановление Европейского Суда от 28 июля 1998 года по делу «Эрги против Турции» (*Ergi c. Turquie*), пункт 105, Сборник постановлений и решений 1998-IV, и упоминавшееся выше постановление по делу «Пузан против Украины», пункт 49).

148. Возвращаясь к обстоятельствам дела в отношении И. Абдюшевой, Суд считает, что ее задержание и допрос прокурором должны рассматриваться отдельно.

149. Во время задержания и выполнения формальностей, связанных с административным правонарушением в отделении полиции, И. Абдюшеву не допрашивали о ее жалобе в Суд и не призывали, прямо или косвенно, отозвать ее. Власти признали, что полиция напомнила ей о то, что она должна явиться в прокуратуру.

Анализируя документы, представленные Властями, Суд отмечает, что протокол об административном правонарушении подтверждает версию Властей. Отметка, сделанная рукой заявительницы, сопровождаемая ее подписью, подтверждает, что протокол был составлен в указанное время. Кроме того, в протоколе и реестре лиц, доставленных в отделение полиции, указываются дата и время прибытия и отбытия заявительницы, а именно 23:30 12 августа и 00:55 13 августа 2014 года. В своих примечаниях в Суде, представленных в ответ на замечания Властей, заявительница не оспаривала подлинность этих документов или своей отметки в протоколе. Таким образом, Суд удовлетворен версией Властей, что причиной задержания И. Абдюшевой было административное правонарушение, и что задержание не преследовало какой-либо другой цели.

150. Что касается беседы И. Абдюшевой с прокурором, Власти указали, что это нормальная практика сбора информации для представления своей позиции в Суде. Ссылаясь на упоминавшееся выше постановление по делу «Константин Маркин против России», заявительница утверждает, что такая форма сбора информации, а именно вызов в прокуратуру официальным протоколом, является формой запугивания. В этом отношении Суд отмечает, что в вышеупомянутом постановлении заявитель в качестве аргумента указал, что визит прокурора к нему в дом для получения дополнительной информации относительно его жалобы в Суд, был воспринят им как форма запугивания, тогда как вызов в прокуратуру так бы не воспринимался (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Константин Маркин против России», пункт 154). В настоящем деле Суд отмечает, что ситуация сложилась именно так, как того хотел К. Маркин в упоминавшемся выше постановлении по делу, то есть заявительница была вызвана в прокуратуру и добровольно туда явилась. Ее личное восприятие этого визита, продиктованное «инстинктивным страхом перед полицией», не может послужить Суду основанием для определения беседы с прокурором как формы запугивания и тем более как просьбы об отзыве жалобы (см., по тем же причинам, упоминавшееся выше постановление по делу «Битиева и Х. против России» пункт 166). Наконец, Суд отмечает, что заявительницу сопровождал ее адвокат, который мог, в случае какого-либо злоупотребления со стороны прокурора, сообщить об этом последнему и довести эту информацию до сведения Суда. Из документов, представленных сторонами, не видно, чтобы заявительница и ее адвокат высказывали какие-либо претензии или комментарии относительно формы проведения беседы или действий прокурора. По мнению Суда, ничто не указывает на то, что данная беседа была направлена на то, чтобы побудить заявительницу отозвать свою жалобу или изменить ее.

151. И. Аношкин без каких-либо оговорок заявляет о связи между проверками, проведенными компетентными российскими властями с целью устранения нарушений в системе пожарной безопасности в помещениях его работодателя, и настоящей жалобой. Суд не убежден его доводами. Считает, что противопожарные нормы должны соблюдаться, и что государственные органы обязаны обеспечивать соблюдение закона. Суд также отмечает, что на И. Аношкина никогда не оказывалось давления: его не побуждали, прямо или косвенно, отозвать свою жалобу или изменить ее. Простое подозрение не может считаться нарушением статьи 34 (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Битиева и X. против России», пункт 166). Поскольку кроме простого подозрения нет других доказательств, Суд не может установить связь между проверкой помещений работодателя И. Аношкина и жалобой, поданной И. Аношкиным в Суд.

152. Суд приходит к заключению, что нельзя утверждать, что власти государства-ответчика препятствовали осуществлению заявителями их права на подачу индивидуальной жалобы. Исходя из этого, со стороны государства-ответчика отсутствовало нарушение обязательств по статье 34 Конвенции.

* 1. О предполагаемом нарушении статьи 3 Конвенции отдельно и в сочетании со статьей 14

153. Заявители считают, что отказ российских властей предоставить им опиоидную заместительную терапию метадоном или бупренорфином равносилен обращению, противоречащему статье 3 Конвенции. По словам А. Курманаевского, неэффективность традиционного лечения, предоставляемого в России, является причиной того, что он возвращался к употреблению наркотиков, подвергался риску смерти от передозировки и употребления запрещенных наркотиков низкого качества. И. Аношкин  
и И. Абдюшева усматривают в этом отказе дискриминационное обращение, поскольку, по их мнению, проводится различие между хронически больными людьми с наркозависимостью и пациентами с другими хроническими заболеваниями, такими как инсулинозависий диабет или рак. Они ссылаются на приведенную выше статью 14 Конвенции и статью 3, которая гласит:

«Никто не должен подвергаться ни пыткам, ни бесчеловечным или унижающим достоинство обращению или наказанию»

154. Хотя эта часть жалобы не была передана Властям для комментариев, Специальный докладчик Организации Объединенных Наций по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания Хуан Э. Мендес (далее по тексту — «Специальный докладчик») представил свои замечания по этому поводу.

