



**НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ
ПРАВозАЩИТНИКОВ**
Проект Фонда Сорос-Казахстан

ПРАВО НА ДОСТОЙНЫЙ УХОД В КОНЦЕ ЖИЗНИ

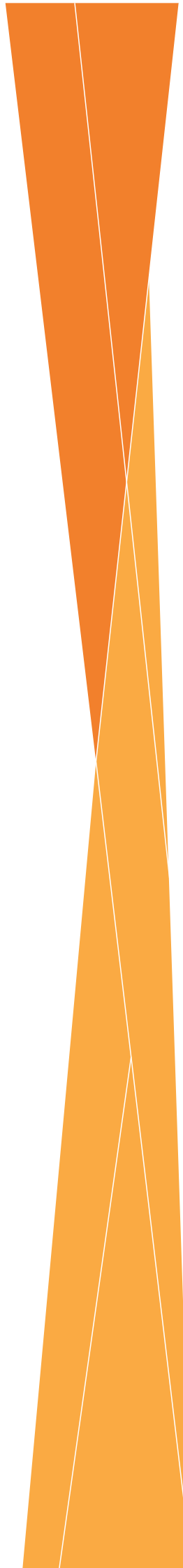
Дороган Дарья

г. Алматы
2016



СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. Описание содержания права на достойный уход в конце жизни	4
Раздел 2. Изложение основных положений международных договоров и положений, гарантирующих право на достойный уход в конце жизни	7
Раздел 3. Перечисление основных международных институтов, способствующих обеспечению и защите права на достойный уход в конце жизни	10
Раздел 4. Изложение случая нарушения права на достойный уход в конце жизни, по которому было принято решение договорным органом ООН или ЕСПЧ	13
Раздел 5. Информация об отчетности Республики Казахстан в отношении выполнения своих международных обязательств по обеспечению права на достойный уход в конце жизни	16
Ссылки на использованные источники информации	18



Дарья Дороган- врач-химиотерапевт, директор МОО «Адамгершилик». В рамках своей деятельности в МОО «Адамгершилик» координировала различные проекты, связанные с продвижением паллиативной помощи и доступа к опиоидным анальгетикам в Карагандинской области. Участник стипендиального проекта Фонда Сорос-Казахстан «Новое поколение правозащитников.2015 Учебный год».

Точка зрения автора, отраженная в данной информационной записке, может не совпадать с точкой зрения Фонда Сорос-Казахстан. Ответственность за факты, сведения, суждения и выводы, содержащиеся в публикации, несет автор.

Стипендиальный проект «Новое поколение правозащитников» Программы «Права человека» Фонда Сорос-Казахстан направлен на поиск и подготовку молодых правозащитников, способные разрабатывать качественные аналитические доклады и отчеты, и готовые предпринять различные мониторинговые и адвокационные действия по оценке ситуации, связанные с защитой прав человека в Казахстане с долгосрочной целью содействия становлению нового поколения правозащитников.

В рамках проекта участники проходят серию тренингов по основам защиты прав человека, подготовке мониторинговых исследований и разработке адвокационных стратегий. Полученные в рамках проекта знания и навыки участники используют при подготовке мониторинговых исследований и адвокационных планов по выбранным темам в сфере защиты прав человека.

Раздел 1. Описание содержания права на достойный уход в конце жизни

В жизни вы делаете все возможное, чтобы сберечь свое достоинство; в смерти иногда ваше достоинство должны оберегать другие.

Боно

А что же означает это «достоинство в смерти»? На ассоциативном уровне возникает такое определение, как «возможность тихой смерти без мучений, с чистой совестью и в спокойном состоянии». Если же обратиться к литературным источникам, то становится понятно, что возможность такого «достоинства в смерти» человеку дает паллиативная помощь. Так же, как и качество жизни, достоинство, скорее всего, является важной индивидуальной характеристикой каждого пациента, которая складывается из различных компонентов и приоритетов. В зависимости от определения достоинство можно рассматривать скорее как неотъемлемое свойство, чем как предмет, который может быть поврежден или утрачен. Принимая это во внимание, задача паллиативной помощи – обеспечить обстановку, в которой пациент может чувствовать уважение своего достоинства, а персонал – уважать достоинство пациента [1].

Рассмотрим определение паллиативной помощи: *это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким* [2].

Во всех европейских странах паллиативная помощь предоставляется преимущественно пациентам с распространенными формами рака [3]. А учитывая количество больных онкологическими заболеваниями в мире, которое в 2012 году равнялось 14 067 894 человек, причем смертность от рака (без учета меланомы и рака кожи) за 2012 год составила 8 201 575 человек, проблема паллиативной помощи является для человечества крайне актуальной [4].

