ГЛОБАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ПО НАРКОПОЛИТИКЕ

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

КОГДА НАУКА ОСТАЛАСЬ ПОЗАДИ

ДОКЛАД 2019

ГЛОБАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ПО НАРКОПОЛИТИКЕ

Луиза Арбур
Бывшия Верховный комиссар ООН по правам человека, Президент Международной кризисной группы, Канада

Павел Бем
Бывший мэр Праги, Чешская республика

Ричард Брэнсон
Предприниматель, защитник социальных свобод, основатель Virgin Group, один из основателей The Elders, Великобритания

Фернанду Энрики Кардозу
Бывший Президент Бразилии

Мария Каттауи
Бывшая генеральный секретарь Международной торговой палаты, Швейцария

Хелен Кларк
Бывшая Премьер-министр Новой Зеландии и Администратор Программы Развития ООН

Ник Клегг
Бывший вице-Премьер правительства, Великобритания

Рут Дрейфус
Бывшая министр по социальным вопросам и бывшая Президент Швейцарии
(Председатель Комиссии)

Мохаммед эль-Барадеи
Бывший генеральный директор Международного агентства по атомной энергии, Египет

Сесар Гавириа
Бывший Президент Колумбии

Ананд Грувер
Бывший Специальный Докладчик ООН по праву на наивысший достижимый уровень здоровья, Индия

Мишель Казачкин
Бывший исполнительный директор Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Франция

Александр Квасьневский
Бывший Президент Польши

Рикардо Лагос
Бывший Президент Республики Чили

Кгалема Мотланте
Бывший Президент Южно-Африканской Республики

Олусегун Обасанджо
Бывший Президент Нигерии

Георгиос Папандреу
Бывший Премьер-министр Греции

Жозе Рамуш Орта
Бывший Президент Восточного Тимора

Жорже Сампайю
Бывший Президент Португалии

Хуан Мануэль Сантос
Бывший Президент Колумбии

Джорж Шульц
Бывший Государственный секретарь США (почетный председатель Комиссии)

Хавьер Солана
Бывший Верховный представитель Европейского Союза по вопросам внешней политики и безопасности, Испания

Кассем Утим
Бывший Президент Маврикия

Марио Варгас Льоса
Писатель и публичный интеллектуал, Перу

Пол Волкер
Бывший председатель Федеральной резервной системы США и Консультативного совета при Президенте

Эрнесто Седильо
Бывший Президент Мексики

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие ... 3

Резюме ... 4

Классификация наркотических средств: доказательства или идеология? ... 7

Международная система списков ... 13

Международная система списков ... 13

Несоответствия ставят под сомнение существующую систему ... 16

Не состоявшийся баланс: доступ к контролируемым лекарствам ... 19

Рекомендация ... 21

Уроки (полу)легальных рынков ... 25

Растения, содержащие психоактивные вещества, не внесенные в списки ... 25

Правовое регулирование каннабиса ... 26

Новые психоактивные вещества ... 27

Рекомендация ... 29

Вызовы и варианты реформы ... 31

Совершенствовать существующую систему ... 31

Рациональная шкала вреда ... 33

Восстановление национальной гибкости правового регулирования ... 35

Рекомендация ... 37

Заключительные замечания ... 38

Свидетельства ... 40

Библиография ... 47

ПРЕДИСЛОВИЕ

В основе действующих международных и национальных законов о контроле над наркотиками лежит каталог из примерно 300 психоактивных веществ. Вещества эти подразделяются на ряд конкретных категорий в соответствии с тем, в какой степени следует с ними бороться, и запрещения на них введены на нескольких уровнях. Их выращивание, производство, изготовление, экспорт, импорт, продажа, владение и потребление запрещены во всех случаях, кроме научных исследований или медицинского использования. Считается, что некоторые из них не оказывают никакого положительного медицинского воздействия, без каких-либо доказательств в поддержку такого заявления.

Когда государства ратифицировали конвенции о наркотиках, постепенно создавая международную систему контроля над наркотиками в период с 1961 по 1988 годы, они взяли на себя обязательства ввести аналогичные классификации в свои национальные законы. Это подчеркивает степень, в которой эта система определяет приоритеты правоохранительных органов и приговоры, выносимые судьями, и то, насколько глубоко она влияет на жизнь миллионов людей во всем мире.

Действительно, эта классификация или «списки» наркотиков является краеугольным камнем нынешнего репрессивного подхода к наркополитике, который привел к «побочному ущербу» «войны с наркотиками» – трагическим последствиям, которые Глобальная комиссия по наркополитике осуждает с момента ее основания в 2011 году. Последствия запрета, рассматриваемые с точки зрения общественного здравоохранения и безопасности, дискриминации и переполненности тюрем, усиления влияния преступных организаций и связанного с этим насилия и коррупции, а также отсутствия доступа к основным лекарственным средствам, требуют от нас еще раз подчеркнуть настоятельную необходимость изменения курса и осуществления более эффективной и более уважающей права человека политики.

В этом девятом докладе Комиссии анализируются история, процедуры и несоответствия текущей классификации психоактивных веществ. В этой классификации не найти одних из самых опасных веществ - табак, алкоголь, - которые избегают запрета и позволяют признанным и уважаемым корпорациям получать огромную прибыль. Напротив, вещества, перечисленные в приложениях международных конвенций, так называемые «наркотики», считаются обязательно вредными; они поставляются нелегальным рынком, который так же приносит огромную прибыль и способствует росту мощи организованной преступности.

Резкое различие, которое проводится между легальными и нелегальными веществами, является результатом долгой истории культурного и политического господства. Оно не основано на какой-либо научной оценке потенциального вреда веществ для людей, которые их потребляют, и для общества в целом, или их возможной пользы для тех, кто их разумно использует. Порядок, в котором они заносятся в списки в зависимости от их потенциального вреда, и степень, в которой они должны поэтому подвергаться репрессивным мерам, страдает от аналогичного отсутствия научной оценки. Они все вместе считаются злом! Эта классификация слишком часто подвержена влиянию идеологии, предрассудков и дискриминации маргинализированных групп населения, не говоря уже о финансовых интересах фармацевтической промышленности. Наука редко участвует в процессе принятия решений – и даже когда ей разрешено предлагать свои рекомендации, они редко принимаются во внимание!

Должен быть срочно проведен анализ психоактивных веществ на рациональной основе. Несогласованность существующей системы классификации представляет собой серьезное препятствие для реформ, которые необходимо предпринять. Давно пора признать тот факт, что общество без наркотиков является иллюзией и что теперь мы должны заложить основы для их правового регулирования на результатах научных исследований. Давайте теперь сосредоточимся на том, что составляет действительную законность наркополитики: жизнь, здоровье и безопасность для всех.

Рут Дрейфус
Председатель Глобальной комиссии по наркополитике

РЕЗЮМЕ

Международная система списков наркотических средств, используемая для классификации психоактивных веществ в зависимости от их вредных и полезных свойств, лежит в основе международного режима контроля над наркотиками. Его надлежащее функционирование является ключом к достижению сбалансированности между двойственными целями режима: обеспечением адекватной доступности контролируемых веществ для медицинских целей при одновременном предотвращении их утечки в немедицинских или других целях. До 1961 года глобальная система контроля над наркотиками, нацеленная на введение ограничений на международную торговлю, была разработана таким образом, чтобы учитывать и соблюдать различия между законами государств. С тех пор, однако, как в 1961 году была подписана Единая конвенция о наркотических средствах, государства отреагировали на международный закон разработкой списков и систем классификации, которые не основаны на научных данных или не имеют рациональной связи с вредными и полезными свойствами веществ, а скорее основаны на политическом выборе и преимуществах для политических лидеров. Такие подходы к политике контроля над наркотиками привели к социальным и экономическим проблемам не только для людей, употребляющих наркотики, но и для населения в целом, они включают эпидемии, переполненность тюрем и произвольное применение законов о наркотиках.

Нынешняя система, регулируемая конвенцией 1961 года и Конвенцией о психотропных веществах 1971 года, постепенно поставила все больше психоактивных веществ под международный контроль. Сегодня более 300 веществ внесены в международный перечень. Восемь списков, по четыре в каждой из конвенций 1961 и 1971 годов, были определены в соответствии с потенциалом зависимости, потенциалом злоупотребления и терапевтической полезностью включенных в них наркотических средств. В этих международных конвенциях о контроле над наркотиками в качестве пользы от применения психоактивных веществ признается только лечение или облегчение боли, другое же их использование, культурное, рекреационное или церемониальное не принимается во внимание, а скорее исключается.

Строгость мер контроля зависит от списка, в который помещено вещество. Из восьми списков два подразумевают запрещение веществ, входящих в них, включая их медицинское использование (за исключением очень ограниченных количеств для исследований). Однако за небольшим исключением, все вещества, занесенные согласно конвенциям в списки для немедицинских и ненаучных целей, фактически запрещены.

Этот фактический запрет является произвольным. Нынешнее различие между легальными и нелегальными веществами не является однозначно основанным на фармакологических исследованиях, но в значительной степени опирается на исторические и культурные прецеденты. Оно также искажено морально заряженным восприятием предполагаемого различия между «добром и злом» легальных и нелегальных наркотиков, одновременно внося в это восприятие свой вклад.

Решение о внесении в список принимается Комиссией по наркотическим средствам (КНС), которая была учреждена Экономическим и социальным советом Организации объединенный наций. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предоставляет рекомендации по совету Комитета экспертов по лекарственной зависимости (ECDD), которые затем представляются на голосование членов КНС (простое большинство голосов по спискам конвенции 1961 года и две трети голосов по спискам 1971 года.)

Таким образом, решения о внесении в списки оказались под влиянием политических соображений и внутренней предвзятости в отношении запрещения новых веществ. Негативные последствия попадания на рынок лекарственного вещества, которое впоследствии может оказаться опасным, очень велики, в то время как негативные последствия для лиц, принимающих решения, и не допустивших на рынок фактически безвредное вещество, минимальны. В результате, рекомендации по добавлению новых веществ в списки утверждаются автоматически, в то время, как рекомендации в списки вещества не вносить или отнести их в менее строгий режим неизменно встречают существенное сопротивление.

Ряд веществ, внесенных в самые ранние списки конвенции 1961 года, к которым относятся такие широко используемые вещества, как каннабис, смола каннабиса, героин и кокаин, никогда не проходили экспертную оценку или их оценка проводилась более тридцати лет назад.

Раздавались призывы внести поправки в конвенции, чтобы в процессе составления списков устранить имеющиеся в них противоречия, и уточнить полномочия ВОЗ, Международного комитета по контролю над

наркотиками (МККН) и КНС. Неоднократно вносились предложения по улучшению критериев внесения в списки и разработке системы на основе научных данных.

Усовершенствованная процедура составления списков, способная добиться лучшего баланса между обеспечением доступности контролируемых веществ для законного использования и предотвращением проблемного использования, стала бы ключевым инструментом для проведения реформ, преобразующих международную и национальную политику контроля над наркотиками из исключительно запретительной структуры в гибкую модель, основанную на регулировании.

Научно обоснованная международная система составления списков позволит ориентированным на реформы странам более гибко составлять внутренние списки в соответствии со своими потребностями, одновременно улучшая контроль над потенциальным незаконным экспортом. Так же было бы гораздо эффективней постепенно ориентировать рынок наркотиков в направлении, которое наносит гораздо меньше вреда. Наконец, система составления списков на основе научных данных устранит большую часть стигматизации, связанной с употреблением наркотиков, что поможет людям сделать более ответственный и менее вредный выбор.

Руководящие принципы для более рациональной модели списков включают в себя:

- обеспечение адекватной доступности каждого вещества для медицинских и исследовательских целей;
- отказ от политики нулевой терпимости, что даст больше возможностей для «других законных целей»;
- проявление большей снисходительности в отношении веществ более мягкого действия;
- учет местных социальных и культурных условий;
- проведение анализа затрат и выгод потенциального вреда и предполагаемых положительных последствий;
- принятие определенных пороговых значений риска, сопоставимых с другими приемлемыми социальными рисками, вместо соблюдения абсолютного принципа предосторожности;
- тщательная оценка потенциальных последствий решений по внесению в списки с учетом предсказуемой реакции пользователей и рынков; а также
- более эффективное использование существующих правовых инструментов в области медицины и безопасности потребителей вместо применения уголовных законов о наркотиках.

Глобальная комиссия по наркополитике призывает к всеобъемлющему и междисциплинарному подходу к разработке политики контроля над наркотиками. Настало время положить конец «узкоспециальному» подходу, который рассматривает контроль над наркотиками как отдельный вопрос, классифицирует наркотики и обеспечивает запрещение наркотиков на основе ненадежных и сомнительных с научной точки зрения списков.

Единственный ответственный путь – это регулирование рынка нелегальных веществ. Правительства должны установить правила и новую систему составления списков – адаптированную к опасности каждого наркотического вещества и основанную на надежной научной оценке, – и контролировать соблюдение этих правил, способствуя их внедрению. По мнению Глобальной комиссии, необходимы срочные меры, которые положат конец несоответствиям существующей системы классификации:

- **Международное сообщество должно признать несогласованность и несоответствия международной системы списков и инициировать критическое изучение существующих моделей классификации наркотических веществ.**
- **Международное сообщество должно признать ведущую роль Всемирной организации здравоохранения и междисциплинарных научных исследований в дальнейшей разработке научно-обоснованных критериев классификации и составления списков на основе рационального сопоставления вреда и преимуществ.**
- **Государства-члены ООН должны переориентировать международную систему списков на первоначальное стремление – к контролю за транснациональной торговлей наркотиками, и позволить разработку инновационных национальных систем классификации.**

“Сбор урожая ганжи”, Наогаон, Индия – 16 февраля 1894 г.
(Фото из британского «Отчета Индийской комиссии по препаратам конопли 1894-1895»).

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ: ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ИЛИ ИДЕОЛОГИЯ?

Система списков лежит в основе международного режима контроля над наркотиками, который был установлен в связи с озабоченностью «здоровьем и благополучием человечества», как указано в преамбуле всемирных конвенций по контролю над наркотиками 1961 и 1971 гг. Надлежащее функционирование системы составления списков является ключом к достижению двойственной цели режима: обеспечить адекватную доступность контролируемых веществ для медицинских целей, одновременно предотвращая «злоупотребление» ими и их утечку на черный рынок. Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «эффективный режим наркоконтроля, отвечающий духу договоров по контролю над наркотиками, должен, таким образом, уравновесить усилия, направленные на достижение этих двух целей».[1] Парадокс международного контроля над наркотиками заключается в том, что «несбалансированные законы, политика и практика по-прежнему широко распространены».[2] Этот механизм был создан для осуществления руководства международным сотрудничеством в области контроля над наркотиками. На национальном уровне, однако, его реализация под влиянием идеологических соображений привела к множеству отрицательных последствий, от чрезмерного полицейского внимания к некоторым общинам до эпидемий среди населения.

Глобальный режим контроля над наркотиками, развернувшийся после Второй мировой войны, постепенно поставил все больше психоактивных веществ под международный контроль (Вставка 1). В настоящее время в рамках Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года (с изменениями, внесенными в нее Протоколом 1972 года)[3] и Конвенции о психотропных веществах 1971 года[4] в списки внесены более 300 веществ, которые распределены по четырем спискам из каждого договора, а также спискам прекурсоров третьего глобального договора о наркотиках, Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года, известной под названием Конвенция об обороте наркотиков.[5] (Диаграмма 1) Строгость мер контроля в отношении сертификатов на импорт и экспорт веществ, оценки потребностей, лицензий и медицинских назначений, зависит от того, в какой список вещество внесено.[6] Общее обязательство по конвенциям 1961 и 1971 гг., относящееся к веществам из всех списков, состоит в том, чтобы «ограничить исключительно медицинскими и научными целями производство, изготовление, вывоз, ввоз, распределение наркотических средств, торговлю ими и их применение и хранение.»[7]

ВСТАВКА 1 Международная система списков[8]

Согласно положениям Управления ООН по наркотикам и преступности, «Наркотические вещества и их препараты, находящиеся под международным контролем, распределены по четырем Спискам в зависимости от их способности вызывать зависимость, возможности злоупотребления ими и их терапевтической ценности. Наркотические средства, находящиеся под контролем согласно Конвенции 1961 года, перечисляются в одном из двух Списков (I и II) в зависимости от степени их пригодности для терапевтических целей и возможности злоупотребления ими. Положения о контроле, применимые в отношении наркотических средств, включенных в Список I, образуют стандартный режим контроля согласно Конвенции 1961 года; Список II содержит наркотические средства, которые, как считается, в меньшей степени могут быть предметом злоупотребления и которые шире используются в медицине. Два дополнительных Списка (III и IV) охватывают соответственно препараты наркотических средств, включенных в Список I или II, которые предназначены для законного использования в медицинских целях и отдельные наркотические средства из Списка I, которые, как считается, обладают особенно опасными свойствами и находят весьма ограниченное применение в лечебной практике.»

[...] «Система контроля в отношении психотропных веществ в принципе основывается на системе контроля в отношении наркотических средств. В то же время в Конвенции 1971 года необходимые меры контроля распределяются по четырем отдельным Спискам в зависимости от терапевтической пользы соответствующих веществ и опасности для здоровья населения, связанной со злоупотреблением ими. В этих четырех Списках применяется скользящая шкала этих двух переменных: Список I предполагает высокую степень опасности для здоровья населения и очень ограниченную пригодность для лечебных целей и поэтому самые строгие меры контроля, в то время как Список IV предполагает обратное, т.е. наименьшую опасность для здоровья населения и наибольшую пригодность для лечебных целей».

В преамбулах договоров о наркотиках подчеркивается, что медицинское использование большинства веществ является «необходимым» и что их доступность не должна быть чрезмерно ограничена. Единственными категориями наркотиков, которые в конвенциях государствам рекомендуется «запрещать», являются вещества, включенные в Список IV Конвенции 1961 года и Список I Конвенции 1971 года. «Запрет» в этом смысле означает запрещение их в медицинских целях и разрешение очень ограниченных количеств только для исследовательских целей. В отношении наркотиков, входящих в Список IV Конвенции 1961 года, включая каннабис и героин, полный запрет рекомендуется, но не обязателен. Сторона должна делать это только «если, по ее мнению, существующие в ее стране условия делают это наиболее подходящим способом охраны народного здоровья и благополучия».[9] Для веществ из Списка I Конвенции 1971 года, в том числе ЛСД, МДМА и психоделические соединения галлюциногенных грибов и кактусов (псилоцибин, мескалин), в обязательном порядке запрещается «всякое использование, за исключением использования в научных и в очень ограниченных медицинских целях».[10]

Сегодняшняя гегемонистская концепция запрещения наркотиков стала доминирующей на глобальном уровне только после Второй мировой войны. Документы более раннего времени, такие как ключевые рекомендации Индийской комиссии по препаратам конопли 1894-1895гг. читаются сегодня как сложные предложения по реформе наркополитики, аналогичные моделям, которые были недавно приняты такими странами, как Уругвай и Канада (Вставка 2).[11]

ВСТАВКА 2 Ключевые рекомендации отчета Индийской комиссии по препаратам конопли (1895г.)

1. Полное запрещение выращивания конопли в качестве наркотика, а также производства, продажи или использования производных от нее наркотических веществ не является ни необходимым, ни целесообразным, учитывая установленные последствия и распространенность привычки их употребления, социальных и религиозных чувств по этому поводу и возможность того, что потребители обратятся к другим стимуляторам или наркотикам, которые могут оказаться более вредными. (Глава XIV, пункты 553-585).
2. Рекомендуемая политика – контроль и ограничение, направленные на пресечение чрезмерного использования и ограничение умеренного использования надлежащими пределами (глава XIV, пункт 586).
3. Средства, которые должны быть приняты для достижения этих целей:
   - Адекватное налогообложение, достигаемое наилучшим образом сочетанием прямой пошлины с аукционом привилегии продавца (глава XIV, пункт 587).
   - Запрещение культивирования, кроме культивирования по лицензии, централизация культивирования (глава XVI, пункт 636 и 677).
   - Ограничение количества магазинов для розничной продажи наркотических средств из конопли (глава XVI, пункт 637).
   - Ограничение количества вещества в законном владении (глава XVI, пункты 689 и 690). Предел законного владения для ганджи или чараса, а также любого препарата или смеси с ними – 5 тол (около 60 г), бханга или смеси с ним – четверть серы (четверть литра).