155. Специальный докладчик считает, что опиоидная заместительная терапия метадоном и бупренорфином является ключевым компонентом лечения опиоидной зависимости. Утверждает, что абсолютный запрет такого лечения равносилен пыткам, бесчеловечному и унижающему достоинство обращению. По его словам, статья 3 Конвенции возлагает на Россию позитивное обязательство защищать зависимых от опиоидов лиц от всех форм пыток и жестокого обращения. В подтверждение своего довода приводит постановление Европейского Суда по делу «Опуз против Турции» (*Opuz c. Turquie*), жалоба № 33401/02, пункт 159, CEDH 2009).

156. Специальный докладчик отмечает, что опиоидные зависимые испытывают серьезные страдания, связанные с синдромом отмены, а также другие негативные последствия от употребления запрещенных наркотиков. Кроме того, он обращает внимание на тот факт, что наркозависимые сталкиваются с обстоятельствами и факторами, такими как презрение общества, совокупный эффект которых таков, что они испытывают сильное унижение и страдание.

157. Специальный докладчик рассматривает Единую конвенцию 1961 года, в частности статью 12, как содержащую обязательство России «обеспечить доступность лекарств, содержащих наркотические вещества, для медицинского и научного использования». Считает, что отказ России от заместительной терапии увеличивает риск возникновения серьезных заболеваний и преждевременной смерти среди опиоидных зависимых.

* + 1. Оценка Суда

158. В статье 3 Конвенции закреплена одна из основополагающих ценностей демократического общества. В абсолютных выражениях она запрещает пытки и бесчеловечное или унижающее достоинство обращение или наказание. При этом, чтобы попасть под действие этого положения, жестокое обращение должно достичь минимально допустимого уровня жестокости. Оценка того, что можно считать таким минимумом, по своей природе относительна; она зависит от всех обстоятельств дела, в том числе от длительности плохого обращения, его физических и психологических последствий, а в некоторых случаях — от пола, возраста и состояния здоровья жертвы (см. постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Буид против Бельгии» (*Bouyid c. Belgique*), жалоба № 23380/09, пункты 86 и 87, CEDH 2015).

159. Изучение прецедентной практики Суда показывает, что статья 3 в основном применялась в случаях риска того, что лицо подвергалось какой-либо из запрещенных форм обращения в результате преднамеренных действий государственных служащих или органов государственной власти. В общих чертах это можно считать наложением на государства негативного обязательства воздерживаться от нанесения серьезных травм лицам, находящимся под их юрисдикцией. Однако ввиду фундаментальной важности этого положения, Суд сохранил за собой некоторую гибкость при рассмотрении применения этого положения в других ситуациях, которые могут возникнуть (см. постановление Европейского Суда по делу «Претти против Великобритании» (*Pretty c. Royaume-Uni*), жалоба № 2346/02, пункт 50, CEDH 2002-III). Например, страдания, вызванные заболеванием, возникшим естественным путем, могут подпадать под действие статьи 3, если окажется, что они усугубляются или могут усугубляться лечением, за которое могут нести ответственность власти. При этом, порог в такой ситуации высок, поскольку предполагаемый вред исходит не от преднамеренных действий или бездействия властей, а от самой болезни (см. постановление Большой Палаты Европейского Суда от 13 декабря 2016 года по делу «Папошвили против Бельгии» (*Paposhvili c. Belgique*), жалоба № 41738/10, пункт 183).

160. Другим аспектом позитивного обязательства государства в соответствии со статьей 3 Конвенции является принятие мер по защите уязвимых лиц от серьезных посягательств на их неприкосновенность, даже исходящих от частных лиц (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Опуз против Турции», пункты 159 и 176, и постановление Европейского Суда от 2 марта 2017 года по делу «Тальпис против Италии» (*Talpis c. Italie)*, жалоба № 41237/14, пункт 102). Под «уязвимым лицом» Суд подразумевает жертв домашнего насилия, чьи обидчики, угрожавшие убийством и/или уже совершавшие акты насилия, были известны полиции (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Опуз против Турции», пункт 160, и упоминавшееся выше постановление по делу «Тальпис против Италии», пункт 111). При этом, Суд напомнил, что из этого положения не может быть выведено никакое позитивное обязательство по предотвращению любого возможного насилия. Это обязательство должно толковаться так, чтобы не возлагать на органы власти непомерное или чрезмерное бремя ввиду трудностей, с которыми сталкивается полиция при выполнении своих функций в современном обществе, непредсказуемости человеческого поведения, а также с учетом оперативного выбора с позиции приоритетов и ресурсов (см., в контексте статьи 2 Конвенции, постановление Европейского Суда от 28 октября 1998 года по делу «Осман против Великобритании» (*Osman c. Royaume-Uni*), пункт 116, Сборник 1998-VIII, и постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Джулиани и Гаджо против Италии» (*Giuliani et Gaggio c. Italie*), жалоба № 23458/02, пункт 245, CEDH 2011 (выдержки)).