В «Рекомендациях Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи» постулируются следующие принципы: «...целью паллиативной помощи является помощь мужчинам, женщинам и детям с прогрессирующими болезнями в терминальных стадиях развития в достижении наилучшего качества жизни до самой смерти, а также то, что такая помощь не имеет намерения ни приблизить, ни отсрочить наступление смерти» [5].

Паллиативная помощь утверждает жизнь и отношение к смерти как к естественному процессу; не имеет намерений ни отсрочить, ни приблизить наступление смерти. Ее задачей является обеспечить, насколько это возможно, лучшее качество жизни пациента до самого конца [6].

Основными составляющими паллиативной помощи являются:

- купирование симптомов,
- психологическая, духовная и эмоциональная поддержка,
- поддержка семьи пациента,
- помощь в период тяжелой утраты [7].

Как мы видим, первый принцип – это купирование симптомов. Самым тягостным из них является боль, особенно характерная для онкологических больных в терминальных стадиях болезни. Согласно экспертным оценкам, в США от 70 до 90% онкологических больных в терминальных стадиях испытывают сильную боль [8].

По интенсивности воздействия на организм человека боль можно приравнять к пыткам. Так, генерал-майор в отставке Борис Саплин, страдающий онкологическим заболеванием и не получавший должного обезболивания, застрелился 18 марта 20014 года, оставив предсмертную записку, в которой говорилось, что он «устал жить в муках» [9].

Как минимум, значительная часть болевых симптомов, связанных с онкологией, могла бы быть снята при использовании существующих медицинских знаний и методик... Налицо ситуация нереализованных возможностей – разрыв между тем, что можно сделать, и тем, что делается в отношении болевого синдрома при онкологии [10]. В то время как при снятии болевого синдрома человек приобретает возможность обслуживать себя самостоятельно, общаться с другими людьми, быть функционирующей частью общества и тем самым обретать пресловутый «максимально достижимый уровень физического и психического здоровья». Компонент психического здоровья также очень важен, поскольку человек, подверженный длительной и интенсивной боли, более склонен к депрессиям и тревожным состояниям [11].

Согласно рекомендациям ООН, для лечения умеренных и сильных болей, от которых страдает более 80% онкологических пациентов в терминальной стадии болезни, необходим улучшенный доступ к пероральному морфину [12]. Однако, несмотря на эти рекомендации, во многих странах мира пероральный морфин, который является максимально удобным для самостоятельного применения больными и наиболее экономически выгодным для государств, либо применяется в недостаточных количествах, либо вообще запрещен. В тех странах, где пероральный морфин не входит в список разрешенных медикаментов, как, например, в Казахстане, наиболее часто применяются инъекционные формы опиоидных наркотиков, такие как промедол, морфин и трамадол, которые менее удобны для применения и обладают

большими побочными эффектами. Но и снабжение даже этими, менее удобными с практической точки зрения препаратами, во всем мире не обеспечивается в должном объеме: примерно 80% населения планеты полностью или частично лишены возможностей лечения умеренной/сильной боли [13].

Таким образом, если подытожить все вышесказанное, то право на достойный уход в конце жизни включает в себя следующие основные компоненты: доступ к качественной медицинской и социальной помощи, возможность купирования тяжелых симптомов заболевания, в первую очередь боли, доступность обезболивающих препаратов. Как показывает международный опыт в данной сфере, наиболее сложным с практической точки зрения и трагичным с точки зрения больных является вопрос лечения боли и доступности анальгетиков, особенно наркотических, опиоидного ряда. Сложность эта обусловлена тем, что многие вопросы, связанные с назначением, хранением и выдачей данных препаратов, находятся в юрисдикции не только сферы здравоохранения, но и подчиняются органам наркоконтроля, а те в свою очередь не обладают знаниями о важности медицинского применения опиатов, хотя именно медицинское их применение освещено в ряде международных документов.

Поэтому перейдем к обзору основных положений международных договоров в области права на достойный уход.

Раздел 2. Изложение основных положений международных договоров и положений, гарантирующих право на достойный уход в конце жизни

Право на достойный уход в конце жизни не входит в список основных прав человека. В буквальной формулировке, например, как «право на достойный уход», «право на обезболивание», «право на паллиативную помощь» оно не фигурирует в международных документах, касающихся прав человека и их защиты. Однако, учитывая то, что данное право, скорее, комплексное и включает в себя множество аспектов, то оно может «вытекать» из основных прав, закрепленных в международных договорах.

Так, в статье 5 Всеобщей декларации прав человека говорится: «Никто не должен подвергаться пыткам или жестоким, бесчеловечным или унижающим его достоинство обращению и наказанию» [14]. Именно это право нарушается тогда, когда пациент не получает должного обезболивания и купирования других симптомов болезни.