В статье, опубликованной в New York Times в 1892 году, было предсказано, что идея полного запрета «стимуляторов и наркотиков» для предотвращения проблемных злоупотреблений будет «столь же действенной, как и намерение предотвратить железнодорожные аварии, уговорив путешественников оставаться дома».[12] Но именно указанная идея стала основной в направлении постепенного развития международной системы контроля над наркотиками. Сегодня запрещены все, за редким исключением, немедицинские и ненаучные использования веществ, внесенных в списки договоров ООН.[13]

Веками опий и каннабис (в Азии, Африке и на Ближнем Востоке) и кока (в регионе Анд) широко использовались в культурных, церемониальных и традиционных лекарственных целях. Но единственными преимуществами от использования психоактивных веществ, которые признаются в конвенциях, является

лечение болезней или облегчение боли. «Просто удовольствие, которое может доставить вещество, не считается или скорее считается отрицательным, поскольку широко распространенное добровольное немедицинское использование рассматривается как свидетельство «потенциального злоупотребления», – отметил Марк Клейман.[14] Что же касается решений о внесении в списки и их последствий, по словам анонимного администратора, которого цитирует Клейман: «За удовольствием – в Список 1.»[15]

Подход с нулевой терпимостью в отношении любого немедицинского употребления наркотиков, заложенный в международную систему контроля, привел к искаженному и нравственно-загруженному представлению о разнице между легальными и нелегальными наркотиками как о предполагаемой разнице между «добром и злом». Как признало, однако, министерство внутренних дел Великобритании в 2006 году,

ДИАГРАММА 1 Списки конвенций ООН по наркотикам

Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года

СПИСОК I	СПИСОК II	СПИСОК III	СПИСОК IIV
Наркотические вещества, способные быстро вызывать зависимость, приводить к злоупотреблению ими и прекурсоры, легко преобразуемые в наркотические средства, подобным образом вызывающие зависимость и приводящие к злоупотреблению ими (например, каннабис, опиум, героин, метадон, кокаин, лист коки, оксикодон)	Наркотические вещества, в меньшей степени способные вызывать зависимость и приводить к злоупотреблению ими, чем вещества из Списка I (например, кодеин, декстропропоксифен)	Препараты, содержащие незначительное количество наркотических средств, которые вряд ли будут приводить к злоупотреблению и на них не распространяется сфера применения контроля, предусмотренная для наркотических средств, которые в них содержатся (например, <2.5% кодеина, <0.1% кокаина)	Отдельные наркотические средства из Списка I, которые обладают «особенно опасными свойствами» и находят весьма ограниченное применение в лечебной практике или не применяются совсем (например, каннабис, героин)

Конвенция о психотропных веществах 1971 года

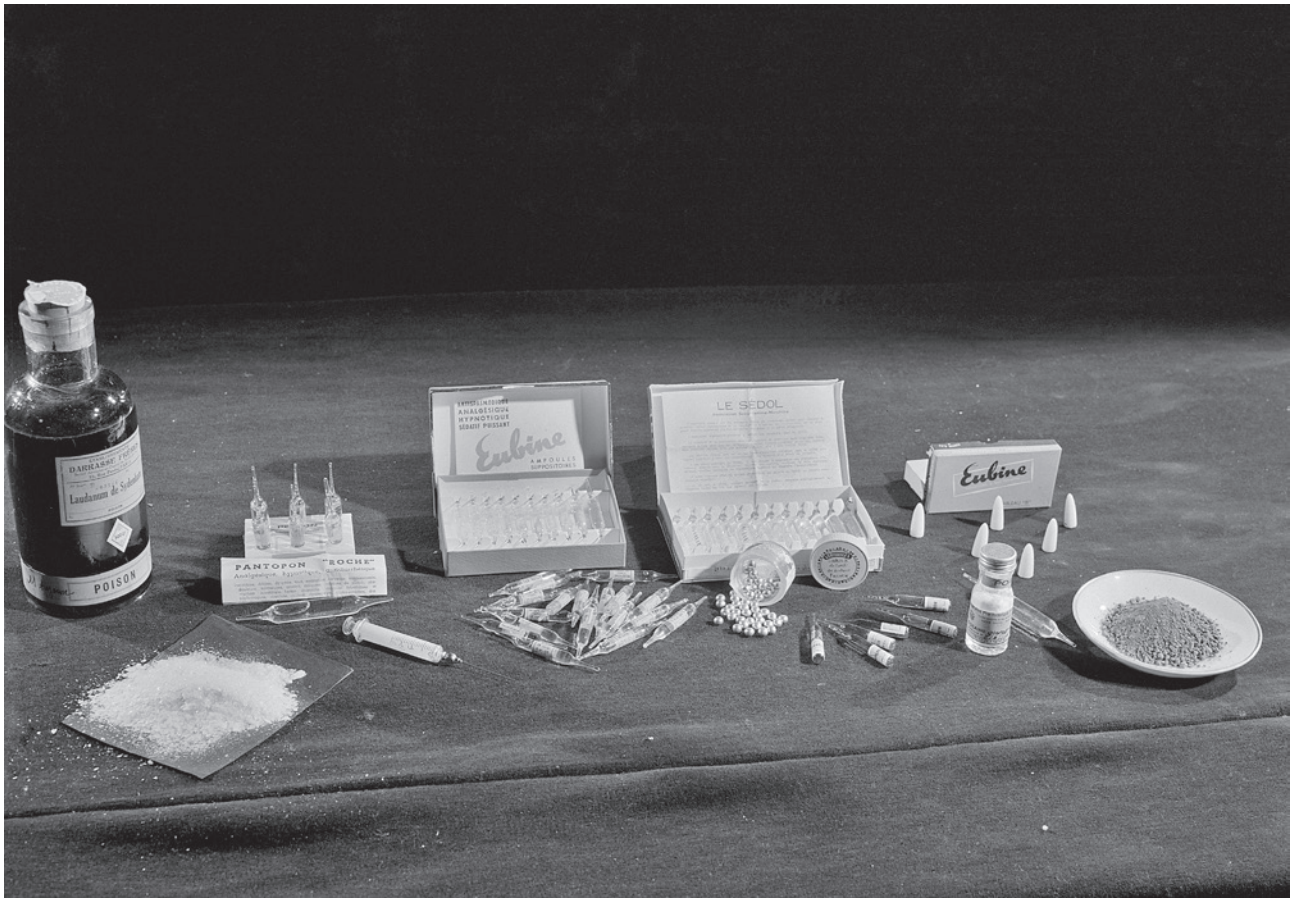
СПИСОК I	СПИСОК II	СПИСОК III	СПИСОК IIV
Вещества, предполагающие высокую степень риска злоупотребления и опасности для здоровья населения при ограниченной пригодности для лечебных целей или полном отсутствии ее (например, ЛСД, МДМА, катинон)	Вещества, предполагающие риск злоупотребления и серьезной опасности для здоровья населения при умеренной пригодности для лечебных целей (например, дронабинол, амфетамины)	Вещества, предполагающие риск злоупотребления и серьезной опасности для здоровья населения при средней или высокой пригодности для лечебных целей (например, барбитураты, бупренорфин)	Вещества, предполагающие риск злоупотребления и незначительной опасности для здоровья населения при высокой пригодности для лечебных целей (например, транквилизаторы, включая диазепам)

Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года

ТАБЛИЦА I	ТАБЛИЦА II
Прекурсоры психотропных веществ, такие как эфедрин, пиперонал, сафрол, фенилуксусная кислота, лизергиновая кислота и ряд ключевых реагентов, таких как ангидрид уксусной кислоты, использующийся при преобразовании морфина в героин и марганцовокислый калий, использующийся для извлечения кокаина	Целый ряд реагентов и растворителей, которые могут быть использованы в незаконном производстве наркотических средств и психотропных веществ, которые, однако, имеют широкое промышленное использование, включая ацетон, этиловый эфир, толуол и серную кислоту

«Различие между легальными и нелегальными наркотическими веществами не является однозначно основанным на выводах фармакологии, экономической выгоде или анализе рисков и выгод. Оно также в значительной степени основано на исторических и культурных прецедентах».[16] Согласно проекту документа о пересмотре системы классификации Великобритании, у многих молодых людей «возникают проблемы с пониманием смысла контроля над такими наркотиками, как каннабис и экстази, поскольку злоупотребление ими наносит в целом меньший вред обществу, чем широко доступные наркотики, такие как алкоголь и табак».[17] Стратегия Великобритании в отношении наркотиков в то время признавала, что алкоголь играет «важную роль в культурной жизни этой страны».[18]

Однако признано было невозможным рассмотреть «более логически последовательный подход к злоупотреблению психоактивными веществами», поскольку «система классификации, которая применяется как к легальным, так и к нелегальным веществам, была бы неприемлема для подавляющего большинства людей, которые употребляют, например, алкоголь, с должной ответственностью, и создала бы конфликт с глубоко укоренившимися историческими традициями и терпимостью к потреблению ряда веществ, которые изменяют психическое функционирование (от кофеина до алкоголя и табака). Поэтому легальные вещества регулируются другими способами».[19] Но этот аргумент в равной степени применим и к «глубоко укоренившимся историческим традициям и терпимости» в других странах в отношении каннабиса, коки или опия. Колониальные культурные предрассудки и западные фармацевтические концепции сформировали глобальный режим контроля над наркотиками. Они по-прежнему глубоко заложены в заблуждениях о «незаконных» наркотиках и их относительной вредности.



“На этом фото представлены ряд естественных наркотических веществ, на которые распространяются конвенции ООН о международном контроле над наркотическими веществами. Среди них лауданум, кокаин, морфин, опиум, белладонна.
© UN Photo/MB.

В 2009 году в статье, которая стоила ему работы, Дэвид Натт, тогдашний глава британского агентства, ответственного за консультирование правительства по вопросам классификации наркотических средств, поставил под сомнение эти искажения, утверждая, что «споры о наркотиках ведутся без упоминания других причин вреда, наносимого обществу, что дает наркотикам другой, более тревожный статус».[20] Он сравнил риски употребления экстази с существенными рисками верховой езды, чтобы указать на принципиально разные социальные установки и ответные меры политики. Запрет рекреационной верховой езды никогда не рассматривался, несмотря на многочисленные несчастные случаи и смерти среди молодежи.

Натт также сравнил число смертей, связанных с употреблением экстази, с гораздо более высоким числом смертей от передозировки парацетамола, и грубые диспропорции в освещении их средствами массовой информации: «вероятность того, что газета сообщит о смерти от парацетамола, была 1 на 250 смертей, для диазепама она была 1 к 50, тогда как для амфетамина она была 1 к 3, а для экстази сообщалось о каждой связанной с ним смерти». Его вывод: «Использование рациональных доказательств для оценки вреда наркотиков будет одним из шагов вперед к развитию надежной стратегии в отношении наркотиков».[21]

Глобальная комиссия по наркополитике в своем докладе 2018 года «Регулирование: ответственный подход к контролю над наркотиками» подчеркнула необходимость включить «улучшенную процедуру составления списков веществ, которая позволит достигнуть баланса между обеспечением доступности регулируемых веществ для законного использования и предотвращения проблемного употребления».[22] В представляемом докладе 2019 года Комиссия предлагает более рациональную многоуровневую модель создания классификации и списков, заслуживающих доверия.

ВСТАВКА 3 Политическое вмешательство в научное исследование, «Кокаиновый проект 1995 г., ВОЗ»

В 1995 году ВОЗ и Межрегиональный научно-исследовательский институт Организации Объединенных Наций по вопросам преступности и правосудия (ЮНИКРИ) объявили о результатах самого широкомасштабного из когда-либо проводившихся глобального исследования использования кокаина, в котором участвовали более 40 исследователей из разных стран мира. Выводом исследования явилось заключение о том, что, по-видимому, использование листьев коки не оказывает негативного воздействия на здоровье и выполняет священные и социальные функции для коренного населения. Исследование призывало к дополнительным изучениям положительного терапевтического использования листьев коки. Исследование показало также, что вредные последствия употребления кокаина менее распространены, чем последствия таких легальных наркотиков, как алкоголь и табак, и сконцентрированы они среди потребителей высоких доз.

Когда результаты исследований стали известны делегатам государств-членов, официальные лица США выступили против их публикации, поскольку, по словам одного из представителей США на Всемирной ассамблее здравоохранения, этот проект, «развиваясь в неверном направлении, (...) подрывал усилия международного сообщества по искоренению незаконного выращивания и производства коки». Представитель США прояснил позицию своей страны, заявив: «Если деятельность ВОЗ, связанная с наркотиками, не в состоянии укрепить проверенные подходы к контролю над наркотиками, следует сократить средства на соответствующие программы». Это политическое вмешательство в научное исследование привело к прекращению работ по этому проекту, оставшаяся часть его так и не была завершена, и полные результаты этих исследований никогда не были опубликованы.[23]

“Открытие второй сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам, Лейк Соксес, Нью-Йорк, 1947 г. UN Photo.

МЕЖДУНАРОДНАЯ СИСТЕМА СПИСКОВ

ИСТОРИЯ ГЛОБАЛЬНОГО РЕЖИМА КОНТРОЛЯ НАД НАРКОТИКАМИ

Вдохновило идею запрета на любое «рекреационное» употребление определенных психоактивных веществ растущее влияние англо-американского христианского пуританства и антиалкогольное движение за трезвый образ жизни в конце 19-го и начале 20-го веков, что привело к запрещению алкоголя в Соединенных Штатах в период между 1920 и 1933 годами. Стремление к запрету стимулировалось и расистскими настроениями в отношении китайских и мексиканских иммигрантов, которые употребляли опиум и каннабис. Понятие «зависимости» первоначально относилось к симптомам людей, употребляющих опиоиды. Не считалось, что кокаин вызывает зависимость, потому что он не вызывал того же эффекта, что и опиоиды, когда его начали употреблять в середине 1880-х годов. Предполагалось, что он не вызывает привыкания еще и потому, что считался относящимся к западной медицине и «не нес на себе стигмы «старых» досовременных наркотических веществ».[24]

Поначалу попытки сделать международным стремление искоренить то, что воспринималось как «моральное зло», были не очень успешными. В первом международном соглашении, Гаагской конвенции об опиуме 1912 года, были достигнуты договоренности относительно некоторых основных правил, регулирующих международную торговлю опием и ограничивающих производство лекарственных препаратов (морфина и кокаина) «медицинскими и законными» потребностями. Эти «законные» потребности включали широкое местное традиционное использование в странах, где выращивались эти растения. Женевская конвенция 1925 года по-прежнему поддерживала «законные цели» необработанных листьев опия и коки (глава II), но ограничивала производство наркотических препаратов «исключительно медицинскими или научными целями» (глава III).

> «У предвыборной кампании Никсона и позже у Белого дома во времена Никсона было два врага: левые, выступавшие против войны, и чернокожее население. Вы понимаете, о чем я говорю? Мы знали, что не можем объявить незаконными выступления против войны или за чернокожих, но, заставив общественность ассоциировать хиппи с марихуаной, а чернокожих с героином, затем криминализируя жестко то и другое, мы могли разрушить эти общины. Мы могли арестовывать их лидеров, совершать набеги на их дома, разгонять их собрания и обвинять их каждый раз в вечерних новостях. Знали ли мы, что лгали о наркотиках? Конечно, знали».
>
> **Джон Эрлихман (в 1994 году), помощник президента США Ричарда Никсона по внутренним делам (1969–1973 годы)**

Европейские колониальные державы контролировали доходные монополии в торговле опиумом, кокой и каннабисом на своих заморских территориях. Первые международные договоры о контроле над наркотиками находились под сильным влиянием колониальных интересов, а также культурных предрассудков: алкоголь и табак были социально приемлемыми наркотиками в странах происхождения основных участников переговоров, поэтому они никогда серьезно не рассматривались как наркотики, подлежащие международному контролю. Колониальные монополии снабжали местные опиумные рынки в Азии и рынки каннабиса в Северной Африке, признавая таким образом традиционное использование, а также поставляли многие препараты из опиатов, каннабиса и кокаина для европейского медицинского рынка.

Принцип составления списков наркотических веществ по различным категориям был впервые введен в Конвенцию 1931 года об ограничении производства и о регламентации распределения наркотических средств после того, как немецкая делегация утверждала, что кодеин является более безопасным терапевтическим веществом, чем опий, морфин или героин, и что она не сможет подписать договор, если его положения не проводят различий между ними. В то время немецкая фармацевтическая промышленность была ведущим производителем кодеина. В результате была разработана система двойной классификации с различными уровнями контроля и ограничений. «Большинство участников также согласились с тем, что использование препарата, вызывающего наименьшее привыкание, было, как правило, верным направлением действий, и поэтому кодеин был предпочтительнее морфина, когда это возможно. Но если бы все лекарства подвергались одинаковому уровню контроля, то есть все были бы одинаково труднодоступны и требовали бы одинакового количества документов для учета, у врачей и фармацевтов было бы меньше стимулов выбирать более новые, потенциально менее проблемные вещества, такие как кодеин».[25] Под давлением Германии и столкнувшись с правдоподобным аргументом, делегаты достигли компромисса, создав двухуровневую регулирующую структуру: лекарства группы II были освобождены от требований розничной отчетности и могли продаваться как лекарства, отпускаемые без рецепта.

Конвенция 1931 года ввела еще один важный принцип: «она применяла меры контроля не только к наркотикам, которые сами по себе опасны, но и к веществам, которые могут быть «превращены» в такие наркотики».[26] Наркотики, «способные вызывать зависимость», были помещены в группу I, тогда как наркотики, превращаемые в такие лекарства, были помещены в группу I, подгруппу (b), если они имели ограниченное медицинское применение, и в группу II, если они широко использовались в медицине.

До 1961 года глобальная система контроля над наркотиками была ориентирована на введение ограничений на международную торговлю и была разработана таким образом, чтобы учитывать и уважать национальные различия между законами государств. Основной задачей было «предотвратить неконтролируемый экспорт определенных веществ в государства, которые запретили эти вещества. Эта терпимость к различиям была основополагающей у истоков международной системы контроля до 1946 года, пока в послевоенный период не была проведена трансформация системы, кульминацией которой стала Конвенция 1961 года. Результатом чего стала попытка превратить то, что по сути было системой на основе «взаимности», в морально заряженный «абсолютный» принцип запрета».[27]

Два столпа международной системы контроля – это система разрешений на ввоз и вывоз, созданная в соответствии с Конвенцией 1925 года, и система для обеспечения баланса между глобальным законным производством и оценками глобальных потребностей, установленная в Конвенции 1931 года. Они все еще действуют и управляются Международным комитетом по контролю над наркотиками (МККН). По словам Адольфа Ланде, который сыграл ключевую роль в разработке системы договоров ООН по контролю над наркотиками после Второй мировой войны, эти административные системы для контроля за международной торговлей привели к ожидаемому результату. К 1950-м годам «только очень незначительные количества веществ из легальных источников производства все еще оказывались перенаправленными в незаконные каналы через международную торговлю.[28] Однако по словам Ланде, «незаконный оборот является следствием контроля»[29], и «подпольные фабрики, которые могли сравнительно легко приобретать опий или листья коки, заняли место законных производителей в качестве поставщиков в незаконном обороте наркотических средств».[30]

В 19 веке психоактивные вещества, считающиеся в настоящее время незаконными, продавались в качестве лекарственных средств при целом ряде заболеваний, например, кокаин для лечения депрессии. Из архивов.

Культивирование и традиционное использование трех растений, чьи производные изначально были предметом озабоченности при попытках построить международный режим контроля, до 1961 года не подпадали под руководящее правило нынешней системы: строгое ограничение, оставляющее только медицинские и научные цели. В Азии, Африке и на Ближнем Востоке опиум и каннабис, а также кока в регионе Анд уже давно широко использовались и были социально приемлемыми для культурных, церемониальных и традиционных медицинских целей. Для Комиссии ООН по наркотическим средствам (КНС) в 1955 году это представляло собой «серьезный пробел, который Комиссия решила устранить, взявшись за разработку проекта Единой конвенции. Поэтому Комиссия не допустила каких-либо исключений из этого правила при принятии решения о включении его в постоянные правила проекта Единой конвенции».[31]

После Второй мировой войны в разгар борьбы за реконструкцию и глобальную деколонизацию начались переговоры об укреплении международного режима путем создания новой «Единой конвенции» под эгидой Организации Объединенных Наций, которая заменила бы прежние договоры. Единая конвенция 1961 года имела целью объединить многочисленные довоенные договоры в «единый» правовой инструмент, но также должна была устранить пробелы в контроле над источниками незаконного производства и торговли, которые возникли в результате реализации эффективных мер против утечки наркотических веществ из законных источников.

Колониальные державы: Британия, Голландия и Франция, которые ранее сопротивлялись введению более строгих правил запрета, утратили контроль над своими прибыльными законными монополиями над производством опия, коки и каннабиса в своих бывших колониях, таких как Индия, Бирма, Индонезия и Марокко. Новые независимые государства были менее успешными, чем их бывшие колониальные правители, в сопротивлении давлению США, направленному на установление глобального режима запрещения наркотиков; баланс сил изменился. Предложения позволить продолжение некоторых из этих многовековых практик путем расширения формулировки общего обязательства договора «ограничивать исключительно медицинскими и научными целями» путем добавления «и других законных целей» (как в договорах 1912 и 1925 годов), были отклонены.[32] После трудных переговоров Единая конвенция обязала страны расширить национальный контроль за выращиванием опийного мака, коки и каннабиса, ввести уголовные санкции за их незаконное культивирование и запретить все традиционные виды использования. [33]

Единая конвенция 1961 года «воплощает общую стратегию развитых стран-потребителей наркотиков, направленную на сокращение и, в конечном итоге, прекращение выращивания растений, производящих наркотики, – цели, которые могут быть достигнуты только при определенных потерях для развивающихся стран, где эти растения выращивались».[34] Все традиционные виды употребления каннабиса и коки должны были быть отменены в течение 25 лет, а «квази-медицинское» использование опия в течение 15 лет. Спорным образом, каннабис («цветущие или плодовые верхушки растения конопли») и смола каннабиса были внесены в Списки I и IV, последний из которых зарезервирован для веществ с «особо опасными свойствами» и с мало или вообще не признанной терапевтической ценностью. Эта строгая классификация была сделана без надлежащей оценки ВОЗ по рекомендации ее Комитета экспертов по лекарственной зависимости, (ECDD), органа, уполномоченного конвенцией давать рекомендации по составлению списков веществ.[35] Адольф Ланде сказал, что каннабис «определен как один из «наркотических» сельскохозяйственных продуктов, контроль над которыми, несомненно, представляет собой самое слабое место международного режима».[36]

Включение листа коки в Список I наряду с кокаином также было сделано без надлежащего научного исследования со стороны ВОЗ. Критерии, определяющие классификацию веществ в соответствии с Единой конвенцией, включают «принцип сходства» (если вещество напоминает вещество, которое уже контролируется, оно требует аналогичного контроля) и «принцип конвертируемости» (если вещество «прекурсор» может быть легко преобразовано в наркотик, уже находящийся под контролем, оно требует аналогичного контроля). Эти критерии увековечили исторический перекос, заложенный в систему, и привели к применению того же контроля над растительным сырьем и алкалоидами.