161. В настоящем деле Суд отмечает, что заявители не жалуются на физическое насилие со стороны государственных служащих либо отдельных лиц. Поэтому их положение отличается от положения жертв домашнего насилия (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Опуз против Турции», пункт 160). В частности, заявители утверждают, что прекращение приема наркотика причиняет им серьезные страдания, которых они могли бы избежать, если бы принимали метадон или бупренорфин.

162. Суд отмечает, что заявители не жалуются на отсутствие в России медицинской помощи людям, страдающим наркозависимостью. Поэтому их положение отличается от положения задержанных, которые жалуются на отсутствие медицинской помощи (см., например, постановление Европейского Суда от 20 января 2009 года по делу «Славомир Мусял против Польши» (*Sławomir Musiał* c. *Pologne*), жалоба № 28300/06, пункты 85-98), тяжелобольных, которые, в случае запрета на проживание в стране, сталкиваются с реальным риском быстрого и необратимого ухудшения здоровья из-за отсутствия надлежащего лечения в стране назначения или отсутствия доступа к нему, что приводит к серьезным страданиям или значительному сокращению продолжительности жизни, если они не получат право на лечение, находясь в стране, не располагающей адекватными медицинскими средствами (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Папошвили против Бельгии», пункт 183), лиц в уязвимом положении, которым из-за пренебрежения медицинскими работниками было отказано в доступе к диагностическим услугам, доступным им в соответствии с законом (см. постановление Европейского Суда по делу «Р.Р. против Польши» (*R.R. c. Pologne)*, жалоба № 27617/04, пункты 148-162, CEDH 2011), или героиновых наркоманов, которые до тюремного заключения получали заместительную терапию метадоном и лишились его в тюрьме, в которой проводилась только абстинентная терапия, без какой-либо заместительной терапии (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Веннер против Германии», пункт 8).

163. Ситуация с заявителями схожа с ситуацией по делу «Христозов и другие против Болгарии», в том смысле, что в обоих случаях заявителям было отказано в лечении запрещенными веществами, которые они считали необходимыми для лечения. Однако в том постановлении Суд счел, что жалоба на нарушение статьи 3 была основана на толковании, которое придает понятию бесчеловечного или унижающего достоинство обращения более широкий охват, чем существовавший в действительности. Суд пришел к выводу, что отказ властей в доступе к желаемым лекарственным средствам не достиг порогового значения, достаточного для того, чтобы квалифицировать его как бесчеловечное обращение. Суд также подчеркнул, что статья 3 не требует, чтобы государства убирали различия между медицинской помощью, предоставляемой в той или иной стране. Наконец, он счел, что оспариваемый отказ не может рассматриваться как унижающий или оскорбляющий заявителей. Суд не усмотрел нарушения статьи 3 Конвенции (см. упоминавшееся выше постановление по делу «Христозов и другие против Болгарии», пункты 113-115).

164. В настоящем деле Суд соглашается с этим обоснованием. Считает, что отказ предоставить доступ к лекарствам, запрашиваемым заявителями, не нарушает статью 3 Конвенции.

165. Тем не менее, человек после отказа от наркотиков испытывает сильные страдания, которые, не будучи вызваны действиями государства, являются естественным следствием опиоидной зависимости. Суд отмечает, что в российских больницах предоставляется медицинская помощь при прекращении приема наркотиков и она была оказана заявителям (см. выше пункты 8, 13 и 26). Как бы там ни было Суд отмечает, что заявители не указывают когда именно им было отказано в медицинской помощи или она была явно недостаточной, что заставило их испытать страдания, достигшие порога тяжести, предусмотренного в статье 3 Конвенции. В этой связи можно сравнить ситуацию заявителей, заявляющих о серьезных страданиях, вызванных исключительно прекращением приема наркотиков, и смертельно больных раком, у которых есть доступ к наркотикам для облегчения боли. Суд отмечает, что в обоих случаях оказывается медицинская помощь, без какой-либо дискриминации.

166. Наконец, заявители видят нарушение статьи 3 в неуважении общества к наркозависимым, которое они чувствуют, а также в осуждении некоторыми третьими лицами, в частности специальным докладчиком. Суд считает, что нельзя обвинить государство в таком неблагоприятном отношении некоторых представителей медицины и общества. Суд полагает, что нет никаких доказательств того, что государство тем или иным образом внушает отношение, направленное на унижение наркозависимых. При этом заявители не объясняют, как разрешение использовать метадон может изменить отношение общества и внушить больше уважения к наркозависимым. Наконец, неполные и неточные жалобы на нетерпимость и презрение не позволяют Суду выяснить, кем было спровоцировано это унижение, и может ли в таком поведении быть виновато государство, если речь идет о государственных служащих, или предъявлено требование к государству о выполнении его позитивных обязательств.