В 1 пункте статьи 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах признается право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья [15]. Логично, что для больных в терминальных стадиях рака и других заболеваний наивысшим достижимым уровнем здоровья является свобода от боли и других симптомов болезни, возможность продолжать ощущать себя частью общества, несмотря на болезнь, т.е. именно паллиативная помощь.

В пункте 2 вышеуказанной статьи говорится о том, что среди мер, необходимых для осуществления данного права, должно быть создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни. Упоминаний о том, что медицинская помощь должна приоритетно оказываться «перспективным», подлежащим лечению пациентам, в основных международных документах по правам человека не встречается. Наоборот, права человека основываются на равенстве всех людей, недискриминации их по отдельным признакам. Еще одно подтверждение данного факта можно найти в преамбуле к Конвенции о правах инвалидов, где говорится следующее: «Напоминая о провозглашенных в Уставе Организации Объединенных Наций принципах, в которых достоинство и ценность, присущие всем членам человеческой семьи, и равные и неотъемлемые права их признаются за основу свободы, справедливости и всеобщего мира...признавая, что Организация Объединенных Наций провозгласила и закрепила во Всеобщей декларации прав человека и в Международных пактах о правах человека, что каждый человек обладает всеми предусмотренными в них правами и свободами без какого бы то ни было различия» [16].

Также, согласно определению инвалидности, данному в этой конвенции, incurable пациентов можно отнести к инвалидам: «...инвалидность – это эволюционирующее понятие и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими» [17].

Здесь же, в статье 25, подчеркивается и тот факт, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья: «Государства-участники признают, что инвалиды имеют право на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации по признаку инвалидности» [18].

Учитывается тот факт, что одной из важных составляющих права на достойный уход является право на достойное обезболивание. Как утверждается в преамбуле к Единой конвенции о наркотических средствах: «...применение наркотических средств в медицине продолжает быть необходимым для облегчения боли и страданий и что должны быть приняты надлежащие меры для удовлетворения потребностей в наркотических средствах для таких целей» [19].

Согласно отчету Международного комитета по контролю над наркотиками за 1995 год Комитет стремится «...ограничить культивирование, производство, изготовление и использование наркотических средств достаточным количеством, необходимым для медицинских и научных целей... обеспечить их наличие для таких целей... и предотвратить незаконное культивирование, производство, изготовление и использование» [20].

Анальгетики, в том числе наркотические – морфин и кодеин – включены в Примерный перечень ВОЗ Основных лекарственных средств в течение длительного времени [21]. Однако только в последней, 18 редакции данного списка список лекарственных форм морфина расширен до 5 форм (гранулы для растворения в воде, раствор для инъекций, раствор для перорального применения, таблетки короткого действия, таблетки с пролонгированным действием) [22]. Также большим шагом к развитию паллиативной медицины стало включение в 18-ую редакцию примерного перечня ВОЗ основных лекарственных средств нового раздела: медикаменты для купирования других общих симптомов в паллиативной помощи, которого не было в предыдущих версиях [23]. Морфин, в том числе пероральный, включен и в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных препаратов для детей [24].

Также в документах ВОЗ неоднократно упоминается об обязательности включения паллиативной помощи в национальные стратегии по лечению рака и ВИЧ: «нельзя говорить о наличии национальной программы лечения СПИДа, рака и неинфекционных болезней, если в ней не присутствует выраженная паллиативная составляющая» [25].

Как отмечали в 2009 г. спецдокладчики ООН по пыткам и по праву на здоровье в совместном письме в Комиссию ООН по наркотическим средствам, учитывая тот факт, что отсутствие доступа к обезболивающим препаратам и опиоидным анальгетикам для пациентов, нуждающихся в них, может быть равносильно жестокому, бесчеловечному и унижающему достоинство обращению, все меры должны быть приняты для обеспечения полного доступа к таким препаратам, а также к преодолению текущих нормативных и других барьеров для обеспечения полного доступа к паллиативной помощи [26].

Таким образом, учитывая комплексный характер права на достойный уход в конце жизни, гарантии выполнения данного права рассредоточены по множеству международных документов и конвенций (мультидисциплинарный характер паллиативной помощи работает и здесь). И содействие обеспечению данного права также находится в юрисдикции многих международных институтов и механизмов, которые следует рассмотреть более детально.

Раздел 3. Перечисление основных международных институтов, способствующих обеспечению и защите права на достойный уход в конце жизни

Верховным органом, обеспечивающим защиту прав человека, в том числе и данного права, является Совет ООН по правам человека (СПЧ).