НЕСООТВЕТСТВИЯ СТАВЯТ ПОД СОМНЕНИЕ СУЩЕСТВУЮЩУЮ СИСТЕМУ

Структурные несоответствия в системе списков усугубились, когда структура договоров получила дальнейшее развитие с появлением Конвенций 1971 и 1988 годов. Было проведено сомнительное научное различие между так называемыми «наркотическими» веществами 1961 года и «психотропными» веществами 1971 года, чтобы обеспечить более мягкий контроль над рядом фармацевтических препаратов, включая амфетамины, барбитураты и транквилизаторы. Как отмечается в комментарии к Типовому закону о наркотиках 2000 года, Международная программа ООН по контролю над наркотиками (ЮНДКП), которая стала Управлением ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН), «проводит международную классификацию наркотических средств и психотропных веществ в зависимости от того, регулируется это вещество Конвенцией 1961 года или Конвенцией 1971 года, что не имеет концептуальной основы. Юридическое определение многих психотропных веществ полностью применимо к наркотическим средствам, и во многих случаях верно обратное».[37]

Правительства Скандинавских стран начали поднимать тревогу по поводу растущих проблем со злоупотреблением амфетамином в 1950-х годах. «Усилия по контролю внутреннего распределения оказались безуспешными, потому что соседние государства в Западной Европе, особенно Западная Германия, не наложили существенного экспортного контроля. Как и в случае с опиатами полвека назад, различия в национальном регулировании способствовали торговле, которую одно правительство считало незаконной, а его сосед - законной».[38] Первоначальное предложение заключалось в том, чтобы поставить эти вещества под международный контроль, добавив их в списки Конвенции 1961 года.

По мнению должностных лиц ВОЗ, пагубные последствия амфетаминов действительно можно «считать «схожими» с последствиями кокаина, оба вещества вызывают стимуляцию центральной нервной системы, [и] с пагубными последствиями барбитуратов, вызывающих зависимость, и тех транквилизаторов, которые также вызывают привыкание. Можно также считать, что по этой причине они похожи на побочные эффекты морфина – все эти препараты вызывают депрессию центральной нервной системы. Причина, по которой Всемирная организация здравоохранения не может принять это как сходство веществ, не обязательно является технической, она может быть юридической».[39]

Вилльям МакАлистер сказал, что «многонациональные фармацевтические компании оказали влияние на правительства во всем мире, чтобы они заняли более разрешительную позицию в отношении психотропных средств, чем традиционно принимаемые в отношении опиатов и продуктов из коки».[40] Вот почему было принято решение об обсуждении отдельного протокола для этих веществ, который стал в 1971 году Конвенцией о психотропных веществах. Многие страны «скопировали существующие списки из международных договоров полностью или с небольшими изменениями. Таким образом, конфигурация списков существенно повлияет на способность фармацевтических фирм продавать свою продукцию на потенциально прибыльных зарубежных рынках».[41]

В ходе переговоров представитель Индии выразил надежду, что «поскольку страны-производители опиума в течение последних нескольких десятилетий приняли строгий контроль над опием в интересах всего человечества, ожидается, что развитые страны, производящие психотропные вещества, теперь также будут сотрудничать в деле обеспечения действительно эффективных мер контроля над этими веществами».[42] Меры контроля, введенные в отношении не-фармацевтических веществ, включенных в Список I (ЛСД, МДМА, псилоцибин, мескалин), действительно такие же строгие, если не строже, чем те, что предусмотрены в Конвенции 1961 года. Режим контроля трех других списков 1971 года, однако, значительно более снисходительный, хотя в ряде резолюций ЭКОСОС позднее содержался призыв к сторонам принимать более строгие меры, чем те, что предусмотрены договором.[43] Комиссия экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости привлекла внимание к проблемам, которые возникли в процессе работы над списками (вставка 4).[44]

ВСТАВКА 4 Неоднозначные эффекты (Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости (ECDD))[45]

«По сути, сходство в отношении злоупотребления и вредных последствий с уже контролируемыми наркотиками является критерием, применяемым к наркотическим средствам. В соответствии с Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года (далее именуемой «Конвенция 1961 года»), ECDD, принимая решение о том, следует ли рекомендовать международный контроль, сначала определяет, имеет ли рассматриваемое вещество эффекты, подобные эффектам морфина, кокаина или каннабиса, или его можно преобразовать в вещество, обладающее такими эффектами, внесенное в списки. Если это так, то Комитет затем определяет, может ли вещество приводить к злоупотреблению и оказывает ли оно вредные воздействия аналогично веществам, включенным в Список I или Список II, или подтверждает, что оно может быть преобразовано в вещество, уже находящееся в одном из этих Списков.

Однако в Руководстве не содержится конкретных указаний относительно того, насколько сходным с исходным наркотическим средством должно быть вещество, чтобы его можно было считать морфиноподобным, кокаиноподобным или каннабисоподобным. Отсутствие конкретных рекомендаций по этому вопросу создает значительные трудности для ECDD, когда рассматриваемый препарат имеет некоторое сходство, например, как с наркотическим средством, так и с психотропным веществом, поскольку критерии составления списков в Конвенции о психотропных веществах 1971 года (далее именуемой как «Конвенция 1971 года») также включают правило сходства. Решение о том, следует ли контролировать обезболивающие и стимулирующие препараты в соответствии с Конвенцией 1961 или 1971 годов, является серьезной проблемой. Большинство сильнодействующих анальгетиков контролируются в соответствии с Конвенцией 1961 года, но некоторые из них контролируются как психотропные вещества в соответствии с Конвенцией 1971 года. Из стимуляторов центральной нервной системы кокаин подпадает под Конвенцию 1961 года, а амфетамины – под Конвенцию 1971 года. Таким образом, критерии выбора между двумя конвенциями неоднозначны для этих классов наркотиков».

Еще одно проявившееся несоответствие заключалось в том, что, хотя Конвенция 1961 года включала растительное сырье и другие прекурсоры, Конвенция 1971 года намеренно исключала эти «конвертируемые» вещества. Этот пробел был закрыт Конвенцией 1988 года, которая включает прекурсоры для «психотропных веществ», но не для «наркотических средств» (уже охваченных Конвенцией 1961 года), а также химические реагенты и растворители, часто используемые в незаконном производстве обоих. Соответствующее разделение возникает между договорными органами: ВОЗ выпускает рекомендации по прекурсорам для наркотиков, а Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) – по прекурсорам для психотропных веществ.

Конвенция 1971 года также включает в себя «принцип непринятия» в отношении всех решений о работе со списками. Участнику конвенции разрешается подать уведомление, объясняющее, почему, «ввиду исключительных обстоятельств, он не в состоянии применить в отношении этого вещества все положения Конвенции» (статья 2.7). Это дает больше гибкости по сравнению с Конвенцией 1961 года для национальных отклонений от списков ООН.

В Конвенции 1931 года полномочия по добавлению других наркотических средств, производимых из алкалоидов опия или коки, в I или II группу были предоставлены Комитету здравоохранения Лиги Наций. После Второй мировой войны под эгидой Организации Объединенных Наций эти полномочия были переданы ВОЗ, «действующей по рекомендации комитета экспертов», и распространились на любое вещество, обладающее морфиноподобным или кокаиноподобным действием, или «преобразуемое» в такое вещество.[46] Таким образом, решения по внесению в списки первоначально принимались специализированными учреждениями здравоохранения, уполномоченными международным сообществом. Однако Единая конвенция 1961 года передала эти полномочия Комиссии по наркотическим средствам при условии принятия рекомендаций ВОЗ простым большинством голосов государств-членов этой Комиссии. Таким образом, в некоторой степени решения относительно рекомендаций научных экспертов ВОЗ о внесении в списки стали предметом политических соображений государств-членов.

Согласно официальному комментарию, в котором государствам-членам дается руководство о том, как они должны толковать Конвенцию 1961 года, КНС «в принципе должна принять результаты фармакологических и химических исследований Всемирной организации здравоохранения. Когда она не принимает рекомендацию Всемирной организации здравоохранения, она должна руководствоваться другими соображениями, например, административного или социального характера».[47] Комиссия может только принять или отклонить рекомендацию ВОЗ, а не выбирать другой список и «[н]и в каком случае, Комиссия не может принять решение о распространении контроля на какое-либо вещество, если Всемирная организация здравоохранения не выступила с рекомендацией сделать это».[48]

Аналогичные положения применяются в соответствии с Конвенцией 1971 года, в которой говорится, что оценки ВОЗ «должны быть определяющими в отношении медицинских и научных вопросов»,[49] а в Комментарии поясняется, что эти оценки «должны приниматься Комиссией, которая не уполномочена основывать свои решения на других медицинских или научных мнениях».[50] Решения об изменениях в списках 1971 года, однако, принимаются большинством в две трети голосов, и КНС может принять решение о добавлении вещества в другой список, отличающийся от рекомендованного ВОЗ, «учитывая экономические, социальные, правовые, административные и другие факторы, которые, по ее мнению, имеют отношение к данному вопросу».[51]

ДИАГРАММА 2 **Различные психоактивные лекарства**

Адаптировано из Википедии Глобальной комиссией по наркополитике

НЕ СОСТОЯВШИЙСЯ БАЛАНС: ДОСТУП К КОНТРОЛИРУЕМЫМ ЛЕКАРСТВАМ

Международный режим контроля над наркотиками основан на принципе установления баланса между обеспечением доступа к контролируемым лекарственным средствам и предотвращением их утечки. Системе контроля удалось пресечь утечку легально произведенных фармацевтических опиатов и кокаина в каналы незаконного распространения, которая происходила в широких масштабах перед Второй мировой войной. ВОЗ утверждает, что «всеобщее принятие договоров и их осуществление по-прежнему весьма эффективно предотвращают утечку наркотиков с законных на незаконные рынки в международной торговле».[52] По данным МККН, больше всего незаконная утечка фармацевтических препаратов в настоящее время происходит на национальном уровне: «Поскольку утечка наркотических средств и психотропных веществ из международной торговли практически прекратилась, утечка таких веществ из законных внутренних каналов распределения стала основным источником поставок на незаконные рынки».[53]

Беспрецедентная эпидемия передозировки в Соединенных Штатах является драматическим напоминанием о важности поддержания надлежащего баланса между обеспечением адекватного доступа к обезболивающим лекарствам и обузданием рисков увеличения проблемного применения и передозировки при отсутствии эффективных мер контроля. Эпидемию питают различные источники: незаконно ввезенный героин, в основном из Мексики и Колумбии, фармацевтические обезболивающие, полученные по рецепту врача, утечка фармацевтических препаратов в каналы незаконного распространения, продажи через Интернет, либо через «серые» сайты с низкими барьерами для рецептов, либо через нелегальные крипто-рынки, и недавний феномен появления на рынке сильнодействующих веществ типа фентанила, включая мексиканский героин, смешанный с фентанилом.

Агрессивный маркетинг фармацевтических обезболивающих средств включал в себя намеренное искажение фактов, например, утверждение о том, что риск зависимости низкий. Такая тактика увеличила продажи, особенно OxyContin, введенного Purdue Pharma в 1996 году,[54] что сделало «большие количества гидрохлорида оксикодона легко доступными для ингаляций и внутривенных инъекций».[55] Это было основным фактором, вызвавшим эпидемию, конца которой пока не видно из-за хронического отсутствия эффективных мер по снижению вреда.[56] Несмотря на то, что кризис достиг угрожающих масштабов, обстоятельства, которые способствовали его возникновению, являются специфическими для Соединенных Штатов, включая безответственное поведение фармацевтических компаний, нерегулируемую частную медицинскую практику и мошеннические каналы выписывания рецептов и распределения, действующие безнаказанно. Глобальная комиссия подробно рассмотрела кризис в своем позиционном документе «Опиоидный кризис в Северной Америке» в 2017 году.[57] На самом деле большая часть населения земли страдает от диаметрально противоположного кризиса в области общественного здравоохранения и прав человека – от эпидемии нелеченой боли и хронического отсутствия доступа к основным лекарствам. Такое отсутствие доступа особенно проблематично для ряда контролируемых лекарств, которые изготовлены из «наркотических» веществ или содержат их.

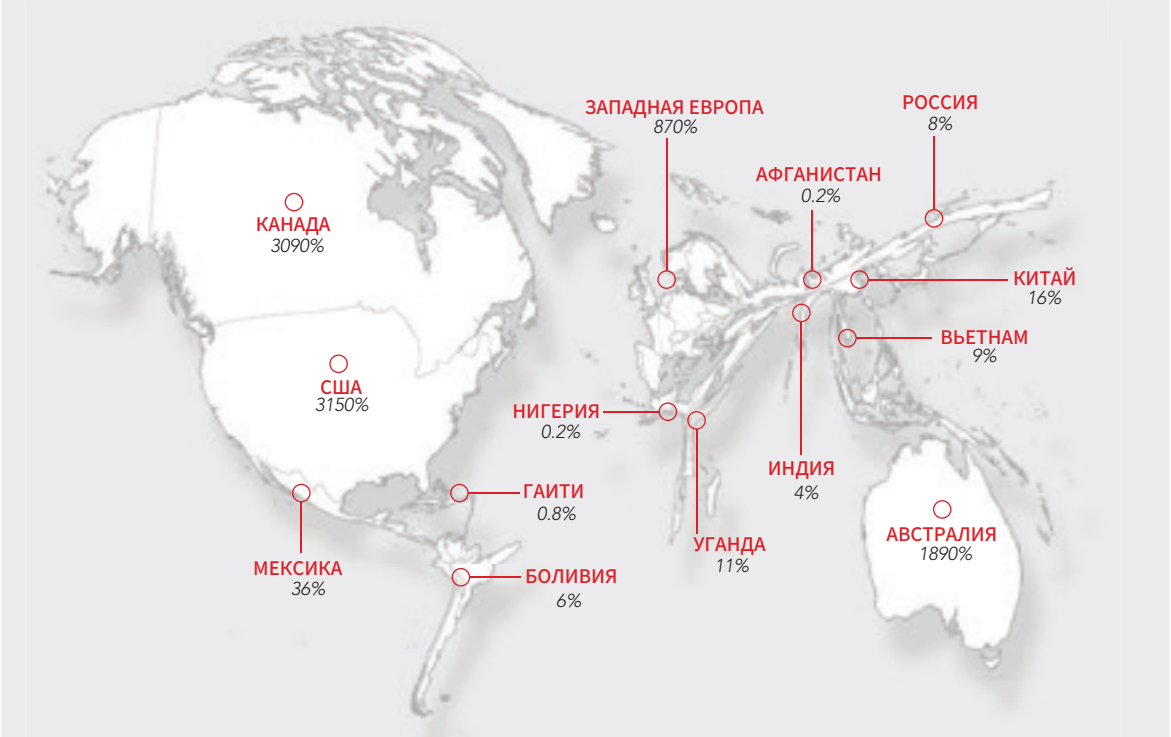
ВСТАВКА 5 Внесение кетамина в международные списки

Кетамин является анестетиком, используемым как в ветеринарных, так и в хирургических вмешательствах на людях, и часто является единственным анестетическим средством, доступным на больших территориях Глобального Юга. Кетамин прост в использовании, особенно в слаборазвитых, сельских местностях и в экстренных ситуациях, где клинически контролируемые условия недоступны; он не подавляет дыхательную функцию и безопасен с точки зрения передозировки при использовании под медицинским руководством. По этим причинам кетамин включен в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств. В то же время кетамин из-за его диссоциативного эффекта также используется в рекреационных целях в виде галлюциногена, формы потребления, выросшей в последние годы, что побуждает Китай при поддержке других азиатских стран и МККН контролировать вещество согласно положениям международного права. ECDD ВОЗ, однако, сообщила, что были высказаны опасения, что «если кетамин будет поставлен под международный контроль, это отрицательно скажется на его наличии и доступности». Это, в свою очередь, ограничит доступ к чрезвычайным и неотложным хирургическим вмешательствам, что приведет к кризису в области общественного здравоохранения в странах, где нет доступных альтернативных анестетиков».[68]

Система списков при ее создании была оправдана как механизм, необходимый для улучшения доступа. «Предусматривая применение более мягких мер для лекарств в Группе II, авторы Конвенции 1931 года руководствовались тем, что доступность широко используемых полезных лекарств с относительно небольшим потенциалом злоупотребления не должна быть слишком сложной, и что при установлении мер контроля необходимо принимать во внимание как необходимость предотвращения злоупотреблений, так и упрощение легального использования».[58] Аналогичное обоснование лежит в основе более мягкого режима контроля, установленного в соответствии с Конвенцией 1971 года: «Авторы Венской конвенции [1971 года] считают, что они не могут обеспечить очень строгий контроль очень широко используемых лекарств, потому что это уменьшило бы доступность их для терапевтических целей. Вместо этого они подчеркнули полезность знаний об опасных свойствах используемых веществ и образования в борьбе со злоупотреблением наркотическими веществами».[59]

По мнению ВОЗ, «обязательству по предотвращению злоупотребления контролируемыми веществами уделялось гораздо больше внимания, чем обязательству обеспечивать их адекватную доступность для медицинских и научных целей, и это привело к тому, что страны приняли законы и нормативные акты, которые последовательно и серьезно затрудняют доступ к контролируемым лекарствам».[60]

ДИАГРАММА 3 Глобальный доступ к обезболивающим



Источник: Кнаул, Ф.,Бхаделиа,А. Родригес, Н., Арреаола-Орнелас, Х., Циммерман, К. «Комиссия The Lancet по паллиативному лечению и обезболиванию – изыскания, рекомендации и будущие направления» The Lancet, март 2018 г..

Признавая существенные пороки системы, в 2007 г. ВОЗ запустила Программу обеспечения доступа к контролируемым лекарственным средствам (ACMP), чтобы помочь правительствам определить и устранить ключевые барьеры для доступа.[61] В 2011 году ВОЗ опубликовала руководящие принципы по обеспечению баланса в национальной политике в отношении контролируемых веществ;[62] в 2015 году МККН посвятил дополнение к своему докладу о доступности контролируемых лекарственных средств;[63] и в итоговом документе Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по наркотикам 2016 года содержался специальный раздел по этому вопросу.[64] Несмотря на растущие усилия, согласно последнему отчету о проделанной работе МККН, в большинстве стран Африки, Азии, Латинской Америки, Карибского бассейна и Восточной Европы доступ к опиоидным анальгетикам и ряду основных психотропных веществ остается недостаточным или даже снижается: «Люди продолжают страдать; люди оказываются в разных ситуациях, от тех, когда приходится подвергаться операции без анестезии, до тех, когда нет доступа к необходимым лекарствам, и тех, когда человек умирает от боли, которой можно было бы избежать».[65] Последствия этого «глубокого дисбаланса», который благоприятствует карательным подходам, а не обеспечению доступа к контролируемым лекарственным средствам, были подробно изложены в докладе Глобальной комиссии за 2015 год «Боль, которую можно было бы избежать: Всемирный кризис здравоохранения, спровоцированный наркоконтролем».[66]

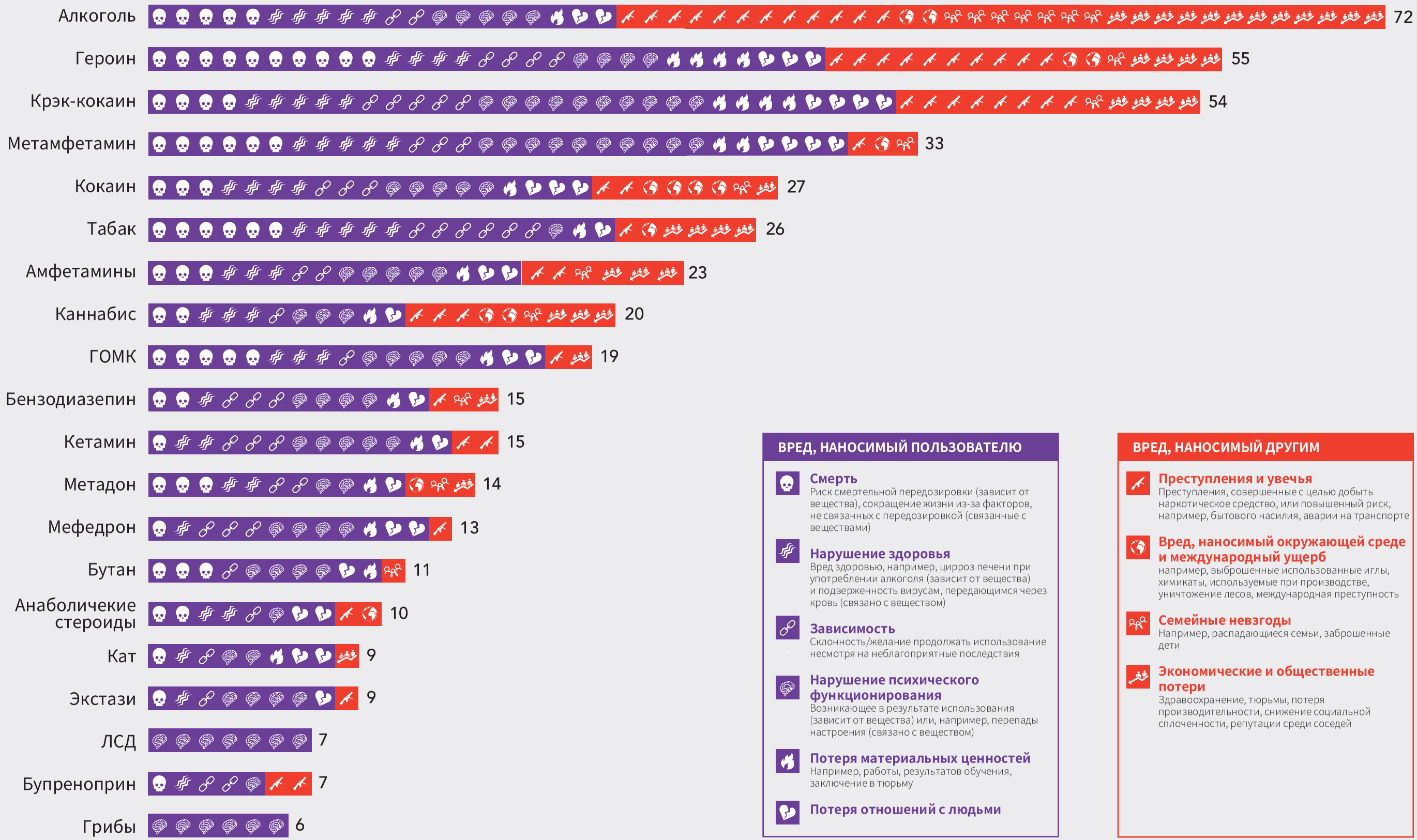
Этот глубоко укоренившийся дисбаланс оказался трудно преодолимым, что стало очевидным в недавних разногласиях по поводу внесения в списки трамадола и кетамина (Вставка 5). В обоих случаях после неоднократных проверок ВОЗ в своей рекомендации выступала против международного контроля, утверждая, что внесение в списки затруднит доступ к ним для медицинского использования. В то же время МККН поддержал призывы стран в пользу международного контроля и рекомендовал странам, по крайней мере, ввести контроль в соответствии с национальным законодательством о контроле над наркотиками. Это продемонстрировало разницу в отношении между ECDD ВОЗ и секретариатом МККН и попытку МККН вмешаться в то, что явно является договорным мандатом ВОЗ.[67]

РЕКОМЕНДАЦИЯ

Международное сообщество должно признать несогласованность и несоответствия международной системы списков и инициировать критический пересмотр существующих моделей классификации наркотических веществ.