167. В целом, Суд отмечает отсутствие доказательств о страданиях, причиненных государственными служащими. Он также отмечает, что другие жалобы на жестокое обращение, якобы противоречащее статье 3 Конвенции, являются необоснованными. Что касается жалобы на несоблюдение статьи 14, рассматриваемой совместно со статьей 3 Конвенции, Суд считает, что с учетом ее рассмотрения в пунктах 113-138 и 158-166, не существует разницы между лечением опиоидных зависимых и людей, страдающих другими заболеваниями, упомянутыми заявителями.

168. С учетом вышеизложенного Суд полагает, что данная жалоба является явно необоснованной и должна быть отклонена в соответствии с подпунктом «а» пункта 3 и пунктом 4 статьи 35 Конвенции.

1. НА ЭТИХ ОСНОВАНИЯХ СУД:
2. Единогласно постановил объединить жалобы;
3. Объявил большинством голосов жалобу, поданную И. Абдюшевой, приемлемой в части несоблюдения статьи 8 Конвенции и неприемлемой в остальной части;
4. Объявил большинством голосов неприемлемыми две другие жалобы;
5. *Постановил* шестью голосами против одного, что не было допущено нарушения статьи 8 Конвенции.
6. Единогласно постановил, что государство-ответчик не нарушило своих обязательств по смыслу статьи 34 Конвенции.

Составлено на французском языке, уведомление о постановлении в письменно виде направлено 26 ноября 2019 года в соответствии с пунктами 2 и 3 статьи 77 Регламента Суда.

Стефен Филлипс Георгиос А. Сергидес  
 Секретарь Председатель

В соответствии с пунктом 2 статьи 45 Конвенции и пунктом 2 статьи 74 Регламента к настоящему Постановлению прилагаются следующие особые мнения:

- совпадающее мнение судьи Дедова;

- особое мнение судьи Келлер.

Г.А.С.  
Дж.С.Ф.

1. СОВПАДАЮЩЕЕ МНЕНИЕ СУДЬИ ДЕДОВА

**Общие замечания**

1. В настоящем деле поднимаются деликатные вопросы о философии индивидуальной жизни, которую следует принять в обществе: жить с наркотиками, такими как опиоиды, или жить без наркотиков? Каковы пределы усмотрения государства и какое допустимое влияние на право на жизнь согласно Конвенции? Эти вопросы также носят политический и экономический характер.

2. Никто не спорит, что наркозависимость нужно лечить. Целью заместительной терапии является борьба с героиновой зависимостью, которая способствует распространению ВИЧ. Если бы пациенты перорально принимали метадон, число людей с ВИЧ уменьшилось бы. Однако я отмечаю, что заявительница И. Абдюшева уже является ВИЧ-положительной. Государство-ответчик придерживается другой концепции борьбы с героином: очищение организма с помощью традиционного лечения с целью полного излечения людей от их зависимости. Задача Суда не состоит в том, чтобы заставить Власти заменить героин другим наркотиком, таким как метадон. Всемирная организация здравоохранения не предусматривает подобных обязательств. С другой стороны, на Государство-ответчик возложено международное обязательство по контролю за оборотом наркотиков.

3. Получается, что заявители просят Власти легализовать наркотики, которые они считают менее вредными, а это противоречит международным обязательствам государства-ответчика. Легализация наркотиков приведет к хаосу и даже ухудшит ситуацию. Будет почти невозможно сохранить контроль из-за многочисленного населения страны и территории, на которых широко распространена скрытая коррупция в медицинском секторе и где большое количество людей осуждено за продажу и распространение наркотических средств. Власти дорого заплатят за удовлетворение желания заявителей получить доступ к метадону. Следовательно, баланс между частными и общественными интересами не может быть достигнут таким образом.

**Область применения Конвенции**

4. Постановление по настоящему делу соответствует другим делам, находящимся на рассмотрении Большой Палаты. См. постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Паррилло против Италии» (*Parrillo c. Italie)*, жалоба № 46470/11, CEDH 2015; постановление Европейского Суда от 24 января 2017 года по делу «Парадизо и Кампанелли против Италии» (*Paradiso et Campanelli c. Italie*), жалоба № 25358/12; и постановление Большой Палаты Европейского Суда от 15 ноября 2016 года по делу «Дубска и Крейзова против Чешской Республики» (*Dubská et Krejzová c. République tchèque*), жалобы № 28859/11 и 28473/12. В этих делах, в частности в деле «Дубска и Крейзова против Чешской Республики», перед Судом стояла дилемма: уважать право на неприкосновенность частной жизни, как его понимает заявительница, рискуя при этом нанести ущерб жизни третьих лиц или самих заявителей. Суд предпочел не оказывать им поддержку в этом деле и признал правоту Властей. Меньшинство всегда будет считать, что существуют некоторые риски для жизни отдельного индивида.

5. В настоящем деле Власти сообщили Суду об определенных рисках, связанных с заместительной терапией, а именно о том, что новая зависимость, на этот раз от метадона, помешает выздоровлению и приведет к полинаркомании (то есть к одновременному употреблению героина и метадона, что является осложненной формой наркомании, поскольку увеличиваются дозы метадона, а это может привести к смерти пациента). Эти риски неизбежны и не могут быть обоснованы ввиду права на жизнь, гарантированного статьей 2 Конвенции.