Это межправительственный орган в системе Организации Объединенных Наций, отвечающий за содействие всеобщему уважению и защите всех прав человека по всему миру и за рассмотрение ситуаций, связанных с нарушением прав человека, а также подготовку соответствующих рекомендаций. В компетенцию Совета входит обсуждение всех тематических вопросов и ситуаций в области прав человека, которые требуют его внимания в течение всего года. Заседания Совета по правам человека проходят в Офисе ООН в Женеве. В состав Совета по правам человека входят 47 государств-участников. В 2007 году СПЧ принял пакт решений для определения своей работы, ее процедур и механизмов.

К основным механизмам и процедурам работы СПЧ относятся:

- 1) универсальный периодический обзор, в рамках которого проводится оценка ситуаций в области прав человека в каждом из государств-членов ООН;
- 2) консультативный комитет, который предоставляет Совету экспертные заключения и проводит консультации по тематическим вопросам в области соблюдения прав человека;
- 3) процедура подачи и рассмотрения жалоб, которая позволяет частным лицам и организациям довести до сведения Совета о нарушениях прав человека [27].

Универсальный периодический обзор (УПО) представляет из себя механизм обзора информации по правам человека в 193 странах-членах ООН и осуществляется раз в 4 года. Цель УПО – в улучшении положения в области прав человека во всех странах и в борьбе с правонарушениями в любой точке планеты. УПО предоставляет возможность каждой стране информировать о предпринятых ею мерах с целью улучшения положения в области прав человека, а также выполнять свои обязательства в данной сфере. С момента создания процедуры УПО полностью проведен 1 обзор и в настоящее время проходит 2-й цикл обзоров по странам [28].

Консультативный комитет предоставляет экспертные знания Совету таким образом и в такой форме, в которой они будут востребованы Советом, уделяя основное внимание исследованиям и основанным на исследованиях консультациям. В рамках работы, намеченной

Советом, Комитет может представить на его рассмотрение и утверждение свои соображения по поводу дальнейших исследований. В своей работе Комитет должен ориентироваться на практическое осуществление, а объем рекомендаций должен ограничиваться тематическими вопросами, относящимися к мандату Совета, а именно: поощрение и защита всех прав человека. Комитет не принимает резолюций или решений [29].

Процедура рассмотрения жалоб, которая создана, чтобы реагировать на систематические и достоверно подтвержденные случаи грубого нарушения прав человека и основных свобод в любой точке мира и при любых обстоятельствах. Процедура рассмотрения жалоб затрагивает сообщения, представляемые отдельными лицами, группами лиц или неправительственными организациями, которые утверждают, что стали жертвами нарушений прав человека или владеют надежной информацией о таких нарушениях [30].

Также работа СПЧ включает в себя ряд специальных процедур:

- 1) Специальные докладчики;
- 2) Специальные представители;
- 3) Независимые эксперты;
- 4) Рабочие группы.

Все они осуществляют мониторинг, проводят исследования, консультации и представляют открытые отчеты по тематическим вопросам, касающимся соблюдения прав человека в конкретных странах.

Система Специальных процедур является центральным элементом механизма ООН по правам человека и охватывает все права человека: гражданские, культурные, экономические, политические и социальные. На момент 1 октября 2014 г. было 39 тематических и 14 страновых мандатов [31].

В контексте права на достойный уход особого внимания заслуживают следующие тематические мандаты: 1) Специальный докладчик по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания (мандат утвержден в 1985 году); 2) Независимый эксперт по вопросу об осуществлении всех прав человека у пожилых людей, функционирующий с 2013 года; 3) Специальный докладчик по вопросу о праве каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, чей мандат утвержден в 2002 году.

Учитывая то, что в обеспечение права на достойный уход в конце жизни входит право на обезболивание, его осуществление также находится и в юрисдикции Международного комитета по контролю над наркотиками, который относится к вспомогательным органам Экономического и социального совета ООН. Функция данного Комитета – стремиться

ограничить культивирование, производство, изготовление и использование наркотических средств достаточным количеством, необходимым для медицинских и научных целей, обеспечить их наличие для таких целей и предотвратить незаконное культивирование, производство, изготовление и использование наркотических средств и незаконный оборот наркотических средств [32]. Одним из принципов работы данного органа является «... принцип всеобъемлющего, комплексного и сбалансированного подхода к мировой проблеме наркотиков... он требует от государств-членов обеспечивать наличие контролируемых веществ для использования в медицинских и научных целях» [33].