Негативные последствия нынешних международных Списков для контроля над наркотиками уже нельзя игнорировать. Эти последствия варьируются от нехватки основных лекарств в странах с низким и средним уровнем дохода до распространения инфекционных заболеваний и травм, выросшего уровня смертности и глобального кризиса переполненности тюрем. Международное сообщество должно противостоять этим вызовам, а также оценивать и исправлять негативные последствия нынешних перечней существующей классификации.

ДИАГРАММА 4 **Сравнительный уровень вреда наркотических средств**



Источник: Схема построена на основании научного моделирования, проведенного Давидом Наттом и другими (название и ссылка) и их оценки различного уровня вреда наркотических веществ, используемых в рекреационных целях в Великобритании, с использованием анализа решений по множеству критериев

Мужчины несут тюки с катом на рынке ката Атиру Гайтис (Атерогайту) в Кении, где он продается по цене около 600 шиллингов (5,21 евро) за килограмм. До того, как наркотик был запрещен в Великобритании, экспорт ката в Великобританию сделал Атиру Гайтис самым большим рынком ката в Кении. © Паскаль Мэтр/Panos 2017

УРОКИ (ПОЛУ)ЛЕГАЛЬНЫХ РЫНКОВ

РАСТЕНИЯ, СОДЕРЖАЩИЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА, НЕ ВНЕСЕННЫЕ В СПИСКИ

Конвенция 1961 года была разработана с учетом веществ, полученных из трех основных растений: опийного мака, коки и каннабиса, а также в ней был установлен контроль над самими растениями. Однако несколько других психоактивных растений не попали под международный контроль. В своем докладе за 2010 год в специальной теме «Растительный материал, содержащий психоактивные вещества», МККН обратил внимание на тот факт, что «хотя некоторые активные стимулирующие или галлюциногенные ингредиенты, содержащиеся в ряде растений, контролируются в соответствии с Конвенцией 1971 года, в настоящее время ни одно растение не контролируется ни в соответствии с этой Конвенцией, ни в соответствии с Конвенцией 1988 года».[69] МККН рекомендовал «правительствам рассмотреть возможность контроля такого растительного материала на национальном уровне, где это необходимо».[70]

Включение активных соединений ката (катинона, катина) и аяуаски (ДМТ) в Конвенцию 1971 года и эфедры (эфедрина, псевдоэфедрина) в качестве прекурсора метамфетамина в Конвенцию 1988 года создало правовую неопределенность вокруг этих растительных материалов в нескольких странах.[71] Однако во многих других странах выращивание и использование этих и других растительных стимуляторов и психоделиков является полностью законным. В случае кратома (Mitragynia speciosa) его основной алкалоид митрагинин также не находится под международным контролем. Распространение некоторых из этих растительных веществ из их традиционных культурных условий на новые рынки создало правовые проблемы, а также интересные возможности.[72]

Жевание ката широко практикуется в Восточной и Южной Африке (особенно в Эфиопии, Сомали и Кении), на Мадагаскаре, на Аравийском полуострове и в общинах национальных диаспор в Европе и Северной Америке из-за его мягкого стимулирующего воздействия.[73] Психоактивные соединения растения кат находятся под международным контролем с 1988 года: катинон в Списке I и катин (норпсевдоэфедрин) в Списке III Конвенции 1971 года и норэфедрин в соответствии с Конвенцией против незаконного оборота наркотических средств 1988 года в качестве прекурсора, используемого при незаконном изготовлении амфетамина. Сам кат также рассматривался для включения в списки договоров о контроле над наркотиками, но ВОЗ в 2006 году после критического обзора пришла к выводу, что «вероятность злоупотребления и зависимости низка [и] уровень злоупотребления и угрозы для общественного здоровья не достаточно значителен, чтобы вызывать необходимость международного контроля».[74] После того, как ВОЗ рекомендовала не вводить контроль, МККН продолжал призывать «власти к рассмотрению возможности принятия соответствующих мер для контроля за его культивированием, торговлей и использованием».[75]

В Норвегии, Швеции и Соединенных Штатах кат был запрещен вскоре после включения катинона в самый строгий Список I Конвенции 1971 года. С тех пор запреты были введены в Канаде и в большинстве европейских стран, последние запреты – в 2013 году в Нидерландах и в 2014 году в Великобритании, где запрет был введен не на основе рекомендаций от компетентных национальных ведомств, а скорее потому, что они «хотели идти в ногу с соседними странами, которые криминализировали кат [...], и избежать того, чтобы страна стала центром торговли катом для остальной части Европы».[76] Таким образом, вопреки рекомендациям ВОЗ, кат стал контролируемым веществом во все большем числе стран, и не ясно еще, какие будут последствия этого. Существует риск повторения истории, в том числе культурной невосприимчивости и антииммигрантских настроений, которые ознаменовали первые дни запрета.

Тем временем на Африканском Роге производство, торговля и потребление ката остаются легальными, а рынок расширяется. В 2017/18 годах только в Эфиопии, по данным центрального статистического агентства правительства страны, было почти 3 миллиона мелких фермеров, выращивающих кат на примерно 260 000 га[77] (для сравнения, общая площадь культивирования кокаинового куста в мире в 2016 году составляла 213 000 га[78]). Хотя большая часть ката потребляется в Эфиопии, примерно 20 процентов (около 50 000 тонн) экспортируется, главным образом, в соседние Сомали и Джибути, а также в восточноафриканскую диаспору и на новые рынки, включая Китай, что составляет около 9 процентов всей суммы экспорта Эфиопии.[79] Поскольку стимулирующие свойства ката уменьшаются в течение трех дней после сбора урожая, его необходимо быстро доставить на эти отдаленные рынки самолетом, что делает международную торговлю в страны, где недавно запрещен кат, очень уязвимой для полицейских и таможенных запретов. «Эти фермеры неизбежно пострадают из-за растущего числа запретов на потребление ката, появившихся в странах по всему миру. [..] В результате правительство Эфиопии сталкивается с законодательными и политическими дилеммами, связанными с индустрией ката. У него мало завидных вариантов: игнорировать такие запреты и потворствовать экспорту вещества, которое считается незаконным во многих странах, по существу становясь соучастником в незаконном обороте и контрабанде, или предпочесть контроль и ограничение производства и потребления урожая, который обеспечивает жизнь миллионов людей Эфиопии и вкладывает сотни миллионов долларов в ежегодные расходы и потенциально провоцирует политическую нестабильность».[80]

Удивительно быстро растущий международный рынок кратома является еще одним примером формирующейся международной правовой сумеречной зоны. Кратом (Mitragynia speciosa korth), тропическое дерево, произрастающее в Юго-Восточной Азии, дает широкие листья, которые долгое время использовались в лечебных и рекреационных целях.[81] Кратом не находится под международным

контролем, но был запрещен в Австралии, Малайзии, Мьянме и Таиланде, а Соединенные Штаты и некоторые европейские государства рассматривают меры по противодействию его широкому распространению через Интернет. За последнее десятилетие его рынок в США резко вырос. По оценкам за 2016 год, «несколько миллионов потребителей покупают товары в более чем 10 000 торговых точек с предполагаемым годовым объемом рынка в 207 миллионов долларов США».[82]

Управление по борьбе с наркотиками США (DEA) объявило в 2016 году, что намерено включить кратом в Список I, утверждая, что «в отчетах особенно отмечается, что пользователи обратились к кратому в качестве замены других опиоидов, таких как героин. В Соединенных Штатах кратом неправильно используют для самостоятельного лечения хронической боли и симптомов отмены опиоидов, когда пользователи сообщают, что его эффекты сравнимы с действием опиоидов, отпускаемых по рецепту».[83] Объявление вызвало массовый общественный резонанс, который заставил DEA пересмотреть свои действия и дать время для дополнительного рассмотрения этого вопроса.[84]

Опрос потребителей кратома подтвердил, что для многих «использование кратома предназначалось для устранения симптомов, включающих боль, упадок сил, депрессию или тревожное настроение. Кроме того, в значительной части, если не в большинстве, случаев он применялся, чтобы снизить обращения или полностью воздержаться от получения рецептов или покупки лекарств, отпускаемых без рецепта, для лечения заболеваний, для которых профиль побочных эффектов кратома был более терпимым».[85] Более того, «запрет на доступ к кратому путем внесения его в списки может привести к проблемам в области общественного здравоохранения, которые в настоящее время отсутствуют или находятся на очень низком уровне, поскольку это приведет к смещению в значительной степени законного розничного рынка к незаконным производителям и дистрибьюторам средств без контролируемой маркировки, чистоты или стандартов содержания, или эффективной возможности удалять фальсифицированные продукты с рынка».[86]

По инициативе Американской ассоциации кратома такие штаты, как Джорджия, Невада и Юта, приняли Закон о защите прав потребителей кратома, считая, что «исследование преимуществ и рисков в отношении безопасности кратома и его роли в борьбе с опиоидной зависимостью важно для общественного благосостояния населения».[87] Закон устанавливает возрастной предел 18 лет для продажи кратома. Требуется четкая маркировка продуктов с кратомом с указанием количества митрагинина и 7-гидроксимитрагинина, четкие указания по применению и меры предосторожности в отношении безопасности и эффективности препарата. Эти местные законодательные инициативы представляют собой многообещающую нормативную альтернативу инициативе DEA.

На юге Таиланда кратом используют более миллиона человек, которые жуют листья или используют их для приготовления различных напитков в качестве альтернативы алкоголю. Поскольку Закон о кратоме 1943 года запрещал его использование, полиция проводила регулярные кампании, в ходе которых на задних дворах вырубались деревья кратома и проводились аресты тысяч пользователей кратома, что разжигало антиправительственные настроения среди преимущественно мусульманских общин региона. После углубленного академического исследования и эксперимента с «общественным контролем» кратома вместо криминализации, парламент Таиланда одобрил несколько поправок к закону о наркотиках в декабре 2018 года, которые разрешали традиционное медицинское использование кратома.[88]

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ КАННАБИСА

Медицинское использование каннабиса было законным в течение более чем двух десятилетий в нескольких штатах США, начиная с Калифорнии в 1996 году, а также в некоторых европейских странах и в Израиле. Это расширение рынка медицинского использования каннабиса ускорилось в последние годы; почти каждый месяц к этой тенденции присоединяется еще одна страна. В последние несколько лет быстрое распространение произошло в Европе (Чешская Республика, Германия, Греция, Люксембург, Польша и Словения) и Латинской Америке (Аргентина, Чили, Колумбия, Мексика, Перу, Уругвай), несмотря на многие недостатки в нормативно-правовой базе в большинстве этих стран. Эта тенденция также начинает проявляться в странах Карибского бассейна (Сент-Винсент и Гренадины, Ямайка), Африки (Южная Африка) и Азиатско-Тихоокеанского региона (Индия, Новая Зеландия, Таиланд).[89]

Начиная с 2012 года десять штатов США, а также округ Колумбия одобрили инициативы по проведению голосования или приняли законы, регулирующие употребление каннабиса за пределами медицинского применения, а Уругвай (2013 год) и Канада (2018 год) утвердили национальные законы по регулированию употребления каннабиса. Эти новые режимы, которые юридически регулируют весь рынок каннабиса, включая немедицинское или «рекреационное» использование, способствуют новым дебатам в других странах мира. Регулирование оборота конопли включено в повестку дня новых правительств Мексики и Люксембурга, а в Новой Зеландии правящая коалиция взяла на себя обязательство провести референдум к 2020 году по вопросу легализации немедицинского использования каннабиса. Правительство Нидерландов разрешит местные эксперименты по регулированию производства каннабиса для снабжения «кофеен», где допускается его покупка и использование. В Соединенных Штатах планируются дополнительные инициативы по проведению голосования на уровне штатов, и все больше законодательных органов штатов рассматривают законопроекты о регулировании потребления каннабиса.

Региональная комиссия по марихуане, созданная Карибским сообществом (КАРИКОМ), недавно пришла к выводу о том, что режим запрета на каннабис «не отвечает поставленным целям», и рекомендовала «внести существенные изменения в законы региона, чтобы обеспечить демонтаж этого режима [...], который оказался неэффективным, несправедливым и причинил больше вреда, чем пытался предотвратить».[90] Комиссии было поручено «провести тщательное расследование по социальным, экономическим, медицинским и юридическим вопросам, связанным с употреблением марихуаны в Карибском бассейне, и определить, следует ли изменить существующую классификацию наркотиков в отношении марихуаны, тем самым сделав это средство более доступным для всех видов использования (религиозного, рекреационного, медицинского и исследовательского)».[91]

В своем докладе Комиссия принимает доказательства того, что первоначальная классификация каннабиса была сделана без использования научных исследований и данных. «Учитывая ключевой вывод, который в настоящее время устанавливает, что каннабис/марихуана имеет несколько благотворных воздействий, каннабис/марихуана более не может быть достоверно классифицирована в законодательстве как «опасный наркотик», не имеющий «никакой медицинской или иной ценности».[92] Комиссия была единодушна в своем мнении о том, что «нынешняя правовая классификация выглядит устаревшей и специфической» и «больше не может быть поддержана в качестве оправдания для законотворчества и должна быть отклонена, поскольку она подрывает легитимность самого закона».[93] Кроме того, «несовместимость суровых законов и неточная классификация каннабиса/марихуаны усугубляется тем фактом, что в отношении других вредных веществ не применяются аналогичные меры в соответствии с законом, что приводит к утверждениям о необъективности и несправедливости, присущей правовой системе».[94]

Пока еще рано делать четкие выводы о влиянии правового регулирования рынков каннабиса. Но потенциал этих новых регуляторных режимов для служения общественному здравоохранению и уголовному правосудию можно увидеть, если взглянуть на успех и проблемы политики борьбы против табака. Убедительные доказательства того, что «комплексные программы борьбы против табака эффективны для сокращения употребления табака среди взрослых и молодежи»,[95] в резком контрасте с отсутствием доказательств какой-либо эффективности криминалистических подходов к каннабису, вдохновили регулирующие органы в Канаде, Уругвае и некоторых штатах США. «Основные рекомендации по сокращению употребления табака включают повышение цены за единицу, политику запрета на курение, комплексные программы контроля, мобилизацию сообщества, широкую медико-санитарную связь и строгое лицензирование в розничной торговле, а также строгий контроль соблюдения рекомендаций», в соответствии с Руководством для сообщества, которое также рекомендует «повышение налогов , ограниченные часы продаж, регулирование плотности розничных торговых точек и усиление контроля за соблюдением правил лицензированными розничными продавцами».[96]

НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Множество новых психоактивных веществ (НПВ) появляются на мировом рынке наркотических средств, «агрессивно рекламируемых как «легальные наркотики» и распространяемых через глобальных интернет-трейдеров со скоростью, которая напрягает традиционные системы контроля»,[97] побуждая государства и международные институты переосмыслить их текущие системы списков.

Различия в процессах принятия решений о внесении в списки для фармацевтических препаратов и новых психоактивных веществ поразительны. Для сопровождения процессов проверки фармацевтических препаратов, существует «хорошо финансируемое и эффективное лоббирование для обеих сторон в обсуждении регулирующих решений для лекарственных средств, разработанных фармацевтическим производителем. Производителями часто являются очень крупные корпорации, стремящиеся окупить инвестиции, которые могут доходить до сотен миллионов долларов. Потребительская сторона часто представлена хорошо организованными НПО, получающими информацию от других государственных учреждений, которые собирают соответствующие данные. Грубые ошибки могут вызвать действенный протест потерпевшей стороны».[98]

В случае с новыми психоактивными веществами, напротив, «в системе есть присущий, возможно, неизбежный уклон в сторону запрета новых веществ, о которых мало что известно. Негативные последствия для лиц, принимающих решения о разрешении выпуска на рынок какого-либо средства, которое впоследствии оказывается опасным, очень велики. Негативные последствия для лиц, принимающих решения не допускать на рынок средства, которые на самом деле безвредны, даже если последовавший запрет усугубляет проблемы, относящиеся к этому средству, минимальны».[99]

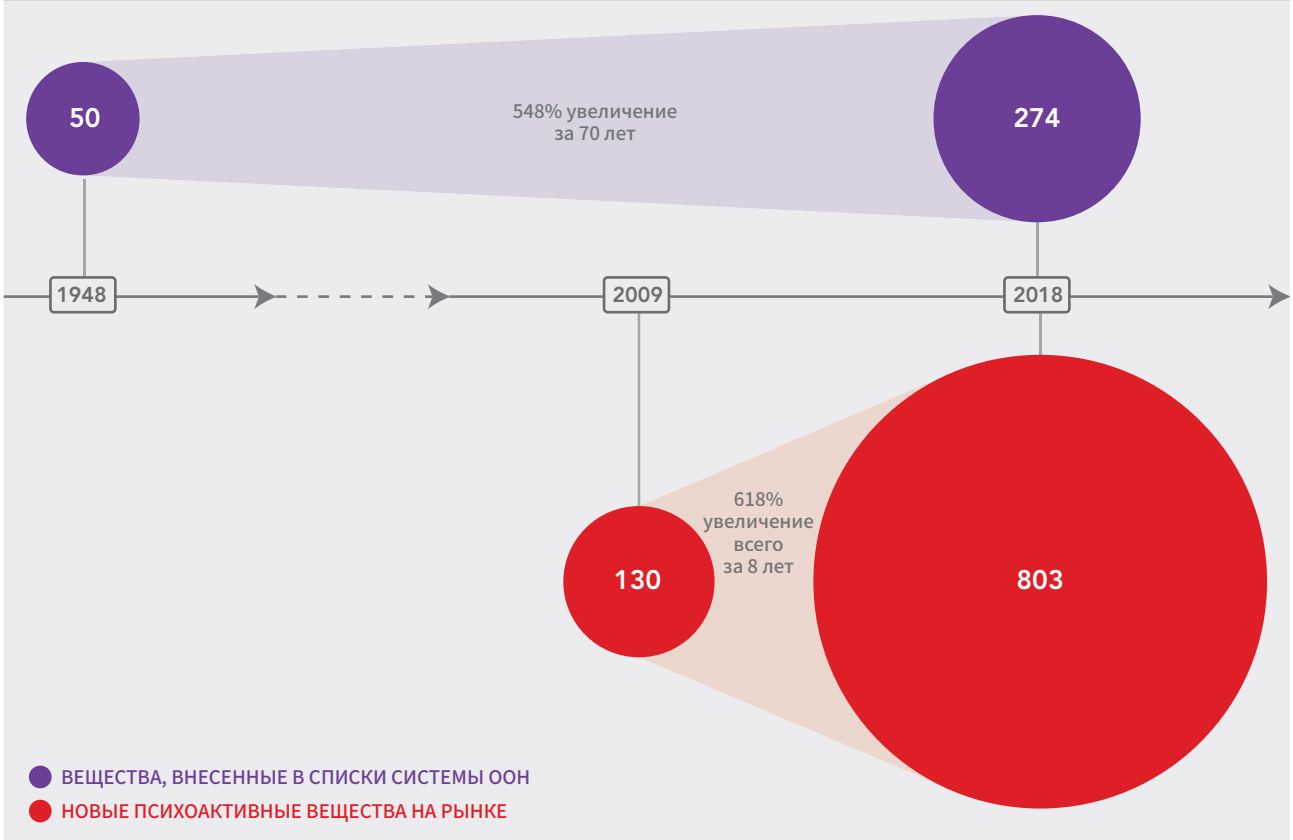
Регуляторная паника, вызванная неуправляемой лавиной новых веществ, привела к тому, что некоторые страны разработали новые всеобъемлющие системы контроля, такие как Аналоговый закон США 1988 года, который автоматически запрещает вещество, если оно «существенно похоже» по структуре и действию на уже запрещенное наркотическое средство; или Закон Великобритании о психоактивных веществах 2016 года, который запрещает любое психоактивное вещество, которое «стимулируя или подавляя центральную нервную систему человека ... влияет на работу мозга или эмоциональное состояние».[100]