6. В связи с страданиями, недопустимыми в понимании статьи 3 Конвенции, существует еще одна проблема, затрагивающая достоинство личности. Ситуация с серьезным нарушением основных прав может возникнуть в случае применения Конвенции. Но заявители не смогли доказать, что подвергались обращению, противоречащему статье 3. Судом было установлено нарушение статьи 3 в постановлении от 1 сентября 2016 года по делу «Веннер против Германии», жалоба № 62303/13, поскольку осужденный героиновый наркоман сильно страдал по причине отсутствия заместительной терапии метадоном. В настоящем деле Власти предлагают заявителям пройти традиционное лечение, которое никоим образом не может рассматриваться как унижающее достоинство обращение.

**Консенсус**

7. Наконец, настоящее постановление подтверждает подход Большой Палаты в постановлениях по делам «Паррилло против Италии» и «Дубска и Крейзова против Чешской Республики», то есть, что консенсус не является решающим фактором при рассмотрении дела. Суд вынес постановления в пользу государств-ответчиков, несмотря на то, что они были в меньшинстве. В эти постановлениях речь не идет о требованиях к другим странам запретить определенные виды практики, которые они допускают или разрешают (использование эмбрионов в научных целях или домашние роды).

8. Более того, если бы целью Суда было достижение европейского консенсуса в отношении заместительной терапии, то он обязательно провел бы оценку эффективности медикаментозного лечения, заместительной и традиционной терапии. Для этой оценки Суду понадобились бы медицинские знания, что ясно доказывают третьи стороны. Но у Суда нет подобной задачи, и такой анализ противоречил бы его полномочиям. Чтобы избежать этого, Суд высказал определенные аргументы, не совсем точные и недостаточно ясные. Например, в пункте 123 в постановлении по делу «Христозов и другие против Болгарии», жалобы № 47039/11 и 358/12, CEDH 2012 (выдержки), Суд заявил, что практика использования непроверенного препарата «не основывается на принципах, установленных в законодательстве Договаривающихся государств». В пункте 179 постановления по делу «Паррилло против Италии» Суд отметил, что Италия была «не единственным государством-членом Совета Европы, которое запретило донорство человеческих эмбрионов для научных исследований» (что привело к уничтожению эмбрионов). В меньшей мере, но оба аргумента применимы и к настоящему делу.

9. Лично для меня решающим аргументом было то, что в области экономической и социальной политики, и в частности общественного здравоохранения, государство должно иметь широкий предел усмотрения. Было бы невозможно применить критерий консенсуса относительно политики государства в области общественного здравоохранения, если она не противоречит ценностям и принципам, изложенным в Конвенции. В этой жалобе следует рассматривать не абсолютный запрет метадона,  
а ходатайство о предоставлении заместительной терапии, другими словами, об изменении медицинской практики, подпадающей под действие оценки.

ОСОБОЕ МНЕНИЕ СУДЬИ КЕЛЛЕР

* 1. **Введение**

1. Невозможно переоценить практическую значимость этого дела. Действительно, оно повлияет на всех лиц в ситуации, аналогичной ситуации заявителей. Таким образом, решение большинства может затронуть несколько тысяч человек в России, которые, согласно последним имеющимся оценкам, в возрасте от 15 до 64 лет употребляют опиоиды[[7]](#footnote-7). Множество выступлений третьих сторон в пользу заявителей могут лишь свидетельствовать о важности решения большинства для этой группы лиц.

2. Это постановление также важно, потому что касается очень деликатной социальной проблемы в России. Ходатайство о явке в Суд, внесенное Властями России, - явное тому свидетельство.

3. Поэтому, при всем моем уважении к коллегам, я не могу согласиться с заключением Суда. Во-первых, я считаю, что Суд должен был установить нарушение статьи 8 Конвенции в отношении И. Абдюшевой (II.) и объявить приемлемой жалобу И. Аношкина и А. Курманаевского о нарушении того же положения (III.). Далее, жалоба трех заявителей на нарушение статьи 3 Конвенции, — по моему скромному мнению — является приемлемой (IV.). Наконец, я считаю, что в остальном жалоба  
И. Аношкина и И. Абдюшевой на нарушение статьи 14 в сочетании со статьей 8, также является приемлемой (V.).

4. Более того, хотя это заключение сосредоточено на нарушении статьи 8 Конвенции, единственной жалобы, признанной Судом приемлемой, я, тем не менее, считаю, что рассмотрение жалобы по смыслу статьи 3 Конвенции, объявленной Судом неприемлемой, приведет к аналогичному результату, а именно к установлению нарушения статьи 3 Конвенции.

* 1. **О нарушении статьи 8 Конвенции**

5. Прежде всего, я не согласна с отправной точкой, которую Суд выбрал для обоснования жалобы по смыслу статьи 8 Конвенции (пункт 108 постановления). Я не понимаю, в чем суть «общих комментариев (...) касающихся, в частности, законодательной базы, регулирующей доступ к опиоидной заместительной терапии, эффективности/неэффективности различных форм лечения опиоидной зависимости в России», выходящих за рамки предмета первоначальной жалобы (добавлен текст курсивом).