Еще одним международным органом, гарантирующим обеспечение прав человека в целом и права на свободу от пыток и жестокого обращения в частности, является Европейский суд по правам человека (ЕСПЧ). Это международный судебный орган, основанный в 1959 году и компетентный в вынесении постановлений в отношении жалоб, поданных индивидуальными заявителями или государствами. Жалобы должны касаться нарушений гражданских и политических прав, изложенных в Европейской Конвенции о защите прав человека [34].

Европейский Суд не является высшей инстанцией по отношению к судебной системе государства-участника конвенции. Поэтому он не может отменить решение, вынесенное органом государственной власти или национальным судом, не даёт указаний законодателю, не осуществляет абстрактный контроль национального законодательства или судебной практики, не имеет права давать распоряжения о принятии мер, имеющих юридические последствия. Суд рассматривает только конкретные жалобы с тем, чтобы установить, действительно ли были допущены нарушения требований конвенции. Однако Суд вправе присудить «справедливое удовлетворение претензии» в виде финансовой компенсации материального ущерба и морального вреда, а также возмещение выигравшей стороне всех издержек и расходов.

Именно один из случаев из практики ЕСПЧ мы и рассмотрим далее.

Раздел 4. Изложение случая нарушения права на достойный уход в конце жизни, по которому было принято решение договорным органом ООН или ЕСПЧ

При поиске наиболее информативного кейса, содержащего информацию о нарушении права на достойный уход в конце жизни, содержащее право на достаточное обезболивание, было выяснено, что таких жалоб практически нет. Вероятно, это связано с тем, что сами люди, в отношении которых было нарушено данное право, не в состоянии подать жалобы в силу своей смерти. Например, как контр-адмирал Вячеслав Апанасенко и генерал-майор Борис Саплин, покончившие с собой, не в силах терпеть боли, вызванные онкологическими заболеваниями. Или 16-летняя школьница Аминат, которая в течение 5 дней перед своей смертью не могла получить наркотические обезболивающие препараты, потому что находилась в тот момент не по месту прописки. Это те истории, о которых пишут в СМИ, которые обсуждают и за которые ругают врачей, ставших заложниками законодательства. Однако эти истории не доходят не только до международных, но даже и до местных судов, вероятно, также и потому, что родственники умершего больного, чье право было нарушено, больше поглощены тяжелой утратой, чем необходимостью отстаивания справедливости в судебных органах.

Поэтому случай обращения в международный суд будет касаться не непосредственно права на достойный уход, а в большей степени затрагивать право не подвергаться пыткам и бесчеловечному или унижающему достоинство обращению. И нарушено это право было в отношении человека, страдающего онкологическим заболеванием [35].

Рассмотрим более подробно жалобу Дмитрия Рожина против России. Дело инициировано по жалобе (№. 8237/03) против Российской Федерации, поданной в Суд в соответствии со Статьей 34 Конвенции о защите прав человека и основных свобод гражданином России, господином Дмитрием Игоревичем Рожиным, (далее - <<заявитель>>) 8 декабря 2005 г. 28 марта 2011 г. заявитель обратился с дополнительной жалобой относительно условий содержания в исправительной колонии №.13 Свердловской области за период с 15 августа 2005 г. по 17 февраля 2006 г.

Кратко суть дела можно изложить следующим образом: 06.03.2003 года заявитель был обвинен в превышении служебных полномочий и фальсификации судебного постановления, в связи с чем в качестве меры пресечения получил подписку о невыезде из города без установленной даты. С 27.01.2004 по 05.02.2004 года заявитель находился на стационарном лечении в местной областной больнице по поводу рака мочевого пузыря. В связи с этим

районный суд г. Екатеринбурга счел, что в тот день, когда заявитель был госпитализирован в больницу, он нарушил подписку о невыезде, не сообщив следователю о госпитализации. Также было вынесено решение о заключении заявителя под арест, которое было выполнено в тот же день. Однако 05.03.2004 г. Свердловский областной суд отменил решение районного суда, посчитав его «преждевременным».

С 11 по 24 марта 2004 года заявитель находился на стационарном лечении по поводу рака мочевого пузыря, ему была произведена операция.

14.03.2005 года Ленинский районный суд г. Екатеринбурга признал заявителя виновным и приговорил к одному году лишения свободы в колонии-поселении. В тот же день заявителя заключили под стражу. И направили в СИЗО-1 в г. Екатеринбург, где он содержался в период с 15.03.2005 по 03.08.2005.

Согласно жалобе заявителя, за время его нахождения под стражей было нарушено его право на свободу от пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения. По его словам, в камере постоянно не хватало спальных мест, сокамерникам приходилось спать по очереди. Постельные принадлежности, полотенца и столовые приборы были предоставлены семьей заявителя. Свет был постоянно включен. В камерах кишели клопы и вши. Потолок протекал. В камере не было вентиляции. Все заключенные курили, а заявитель, который не курит, подвергался табачному дыму. Он также жаловался на отказ в предоставлении ему медицинской помощи. В то время как представители российских властей утверждали о соблюдении условий содержания заключенного и санитарных норм.