В то время как их простота может показаться привлекательной для политиков, стремящихся идти впереди новых НПВ, постоянно появляющихся на рынке, такие широкие определения сходства или психоактивности сталкиваются со многими трудностями, связанными с концепцией и эксплуатацией. Британский законопроект охватывает чрезвычайно широкий круг веществ, но также определяет перечень исключенных веществ, включая алкоголь, кофеин, никотин и некоторые продукты питания, лекарства и вещества, уже контролируемые в соответствии с Законом о злоупотреблении наркотиками. Закон «не устанавливает вред или потенциальную зависимость как критерий, по которому психоактивное вещество либо включено, либо исключено из его сферы действия».[101]

Это исключение концепции вреда предназначено для того, чтобы избежать необходимость длительного обсуждения потенциального вреда до того, как какое-либо вещество будет запрещено в соответствии с обоснованием, предусмотренным в законе. Однако «эта группа также признала возможность обнаружения в будущем вещества, которое является минимально вредным и имеет достаточную клиническую, коммерческую, когнитивную или (позволительно будет сказать) рекреационную ценность, что законное снабжение будет оправданным».[102] Соответственно, группа рекомендовала положение, играющее роль «предохранительного клапана», с помощью которого такие вещества могли бы быть включены в освобожденный список,[103] но в закон такое положение не было включено. Без этого «законодательный контроль безвозвратно отделен от любой оценки риска причинения вреда».[104]

В некоторых юрисдикциях приняты более быстрые механизмы классификации новых веществ в соответствии с действующим законодательством о контроле над наркотиками. Другие, что характерно, «обеспечили соблюдение законодательства о безопасности потребителей или о лекарственных средствах для прекращения открытой продажи этих продуктов», и, хотя требуется более тщательная оценка, «первые результаты показывают, что они были эффективными, избегая при этом криминализацию пользователей. [..] По-видимому, эффективнее обеспечивать соблюдение законов о лекарствах или защите прав потребителей, используя их против поставщиков и дистрибьюторов, чем преследовать в судебном порядке многих индивидуальных потребителей в соответствии с уголовным законодательством о наркотиках».[105] Согласно данным Европейского центра мониторинга наркотиков и наркозависимости (ЕЦМНН), «диапазон других потенциальных законодательных мер контроля, многие из которых уже существуют, а некоторые уже используются европейскими государствами-членами для контроля новых психоактивных веществ, также могут играть законную и эффективную роль в области контроля над наркотиками».[106]

Диаграмма 5 **Потеря в гонке по внесению в списки против новых психоактивных веществ**



Источники: ВОЗ, МККН и Всемирный доклад о наркотиках 2018

Однако использование правил контроля безопасности пищевых продуктов или защиты прав потребителей может представлять опасность. Исследователи Питер Рейтер и Брайс Пардо, изучая опыт использования «продуктов для похудения», содержащих психоактивные вещества, указали на то, что «тот факт, что эти продукты распространяются на легальном рынке, дает ложную уверенность в государственном регулировании», поскольку многие считают, что такое продукты «одобрены с точки зрения обеспечения безопасности и эффективности до того, как их можно будет продавать населению», что не соответствует действительности.[107] В некоторых европейских странах были успешные примеры применения законодательства о лекарственных средствах для того, чтобы вывести НПВ (особенно мефедрон) с рынка, классифицируя его как лекарство, но отказывая в разрешении выхода на рынок.[108] Тем не менее в 2014 году Европейский суд вынес решение против использования законов о лекарственных средствах для контроля над НПВ после того, как два человека в Германии, признанные виновными в «незаконной продаже небезопасных медицинских изделий», подали иск, утверждая, что это было связано с очевидной уловкой, поскольку «вещества, о которых идет речь, никогда не были предназначены для использования в качестве лекарств».[109]

Новая Зеландия действительно включила список исключений в свой Закон о психоактивных веществах 2013 года, в котором временно установлена нормативно-правовая база для психоактивных веществ «низкого уровня риска». В соответствии с этой схемой производители и дистрибьюторы, стремящиеся законно продавать новые психоактивные вещества, должны были получить предварительное одобрение рынка, продемонстрировав, что их продукт представляет «низкий уровень риска причинения вреда» на основе шести критериев: токсикологические эффекты, риск для здоровья населения, возможность стать причиной смерти, возможность создания зависимости, вероятность злоупотребления и обращение к уязвимым группам населения. В Новой Зеландии ранее произошел юридический эпизод с «праздничными таблетками» БЗП (содержащими смеси бензилпиперазина): «В середине 2000-х годов в Новой Зеландии, согласно оценкам, индустрия таблеток БЗП продавала до 200 000 таблеток в месяц».[110] Эта нерегулируемая прибыльная фаза, во время которой «производители «праздничных таблеток» вкладывали значительные средства в виде рекламы и маркетинга во многие из мероприятий, связанных с потреблением алкоголя и табака», закончилась в 2008 году, когда БЗП был внесен в списки как препарат класса С в рамках Закона о злоупотреблении наркотиками».[111] Отрасль отреагировала на запрет на БЗП, переключив производство на не содержащие БЗП «праздничные таблетки» и синтетические каннабиноиды, многие из которых вошли во временный режим, который был установлен в 2013 году, в то время как правила для проекта все еще находились в стадии разработки. Однако в мае 2014 года временный режим был внезапно прекращен парламентской поправкой к Закону о психоактивных веществах из-за постоянных сообщений о нарушениях в розничных магазинах и неблагоприятных последствиях синтетических каннабиноидов.

Одна из проблем, связанных со списком исключений 2013 года, заключалась в том, будет ли нормативно-правовая база, лежащая в основе доступа к легальным наркотическим средствам, «способна противостоять давлению, которое неизбежно возникнет, когда легальная отрасль будет развивать способность отстаивать свои собственные интересы».[112] Интервью с основными заинтересованными сторонами в отрасли «поддержали идеалистическую миссию по смещению потребителей алкоголя, табака и незаконных наркотических средств в рекреационных целях в сторону «более безопасных альтернатив»», но также выявили растущую «напряженность между прибылью и идеалистическими мотивами».[113] Несмотря на то, что заинтересованные стороны дистанцировались от «Большого алкоголя» и «Большого табака», Марта Рихерт и Крис Уилкинс пришли к выводу, что «правила взаимодействия с новыми «индустриями потребления, вызывающими зависимость» необходимы, чтобы уточнить роль, которую им разрешено играть в развитии» регуляторных режимов для новых психоактивных веществ».[114]

РЕКОМЕНДАЦИЯ

Международное сообщество должно признать ведущую роль Всемирной организации здравоохранения и междисциплинарных научных исследований в дальнейшей разработке научно-обоснованных критериев классификации и составления списков на основе рационального сопоставления вреда и преимуществ.

Государства также должны учитывать все более стирающиеся различия между легальными и нелегальными наркотиками и рынками, требуя от многосторонних механизмов большей гибкости в принятии различных правил классификации и руководящих принципов деятельности на национальном уровне. Такой процесс зависит от перераспределения роли заинтересованных сторон в разработке моделей классификации, при этом больше внимания требуется уделять специалистам в области науки, здравоохранения и социальной сферы. Такой процесс также позволил бы снять существующие барьеры для научных исследований в области медицинских применений этих веществ.

Сотрудники проекта Программы ООН по международному контролю над наркотиками (UNDCP) и местные крестьяне собрались, чтобы обсудить альтернативы выращиванию опийного мака, Пакистан, 1991 г.
© UN Photo/Дж. Сайлас

ВЫЗОВЫ И ВАРИАНТЫ РЕФОРМЫ

СОВЕРШЕНСТВОВАТЬ СУЩЕСТВУЮЩУЮ СИСТЕМУ

> «Как гласит поговорка, если бы капитан заботился только о безопасности своего корабля, он никогда не покинул бы порт. Аналогичными образом, если бы международные договоры о наркотиках касались только предотвращения утечки наркотических веществ в незаконную торговлю, они просто запретили бы использование всех наркотиков, потенциально вызывающих злоупотребление. Конечно, целью капитана является не только безопасность его корабля, но и своевременная доставка груза. То же самое относится и к международному режиму контроля над наркотиками, который нацелен на обеспечение того, чтобы контролируемые вещества были доступны в необходимых количествах и своевременно доставлялись тем, кому разрешено их получать, в то же время сводя к минимуму утечку этих веществ в незаконную торговлю».[115]

Существующая система списков наркотических средств, регулируемая договорным режимом ООН, таит в себе исторические предрассудки и несоответствия, почти не поддающиеся исправлению. По мнению группы экспертов, которые участвовали в процессе обзора ВОЗ, «нынешняя ситуация, в которой некоторые важные вещества (например, каннабис, смола каннабиса, героин и кокаин) никогда не оценивались или оценивались почти восемь десятилетий назад, серьезно подрывает и лишает правомерности их международный контроль. Кроме того, их историческая оценка больше не представляет актуальную научную информацию».[116]

В последние десятилетия неоднократно поступали призывы и предложения из самой системы ООН для улучшения критериев составления списков, внесения поправок в договоры для устранения некоторых присущих им противоречий и уточнения мандатов ВОЗ, МККН и КНС. МККН, например, в своей Оценке эффективности международных договоров о контроле над наркотиками в 1994 году предложил согласовать критерии и процесс составления списков конвенций 1961 и 1971 годов, что «приведет к устранению противоречий, обеспечению прозрачности и упрощению принятия решений по внесению в списки при одновременном снижении затрат на процесс оценки».[117,118]

Руководящие принципы ВОЗ в отношении процесса изучения подвергаются периодическим изменениям, последние из которых были приняты Исполнительным комитетом ВОЗ в январе 2010 года. Новые правила включают в себя конкретные требования, направленные на расширение базы фактических данных и прозрачности процесса. «Не ожидается, что это изучение приведет к тому, что вещества, которые в настоящее время контролируются в соответствии с двумя конвенциями, будут исключены из списков («исключение из списка»). Тем не менее пересмотр позволит проводить более точную и научную оценку при рассмотрении веществ в будущем».[119]

Обзор ВОЗ по каннабису в 2018 году можно рассматривать как пример проверки этих улучшенных руководящих принципов составления списков. Рекомендации ECDD включают в себя ряд явно положительных моментов, в частности, признание медицинской пользы каннабиса путем исключения его из Списка IV Единой конвенции 1961 года и уточнения того, что каннабидиол (КБР, один из активных ингредиентов каннабиса) не находится под международным контролем. Беспрецедентный процесс обзора также предоставляет обширную актуальную информацию, основанную на тщательном анализе имеющихся научных данных, и, несомненно, будет в течение многих лет служить авторитетным справочником по всем аспектам медицинского применения различных веществ, связанных с каннабисом. Тем не менее, результаты процесса обзора ECDD также показывают трудности преодоления несоответствий, присущих текущим процедурам внесения в списки (Вставка 6).[120]

ВСТАВКА 6 WHO's Critical Review of Cannabis

Завершив пятилетний процесс обзора, ECDD опубликовал в январе 2019 года свои рекомендации по изменению списков в отношении веществ, связанных с каннабисом.[121] ВОЗ четко признает медицинские свойства каннабиса, но результаты также показывают сомнительность обоснования строгого международного контроля каннабиса. «Доказательства, представленные Комитету, не указывают на то, что растение каннабис и смола каннабиса ответственны за неблагоприятные воздействия, аналогичные воздействию других веществ, включенных в Список IV»[122], самый строгий список, предназначенный для наркотических средств с «особо опасными свойствами» (Статья 2, § 5-a), таких как героин и фентанил. «Использование всех этих веществ связано со значительным риском для жизни, тогда как употребление каннабиса не связано с таким риском», и, кроме того, «препараты каннабиса показали терапевтический потенциал для лечения боли и других медицинских показаний», поэтому ECDD рекомендует исключить его из Списка IV.[123]

Исходя из этого «принципа сходства», Комиссия экспертов затем должна была оценить, свойственно ли каннабису «приводить к злоупотреблению, аналогично наркотикам, перечисленным в Списке I или Списке II, и вызывать такие же вредные последствия» (Статья 3, § 3-iii), и должен ли он оставаться в Списке I (например, наравне с морфином и кокаином), быть перенесен в Список II (например, наравне с кодеином) или полностью исключен из списков. ECDD приходит к выводу, что «[хотя] Комитет не считал, что каннабис связан с тем же уровнем риска для здоровья, что и большинство других лекарств, включенных в Список I, он [...] рекомендовал, чтобы каннабис и смола каннабиса оставались включенными в Список I, отмечая «высокие показатели» и «глобальные масштабы» проблем со здоровьем, связанных с каннабисом.[124] Это сомнительный аргумент, который, кажется, трудно согласовать с критериями внесения в списки, установленными в Конвенции, или с последними руководящими принципами ВОЗ.

Согласно комментарию к Конвенции 1961 года, вещества, «которые являются относительно менее опасными и широко используются в медицинской практике, могут по этой причине часто предлагаться для включения в Список II».[125] Или, как заключил ECDD, например, в отношении ката, трамадола и кетамина, они вообще не должны подвергаться международному контролю. На фоне растущей дипломатической напряженности в связи с недавними изменениями в политике в отношении каннабиса, ECDD, похоже, сделал осознанный выбор, чтобы ограничить свои рекомендации оправданием медицинских целей, но воздержаться от любых рекомендаций, которые могли бы еще больше подогреть политическую напряженность в связи с тенденцией политики к правовому регулированию. Однако, если учитывать, что политические соображения отразились в его рекомендациях, это подрывает базирующийся на научных данных мандат ВОЗ в рамках системы договоров ООН по контролю над наркотиками.

Оставляя каннабис в Списке I (и перенося туда содержащийся в каннабисе ТГК и его синтетический эквивалент дронабинол) и только исключая из Списка III определенные смеси, «составленные в качестве фармацевтических препаратов», можно столкнуться с риском предоставления ограниченному числу запатентованных продуктов фармацевтических компаний преференциального отношения по сравнению с широким спектром более натуральных продуктов каннабиса с аналогичными лечебными свойствами. Кроме того, в попытке избежать политических противоречий, ECDD с его рекомендацией сохранить каннабис в Списке I, предположительно основанной на обзоре последних научных данных, эффективно ратифицирует весьма сомнительные аргументы, на основании которых каннабис вошел в списки договора с самого начала. Хотя важно, чтобы ВОЗ наконец-то признала медицинскую полезность каннабиса, рекомендации ECDD демонстрируют неспособность существующей системы списков исправлять исторические ошибки и обеспечить, чтобы научные доказательства преобладали над идеологией. На этом решающем этапе для будущего глобального режима контроля над наркотиками руководство от уполномоченных органов ООН, основанное на фактических данных, необходимо как никогда.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ШКАЛА ВРЕДА

> «Существуют веские аргументы в пользу необходимости поиска согласованности между политикой в отношении наркотиков и алкоголя, не в последнюю очередь из-за того, что они часто будут ориентированы на одни и те же группы населения и условия. Существующим моделям политики также угрожает рост рынка «легальных наркотических средств», а также злоупотребление фармацевтическими продуктами [..]. С точки зрения здравоохранения, это подчеркивает необходимость более комплексного подхода, охватывающего как запрещенные, так и разрешенные вещества, и, возможно, другие поведенческие зависимости. Задача стоит двоякая: рассмотреть, до какой степени это всеобъемлющее видение оправдано, и как эта перспектива может быть преобразована в соответствующую систему регулирования и контроля».[126]

В Европейском союзе, Нидерландах, Новой Зеландии и Соединенном Королевстве были предприняты серьезные усилия по разработке системы списков на основе фактических данных, что является непростой задачей. На данный момент наиболее продвинутой попыткой является «анализ решений по множеству критериев» о вреде наркотиков в Соединенном Королевстве, проведенный профессором Дэвидом Наттом и его коллегами из Независимого научного комитета по наркотикам.[127]

Однако одним из основных осложнений является то, что «в отличие от первых дней оценки вещества, ученые сегодня знают, что вызывающие зависимость свойства являются не только функцией вещества, но также включают способ применения и лекарственную форму. Следовательно, потенциал зависимости может варьироваться для различных препаратов одного и того же вещества».[128]

Еще одно критическое замечание Питера Рейтера заключается в том, что «предполагается, что вред заключен в самом наркотике, а не в результате воздействия наркотика и его регуляции. Это явно неверно. Например, смертность, связанная с употреблением героина, намного ниже, если его купить в известном количестве указанной чистоты в аптеке для проведения инъекции стерильной иглой, а не купить в результате тайной операции с неизвестными добавками для инъекций использованной иглой».[129]

Включение в решение о внесении в список прогноза о реакции рынка сложно, но крайне важно для эффективности системы списков, составленных на основе фактических данных. Если определенное вещество становится менее доступным на рынке незаконных или серых наркотиков, к каким альтернативам могут прибегнуть потребители, и будут ли альтернативные вещества лучше или хуже, чем вещество, вытесняемое с рынка? «Размер существующей пользовательской базы является еще одним фактором, который может повлиять на выбор между запретом и регулированием. Превращение большого числа законопослушных в иных вопросах граждан, которые являются обычными пользователями, в преступников – это решение, которое нельзя принимать с легкостью».[130]

Недостаточное внимание уделяется широкому кругу других потенциально полезных контрольных механизмов и правовых инструментов, которые уже применяются в Европе и имеют определенный эффект для конкретных психоактивных веществ. Согласно отчету Великобритании о реакции на НПВ, «стоило бы изучить их и оценить различные результаты. Это включает в себя потенциальную долгосрочную реформу для обеспечения всеобъемлющей основы для решения вопросов, связанных со всеми психоактивными веществами»:[131]

> «Можно было бы разработать новый закон или структуру по контролю за вредными веществами [для] объединения широкого спектра существующих законодательных положений, охватывающих контролируемые наркотики, с положениями, касающимися, по крайней мере, алкоголя и табака, и даже, возможно, с положениями, касающимися контроля над лекарственными средствами и ядами. Преимущество этого состоит в том, что они не загромождают действующее законодательство о контроле над наркотиками и дают возможность устранить аномалии, которые выросли за эти годы».[132]

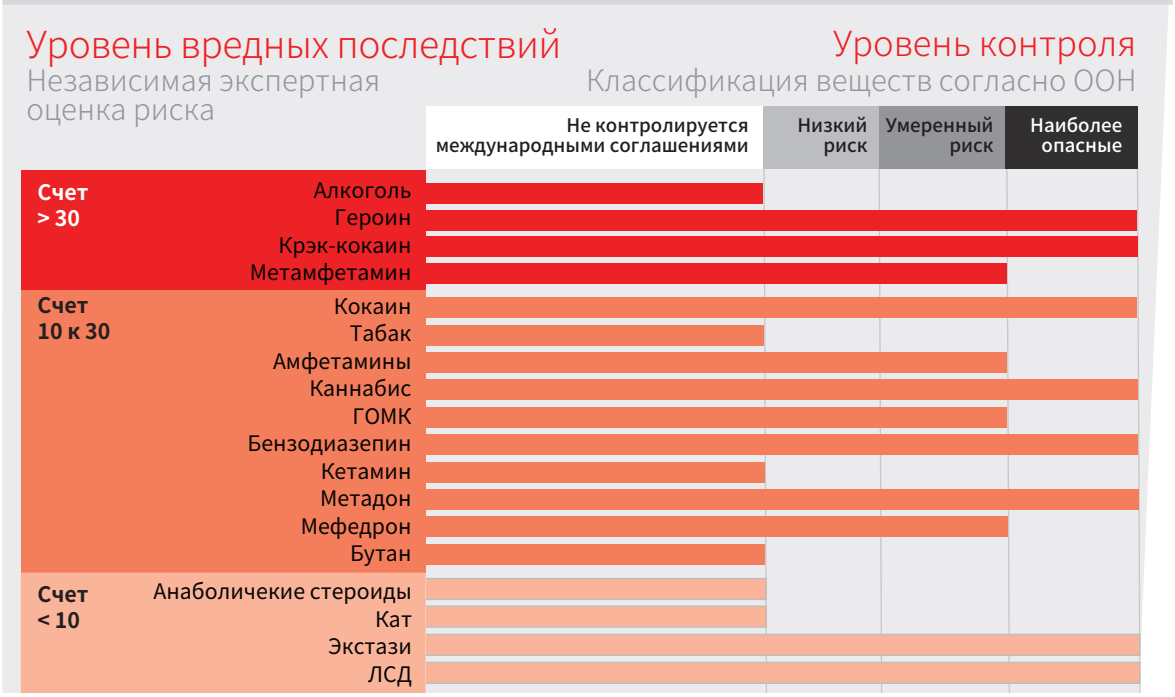
Проблема несоответствия контролю над табаком и алкоголем фактически появилась в повестке дня ECDD. В критическом обзоре табака в 1999 году был сделан вывод о том, что «курение табака порождает зависимость, вызывает серьезные проблемы со здоровьем и не имеет терапевтического применения. Однако, исходя из предусмотренной меры контроля, указанных критериев внесения в списки и уже находящихся под контролем веществ, существующие международные меры по контролю над наркотиками для наркотических средств и психотропных веществ, по-видимому, не подходят для борьбы с табаком, естественным веществом, вызывающим зависимость, широко использовавшимся для немедицинских целей на момент принятия соответствующих конвенций. Несмотря на то, что новая информация указывает на риски для здоровья, превышающие те, что были известны ранее, табак не будет соответствовать критериям для внесения в списки в соответствии с существующими международными конвенциями о контроле над наркотиками. Кроме того, после внесения в список полный запрет будет единственной контрольной мерой, применимой к табаку, поскольку регулируемые поставки контролируемых веществ не допускаются в немедицинских и ненаучных целях».[133]

Поэтому ВОЗ вместо этого «инициировала процедуру разработки рамочной конвенции, которая включает в себя стратегию для государств-членов по принятию всеобъемлющей политики по борьбе против табака и рассмотрению аспектов борьбы против табака, выходящих за пределы национальных границ»,[134] что привело к принятию ВОЗ в 2003 году Рамочной конвенции по борьбе против табака.[135] Аналогичным образом в 2012 году состоялось «краткое обсуждение вопроса о том, следует ли предложить этанол (этиловый спирт) для предварительного рассмотрения». Однако, отмечая, что процесс разработки Глобальной стратегии ВОЗ по сокращению пагубного употребления алкоголя уже начался, Комиссия экспертов передала этот вопрос на рассмотрение на одном из будущих совещаний.[136]

ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ ГИБКОСТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

Бум на использование каннабиса в медицинских целях оправдан при существующем режиме контроля над наркотиками ООН, несмотря на его включение в Список IV и сопровождающую его рекомендацию о полном запрещении, в том числе в медицинских целях, которую ВОЗ недавно предложила исключить.[137] Однако не может быть никаких сомнений в том, что правовое регулирование немедицинских рынков не соответствует положениям договоров ООН по наркотикам.