Фактически, «жалоба характеризуется сообщаемыми в ней фактами, а не простыми средствами или законными аргументами, на которые она ссылается» (см. постановление Европейского Суда от 19 февраля 1998 года по делу «Герра и другие против Италии» (*Guerra et autres c. Italie*), пункт 44, Сборник постановлений и решений 1998-I, постановление Европейского Суда от 9 февраля 2017 года по делу «Соларино против Италии» (*Solarino c. Italie*), жалоба № 76171/13, пункт 27). В этом контексте подход Суда исключает общие комментарии сторон из анализа, переопределяя таким образом цель жалобы без какой-либо видимой причины, кроме как нежелание принимать решение по деликатному вопросу: Власти заявляют, что запрещают заместительную терапию по причине ее неэффективности; это запрет анализируется в понимании статьи 8 Конвенции.

6. Затем Суд не может в приемлемой форме представить элементы, которые он принял во внимание перед тем как сделать заключение об отсутствии консенсуса между государствами-членами Совета Европы в отношении эффективности замещения опиоидов и ремиссии у лиц, потребляющих эти вещества. Суд приходит к такому заключению mutatis mutandis (см. постановление от 1 сентября 2016 года по делу «Веннер против Германии», жалоба № 62303/13, пункт 61, упомянутое в пункте 124 постановления). Суд также упоминает примечания Властей относительно отсутствия такого согласия (пункт 53 постановления), которые неверны, поскольку в Швейцарии и Германии эти вещества разрешены[[8]](#footnote-8). Поэтому, на мой взгляд, ясно, что доказательства, представленные Судом, не позволяют сравнивать различные законодательные рамки государств-членов Совета Европы для достижения возможного консенсуса. Напротив, некоторые источники предполагают, что заместительная терапия распространена в Европе[[9]](#footnote-9).

7. Более того, я считаю, что Суд не прав, считая, что Россия пользуется широким пределом усмотрения при регулировании лечения опиоидной зависимости (пункт 130 постановления). Действительно, сначала Суд заявляет, что рассматриваемое право — это не право на доступ к лечению, а право на личную автономию (см. постановление Большой Палаты Европейского Суда от 15 ноября 2016 года по делу «Дубска и Крейзова против Чешской Республики» (*Dubská et Krejzová c. République tchèque*), жалобы № 28859/11 и 28473/12, упомянутое в пункте 111 постановления). В упомянутом выше деле «Дубска и Крейзова против Чешской Республики» заявительница хотела родить дома, полагая, что таким образом избежит бесчеловечного и унижающего достоинство обращения в чешских больницах, в данном случае жестокого обращения со стороны акушерок. Суд не увидел нарушения статьи 8 Конвенции (ibidem, пункт 189). Поскольку в настоящем деле выбор заявительницы касается доступа к практике, которая, по ее мнению, не только предотвратит бесчеловечное и унижающее достоинство обращение, но и смерть (пункты 23 и 63 постановления), я считаю, что этот выбор затрагивает основу частной жизни, подпадающей под понятие личной автономии по смыслу статьи 8 Конвенции. Отсюда следует, что предел усмотрения, применяемый Россией для регулирования лечения опиоидной зависимости, на самом деле ограничен (см. постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «С.Х. и другие против Австрии» (*S.H. et autres c. Autriche*), жалоба № 57813/00, пункт 110, CEDH 2011). Этот предел маневрирования тем более ограничен, поскольку Суд не дает достоверных указаний относительно отсутствия консенсуса между государствами в том, что касается эффективности опиоидной заместительной терапии (как указано в предыдущем пункте).

8. Наконец, абсолютный запрет метадона и бупренорфина делает непропорциональным вмешательство Властей в осуществление заявительницей ее права на уважение частной жизни в нарушение статьи 8 Конвенции. Изучая соразмерность абсолютного запрета на право голоса заключенным в соответствии со статьей 3 Первого дополнительного протокола к Конвенции в постановлении Большой Палаты Европейского Суда по делу «Херст против Великобритании» (*Hirst c. Royaume-Uni)(№ 2)*, жалоба № 74025/01, пункт 82, CEDH 2005-IX), Суд отметил следующее:

«Следует учитывать, что такое общее, автоматическое и недифференцированное ограничение права, закрепленного в Конвенции, и имеющее решающее значение, выходит за допустимые пределы усмотрения, независимо от его размаха».

Суд также прибегал к этому аргументу в контексте статьи 8 Конвенции для установления нарушения этого положения (см., например, постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Диксон против Великобритании» (*Dickson c. Royaume-Uni*), жалоба № 44362/04, пункты 79 и 85, CEDH 2007-V). Таким образом, этот абсолютный запрет метадона и бупренорфина также касается наркоманов, страдающих зависимостью в течение длительного времени, таких как заявители в нашем деле, которые несколько раз тщетно пытались избавиться от наркозависимости. На мой взгляд, эта строгость национального законодательства неадекватна.