4 августа 2005 года заявитель прибыл в исправительную колонию №13 в Нижнем Тагиле, где сразу же по прибытию был помещен не в карантин, а в карцер, в котором также нарушались условия его содержания. Затем 15 августа 2005 года заявителя перевели в общую камеру. Вот как он комментировал условия своего содержания на тот период: «в карцере, в котором он находился с 4 по 15 августа 2005 г., не было доступа к естественному освещению. На окнах были металлические решетки и ставни. Пища была очень плохого качества. Заявителю разрешали выйти на короткую прогулку, в остальное время дня ему приходилось стоять. Кровати были пристегнуты к стене в течение дня. В камере бегали мыши. Потолок протекал. Туалет находился в 0,1 м от ближайшей кровати. В общей комнате находилось 7 осужденных, хотя спальных мест было только 6. Заявитель признал, что у него было индивидуальное спальное место и постельные принадлежности. В камерах и общих комнатах не поддерживалась соответствующая температура. Было очень холодно зимой и очень жарко летом в помещениях, в которых кишели мыши. Полы были гнилыми. На потолках была плесень и грибок».

17.02.2006 года заявитель был освобожден по отбытию своего срока.
Рассмотрев указанную жалобу, ЕПСЧ:

1) объявляет жалобу в части условий содержания под стражей в период с 15 марта по 15 августа 2005 г. и предполагаемой незаконности содержания заявителя под стражей в период с 4 по 15 августа 2005 г. приемлемой, в остальной части жалоба признается неприемлемой;

2) постановляет, что имело место нарушение Статьи 3 Конвенции в части условий содержания под стражей в СИЗО-1 г. Екатеринбург в период с 15 марта по 3 августа 2005 г.;

3) постановляет, что не имело место нарушение Статьи 3 Конвенции в части условий содержания заявителя в исправительной колонии №.13 г. Нижний Тагил в период с 4 по 15 августа 2005;

4) постановляет, что имело место нарушение Статьи 5 S: 1 (а) Конвенции;

5) постановляет:

(а) что государство-ответчик должно выплатить организации-заявителю в течение трех месяцев с даты, когда постановление вступит в законную силу в соответствии со Статьей 44 S: 2 Конвенции, EUR 7 500 (семь тысяч пятьсот евро) в качестве компенсации морального вреда;

б) отклоняет остальные требования заявителя относительно справедливой компенсации.

Ознакомившись с делом, можно судить о том, что ЕСПЧ выносит достаточно справедливые решения, с учетом всех нюансов дел, и может удовлетворять иски потерпевших не только в полном объеме, но и частично, с учетом только имевшихся нарушений прав, указанных в Конвенции о защите прав человека и основных свобод.

В качестве примера о решениях международных судов об ущемлении права на достойный уход в конце жизни данный кейс мало показателен, однако, как уже говорилось выше, обращений в международные суды, касающихся нарушения данного права, не найдено.

Раздел 5. Информация об отчетности Республики Казахстан в отношении выполнения своих международных обязательств по обеспечению права на достойный уход в конце жизни

Каждый международный договор, ратифицированный и принятый Казахстаном, содержит пункты об отчетности и ответственности государства по взятым на себя обязательствам. Поэтому рассмотрим более подробно отчетность и ответственность по международным договорам по данному праву, предоставляемые институтам, гарантирующим осуществление права на достойный уход в конце жизни.

Основным документом, на который опирается право на достойный уход в конце жизни, является Всеобщая декларация прав человека. Основным ее гарантом является Совет по правам человека ООН. Казахстан, как и остальные 193 государства, члена ООН, предоставляет отчетность перед данным органом в рамках Универсального периодического обзора, о котором уже говорилось выше. С момента принятия положения об УПО Казахстан представил на рассмотрение данной организации уже 2 УПО. Первый из них был рассмотрен 12.02.2010 года и включал в себя национальный доклад, свод информации ООН, исправления, резюме документов, предоставленных заинтересованными сторонами, в роли которых выступили НПО, доклад рабочей группы и итоговое решение органа по обзору.

В национальном докладе в разделе «право на здоровье» говорится о праве каждого казахстанца на гарантированный бесплатный объем медицинской помощи, который включает в себя скорую медицинскую помощь, амбулаторно-поликлиническую, стационарную и стационарозамещающую медицинскую помощь [36]. Там же сказано о мероприятиях по снижению материнской и младенческой смертности. А такие проблемы, как паллиативная помощь и обезболивание, не затронуты вообще.