ДИАГРАММА 6 Классификация наркотиков – степень опасности и степень контроля



Источник: Схема построена на основании научного моделирования, проведенного Давидом Наттом и другими (название и ссылка) и их оценки различного уровня вреда наркотических веществ, используемых в рекреационных целях в Великобритании, с использованием анализа решений по множеству критериев и Списков Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. с внесенными поправками в соответствии с Протоколом 1972 г., на 16 мая 2018 г. и Списков Конвенции о психотропных веществах 1971 г. на 11 ноября 2018 г.

По мере того, как все больше юрисдикций будут двигаться в этом направлении, напряженность в договорах будет возрастать, и государства будут обязаны изучать варианты согласования таких изменений политики со своими обязательствами по международному праву. В своем докладе за 2018 год «Регулирование: ответственный подход к контролю над наркотиками» Глобальная комиссия наметила возможные реформы для модернизации международной системы контроля над наркотиками, которые в равной степени актуальны для системы составления списков. Первый вариант заключается в методичной работе над новой рамочной единой конвенцией, которая заменит три существующие конвенции и будет предназначена для удовлетворения современных потребностей и чаяний всех государств-членов. Конвенция, которая заменит собой существующие, будет включать улучшенную и более последовательную процедуру составления списков, которая обеспечит лучший баланс между обеспечением доступности контролируемых веществ для законного использования и предотвращением проблемного использования. Вторым вариантом будет внесение поправок в действующие договоры путем согласованного консенсуса между всеми сторонами или исключение конкретного лекарственного препарата из списков договоров в соответствии с рекомендацией ВОЗ, принятой большинством голосов КНС.

Глобальная комиссия уже указывала, что поляризованный характер взглядов на регулирование делает маловероятным то, что новый консенсус может быть легко найден, и, похоже, со времени предыдущего доклада поляризация только усилилась. Глобальная комиссия также ранее призвала провести обзор и рассмотреть вопрос об исключении каннабиса из списков конвенций 1961 и 1971 годов. Однако перспективы недавно завершенного процесса обзора ВОЗ, ведущего к исключению каннабиса из договорных списков, также не выглядят многообещающими по причинам, изложенным ранее в этом докладе. Однако есть и другие варианты для стран, которые хотят продвигать реформы, несмотря на этот тупик на глобальном уровне.

В одностороннем порядке страна может выйти из соответствующих договоров, а затем вновь присоединиться с оговоркой в отношении конкретных статей, препятствующих правовому регулированию конкретного наркотика, как это сделала Боливия в отношении листа коки (Вставка 7). Более скоординированным образом несколько стран-единомышленников могли бы согласиться изменить некоторые договорные положения путем переговоров между собой, заключив соглашение «inter se». Такой шаг мог бы разрешить, например, правовой конфликт внутренних режимов регулирования каннабиса с договорами ООН.[138] Такое соглашение «inter se» могло бы также охватить международную торговлю каннабисом между регулируемыми юрисдикциями в немедицинских целях.

В Израиле, в Тель-Авиве, пациент приобретает по рецепту марихуану в аптеке в медицинских целях.
© Эдди Геральд/laif/Redux 2016

ВСТАВКА 7 Оговорка Боливии в отношении листа коки

Отклонение Боливии от своих договорных обязательств в отношении листа коки представляет собой успешный пример того, как страна заявляет о своем праве сделать исключение в отношении вещества, включенного в международный список, исходя из особых национальных условий. После неудачной попытки в 2009 году внести поправки в Единую конвенцию, которая ставит лист коки в тот же список, что и кокаин, и обязывает стороны отменить жевание листа коки в течение 25 лет, в июне 2011 года Боливия стала первой страной, которая денонсировала договор. В начале 2013 года Боливия вновь присоединилась к Единой конвенции, сохранив за собой «право разрешать на своей территории: традиционное жевание листа коки, потребление и использование листа коки в его естественном состоянии; для культурных и лечебных целей; для его использования в настоях, а также для выращивания, продажи и хранения листа коки в объеме, необходимом для этих законных целей». В то же время в оговорке четко указывается, что Боливия «будет и впредь принимать все необходимые меры для контроля над выращиванием коки с целью предотвращения злоупотребления ею и незаконного производства наркотических средств, которые могут быть извлечены из листа».[139]

Несмотря на лоббирование США и утверждение МККН о том, что действия Боливии «подорвут целостность глобальной системы контроля над наркотиками»,[140] число возражений со стороны участников договора значительно меньше одной трети (62), необходимой для ее блокирования.[141] Однако тот факт, что ни одно из возражающих государств не считает эту оговорку препятствием для повторного вступления в силу Конвенции между ними и Боливией,[142] может быть истолковано как негласное согласие с том, что договорные положения, касающиеся конкретных веществ, в принципе «отделимы» от остальной части договора в отношении их применения»,[143] являясь одним из критериев допустимости оговорки или изменения inter se для отступления от некоторых договорных обязательств.[144] Принятие одностороннего отказа Боливии от статуса международного списка в отношении листа коки другими сторонами договора создало важный прецедент.

Эта оговорка фактически разрешила правовой конфликт Боливии между ее внутренним рынком коки и ее договорными обязательствами. В настоящее время МККН именует Боливию «законным производителем листа коки». «Выращивание куста коки в этой стране для жевания листа коки, а также потребление и использование листа коки в его естественном состоянии для культурных и медицинских целей, таких как изготовление настоек, допускается в соответствии с оговоркой, сделанной страной в 2013 году».[145] Вместе с тем экспорт легально производимой Боливией в настоящее время продукции коки, по-прежнему остается в пределах, ограниченных законными целями, признанными в Единой конвенции. Экспорт натуральных продуктов коки, содержащих алкалоид кокаина для других целей (чай, энергетические напитки, ликеры, слабые стимуляторы, пищевые добавки), будет разрешен только в том случае, если лист коки будет исключен из списка договора после процесса рассмотрения ВОЗ, или после получения импортирующими странами аналогичной оговорки, или в случае достижения inter se соглашения об изменении договора, разрешающего международную торговлю между его сторонами.

В Докладе Глобальной комиссии 2018 года о Регулировании говорится, что для разных наркотических веществ требуются разные подходы:

> «Вещества, употребление которых связано с большими рисками, требуют более высокого уровня государственного вмешательства на рынке и более жестких ограничений. Возможность варьировать интенсивность регуляторного рычага позволяет создать «градиент риска доступности», согласно которому доступность лекарств ограничивается по мере увеличения связанных с ним рисков. [...] Таким образом не следует рассматривать нормативно-регулируемые поставки веществ как неизбежно приводящие к увеличению их доступности, напротив, они позволяют ответственным органам взять на себя контроль над тем, где, как и какие препараты являются доступными. Сохранение запретов на наиболее мощные и опасные препараты, такие как синтетические опиоиды, например, карфентанил, которые могут быть смертельными в самых маленьких дозах, останется императивом в области здравоохранения и может быть дополнительно оправдано наличием менее мощных и менее рискованных альтернатив».

Будет трудно достичь консенсуса в отношении разнообразия и гибкости механизмов контроля, подходящих для различных веществ. Вышеупомянутые примеры ката и кратома которые, однако, не контролируются в соответствии с международными конвенциями о наркотиках, но подвергаются широко варьирующимся степеням национального контроля и запретов, действительно свидетельствуют о возможности сосуществования на практике принципиально иного режима контроля для того же вещества.[146]

РЕКОМЕНДАЦИЯ

Государства-члены ООН должны переориентировать международную систему списков на основную задачу контроля над транснациональной торговлей наркотиками и позволить разработку инновационных национальных систем классификации.

Следует ослабить рыночные ограничения на более мягкие, менее вредные и менее сильнодействующие вещества, в том числе и для «других законных целей», выходящих за рамки медицинских и научных целей, открывая в соответствии с национальным законодательством возможность для традиционных, религиозных, социальных целей или целей самосовершенствования.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

НЕСОГЛАСОВАННОСТЬ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ СПИСКОВ

Первые попытки контроля над наркотиками в первой половине 20-го века создали всеобъемлющую систему, ориентированную на контроль международной торговли, при сохранении определенной гибкости внутренней политики, в том числе использования наркотиков для «других законных целей». Эти усилия позволили укротить безудержную коммерческую торговлю, которая в значительной степени находилась в руках колониальных держав и компаний, и сдерживать утечку наркотических средств из этих прибыльных легальных источников на черный рынок.

Трагедия существовавшей международной системы контроля над наркотиками заключается в том, что она оказалась неспособной предотвратить последующее появление крупномасштабного незаконного производства и оборота наркотических средств. Запретительный и чрезмерно карательный дух, доминировавший в переговорах по поводу Единой конвенции после Второй мировой войны, задал режиму ООН по контролю над наркотиками неверное направление, что привело к разрушительным последствиям: «Конечный результат всего этого заключается в том, что модель, исторически лежащая в основе политики контроля над наркотиками, производит впечатление если не сломанной, то, по крайней мере, серьезно нуждающейся в ремонте.»[147] Сомнительный, с научной точки зрения, характер и политизация ряда важнейших решений на раннем этапе составления списков, впоследствии закрепленные на основе критериев «сходства» и «изменяемости» при внесении в списки, и структурные несоответствия в списках, добавленные конвенциями 1971 и 1988 годов, привели к плохо действующей системе.

Позиция нулевой терпимости значительной группы государств-членов ООН и многосторонний бюрократический аппарат, занимающийся контролем над наркотиками (КНС, МККН, УНП ООН) и в целом поддерживающий статус-кво, блокируют попытки внести исправления в существующую систему, что видно из сопротивления, а порой и препятствования принятию рекомендаций ВОЗ по работе со списками. Рекомендации по добавлению новых веществ в списки, как правило, принимаются автоматически, в то время как рекомендации по переносу веществ в менее строгий список или оставлению вне списков определенных лекарственных средств постоянно сталкиваются со значительным противодействием. Как сказал министр внутренних дел Великобритании: «Там, где есть явная и серьезная проблема, но имеются сомнения относительно потенциального вреда, который мы можем причинить, мы должны быть осторожными и защищать граждан». На практике применение такого принципа предосторожности приводит к «огромному перекосу в сторону запрещения в процессе принятия решений относительно новых психоактивных веществ».[148]

По словам Адольфа Ланде, одного из основных архитекторов глобального режима, «то, каким способом страна решает свои проблемы злоупотребления наркотиками, обычно не имеет (с точки зрения международного контроля над наркотиками) международного интереса, если эта страна эффективно предотвращает незаконный экспорт контролируемых на международном уровне наркотиков со своей территории в другие страны».[149] Меняя направление усилий международного контроля над наркотиками на первоначальную основную цель предоставления странам возможности контролировать свой незаконный экспорт и при этом составлять национальные списки в соответствии с национальными нуждами, страны смогут получить большую маневренность в разработке научно-обоснованных систем составления списков. Различия между юрисдикциями в уровнях контроля над некоторыми веществами могут сосуществовать в глобальном режиме, если международное сотрудничество основано на взаимном уважении к таким различиям. Два основных международных механизма контроля над наркотиками – система выдачи сертификатов на импорт и разрешений на экспорт и управление сметами и потребностями – способны учитывать национальные различия и фактически были разработаны для этой цели.

Глобальная комиссия призывает к всеобъемлющему и междисциплинарному подходу к разработке политики контроля над наркотиками и прекращению «обособленного» подхода, который рассматривает контроль над наркотиками как отдельный вопрос, классифицируя наркотики и обеспечивая запрет на наркотики на основе ненадежных и сомнительных с научной точки зрения списков.

В рамках Исполнительного комитета Генерального секретаря во главе с УНП ООН была создана новая координационная целевая группа системы ООН из заинтересованных подразделений системы ООН для «поддержки разработки и реализации политики, которая ставит во главу угла людей, здоровье и права человека». Эта целевая группа «призывает к изменениям в законах, политике и практике, угрожающих здоровью и правам человека», стремится «обеспечить основанный на правах человека контроль над наркотиками и бороться с безнаказанностью за серьезные нарушения прав человека в контексте усилий по контролю над наркотиками», «расширить доступ к контролируемым лекарственным средствам для законных медицинских и научных целей, включая облегчение боли и лечение наркотической зависимости» и «предоставить государствам-членам необходимую доказательную базу для принятия обоснованных политических решений и лучшего понимания рисков и преимуществ новых подходов к контролю над наркотиками, в том числе связанные с каннабисом».[150] Общая позиция системы ООН в отношении наркополитики, первая общая позиция Координационной целевой группы подталкивают глобальную политическую тенденцию к движению в направлении «ориентированного на человека и основанного на

правах человека подхода, прочно закрепленного в Повестке дня на период до 2030 года», подчеркивая решающее значение «научно обоснованных и основанных на фактических данных политических решений для реализации такого подхода».[151]

КАК ГЛОБАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ОЦЕНИВАЕТ ТЕКУЩУЮ СИТУАЦИЮ

Различия между легальными и нелегальными наркотиками и рынками не являются четкими. Рынки наркотиков быстро адаптируются; потребители, как правило, предпочитают одно из веществ, но могут переключаться с фармацевтических на нелегальные источники - в зависимости от наличия, качества, безопасности и цены - и иногда прибегать к неконтролируемым веществам, таким как кратом или НПВ. Причины употребления наркотиков также могут сильно различаться: лечение зависимости, самолечение от боли или болезней, самосовершенствование, бодрствование или сон, духовный опыт или стремление к удовольствию. Большинство людей, которые употребляют наркотики для развлечения, не ищут риска, как люди, которые занимаются скалолазанием или другими экстремальными видами спорта. Они хотят употреблять наркотики как можно более безопасно и избегать проблемных моделей зависимости. Немногим из них потребуется лечение или другие формы медицинской помощи. Как неоднократно напоминала Глобальная комиссия, только 11 процентов людей, употребляющих наркотики, испытывают проблемы с их употреблением и нуждаются в социальной или медицинской поддержке.

В случае людей с проблемными моделями употребления «мотив самолечения является одной из наиболее веских причин чрезмерного употребления наркотиков и зависимости от них». «Вместо того, чтобы уйти от проблем, просто искать эйфорию или саморазрушение, – утверждает Эдвард Ханциян – они часто пытаются лечиться от целого ряда психиатрических проблем и болезненных эмоциональных состояний. Хотя большинство таких усилий по самолечению в конечном итоге обречены, учитывая опасность и осложнения долгосрочных, нестабильных моделей употребления наркотиков, [...] краткосрочные эффекты от предпочитаемых ими препаратов помогают им справляться с тяжелыми субъективными состояниями и внешней реальностью, иначе воспринимаемыми как неуправляемые или подавляющие».[152] Лучшее понимание этих различных причин и моделей, а также выбора, который люди делают при употреблении наркотиков, является ключом к разработке более эффективной политики. Нестигматизирующая и основанная на фактических данных система классификации может влиять на людей и направлять их на более ответственный и менее вредный выбор.

ПРИНЦИПЫ УЛУЧШЕНИЯ СИСТЕМ КЛАССИФИКАЦИИ

Для Глобальной комиссии единственным ответственным решением этой сложной задачи является регулирование рынка нелегальных наркотиков, начиная с установления правил и новой системы списков, адаптированных к опасности каждого из веществ и основанных на надежных научных оценках, а также осуществление контроля и обеспечения соблюдения этих правил. Это уже относится к продуктам питания, легальным психоактивным веществам, химическим веществам, лекарствам, изотопам и многим другим продуктам или действиям, которые представляют опасность.

В то время как международное сообщество продолжает бороться за достижение нового консенсуса, страны должны продвигаться вперед в разработке и реализации более рациональной политики планирования, контроля и регулирования психоактивных веществ.

Руководящие принципы для такого подхода должны включать:
- обеспечение адекватной доступности для медицинских и исследовательских целей;
- отказ от политики нулевой терпимости, чтобы предоставить больше пространства для «других законных целей»;
- проявление большей снисходительности к более мягким веществам;
- учет местных социальных и культурных условий;
- проведение анализа затрат и выгод потенциального вреда и предполагаемых преимуществ;
- принятие определенных пороговых значений риска, сопоставимых с другими приемлемыми социальными рисками, вместо соблюдения абсолютного принципа предосторожности;
- тщательность в оценке потенциальных последствий принимаемых решений о внесении веществ в списки с учетом предсказуемой реакции пользователей и рынков;
- более эффективное использование существующих правовых инструментов в области медицины и безопасности потребителей вместо уголовных законов о наркотиках.

Система списков, построенная на таких принципах, может стать ключевым инструментом для изменения политики от исключительно запретительной структуры в направлении гибкой модели регулирования, а также инструментом для постепенного направления рынка наркотиков в менее вредное русло.

СВИДЕТЕЛЬСТВА

КЭРОЛ КАТЦ БЕЙЕР | **Рассказ матери о том, как она потеряла своих сыновей из-за запрета**

Соединенные Штаты Америки

Как мать и медицинский работник, которая столкнулась с потерей двух детей в результате передозировки фентанила, я слишком хорошо знаю о вредном влиянии наркополитики. Я брала интервью у бесчисленных семей, чьи истории требуют смены парадигмы, которая должна охватывать всестороннюю заботу и решения, основанные на науке, сострадании и здравоохранении. Я стала одним из основателей «Семьи за разумную политику в отношении наркотиков» (Families for Sensible Drug Policy), чтобы выступать за реформу наркополитики, одновременно обучая специалистов по стратегиям и решениям, принятым по снижению вреда.

Растет число таких семей, как моя, которые страдают от внесения наркотиков в списки контролируемых веществ. Драконовская наркополитика поощряет нереалистичную и карательную модель, которая требует воздержания, не оставляя места для юношеских экспериментов, которые могут произойти по разным причинам. Тем не менее, сосредоточение внимания на употреблении психоактивных веществ в качестве основной проблемы не только обесценивает уникальность жизни, сильных сторон и ресурсов каждой семьи, но и невольно переводит наших близких из экспериментов в проблемные области.

Мои собственные сыновья, Браян и Алекс, не отличались от множества других молодых людей по всему миру. Они занимались спортом, любили музыку, ходили на вечеринки и концерты с друзьями и экспериментировали с наркотиками. Поскольку в их школе действовала политика «нулевой толерантности», они прошли тестирование на наркотики, получили положительный анализ на каннабис и кокаин и были вынуждены участвовать в интенсивной амбулаторной программе с людьми, которые употребляли наркотики и которые были их старше. Им было сказано что они должны идентифицировать себя с беспомощными наркоманами, затем они были отстранены от занятий спортом, внеклассных занятий и от своих сверстников. Их состояние ухудшалось, но «попадание на дно» считалось частью восстановления. Их учили, что я была «созависимой» и «посредником», проявляя любовь и защищая их благополучие.

Когда их употребление наркотиков стало еще более вредным, нам сказали их отправить на 28-дневную стационарную реабилитационную программу во Флориде. После этого Браян и Алекс ездили между детоксами, тюрьмами, реабилитационными центрами и учреждениями трезвой жизни. Когда они поддерживали периоды трезвости нам казалось, что они взрослели. Браян учился в университете Джонсона и Уэльса, начал бизнес и женился! Алекс окончил Университет Фулл Саил, вернулся домой в Нью-Джерси, чтобы быть ближе к семье, и продолжил свою карьеру! К сожалению, поскольку улицы залиты фентанилом и нет безопасных мест для потребления, чтобы справиться с рецидивом, мои красивые мальчики погибли в результате передозировок, которые можно было предотвратить. Потеря непостижима для семьи и друзей. Мой младший сын Девин не планировал посещать могилы своих братьев в тот день, когда он окончил колледж.

Нынешняя наркополитика, основанная на запрете, затрагивает права человека, а также личную и семейную безопасность. Как мать, я считаю, что позиция правительства США в отношении наркотиков способствовала смерти моих сыновей. Война с наркотиками изолировала их, сказав, что их жизнь не имеет значения.

Поддержка семьи является неотъемлемой частью выздоровления и здоровому отношению к веществам. Мы знаем, что проблемное использование является результатом взаимодействия психологических, биологических и социокультурных переменных. Наркоманию называют «болезнью», но это недоразумение. Посредством таких программ, как «Семейная нарко-поддержка» (Family Drug Support), семьи получают возможность решать проблемы, способствующие проблематичному использованию наркотиков. Люди, употребляющие наркотики, и их семьи заслуживают поддержки, оказываемой им с достоинством, индивидуально и уважением.

КОННИ ВАН СТАДЕН | **ОТ ДИЛЕРА К ЛИДЕРУ**

Сотрудник по правам человека и информации (Южноафриканская сеть для людей, употребляющих наркотики), Южная Африка

Я родился в 1975 году в доме со средним доходом к западу от Претории в Южной Африке во время политических потрясений. Одним из аспектов моего развития, который я хотел бы изменить, был тот факт, что мои родители были алкоголиками. Мой отец работал инспектором по газу на большом нефтеперерабатывающем заводе, а моя мать работала в похоронном секторе. Они оба были трудолюбивы, работали, и мы никогда не подвергались насилию или какой-либо другой стереотипной риторике относящейся к «детям алкоголиков». Вопреки обычному повествованию, наш дом был наполнен любовью, и всегда было достаточно еды и много смеха! По большей части мы были очень счастливой семьей. К сожалению, оба, в относительно молодом возрасте, стали жертвой бутылки. Моя мама скончалась в 2008 году (49 лет), а мой отец в 2007 году (53 года).