* 1. **О приемлемости жалобы, поданной И. Аношкиным и А. Курманаевским в соответствии со статьей 8**

9. Я считаю, что Суд должен был признать приемлемой жалобу И. Аношкина  
и А. Курманаевского на нарушение этого положения. По сути дела, ремиссия заявителей не смогла бы решить проблему с ухудшением состояния их здоровья, в частности, из-за болезней, которыми они заболели, когда употребляли опиоиды; этого можно было бы избежать, если бы заявители имели доступ к опиоидной заместительной терапии. Психологические последствия сильных страданий, вызванных запретом на метадон и бупренорфин, также уместно учитывать при принятии решения о приемлемости их жалобы.

* 1. **О приемлемости жалобы на нарушение статьи 3 Конвенции для трех заявителей**

10. Для начала, я считаю, что факты этого дела не сопоставимы с фактами, упомянутыми в постановлении по делу «Христозов и другие против Болгарии» (жалобы № 47039/11 и 358/12, CEDH 2012 (выдержки)), на которых Суд основывает свое решение о неприемлемости жалобы на нарушение статьи 3 Конвенции. В упомянутом деле Суд счел, что страдания неизлечимо больного раком, которому государство запретило использовать медицинскую помощь, которую последний считал крайне важной, не достигли порога тяжести, требуемого статьей 3 Конвенции из-за сомнений в эффективности лечения, носящего экспериментальный характер (ibidem, пункт 113). Тогда как в настоящем деле Власти оспаривали эффективность опиоидной заместительной терапии с точки зрения ремиссии, поскольку, по его словам, это лечение приведет к «другой форме наркомании» в случае с одновременным употреблением метадона и бупренорфина с героином (пункты 51 и 52 постановления). Но Власти не отрицали, что заместительная терапия первоначально позволяет уменьшить страдания, связанные с отменой опиоидов, а именно это является предметом жалобы, поданной в Суд заявителями. Следовательно, этот аспект опиоидной заместительной терапии не является ни сомнительным, ни экспериментальным.

11. Кроме того, Специальный докладчик по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания в настоящем деле считает сильными страдания, вызванные запретом на бупренорфин и метадон (пункт 19 его выступления). Отказ от этих веществ приводит, в частности, к сильным конвульсиям и болям в животе (пункт 20 выступления Специального докладчика), а также к чрезмерному психологическому стрессу (пункт 20 его выступления). Эти страдания являются более интенсивными и продолжительными, чем объективно менее сильные страдания, которые Суд учитывал при рассмотрении достижения порога тяжести в понимании статьи 3 Конвенции (см., например, постановление Большой Палаты Европейского Суда по делу «Буид против Бельгии» (*Bouyid c. Belgique)*, жалоба № 23380/09, пункты 103, 112 и 113, CEDH 2015). Таким образом, этот порог, по-видимому, достигнут, и жалобы заявителей на нарушение статьи 3 не могут быть объявлены неприемлемыми. По-видимому, порог тяжести, предусмотренный статьей 3, достигнут даже при отсутствии актов физического насилия в отношении заявителей (пункт 161 постановления; см., например, постановление Европейского Суда от 6 марта 2007 года по делу «Эрдоган Ягиз против Турции» (*Erdoğan Yağız c. Turquie)*, жалоба № 27473/02, пункт 43).

12. Кроме того, запрета России на использование метадона и бупренорфина достаточно для того, чтобы обвинить государство в страданиях, вызванных синдромом отмены опиоидов, поэтому жалоба, поданная тремя заявителями, не может быть объявлена неприемлемой. Ведь это страдание не является результатом естественного отказа от опиоидов (пункт 165 постановления), а воздержания, навязанного Россией, на которое заявители не согласились бы, если бы не было запрета на метадон и бупренорфин.

* 1. **О приемлемости жалобы, поданной И. Аношкиным и И. Абдюшевой в понимании статьи 14 Конвенции, в сочетании со статьей 8**

13. Я не разделяю мнение Суда, который, ссылаясь на аргумент России, считает, что жалоба в понимании статьи 14 Конвенции в совокупности со статьей 8 является неприемлемой; Суд считает, что не существует дискриминации между наркозависимыми и другими хроническими больными, поскольку заместительная терапия запрещена для всех (пункт 138 постановления). Как видно из соответствующего национального законодательства (пункты 34 и 35 постановления), по крайней мере одно из двух веществ (бупренорфин) может использоваться в медицинских целях, даже если оно запрещено для лечения наркозависимости.

* 1. **Заключение**

14. Итак, национальные власти вмешались в выбор заявителей на получение опиоидной заместительной терапии, имеющей решающее значение для их выживания (пункты 23 и 63 постановления). Этот выбор затрагивает саму суть статьи 8 Конвенции и подпадает под понятие личной автономии. Поэтому, по моему мнению, Суд ошибочно оценил пределы усмотрения Властей в вопросе регулирования опиоидной заместительной терапии. Более того, даже если учесть, что Суд справедливо посчитал, что этот предел усмотрения достаточно широк, абсолютный характер запрета на бупренорфин и метадон является нарушением статьи 8 Конвенции. Таким образом, постановление Суда влияет на жизни тысяч людей, употребляющих опиоиды и желающих получить такую терапию в России.