В резюме документов, представленных заинтересованными сторонами, отмечается обеспокоенность тем, что не принято специального законодательства, защищающего права инвалидов и пожилых людей, и тем, что медицинская помощь «привязана» к месту регистрации граждан [37].

Во втором УПН, который представлен Казахстаном в 2014 году в разделе «Охрана здоровья», вопросы паллиативной помощи и обезболивания также не упоминаются, поскольку основной акцент сделан на развитие высокотехнологичных видов помощи и изменения в оплате труда медицинских работников [38].

В резюме документов, представленных заинтересованными сторонами ко второму УПО, в разделе «Право на здоровье» основной акцент сделан на доступ к безопасным методам планирования семьи [39].

Согласно статье 16 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах: «участвующие в настоящем Пакте государства обязуются представлять в соответствии с настоящей частью этого Пакта доклады о принимаемых ими мерах и о прогрессе на пути к достижению соблюдения прав, признаваемых в этом Пакте... все доклады представляются Генеральному секретарю Организации Объединенных Наций, который направляет их экземпляры на рассмотрение в Экономический и Социальный Совет в соответствии с положениями настоящего Пакта» [40]. Республика Казахстан с момента ратификации данного пакта в 2005 году представляла данный доклад 1 раз, в 2007 году. Однако в разделе, посвященном статье 13 Пакта о праве на наивысший достижимый уровень здоровья, ни слова не сказано о паллиативной помощи и достойном обезболивании [41].

Еще один международный институт, в который Казахстан предоставляет отчетность по поводу взятых на себя обязательств – это Международный комитет по контролю над наркотиками. Правда, здесь, скорее, предоставляется не персональный отчет государства, а ежегодная заявка на потребление наркотических препаратов в медицинских целях. Согласно заявке, представленной в данный орган на 2015 год, наиболее распространенным опиоидным анальгетиком, используемым в нашей стране, является тримеперидин (промедол), который уже давно не рекомендован для лечения хронической боли. Количество данного препарата, заявленного для получения квоты на 2015 год, в 10 раз превышает количество морфина (333 412 г тримеперидина против 29 965 г морфина), уже давно рекомендованного ВОЗ для лечения боли у онкологических больных. Что показательно, промедол заявлен в основном у стран бывшего СССР. Кроме этих стран, данный препарат содержится только в заявках Индии, Демократической Республики Корея и США (в незначительных и не сравнимых с Казахстаном количествах) [42].

Таким образом, если обобщить все вышесказанное, то получается, что право на достойный уход и обезбоживание в Казахстане, да и в странах бывшего СССР, сродни наряду голого короля: все знают, что оно есть, его наличие закреплено в международных и внутренних законодательных документах, факты нарушения данного права волнуют многих и у многих на устах, однако в документах, посвященных соблюдению прав человека в Казахстане, о выполнении данного права практически ничего не сказано, и прецедентов международных, да и внутренних судебных процессов, касающихся нарушения данного права, мною обнаружено не было. Это само по себе является серьезной проблемой, но, с другой стороны, предоставляет возможности и для исследования ситуации, и для ее улучшения. Как в сфере более полного осуществления права на достойный уход в конце жизни, паллиативную помощь и обезбоживание, так и в вопросах привлечения внимания внутриреспубликанских и международных правозащитных механизмов и организаций к обеспечению данного права.

Ссылки на использованные источники информации

1. «Белая книга»: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе. 2009 г.
2. Всемирная организация здравоохранения. Определение паллиативной помощи (англ.). 2002 г.
3. «Белая книга»: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе. 2009 г.
4. International agency for Research on Cancer. World Health Organization. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Morality and Prevalence Worldwide in 2012 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
5. Рекомендации Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. 2003. Приняты Комитетом Министров 12 ноября 2003г. на 860 заседании уполномоченных представителей министров.
6. Mitchell G, Price J. Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Network model. Aust Fam Physician 2001; 30: 59–62.
7. Рекомендации Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. 2003. Приняты Комитетом Министров 12 ноября 2003г. на 860 заседании уполномоченных представителей министров.
8. Foley, Kathleen M., «Ideas for Open Society» Pain Management, vol.3, no.4, 2002 www.soros.org/resources/articles_publications/publications/ideas_painmanagement_20021001/ideas_pain_management.pdf.
9. «Сохранить достоинство в смерти. Почему больные раком в России убивают себя», Дидерик Лохман, Human Rights Watch, 08.04.2014. <https://www.hrw.org/ru/news/2014/04/08/sokhranit-dostoinstvo-v-smerti-pochemu-bolnye-rakom-v-rossii-ubivayut-sebya>
10. Всемирная организация здравоохранения. WHO, Achieving Balance in Opioid Control Policy, p.1.
11. B. Rosenfeld, et al., “Pain in Ambulatory AIDS Patients. II: Impact of Pain on Psychological Functioning and Quality of Life,” Pain, vol. 68, 1996, pp. 2-3, 323–28.
12. Календарь ООН: Всемирный день борьбы против рака. 4 февраля. <http://www.un.org/ru/events/cancerday/background.shtml>
13. «Не заставляйте нас страдать!» Доступ к обезболивающим средствам как одно из прав человека. Human rights watch. 2009., стр 11.
14. Всеобщая декларация прав человека. Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml

15. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года.
http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml

16. Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года.
http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml

17. Там же.

18. Там же

19. Единая конвенция о наркотических средствах. 1961 год.
http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_ru.pdf

20. INCB, Доклад международного комитета по контролю над наркотиками за 1995 год, стр.14. http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1995/AR_1995_R.pdf

21. Comparative Table of Medicines on the WHO Essential Medicines Lists from 1977–2011 (XLS). World Health Organization

22. WHO Model List of Essential Medicines. 18th list (April 2013)
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf?ua=1

23. Там же.

24. WHO Model List of Essential Medicines for Children. 4th list (April 2013).
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93143/1/EMLc_4_eng.pdf?ua=1

25. WHO, «National Cancer Control Programme: Policies and Managerial Guidelines», 2002, pp 86-87

26. UN Special Rapporteur on torture calls upon the Human Rights Council to take up the issue of drug policy. Date: 05 February 2009. Текст письма на английском языке доступен по следующей ссылке: <http://www.ihra.net/contents/336>

27. Справочная информация о Совете по правам человека на сайте ООН. Доступна на официальном сайте ООН <http://www.ohchr.org/RU/HRBodies/HRC/Pages/AboutCouncil.aspx>

28. Универсальный периодический обзор. Информация на сайте ООН об органах по правам человека. <http://www.ohchr.org/ru/HRBodies/UPR/Pages/UPRmain.aspx>

29. Консультативный комитет Совета по правам человека. Информация на сайте ООН. <http://www.ohchr.org/RU/HRBodies/HRC/AdvisoryCommittee/Pages/AboutAC.aspx>

30. Процедуры рассмотрения жалоб совета по правам человека. Информация на сайте ООН об органах по правам человека.
<http://www.ohchr.org/ru/HRBodies/HRC/ComplaintProcedure/Pages/HRCComplaintProcedureIndex.aspx>

31. Специальные процедуры Совета по правам человека. Информация на сайте ООН <http://www.ohchr.org/RU/HRBodies/SP/Pages/Welcomepage.aspx>

32. Вспомогательные органы ЭКОСОС. Международный комитет по контролю над наркотиками. http://www.un.org/ru/ecosoc/about/narcotics_control_board.shtml

33. Международный комитет по контролю над наркотиками. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2014 год, стр.2. Электронная версия доступна по

ссылке

http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Russian/AR_2014_R.pdf

34. О суде коротко. Европейский суд по правам человека. Информационный буклет. Электронная версия доступна по ссылке

http://www.echr.coe.int/Documents/Court_in_brief_RUS.pdf

35. Здесь и далее, касательно материалов данного дела информация взята с сайта общественного объединения «Сутяжник» <http://sutyajnik.ru/cases/493.html>

36. Национальный доклад, представленный в соответствии с пунктом 15а приложения к резолюции 5/1 Совета по правам человека. Казахстан, 2010 год, стр. 28-30.

37. Резюме, подготовленное управлением верховного комиссара по правам человека в соответствии с пунктом 15с приложения к резолюции 5/1 Совета по правам человека. Казахстан, 2010 год, стр. 13.

38. Национальный доклад, представленный в соответствии с пунктом 5 приложения к резолюции 16/21 Совета по правам человека. Казахстан. 2014 г., стр.26, 27.

39. Резюме, подготовленное Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека в соответствии с пунктом 15 с) приложения к резолюции 5/1 и пунктом 5 приложения к резолюции 16/21 Совета по правам человека. Казахстан. 2014 г., стр. 12

40. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon.shtml

41. Постановление Правительства Республики Казахстан от 2 ноября 2007 года N 1035 «Об утверждении доклада о выполнении Республикой Казахстан Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах». Статья 12. Электронная версия доступна по ссылке <http://www.adilet.gov.kz/ru/node/23783>

42. Estimated world requirements of narcotic drugs in grams for 2015. The International Narcotics Control Board. March 2015. Полный текст заявки доступен по ссылке <http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Status-of-Estimates/2015/EstMar15.pdf>