Когда мне было 15 лет, я начал посещять клубы в Претории и впервые столкнулся с психоактивными химическими веществами, а именно с экстази и ЛСД. Уже на следующий день после употребления ЛСД я попробовал героин и полностью влюбился в него! Мне понравилось то, как наркотик на меня подействовал. Он снял всю боль, все страдания, и не имело значения, что люди говорили: «Ты бесполезная наркота, у тебя нет дисциплины, ты преступник, у тебя нет этики». Они меня не беспокоили.

Я стал человеком, о котором родители предупреждали своих детей! Я был «популярным парнем», которого все хотели общаться, центром вечеринок. Конечно, многие «тяжеловесы» в клубах заметили это и попросили меня продавать наркотики клаберам. Это стало для меня отличным способом поддержать мою (теперь быстро формирующуюся) привычку.

Я был функциональным пользователем много лет. Я был в состоянии работать, общаться с семьей и друзьями, поддерживать регулярные социальные контакты ... Мне даже удалось закончить 12 класс средней школы в 1994 году, но я не пошел в высшее учебное заведение. Когда мне было около 21 года, я пытался бросить героин, но не смог. Мало того, что это был барьер между суровым миром и мной, я также стал физически зависимым от него, испытывая ужасную ломку, когда он был недоступен.

Когда мой отец скончался в 2007 году, я увеличил потребление наркотиков, потерял работу, сбежал из дома и жил на улице. Страх и нехватка ресурсов и возможностей помешали мне сделать выбор для изменения моей жизни. Многие врачи в то время не знали, как правильно вводить лекарства, такие как субоксон и метадон. Стигматизированное употребление наркотиков и социальное отчуждение только мешали мне получать надлежащую помощь. Я считаю, что во многом это связано с отсутствием образования не только у врачей и медсестер, но и в наших общинах.

В 2015 году новая организация в Претории под названием «Шаг вперед» («Step Up”) начала предоставлять медицинские услуги потребителям героина и работникам секс-бизнеса, проживающим на улице. Я стал участвовать, потому что чувствовал, что у меня есть ценные уроки жизни, которые могли бы помочь другим людям. В то же время я создал Сеть потребителей наркотиков из Гаутенга (« DUG, Drug users of Gauteng”), которая впервые предоставила платформу для местных потребителей наркотиков в Южной Африке, чтобы они могли высказаться и закрепить своё чувство принадлежности. Тогда я был первым, кто был инициирован в проекте «Шаг вперед» и в программе . Сегодня у нас более 3000 человек, имеющих доступ к программе, и наша сеть насчитывает 175 зарегистрированных участников в одном только центре города.

В 2016 году «Шаг вперед» наняла меня в качестве оплачиваемого сотрудника, и поэтому мне впервые была предоставлена возможность по-настоящему изменить свою жизнь. Многие люди спрашивают меня, что заставило меня принять решение измениться? Это был просто факт, что совершенно незнакомый человек показал мне безусловную любовь и уважение. Эта организация не осуждала меня, независимо от того, что я решил сделать со своей жизнью, и это заставило меня задуматься: если полный незнакомец может так обращаться со мной, возможно, я заслуживаю лучшего. С того дня я начал принимать более качественные решения о здоровье и заботе о себе.

Сегодня я получаю хорошую зарплату, занимаюсь метадоновой программой, у меня есть собственное жилье, свой ноутбук, свой мобильный телефон. Я провожу встречи с людьми которые употребляют наркотики, с полицейскими, с медицинскими работниками и профессорами университетов. Я горжусь своими переменами в жизни и надеюсь продолжать оставаться послом для людей, использующих наркотики в нашей стране.

ДЭВИД НАТТ | **Метод целостной оценки веществ**

Imperial College London, Объединенное Королевство

Я психиатр и психофармаколог. Мой опыт - использование наркотиков/медикаментов для изучения функций мозга у здоровых добровольцев и людей с психическими расстройствами. Поскольку мозг - это орган, управляемый нейротрансмиттером, а наркотики действуют на изменение функции нейротрансмиттера, я полагаю, что этот подход обеспечивает наилучший способ опроса функции мозга, особенно если он используется с методами нейровизуализации, такими как ПЭТ (Позитронно-эмиссионная томография) и фМРТ (Функциональная магнитно-резонансная томография).

Около 40 лет я изучал почти все виды наркотиков у людей. К ним относятся некоторые сильнодействующие, опасные и часто злоупотребляемые наркотики, такие как опиоиды (героин, гидроморфон, метадон и бупренорфин), а также бензодиазепины, кетамин и алкоголь. Я могу изучать их, потому что они или лекарства, или легальные наркотики. Однако, когда я захотел изучить психоделики и каннабис, я обнаружил, что мой путь заблокирован из-за статуса Списка 1. Правительство Великобритании рассматривает их как гораздо более опасные или желательные (с точки зрения потребителя), чем те, о которых уже упоминалось, несмотря на неопровержимые доказательства того, что психоделики очень безопасны (почти нет смертей) и редко вызывают злоупотребление. Каннабис также относительно безопасен, он был лекарством в Великобритании до 1971 года.

Влияние этого на мои исследования было огромным. Чтобы хранить и исследовать психоделики или каннабис, мне нужно пройти специальный полицейскую проверку более высокого уровня, чем та, которая мне требуется, чтобы выписать опиоиды. Мне также нужно получить специальную лицензию в Министерстве внутренних дел, которая стоит дорого с точки зрения времени (это может занять до года) и стоимости (около 3000 фунтов стерлингов плюс ежегодный сбор за её сохранение). Однако, для хранения или исследования опиоидов, упомянутых выше, а также для бензодиазепинов или кетамина, не существует специальных необходимых лицензий. Это ясно показывает, что цель ограничения Списка 1 не состоит в том, чтобы сократить поставки наркотиков за деньги, поскольку героин и метадон имеют значительно большую уличную стоимость. Кроме того, в Великобритании никогда не было примера, чтобы исследователь продавал лекарства из Списка 1; страх утечки наркотиков - это уловка, оправдающая нынешний контроль над наркотиками.

В нашем первом исследовании псилоцибина * при лечении резистентной депрессии я подсчитал, что из-за дополнительных затрат, связанных со статусом псилоцибина в Списке 1, каждая доза стоит около 1500 фунтов стерлингов - более чем в десять раз выше, чем если бы этого ограничения не было. Эти деньги берутся из исследовательских грантов, что подрывает их финансовую жизнеспособность и уменьшает их масштабы. Кроме того, нам потребовалось более 2 лет, чтобы получить разрешения на проведение исследования, что представляет собой огромные упущенные возможности.

Возможно, если текущие методы классификации наркотиков действительно уменьшат их употребление или наносимый ими вред здоровью, можно было бы смириться с его удушающими эффектами, которые он оказывает на исследования и клиническое лечение. Но нет абсолютно никаких доказательств того, что это так. Пришло время изменить ситуацию, чтобы мы все могли получить от этого пользу.

* Естественный психоделический состав, производимый некоторыми видами грибов.

ЖИЛЬ ФОРТЕ | **Возложенная на ВОЗ роль в конвенциях о контроле над наркотиками**

секретарь Комитета экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости (ECDD)

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) играет важную роль в установлении глобальных стандартов путем предоставления руководств и рекомендаций в области общественного здравоохранения, которые являются научно обоснованными, прозрачными и независимыми.

ВОЗ обладает специальным мандатом, который дается международными конвенциями о контроле над наркотиками для внесения рекомендаций относительно уровня международного контроля за веществами с психоактивными эффектами. Это осуществляется через Комитет экспертов по лекарственной зависимости, независимый научный консультативный орган ВОЗ. Работа ВОЗ по сокращению поставок вредных психоактивных веществ стала основной частью международной системы контроля над наркотиками и показала, насколько важно защищать здоровье наиболее уязвимых групп населения.

Комитет экспертов является краеугольным камнем для преодоления опиоидного кризиса, он рекомендовал международный контроль над многими новыми психоактивными веществами, появившимися на незаконном рынке наркотиков с 2014 года. В некоторых странах мира, особенно в странах с высоким уровнем дохода, чрезмерное назначение опиоидных лекарств привели к увеличению степени зависимости и к переходу на использование более сильнодействующих синтетических веществ, таких как аналоги фентанила, из-за которых в мире выросла смертность от передозировки.

Одним из таких сильнодействующих синтетических опиоидов является карфентанил, который используется в качестве дополнителя к героину и может вызывать летальные последствия в чрезвычайно малых дозах. Комитет рекомендовал поставить карфентанил под самый строгий уровень международного контроля, что ограничит его поставки и потенциально спасет жизни.

Хотя многие психоактивные вещества, наносящие вред общественному здоровью, не имеют законного медицинского применения, многие психоактивные лекарственные средства с проверенным терапевтическим применением, такие как опиоидные анальгетики и бензодиазепины, могут быть вредными, когда они не используются надлежащим образом. Непреднамеренным следствием контроля над веществами с доказанным терапевтическим применением является то, что он ограничит доступ для законного использования людьми, которым нужны эти лекарства для спасения жизни и облегчения боли и страдания. По оценкам ВОЗ, 83% населения мира живет в странах с ограниченным доступом или отсутствием его к контролируемым лекарствам для облегчения боли от умеренной до сильной.

Комитет сыграл важную роль в предоставлении сбалансированных рекомендаций по международному контролю психоактивных лекарственных средств. К ним относятся такие анестетики, как кетамин, чей превосходный профиль безопасности означает, что его можно вводить без обычного уровня контроля анестезии, что позволяет его широко использовать в странах с низким уровнем дохода и в чрезвычайных ситуациях. Они также включают в себя такие лекарства, как трамадол, одно из немногих опиоидных обезболивающих препаратов, доступных в генерической форме. Он широко используется во многих странах с низким и средним уровнем дохода и в кризисных ситуациях, когда доступ к другим опиоидам для лечения боли ограничен или отсутствует.

В то время как Комитет увеличивает количество вредных синтетических каннабиноидов, стимуляторов амфетаминового ряда и аналогов фентанила, которые находятся под международным контролем, он также гарантирует, что международные меры контроля не ограничивают доступ к основным и жизненно важным лекарствам.

Они пользовались групповым изнасилованием как методом контроля и запугивания.

Полиция в Нортгемптоне добилась определенных успехов в борьбе с местными торговцами героином. Это открыло двери для пресловутой бирмингемской банды Бургер Бар Бойз (Burger Bar Boys). Бургеры знали основную правду о войне с наркотиками, что «самые жестокие банды труднее всего поймать», и позволяли людям знать, что любое сотрудничество с полицией поставит под угрозу не только их самих, но и их жен и сестер.

Вот почему меня отправили под прикрытием. Я потратил месяцы, покупая героин у этих молодых людей. Именно торговля героином является самым жестоким рынком, поскольку она привлекает самые большие приговоры в суде. Это наркотик класса А, и судьям говорят, что за него надо наказывать больше всех. Чем больше риск, тем больше отдача в бесконечной гонке вооружений в войне за наркотики.

Однажды Д подъехал не в обычной спортивной машине, а в мини-фургоне. С ним было еще четверо. Д спросил: «Как ты думаешь?», Один из них ответил: «Да, он, хуйня, мент ... гавно, да застрели его нафиг!». Мне показали пистолет «Глок» и велели снять рубашку и штаны. Когда они стояли вокруг меня, смеясь, я подумал, действительно ли они меня подозривают, или это был просто их стандартный способ напугать и контролировать своих клиентов.

После семи месяцев работы у меня было достаточно доказательств против банды и всей их сети поддержки. 96 человек были арестованы, многие из них в ходе огромной серии рейдов при поддержке четырех разных полицейских структур. Позже сотрудник разведки сказал мне, что при всех этих усилиях поставки героина и крэка были прерваны, возможно, только на два часа.

Бургеры получили по десять лет тюремного заключения в ходе широкой кампании по “ужесточению наказания за распространение наркотиков”. Все, чему это научило следующую банду, так это быть еще более жестокими, дабы избежать поимки.

«Успехи», подобные моим, не одни. Полиция всего мира действительно хорошо ловит наркоторговцев. Но это часть проблемы. Там, где угроза тюрьмы высока, действия полиции делают уличные банды ещё более жестокими в рамках простого дарвиновского процесса.

В Великобритании ситуация быстро ухудшается именно из-за успехов полиции. Дети теперь используются как буферная зона между гангстерами и полицейскими. Дети в возрасте 12 лет эксплуатируются как посредники. Зачастую их снимают в сексуальных ситуациях, чтобы шантажировать их, и тем лехче заставить их переносить связки героина в прямой кишке и продавать его другим уязвимым лицам, криминализированными Государством.

Это нескончаемая гонка вооружения в войне с наркотиками, которая всегда подпитывается «более жесткими наказаниями». Это закончится только тогда, когда общество больше не сможет справиться с коррупцией, которую оно влечет за собой. Но насколько хуже должна стать ситуация, а?

ПЕДРО АРЕНАС | **Вред принудительного уничтожения урожая**

Обсерватория сельскохозяйственных культур и культиваторов объявлена незаконной (Observatorio de Cultivos y Cultivadores Declarados Ilícitos, OCCDI Global), Колумбия

Меня зовут Педро Аренас. Я родился на берегу реки в юго-восточной части Колумбии. В начале 1980-х годов, когда я заканчивал начальную школу, мой отец не нашел для меня дальнейшего обучения. В этой сельской местности не было средних школ. Поэтому, как и многие другие подростки, я пошел работать в поле, собирая листья коки –урожай, выращенный в этом регионе. Мне было всего 13 лет, когда я начал зарабатывать.

Я помню, как взрослые говорили, что выращивание этой культуры было незаконным, и поэтому мы могли быть арестованы властями в любое время. Перед лицом этого страха, фермеры все чаще перемещались в более отдаленные и более экологически важные районы леса. Поэтому я продолжил свою работу в качестве сборщика листьев коки к югу от Гуавьяре, в регионе, в котором сегодня наблюдается самый высокий уровень обезлесения в колумбийском регионе Амазонки.

В 1990-х годах воздушная фумигация против культур коки с гербицидом глифосатом привела к потере легальных сельскохозяйственных культур, разрушила семейную экономику, основанную на этой деятельности, и привела к нарушениям прав человека. Моя мать также потеряла урожай и землю, которую она обрабатывала, и ей пришлось покинуть деревню и все, что у нее было, чтобы переехать в ближайший город и начать свою жизнь заново.

Мы проводили акции протеста от имени крестьянских организаций. Я сообщил некоторым органам власти об ущербе, причиненном фумигациейсемьям, безопасности их продуктов питания и окружающей среде. Тем не менее, государство продолжало окуривать эти территории еще 21 год, игнорируя жалобы, и не расследовало нарушения прав человека. Были также угрозы, нападения и убийства лидеров протеста. Я сам подвергался угрозам, преследованиям и двум нападениям, которые почти стоили мне жизни.

С тех пор я занимаюсь защитой прав человека: коренных народов, фермеров и выходцев из Африки, которые выращивают коку для традиционных и культурных целей, а также тех семей, которые делают это для получения кокаиновой пасты. Я видел кампании, которые стигматизируют это растение и преследуют фермеров, которые на этом зарабатывают.

Я могу сказать, что фермеры несли серьезные наказания насильственными перемещениями и даже тюремными заключениями за то, что они предпринимали действия, которые мы считаем нормальными. Принудительная ликвидация имела только негативные последствия для семей и не дала устойчивых результатов. По этой причине я говорю, что у нас не должно быть политики в отношении наркотиков, которая измеряется только обрабатываемыми районами и районами, которые ежегодно вычищаются, она должна быть направлена на преодоление бедности и продвижениея развития.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. ВОЗ, Обеспечение сбалансированности национальной политики в отношении контролируемых веществ, Рекомендации по обеспечению наличия и доступности контролируемых лекарственных средств 2011, p. 1. Доступно https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_rus.pdf?sequence=9
2. Evan D. Anderson and Corey S. Davis, Breaking the Cycle of Preventable Suffering: Fulfilling the Principle of Balance, Temple International & Comparative Law Journal, Vol. 24, No. 2, 25 October 2010, p. 363. Доступно:https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2011197
3. МККН, Желтый список – Список наркотических средств, находящихся под международным контролем, 57-е издание, август 2018. Доступно https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/57th_edition/57th_edition_YL_RUS.pdf
4. МККН, Зеленый список – Список психотропных веществ, находящихся под международным контролем, 29-е издание, 2018. Доступно https://www.incb.org/documents/Psychotropics/greenlist/Green_list_RUS_V18-02418.pdf
5. МККН, Таблицы Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года по состоянию на 18 октября 2017 г. Доступно https://www.incb.org/documents/PRECURSORS/TABLES/revised_1988_Conv_Schedules.pdf
6. Схематический обзор требований по контролю веществ из разных списков см. UNODC, Schedules and control regimes of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961, as amended by the 1972 Protocol, and the Convention on Psychotropic Substances of 1971 - Background material for the Commission on Narcotic Drugs at its 61st session, March 2018. Доступно https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_61/Scheduling_paper_short_8_March_final_FINAL.pdf
7. Общие обязательства изложены в Статье 4 Единой конвенции 1961 г. и в Статье 5 Конвенции о психотропных веще ствах 1971 г.
8. УНП ООН (2006) Многоязычный словарь по наркотическим средствам и психотропным веществам, находящимся под международным контролем. Вена:Управление ООН по наркотикам и преступности.
9. Организация Объединенных Наций, Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г.(с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 г.), Статья 2 §5(b).
10. Организация Объединенных Наций, Конвенция о психотропных веществах 1971 г., Статья 7 §(a).
11. Government of India, Finance and Commerce Department, Report of the Indian Hemp Drugs Commission (1895), Calcutta, March 1895. Доступно: https://digital.nls.uk/indiapapers/browse/archive/74574096
12. The New York Times, Stimulants and Narcotics, book review, 4 January 1892.
13. Единая конвенция допускает использование листа коки в качестве вкусового вещества (Статья 27.1) и культивирование каннабиса для промышленных целей (волокно и семя) (Статья 28.2). На семена всех трех растений не распространяется международный контрольand, что позволяет выращивать опийный мак для производства семян и масла для кулинарных целей. Конвенция 1971 года позволяет государствам делать исключения для «растений, содержащих психотропные вещества, по традиции использующиеся небольшими, четко определенными группами населения в магических и религиозных обрядах» (Статья 32.4).
14. Mark Kleiman, Commentary on Coulson & Caulkins (2012): Optimizing drug scheduling, Addiction, Volume 107, Issue 4, April 2012, pp. 774-775. Доступно: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1360-0443.2012.03814.x Марк Кляйман – профессор государственной политики и директор Программы по преступности и правосудию Университета Нью-Йорка.
15. Ibidem.
16. Home Office, Drug classification: making a hash of it?, The Government Reply To The Fifth Report From The House Of Commons Science And Technology Committee Session 2005-06 HC 1031, Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by Command of Her Majesty, October 2006, p. 24.
17. Home Office, Review of the UK's Drugs Classification System – A public consultation, London: Home Office, Crime and Drug Strategy Directorate, 2006, p.17. [unpublished draft consultation paper]
18. Birdwell J., Chapman J., Singleton N. Taking Drugs Seriously. London: Demos; 2011, p. 57. Доступно:https://demos.co.uk/project/taking-drugs-seriously/
19. Home Office, Drug classification: making a hash of it?, op. cit., p. 24.
20. David Nutt, Equasy: An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms, Journal of Psychopharmacology, 23, 2009, pp.3–5. Доступно: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269881108099672
21. Ibidem.
22. Глобальная комиссия по наркополитике, Регулирование: Ответственный подход к контролю над наркотиками 2018, стр. 37. Доступно: http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/regulation-the-responsible-control-of-drugs.
23. Transnational Institute (2003) The WHO Cocaine Project: TNI publishes banned study. TNI: Amsterdam, Доступно:https://www.tni.org/en/issues/unscheduling-the-coca-leaf/item/266-the-who-cocaine-project
24. McAllister, W.B. (2020) 'Foundations of the International Drug Control Regime, 18th Century through the Second World War', in Bewley-Taylor, D.R. and Tinasti, K. (eds.) Research Handbook on International Drug Policy. London: Edward Elgar Publishing. To be published.
25. McAllister, W.B. (2004)The global political economy of scheduling: the international–historical context of the Controlled Substances Act, Drug and Alcohol Dependence, 76,3–8: p.4.
26. Lande 1973, Op. Cit., p. 18.
27. Neil Boister, Martin Jelsma, Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets, International Community Law Review 20 (2018), p. 481.
28. Ibid., p. 36.
29. Ibid., p. 114.
30. Ibid., p. 25.