15. Признание отсутствия нарушения статьи 8 Конвенции тем более прискорбно, что оно основано на неадекватных доводах. С одной стороны, Суд неправильно и необоснованно определяет предмет жалобы, а с другой стороны, он полагается на неудовлетворительное сравнение законодательной базы различных государств-членов, чтобы сделать вывод об отсутствии реального консенсуса относительно эффективности опиоидной заместительной терапии. Хотелось бы, чтобы в таком важном деле Суд уточнил, существует ли европейский консенсус с необходимой точностью и методологической ясностью.

16. К тому же, введение Властями единой процедуры отмены на основании воздержания привело к серьезным страданиям заявителей, что равносильно обращению, запрещенному статьей 3 Конвенции. К этим сильным страданиям добавляется утверждение о дискриминации заявителей, признанное неприемлемым на основании ошибочных факторов. Таким образом, Суд неоправданно отклонил рассмотрение этого обращения, объявив жалобы заявителей явно необоснованными.

ПРИЛОЖЕНИЕ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. № | 1. Номер жалобы | 1. Название дела | 1. Дата подачи | 1. Заявитель 2. Год рождения 3. Место жительства 4. Гражданство | 1. Представитель |
| 1. 1. | 1. 62964/10 | 1. Курманаевский против России | 1. 18.10.2010 года | 1. **Алексей Владимирович Курманаевский** 2. 1981 год 3. г. Казань 4. Российская Федерация | 1. Ирина Хрунова |
| 1. 2. | 1. 58502/11 | 1. Абдюшева против России | 1. 25.08.2011 года | 1. **Ирина Николаевна Абдюшева** 2. 1966 год 3. г. Калининград 4. Российская Федерация | 1. Михаил Голиченко |
| 1. 3. | 1. 55683/13 | 1. Аношкин против России | 1. 01.08.2013 года | 1. **Иван Васильевич Аношкин** 2. 1980 год 3. г. Тольятти 4. Российская Федерация | 1. Михаил Голиченко |

1. . Текст этой презентации Конвенции опубликован на веб-сайте Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности. [↑](#footnote-ref-1)
2. . Примерный перечень основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения был разработан в 1977 году и служит руководством для правительств при выборе лекарственных средств и создании национальных перечней (объяснение ВОЗ). [↑](#footnote-ref-2)
3. . Пояснительная записка к примерному перечню дает следующее определение:» Дополнительный перечень содержит основные лекарственные средства для лечения приоритетных заболеваний, для которых требуется специализированное диагностическое или мониторинговое оборудование и/или врач узкой специализации и/или специальная подготовка. Также по ряду причин лекарственные средства могут быть отнесены к дополнительным из-за оправдано более высокой стоимости или менее привлекательного соотношения затраты/эффективность.» [↑](#footnote-ref-3)
4. . Версия документа 2015 года. [↑](#footnote-ref-4)
5. . Опиоиды могут вызывать зависимость, которая характеризуется сильным или навязчивым желанием использовать психоактивное вещество, нарушением способности контролировать его употребление (начало и прекращение употребления или количество употребляемого вещества), продолжающимся употреблением, несмотря на пагубные последствия, первоочередностью употребления вещества в ущерб другим видам деятельности и обязательствам, повышением толерантности и синдромом отмены в случае прекращения употребления продукта. [↑](#footnote-ref-5)
6. . Третья сторона опирается на определение, данное институтом *USA National Institue on Drug Abuse*, 2012. [↑](#footnote-ref-6)
7. . См. оценки Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности, https://dataunodc.un.org/drugs/prevalence\_table-2017. [↑](#footnote-ref-7)
8. . См. для Германии, пункт 1 статьи 13 Федерального закона об использовании наркотических средств (Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln), принятого 1 марта 1994 года, в сочетании с пунктом 1 статьи 5 и пунктом 6 статьи 5 Положения об использовании наркотических средств (Verordnung über das Verschreiben, Die Abgabe und den Nachweis Verbleibs von Betäubungsmitteln), принятого 20 января 1998 года; для Швейцарии — подпункт «е» пункта 1 статьи 3 Федерального закона о наркотических средствах и психотропных веществах, принятого 3 октября 1951 года, и статьи 8 и 9 Указа о зависимости от наркотических средств и других расстройств, связанных с зависимостью, принятого 25 мая 2011 года. [↑](#footnote-ref-8)
9. . Европейский центр мониторинга наркотиков и наркозависимости, Отчет о наркотиках, тенденциях и изменениях в ситуации с наркотиками, 2019, http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724\_TDAT19001FRN\_PDF.pdf, стр.70  
   и 90; Maurice Dematteis и др. «Рекомендации по терапии бупренорфином и метадоном при расстройствах, связанных с употреблением опиоидов: Европейский консенсус», *Мнение эксперта по фармакотерапии* 18 (2017) 1987-1999. [↑](#footnote-ref-9)