31. Herbert May, The Single Convention on Narcotic Drugs; Comments and possibilities, Bulletin on Narcotics, 1955, nr 1, p. 4.
32. David Bewley-Taylor and Martin Jelsma, Regime change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs, International Journal of Drug Policy 23 (2012) 72– 81. doi:10.1016/j.drugpo.2011.08.003, p. 473.
33. Martin Jelsma, Connecting the Dots . . . Human Rights, Illicit Cultivation and Alternative Development, TNI October 2018, p. 10-11.Доступно: https://www.tni.org/en/publication/connecting-the-dots
34. Neil Boister, Penal aspects of the UN drug conventions, The Hague-London-Boston, Kluwer Law International 2001, p. 45.
35. David Bewley-Taylor, Tom Blickman, Martin Jelsma, The Rise and Decline of Cannabis Prohibition: The History of Cannabis in the UN Drug Control System and Options for Reform, Amsterdam/Swansea: Transnational Institute-Global Drug Policy Observatory, March 2014. Доступно: https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf
36. Adolphe Lande, The International Drug Control System, in: Drug Use in America: The legal system and drug control, Volume 3, Drug Use in America: Problem in Perspective, Appendix: The Technical Papers of the Second Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse, United States, 1973. p. 114.
37. UNDCP, Model Drug Abuse Bill 2000, Commentary, United Nations International Drug Control Programme, Vienna 2000, p. 8, para. 27. https://www.unodc.org/pdf/lap_drug-abuse-bill_commentary.pdf Типовые законы о наркотиках в настоящее время рассматриваются учреждением УНП ООН, предшественником которого была UNDCP
38. McAllister 2004, Op.Cit. pp. 6.
39. Lande 1973, Op. Cit. p. 92.
40. McAllister 2004, Op.Cit. pp. 6-7.
41. Ibid, p. 7.
42. E/4606/Rev.1, Report CND 23, paragraph 381.
43. ЕКОСОС Резолюции 1985/15 от 28 мая 1985, 1987/30 от 26 мая 1987, 1991/44 от 21 июня 1991 и 1993/38 от 27 июля 1993). Эти резолюции просили стороны распространить систему разрешений на импорт и экспорт, требующихся согласно Конвенции 1971 года для веществ из Списков I и II, на вещества из Списков III и IV и предоставлять статистические данные о международной торговле ими в МККН.
44. Всемирная организация здравоохранения, Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости – Тридцать третий отчет, WHO Technical Report Series 915, Geneva 2003, pp 1-2. Доступно: http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4896e/
45. Выдержка из: ВОЗ (2003) Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости – Тридцать третий отчет, Женева: Всемирная организация здравоохранения.
46. Protocol Bringing under International Control Drugs Outside the Scope of the Convention of 13 July 1931 for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs, as amended by the Protocol signed at Lake Success, New York, on 11 December 1946, Paris, 19 November 1948, Article 1. Полномочия ВОЗ, однако, не распространялось на опий-сырец, лист коки или каннабис (см. Статью 4).
47. ООН, Комментарии к Единой конвенции о наркотических средствах, Нью-Йорк, 1973, стр.90.
48. Ibidem.
49. ООН, Конвенция о психотропных веществах 1971 года, Статья 2 §5.
50. ООН Комментарии к Конвенции о психотропных веществах, подписанной в Вене, 21 февраля 1971, Нью-Йорк 1976 год , стр. 69.
51. ООН, Конвенция о психотропных веществах 1971 года, Статья 2 §5.
52. Ibid., p.1.
53. МККН, Отчет Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010, 2011 гг. стр.35, пункт 217.
54. United States General Accounting Office, Prescription Drugs, OxyContin Abuse and Diversion and Efforts to Address the Problem, GAO-04-110, December 2003.
55. Theodore J. Cicero, Matthew S. Ellis, Hilary L. Surratt, Steven P. Kurtz, The Changing Face of Heroin Use in the United States: A Retrospective Analysis of the Past 50 Years, JAMA Psychiatry, published online May 28, 2014, p. E2. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.366.
56. Глобальная комиссия по наркополитике, The Opioid Crisis in North America, Position Paper, October 2017.Доступно: http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2017/09/2017-GCDP-Position-Paper-Opioid-Crisis-ENG.pdf
57. Глобальная комиссия по наркополитике (2017) The Opioid Crisis in North America. Geneva: Global Commission on Drug Policy.
58. Lande 1973, op. cit., p. 18.
59. Lande 1973, op. cit., p. 123.
60. WHO, Ensuring balance in national policies on controlled substances, op. cit., p. 16.
61. WHO/PSM/QSM/2007.2, Framework: Access to Controlled Medications Programme, 2007. https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Framework_ACMP_withcover.pdf
62. WHO, Ensuring balance in national policies on controlled substances, op. cit.
63. E/INCB/2015/Supp.1, Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes—Indispensable, Adequately Available and Not Unduly Restricted, Supplement to the INCB report for 2015, 2016.
64. A/RES/S-30/1, Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem, General Assembly thirtieth special session, 19 April 2016. https://undocs.org/A/RES/S-30/1
65. E/INCB/2018/1/Supp.1, Progress in ensuring adequate access to internationally controlled substances for medical and scientific purposes, Supplement to the INCB report for 2018, INCB, 5 March 2019, preface. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Supplement/Supplement_E_ebook.pdf
66. Глобальная комиссия по наркополитике, Боль, которую можно было бы избежать: Всемирный кризис здравоохранения, спровоцированный наркоконтролем, 2015. Доступно: http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-drug-control-on-public-health-the-global-crisis-of-avoidable-pain

67. See: Christopher Hallam, Dave Bewley-Taylor, Martin Jelsma, Scheduling in the international drug control system, TNI Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 25, TNI/IDPC, June 2014.
68. WHO, WHO Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-fifth Report, WHO Technical Report Series 973, Geneva: 2012, p 9. Доступно: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77747/WHO_trs_973_eng.pdf
69. INCB, Report of the International Narcotics Control Board for 2010, 2011, Paragraphs 284-287
70. Christopher Hallam, Dave Bewley-Taylor, Martin Jelsma, Scheduling in the international drug control system, TNI Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 25, TNI/IDPC, June 2014, pp. 13-14.
71. For the case of ayahuasca, see: Constanza Sánchez and Carlos Bouso, Ayahuasca: From the Amazon to the Global Village - An analysis of the challenges associated with the globalisation of ayahuasca, TNI Policy briefing 43, 18 December 2015. Доступно: https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_43_eng_web_19122015.pdf
72. Pien Metaal and Anthony Henman, Time for a Wake-up Call: An historical and ethnographic approach to the Regulation of Plant-based Stimulants, TNI Policy briefing 27, 20 December 2014. Доступно: https://www.tni.org/files/download/dlr_27_eng-web.pdf
73. Neil Carrier and Lisa Gezon, Khat in the Western Indian Ocean - Regional Linkages and Disjunctures, Études océan Indien 42-43, January 2009. Доступно: http://journals.openedition.org/oceanindien/851
74. WHO (2006), Assessment of khat (Catha edulis Forsk), WHO Expert Committee on Drug Dependence, 34th ECDD 2006/4.4, Доступно: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf
75. INCB, Report of the International Narcotics Control Board for 2006, 2007, Paragraph 556.
76. Ton Nabben and Dirk J. Korf, Consequences of criminalisation: the Dutch khat market before and after the ban, Drugs Educ Prev Pol, 2017; 24(4): p. 333. doi: 10.1080/09687637.2017.1338669
77. Central Statistical Agency, Agricultural Sample Survey 2017/18 (2010 E.C.), Volume I, Report on Area and Production of Major Crops (Private Peasant Holdings, Meher Season), Statistical Bulletin 586, The Federal Democratic Republic of Ethiopia, Addis Ababa, April 2018, p. 14.
78. UNODC, World Drug Report 2018, Executive Summary, June 2018. p. 9. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf
79. Logan Cochrane and Davin O'Regan, Legal Harvest and Illegal Trade: Trends, Challenges and Options in Khat Production in Ethiopia, International Journal of Drug Policy 30 (2016) p. 28. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.009
80. Ibid., p. 33.
81. Pascal Tanguay, Kratom in Thailand: Decriminalisation and Community Control?, Series on Legislative Reform of Drug Policies 13, TNI/IDPC April 2011. Доступно: https://www.tni.org/files/download/kratom-briefing-dlr13.pdf
82. Jack E. Henningfield, Reginald V. Fant, Daniel W. Wang, The abuse potential of kratom according the 8 factors of the controlled substances act: implications for regulation and research, Psychopharmacology (2018) 235, p. 574. Доступно: https://doi.org/10.1007/s00213-017-4813-4 / https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5813050/
83. Drug Enforcement Administration, Schedules of Controlled Substances: Temporary Placement of Mitragynine and 7-Hydroxymitragynine Into Schedule I, 21 CFR Part 1308 [Docket No. DEA–442], Federal Register/ Vol. 81, No. 169 / Wednesday, August 31, 2016. Доступно: https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2016-08-31/pdf/2016-20803.pdf
84. Gerald Gianutsos, The DEA Changes Its Mind on Kratom, US Pharm. 2017;41(3):7-9. https://www.uspharmacist.com/article/the-dea-changes-its-mind-on-kratom
85. Henningfield (2018), op. cit., p. 575.
86. Ibid. p. 585.
87. Georgia, House Bill 551, By: Representatives Hill of the 3rd, Caldwell of the 20th, Jones of the 91st, Mathiak of the 73rd, Newton of the 123rd, and others. Доступно: http://www.legis.ga.gov/Legislation/20192020/183343.pdf And: Utah, Kratom Consumer Protection Act, 25 March 2019. https://www.billtrack50.com/BillDetail/1005796
88. Aekarach Sattaburuth, Medical cannabis, kratom bill passed by NLA, Bangkok Post, 25 December 2018. https://www.bangkokpost.com/news/general/1600566/medical-cannabis-kratom-bill-passed-by-nla
89. See: Sofía Aguilar, Víctor Gutiérrez, Lisa Sánchez and Marie Nougier, Medicinal cannabis policies and practices around the world, IDPC/MUCD Briefing Paper, April 2018. https://idpc.net/publications/2018/04/medicinal-cannabis-policies-and-practices-around-the-world
90. CARICOM Regional Commission on Marijuana, Report to the Caribbean Community Heads of Government: Waiting to Exhale - Safeguarding our Future through Responsible Socio-Legal Policy on Marijuana, August 2018, p. 62. Доступно: https://caricom.org/media-center/communications/news-from-the-community/final-report-report-of-the-caricom-regional-commission-on-marijuana
91. Ibid., Terms of Reference, p. x.
92. Ibid., Executive Summary, p. 3.
93. Ibid., p. 30 and p. 64.
94. Ibid., p. 25.
95. Community Preventive Services Task Force, Reducing Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure: Comprehensive Tobacco Control Programs, Task Force Finding and Rationale Statement, 29 September 2014. https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/TFFRS-Tobacco-Comprehensive-Control-Programs.pdf
96. Tista Ghosh, Mike Van Dyke, Ali Maffey, Elizabeth Whitley, Laura Gillim-Ross and Larry Wolk, The Public Health Framework of Legalized Marijuana in Colorado, American Journal on Public Health Vol. 106, Nr. 1, 2016, pp. 21–27. doi: 10.2105/AJPH.2015.302875 See also: Rosalie Liccardo Pacula, Beau Kilmer, Alexander C. Wagenaar, Frank J. Chaloupka, and Jonathan P. Caulkins, Developing Public Health Regulations for Marijuana: Lessons From Alcohol and Tobacco, American Journal of Public Health, Vol 104, No. 6, June 2014.
97. Brendan Hughes, Adam R. Winstock, Controlling new drugs under marketing regulations, Addiction, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. Доступно: https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x

98. Reuter 2011, op. cit., p. 24.
99. Ibid., p. 4.
100. United Kingdom, 2016 Psychoactive Substances Act, paragraph 2. http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2016/2/section/2/enacted
101. Alex Stevens, Rudi Fortson, Fiona Measham and Harry Sumnall, Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful: The UK Psychoactive Substance Bill, International Journal of Drug Policy 26, December 2015, 1168. Доступно: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.10.005
102. Ibidem.
103. New Psychoactive Substances Review - Report of the Expert Panel, United Kingdom, September 2014, p 38. Доступно: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/368583/NPSexpertReviewPanelReport.pdf
104. Alex Stevens et.al. (2015), op. cit., p. 1168.
105. Brendan Hughes, Adam R. Winstock, Controlling new drugs under marketing regulations, Addiction, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 5. Доступно: https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x
106. Ibidem.
107. Peter Reuter and Bryce Pardo, New psychoactive substances: Are there any good options for regulating new psychoactive substances?, International Journal of Drug Policy, 2016. Доступно: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.10.020
108. Hughes & Winstock (2012), Controlling new drugs under marketing regulations, op. cit.
109. Reuter & Pardo (2016), New psychoactive substances, op. cit.
110. Chris Wilkins, Sheridan, J., Adams, P., Russell, B., Ram, S., & Newcombe, D, The new psychoactive substances regime in New Zealand: A different approach to regulation, Journal of Psychopharmacology, 27(7), 2013, p. 585. Доступно: http://dx.doi.org/10.1177/ 0269881113491441
111. Ibid., p. 587.
112. Ibidem.
113. Marta Rychert and Chris Wilkins, Legal high industry business and lobbying strategies under a legal market for new psychoactive substances (NPS, 'legal highs') in New Zealand, International Journal of Drug Policy 37, 2016, pp. 90-97. Доступно: http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.08.011
114. Ibid., p. 90.
115. Evan D. Anderson and Corey S. Davis, Breaking the Cycle of Preventable Suffering: Fulfilling the Principle of Balance, Temple International & Comparative Law Journal, Vol. 24, No. 2, 25 October 2010, p. 338. Доступно: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2011197
116. E. Danenberg, L.A. Sorge, W. Wieniawski, S. Elliott, L. Amato, W.K. Scholten, Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions, Drug and Alcohol Dependence 131 (2013), p. 179.
117. International Narcotics Control Board, Annual Report for 1994, Chapter I, Overview: Evaluation of the Effectiveness of the International Drug Control Treaties, INCB 1995, p. 6.
118. Martin Jelsma, UNGASS 2016: Prospects for Treaty Reform and UN System-Wide Coherence on Drug Policy, Journal of Drug Policy Analysis, 2016. doi 10.1515/jdpa-2015-0021
119. World Health Organization, Guidance on the WHO Review of Psychoactive Substances for International Control, Geneva 2010, p. 30. Доступно: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17538en/s17538en.pdf
120. The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny, TNI/GDPO/WOLA Policy Brief, March 2019. Доступно: https://www.tni.org/files/publication-downloads/who-cannabis-wola_tni_gdpo-march_2019.pdf
121. E/CN.7/2019/12, Changes in the scope of control of substances: proposed scheduling recommendations by the World Health Organization on cannabis and cannabis-related substances, Note by the Secretariat, Commission on Narcotic Drugs, 1 February 2019. Доступно: https://undocs.org/E/CN.7/2019/12
122. Ibid., p. 7.
123. Ibid., p. 12.
124. Ibidem.
125. United Nations, Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, New York: 1973, p. 90.
126. EMCDDA, The State of the Drugs Problem in Europe: Annual Report 2010, Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010, p. 14.
127. Nutt, D., King, L.A., and L.D. Phillips, Drug Harms in the UK: A multicriteria decision analysis, Lancet, 2010, 376(9752): 1558-1565.
128. E. Danenberg, L.A. Sorge, W. Wieniawski, S. Elliott, L. Amato, W.K. Scholten, Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions, Drug and Alcohol Dependence 131 (2013), p. 179.
129. Reuter 2011, Op. Cit. p. 25.
130. Ibidem
131. Birdwell J., Chapman J., Singleton N. Taking Drugs Seriously. London: Demos; 2011, p. 105. Доступно: https://demos.co.uk/project/taking-drugs-seriously/
132. Ibid., p. 112.
133. World Health Organization, Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-first report, WHO Technical Report Series 887, 1999, p. 13. Доступно: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16238e/s16238e.pdf
134. Ibidem.
135. See: WHO Framework Convention on Tobacco Control, 2003. Доступно: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1
136. World Health Organization, Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-fifth report, WHO Technical Report Series 973, 2012, p. 16. Доступно: https://www.who.int/iris/bitstream/10665/77747/1/WHO_trs_973_eng.pdf?ua=1

137. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director-General of the World Health Organization, ECDD41 - Letter to António Guterres, UN Secretary General, Annex 1- Extract from the Report of the 41st Expert Committee on Drug Dependence: Cannabis and cannabis-related substances, 24 January 2019.
138. Martin Jelsma, Neil Boister, David Bewley-Taylor, Malgosia Fitzmaurice and John Walsh, Balancing Treaty Stability and Change: Inter se modification of the UN drug control conventions to facilitate cannabis regulation, GDPO/WOLA/TNI Policy Report, March 2018, pp. 9-11. Доступно: https://www.tni.org/en/publication/balancing-treaty-stability-and-change
139. C.N.829.2011.TREATIES-28 (Depositary Notification), Bolivia (Plurinational State of): Communication, 10 January 2012.
140. UNIS/NAR/1114, International Narcotics Control Board Regrets Bolivia's Denunciation of the Single Convention on Narcotic Drugs, UN Information Service, press release (5 July 2011).
141. TNI/WOLA, Bolivia wins a rightful victory on the coca leaf - Creates a positive example for modernizing the UN drug conventions, press release (11 January 2013). The G-8 countries (United States, France, Germany, Italy, Japan, United Kingdom, Canada and the Russian Federation) plus Sweden, the Netherlands, Portugal, Finland, Israel and Ireland; Mexico withdrew its original objection in November 2018.
142. See for example C.N.361.2012.TREATIES-VI.18 (Depositary Notification), United States of America: Objection to the Reservation Contained in the Communication by the Plurinational State of Bolivia, 3 July 2012.
143. VCLT, Separability of treaty provisions, Article 44.
144. Neil Boister, Martin Jelsma, Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets, International Community Law Review 20 (2018), p. 487.
145. INCB, Report 2018 - Estimated World Requirements for 2019 - Statistics for 2017, United Nations 2019, ISBN 978-92-1-148309-3, p. 22. Доступно: https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Technical_Reports/2018/narcotic-drugs-technical-report-2018.html
146. Neil Boister, Martin Jelsma, Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets, International Community Law Review 20 (2018), p. 488
147. Paul Griffiths, Michael Evans-Brown, Roumen Sedefov, Getting up to speed with the public health and regulatory challenges posed by new psychoactive substances in the information age, Editorial, Addiction, Volume 108, Issue 10, October 2013, p. 1701. doi:10.1111/add.12287
148. Reuter 2011, p. 1.
149. Lande 1973, op. cit., p. 123.
150. E/CN.7/2019/CRP.10, UN system coordination Task Team on the Implementation of the UN System Common Position on drug-related matters, What we have learned over the last ten years: A summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters, Conference room paper submitted by the Secretary-General, March 2019, Annex I: United Nations system common position supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration, pp. 44-47. Доступно: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_62/ECN72019_CRP10_V1901490.pdf
151. CEB/2018/2, Chief Executives Board for Coordination, Summary of deliberations, United Nations system, 18 January 2019, p. 3. https://www.unsceb.org/CEBPublicFiles/CEB-2018-2-SoD.pdf
152. Edward J. Khantzian, The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence, The American Journal of Psychiatry 142, November 1985, pp 1259-1264.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ

www.anyoneschild.org

www.beckleyfoundation.org

www.druglawreform.info

www.drugpolicy.org

www.genevaplatform.ch

www.hri.global

www.hrw.org

www.intercambios.org.ar

www.icsdp.org

www.idhdp.com

www.idpc.net

www.inpud.net

www.incb.org

www.menahra.org

www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx

www.politicadedrogas.org/PPD

www.sdglab.ch

www.talkingdrugs.org

www.tdpf.org.uk

www.unaids.org/en/topic/key-populations

www.unodc.org

www.wola.org/program/drug_policy

www.wacommissionondrugs.org

www.who.int/topics/substance_abuse/en/

ДОКЛАДЫ ГЛОБАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО НАРКОПОЛИТИКЕ

http://www.globalcommissionondrugs.org/reports

Война с наркотиками (2011)

Война с наркотиками и ВИЧ/СПИД. Как криминализация употребления наркотиков способствует распространению глобальной пандемии (2012)

Война с наркотиками и ее негативное влияние на общественное здоровье: скрытая эпидемия гепатита С (2013)

Взять под контроль: на пути к эффективной наркополитике (2014)

Боль, которую можно было бы избежать: всемирный кризис здравоохранения, спровоцированный наркоконтролем (2015)

На пути реформы наркополитики: новый подход к декриминализации (2016)

Проблема восприятия наркотиков в мире. Время развеять предрассудки о людях, употребляющих наркотики (2017)

Регулирование: Ответственность за контроль над наркотиками (2018)

POSITION PAPERS BY THE GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY

http://www.globalcommissionondrugs.org/ position-papers

Кризис опиоидов в Северной Америке (октябрь 2017)

Наркополитика и Повестка дня в области устойчивого развития (сентябрь 2018)

Наркополитика и лишение свободы (март 2019)

БЛАГОДАРНОСТЬ

ТЕХНИЧЕСКАЯ КООРДИНАЦИЯ
Мартин Йелсма
Халид Тинасти

ЭКСПЕРТНАЯ РАБОЧАЯ ГРУППА
Эбтесам Ахмед
Леандр Банон
Вим Бест
Нурия Кальзада
Сандип Чавла
Адееба Камарулзаман
Дидерик Лохман
Конни Ван Стальден

СЕКРЕТАРИАТ ГЛОБАЛЬНОЙ КОМИССИИ ПО НАРКОПОЛИТИКЕ

Халид Тинасти
Барбара Гёдде
Эрик Грант
Анна Яценко
Конрад Чахари

ПОДДЕРЖКА

Фонды «Открытое общество»
Virgin Unite
Oak Foundation
Федеральный департамент иностранных дел Швейцарии

КОНТАКТ

secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org

ГЛОБАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ПО НАРКОПОЛИТИКЕ

ГЛОБАЛЬНАЯ КОМИССИЯ ПО НАРКОПОЛИТИКЕ

Цель Глобальной Комиссии по наркополитике - развивать информированное, научное обсуждение гуманных и эффективных способов сократить вред, связанный с наркотиками, причиняемый отдельным людям и обществу в целом.

ЗАДАЧИ

- Пересмотреть основные предпосылки, эффективность и последствия « войны с наркотиками »
- Оценить риски и преимущества различных подходов к решению проблемы наркотиков на национальном уровне
- Разрабатывать рабочие, научно обоснованные рекомендации для проведения конструктивной юридической и политической реформы